

ОРГАНИЗАТОРЫ

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени
В.И. Кулакова»

Российское общество акушеров-гинекологов
Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

МАТЕРИАЛЫ

**X юбилейного Всероссийского
научного форума**

Мать и дитя

Москва

Центр международной торговли

29 сентября—2 октября 2009г.

Главный редактор:

Г.Т. Сухих

Редакторы:

В.Н. Серов

И.И. Баранов

Материалы IX юбилейного Всероссийского научно-го форума

М., 2009 – 564 с.

Генеральный спонсор

ЗАО «АО Шеринг»

Главные спонсоры

Представительство фирмы «Мерк Шарп и Доум Идеа, Инк.»,

ООО «Шеринг-Плау»

ООО «Безен Хелскеа РУС»

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер»

ООО «Солвей Фарма»

ЗАО «Астеллас Фарма»

ЗАО «АО Шеринг» (Йенафарм)

ООО «ВИТИС А»

ЗАО «ГлаксоСмитКляйнТрейдинг»

Спонсоры

ООО «Галена Фарма»

ООО «Польские лекарства»

ООО «Мир-Фарм»

ЗАО «БИОКАД»

ООО «Штада Маркетинг»

Представительство фирмы «Д-р Редди'с Лабораторис ЛТД»

Представительство ООО «БЕРЛИН-ХЕМИ/МЕНАРИНИ ФАРМА ГмбХ»

ООО «Национальная исследовательская компания»

Московское представительство фирмы «Роттафарм С.П.А.»

ЗАО «Миракс Фарма»

Представительство АО «Санофи-Авентис груп»

ООО «Институт здоровья семьи»

Спонсор портфеля делегата

Представительство «Ферринг»

Спонсор материалов Форума

Представительство АО «Ядран» Галенский Лабораторий

ISBN 978-5-94943-044-6

Дорогие коллеги, друзья!

Поздравляем Вас с началом работы очередного Всероссийского научного форума «Мать и дитя»! Примечательно, что это – десятый, юбилейный форум!

Всероссийский научный форум – одно из крупнейших федеральных мероприятий, на котором рассматриваются актуальные вопросы и проблемы, а также все инновации в области акушерства, гинекологии и перинатологии.

Оргкомитет по подготовке и проведению форума находится в постоянном поиске современных форм повышения профессионального уровня и улучшения качества проводимых образовательных мероприятий.

Перед акушерско-гинекологической службой стоят задачи государственной важности, связанные с демографическим развитием страны, улучшением репродуктивного здоровья населения, снижением материнской и младенческой смертности, разработкой и внедрением новых передовых технологий в области охраны здоровья женщин и новорожденных детей.


Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» положила начало преобразованиям в системе организации работы учреждений родовспоможения, улучшению доступности и качества медицинской помощи женщинам. Важно отметить, что Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. и Концепция развития здравоохранения до 2020 г. – это сегодня основополагающие документы в области здравоохранения, определяющие перспективу развития и такой отрасли, как материнство и детство.

Традиционно в рамках форума будет проходить международная специализированная выставка «Охрана здоровья матери и ребенка», в которой примут участие отечественные и зарубежные компании.


Задача юбилейного форума 2009 г. – ознакомить его участников с новейшими достижениями науки и практики, способствовать повышению профессионального уровня врачей, а также выработке модели дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи населению страны.

Мы надеемся, что новые встречи с коллегами, круглые столы, интересные дискуссии послужат основой деловой атмосферы форума и хорошего Вашего настроения!

*Президент X Всероссийского
научного форума «Мать и дитя»,
академик РАМН*


_____ Г.Т. Сухих

*Президент Российского общества
акушеров-гинекологов,
академик РАМН*


_____ В.Н. Серов

АКУШЕРСТВО

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Абрамова Р.М., Баранов А.Н., Истомина Н.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии СГМУ г.Архангельск, ЦМСЧ-58 ФМБА России

Целью нашего исследования явилось определение значимости показателей сфигмограммы в оценке артериального кровотока у беременных при физиологической беременности и осложненной ПЭ. Было проведено сфигмографическое обследование беременных в 8-10, 20-22 и 30-32 нед., сформированы две группы: с физиологическим течением беременности (n=240) и осложненной в более поздние сроки преэклампсией (n=80). Сфигмографическое исследование проводили компьютерным анализатором пульсовой волны и электрической активности сердца «Пульс», разработанным в Институте машиностроения РАН, определяли относительную величину дикротической волны (ОДВ), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), первый (ctga3) и второй (H3/H2) показатели периферического сопротивления, средней мощности пульсовой волны (tgb), остроты пульсовой волны (Aa1/Aa2). Одновременно определяли СДО и ИР в маточных артериях. Преэклампсия легкой степени зарегистрирована у 32 женщин (40%), тяжелой у 48, что составило 60%. Показатели СРПВ в группе женщин с физиологическим течением беременности в сроке 8-10 нед были достоверно выше (p<0,001), чем в сроке 20-22 и 30-32 нед. Значения 1-го и 2-го показателей периферического сопротивления в 8-10 нед. были достоверно выше (p<0,001), чем в 20-22 и 30-32 нед. Показатели относительной величины дикротической волны (ОДВ) в 8-10 нед. были достоверно ниже (p<0,001), чем в 20-22 и 30-32 нед. Достоверных отличий в показателях средней мощности пульсовой волны (tgb) с изменением срока беременности не выявлено (p>0,05). Показатели остроты пульсовой волны (Aa1/Aa2) в 8-10 нед были достоверно ниже (p<0,001), чем в 20-22 и 30-32 нед. СДО и ИР с увеличением срока физиологической беременности достоверно (p<0,001) снизились. Достоверных отличий в показателях гемодинамики между I и II беременными не выявлено.

В общей группе женщин с ПЭ показатели СДО и ИР в сроке 20-22 нед. были достоверно выше (p<0,001), чем в сроке 30-32 нед. Изменения показателей СДО и ИР внутри групп с ПЭ легкой и тяжелой степени при увеличении срока гестации аналогичны изменениям в общей группе. При сравнении показателей СРПВ в общей группе женщин с ПЭ во втором триместре беременности не обнаружено значительных изменений от значений 1-го триместра (p=0,235), в сроке 20-22 нед. были достоверно ниже (p<0,001), чем в сроке 30-

32 нед. Значения первого показателя периферического сопротивления (ctga3) в общей группе беременных с ПЭ в 8-10 нед. были достоверно выше (p<0,001), чем в 20-22 нед. При сравнении этих показателей в 20-22 нед. и 30-32 нед. не выявлено достоверных отличий (p=0,777). Значения 2-го показателя периферического сопротивления (H3/H2) в общей группе беременных с ПЭ в 8-10 нед. были достоверно выше (p<0,001), чем в 20-22 и 30-32 нед. При сравнении показателей относительной величины дикротической волны (ОДВ) в 8-10 нед. не обнаружено достоверных отличий от значений II-го и III-го триместра (p> 0,05). Показатели средней мощности пульсовой волны (tgb) в общей группе беременных с ПЭ в 8-10 нед. достоверно выше (p<0,001), чем в 20-22 нед. При сравнении этих показателей в 20-22 нед. и 30-32 нед. не выявлено достоверных отличий (p=0,071).

Показатели остроты пульсовой волны (Aa1/Aa2) в 8-10 нед. недостоверно отличались от значений II-го триместра (p=0,088), значения показателей в 30-32 нед. были достоверно выше по сравнению с их значениями в 20-22 нед. (p=0,031). Мы сравнивали изменения показателей СФГ между группами беременных с ПЭ легкой и тяжелой степени. Наиболее выраженные изменения показателей сфигмограммы отмечены у беременных, где в более поздние сроки диагностирована тяжелая ПЭ. В этой группе с увеличением срока гестации СРПВ достоверно (p<0,001) увеличивается, что характеризует повышение сосудистого сопротивления. Значения 1-го и 2-го показателей периферического сопротивления достоверно (p<0,001) уменьшаются. Снижение 1-го и 2-го показателей периферического сопротивления при беременности, осложненной ПЭ, связано с уменьшением расхода крови в результате периферического спазма. Этот фактор создает кажущееся снижение сопротивления значительно сильнее, чем увеличивается действительное гидравлическое сопротивление. Показатели относительной величины дикротической волны (ОДВ) в этой группе достоверно (p<0,001) уменьшаются, что свидетельствует об ухудшении диастолического кровотока. Показатели средней мощности пульсовой волны уменьшаются, остроты пульсовой волны увеличиваются.

Таким образом, при увеличении срока физиологической беременности показатели ОПСС (H3/H2, ctga3, СРПВ) уменьшаются, показатели относительной величины дикротической волны (ОДВ), характеризующие диастолический кровоток, увеличиваются. В группе с ПЭ с увеличением срока гестации СРПВ растет наряду с падением значений 1-го и 2-го показателей ОПСС, ОДВ также уменьшается, что указывает как на увеличение ОПСС, так и на ухудшение диастолического кровотока. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать использование сфигмографии в качестве скринингового метода исследования артериального кровотока беременных и прогнозирования ПЭ.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СФИГМОГРАММЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ МИКРОДОЗ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ И МАГНЕ В-6 У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

Абрамова Р.М., Баранов А.Н., Истомина Н.Г.
Кафедра акушерства и гинекологии СГМУ г. Архангельска,
ЦМСЧ-58 ФМБА России

С целью определения влияния медикаментозных препаратов на показатели сфигмограммы, которые характеризуют периферическое сопротивление, были сформированы 2 группы беременных по 30 женщин, относящихся к группе риска развития ПЭ. Критериями отбора для включения в исследование явились следующие факторы риска ПЭ: артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, ПЭ в анамнезе.

Показатели гемодинамики в этих 2-х группах оценивали в 20-22 и 30-32 недели беременности, профилактическое применение аспирина в дозе 60 мг/сут. и Магне В-6 по 2т два раза в сутки назначали в течение 4-х недель (с 26-28 нед. до 30-32нед.).

Сфигмографические исследования проводили компьютерным анализатором пульсовой волны и электрической активности сердца «Пульс», разработанным в Институте машиностроения РАН. Оценивались сфигмографические показатели: СРПВ (скорость распространения пульсовой волны), $ctga3$ – 1-ый показатель периферического сопротивления, $H3/H2$ – 2-ой показатель периферического сопротивления, относительная величина дикротической волны (ОДВ) – характеризует диастолический кровоток.

В группе беременных, где применялся аспирин, первобеременных было 9 (30%), повторно беременных 21 (70%), средний возраст беременных 28 (19-37) лет. Среди факторов риска АГ была у 20(66,7%), беременных, хронический пиелонефрит отмечен у 6 (20%) беременных, ПЭ в анамнезе в 4 случаях (13,3%). Отеки диагностированы у 5 беременных (16,7%), гепатоз у одной (3,3%), ПЭ легкой степени в 1 случае (3,3%). В группе беременных, где профилактику ПЭ проводили препаратом Магне-В6, первобеременных было 11 (36,7%), повторно беременных 19 (63,3%), средний возраст составил 27,2 (20-36) лет. Среди факторов риска АГ была у 19(63,3%) беременных, хронический пиелонефрит у 7 (23,3%), ПЭ в анамнезе в 4 (13,3%) случаях. Отеки зарегистрированы у 5 (16,7%) беременных, легкая ПЭ в 4случаях (13,3%), протеинурия в 1 случае (3,3%).

Показатели СРПВ в обеих группах в сроке 20-22 нед(Масп=4,251; МИ:4,312-4,727; ММаг=3,61; МИ:3,927-4,307), были достоверно выше ($p<0,001$), чем в сроке30-32 нед(Масп=3,526; МИ:3,871-4,256; ММаг=3,127; МИ:3,449-3,834). Снижение СРПВ в группе, где профилактику ПЭ проводили аспирином, произошло на 17,1%, в группе, где профилактика проводилась Магне- В6, на 13,4%.

Значения первого показателя периферического сопротивления ($ctga3$) в группе, где профилактику ПЭ проводили аспирином, в 20-22 нед. (М=0,5317;

МИ: 0,5919-0,6289) были достоверно выше ($t=7,151$; $p<0,001$), чем в 30-32 нед. (М=0,4023; МИ: 0,4372-0,4612), изменение этого показателя произошло на 17,8%. В группе, где использовали Магне-В6, достоверных отличий в показателях с увеличением срока беременности не выявлено($p>0,05$).

Значения 2-го показателя периферического сопротивления ($H3/H2$) в группе, где профилактику ПЭ проводили аспирином, в 20-22 нед. (М=0,0905; МИ: 0,1408-0,2023) были достоверно выше ($t=7,05$; $p<0,001$), чем в 30-32 нед. (М=0,0628; МИ: 0,1167-0,1981), снижение показателя произошло на 30,6%.

В группе, где использовали Магне-В6, также отмечено достоверное ($p<0,001$) снижение этого показателя в 30-32 нед. (М=0,1483; МИ: 0,1914-0,2640) по сравнению со значениями в 20-22нед(М=0,1355; МИ: 0,1871-0,2587) на 8,6%.

Показатели относительной величины дикротической волны (ОДВ) в группе, где профилактику ПЭ проводили аспирином, в 20-22нед. (М=0,1099;МИ: 0,1285-0,1492) достоверно ниже ($t=9,211$; $p<0,001$), чем в 30-32нед.(М=0,1171;МИ: 0,1378-0,1512) на 6,6%. В группе, где использовали Магне-В6, достоверных отличий в показателях с увеличением срока беременности не выявлено($p>0,05$).

Одновременно со сфигмографией регистрировали СДО и ИР в маточных артериях. В группе, где использовали аспирин, СДО снизилось на 16,0%, в группе с использованием Магне-В6 – на 5,0%, показатели ИР в обеих группах снизились одинаково. Эти изменения совпадают с изменениями уровня диастолического кровотока, определяемые методом сфигмографии.

При физиологической беременности при увеличении ее срока показатели сосудистого сопротивления, определяемые методом СФГ, так же снижаются: СРПВ – на 12,8%, 1-й и 2-ой показатели периферического сопротивления на 2,9% и 2,8% соответственно.

Как показывают проведенные исследования в группе, где применяли аспирин, изменения первого и второго показателей периферического сопротивления, СРПВ носят более выраженный характер по сравнению с физиологической беременностью и группой, где профилактика ПЭ проводилась Магне-В6. Таким образом, можно сделать вывод, что показатели сфигмограммы, характеризующие периферическое сосудистое сопротивление, под влиянием микродоз ацетилсалициловой кислоты изменяются в большей степени, чем при физиологической беременности без использования этого препарата и в случае проведения профилактики преэклампсии препаратом Магне-В6.

КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ (КАПРЛ)

Азизова Р. Р., Касымова Д. Р., Жданова В. Ю.,
Бутарович О. К.

Центр пренатальной диагностики, ГУЗ Ульяновская областная
клиническая больница, Ульяновск, Россия

КАПРЛ — это аномалия, характеризующаяся разрастанием терминальных бронхиол с образованием кист разного размера, не затрагивающих альвеолы.

КАПРЛ формируется в середине I-го триместра беременности. В норме в это время происходит образование воздухоносных путей из эндодермы и дыхательного компонента из мезенхимы.

Пренатальная эхографическая классификация основана на размерах повреждений: тип I — макрокистозная форма — составляет 50 % от всех случаев, диагностированных в постнатальном периоде, и имеет в основном благоприятный прогноз; тип II — смешанная форма — составляет 40 % от общего количества случаев, выявленных постнатально, и характеризуется несколько худшим прогнозом; тип III — микрокистозная форма — составляет 10 % от постнатально диагностированных случаев и имеет наихудший прогноз.

Прогноз зависит от типа порока, наличия сочетанных аномалий и многоводия, которая развивается вследствие сдавления пищевода измененным участком. При смещении органов средостения выживает только 50 % детей; при отсутствии смещения — 90 %. При многоводии выживает 50 % детей, а при нормальном количестве околоплодных вод — 100 %. В случае сочетания гамартотомы легкого с водянкой плода прогноз крайне неблагоприятный. В 80 % случаев КАПРЛ — односторонний процесс.

Цель исследования: изучение перинатального течения КАПРЛ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 6 случаев пренатальной диагностики КАПРЛ за последние 4 года.

С 2005 по 2008 гг. обследовано в ЦПД ГУЗ УОКБ — 14939 беременных, выявлено 6 случаев КАПРЛ, что составило 0,04 %. В родильном доме ГУЗ УОКБ за данный период родилось 11350 детей, с ВПРП — 501 (4,4 %), из них с КАПРЛ — 1 (0,19 %).

Частота встречаемости КАПРЛ составила 0,4/1000; средний срок выявления 24,2 недели.

В трех случаях изменения в легких были отнесены к КАПРЛ-II, в двух — к КАПРЛ-III, в одном — к КАПРЛ-I. Многоводие было диагностировано в 50 % наблюдений, смещений средостения в 100 % случаев. Сочетанные аномалии выявлены в одном случае (16 %), это — умеренное укорочение трубчатых костей; гиперэхогенный кишечник. Односторонний процесс зарегистрирован в 100 % случаев. Дифференциальный диагноз проводился с легочной секвестрацией, бронхогенной кистой, обструкцией трахеи, эмфиземой легких. В трех случаях проводилось прерывание беременности по медицинским показаниям и по решению супружеской пары. Результаты патологоанатомического исследования в этих случаях подтвердили КАПРЛ. В трех случаях беременность закончилась рождением живых доношенных детей. Из них в двух (33 %) случаях имеет место внутриутробное исчезновение образования; в одном (16,6 %) случае рождение ребенка (июнь 2008 г.) с КАПРЛ-II. В настоящее время наблюдается у пульмонолога с диагнозом: КАПРЛ-II. Дыхательная недостаточность 0-I.

Таким образом, согласно результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что перинатальное течение КАПРЛ может иметь различный характер. Отмечается как внутриутробное исчезновение, так и неблагоприятное течение. Спонтанное исчезновение гиперэхогенных образований легких получило широкое обсуждение в литературе последних лет.

Генез феномена гиперэхогенного легкого остается до конца не изученным. Поэтому при выявлении гиперэхогенного легкого и отсутствия сочетанных аномалий, неиммунной водянки, многоводия, смещения органов средостения, обосновано пролонгирование беременности с динамическим наблюдением.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА В ГЕНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА

**Аиметова А.Р., Мамедалиева Н.М., Святова Г.С.,
Березина Г.М.**

*Республика Казахстан, г. Алматы, Научный Центр акушерства,
гинекологии и перинатологии*

Проблема невынашивания беременности по своей социальной значимости занимает одно из ведущих мест в современном акушерстве. В структуре невынашивания беременности, особенно ее ранних потерь, одно из главных мест занимает неразвивающаяся беременность. Этиология невынашивания вообще и неразвивающейся беременности, в частности, чрезвычайно разнообразна и зависит от многих факторов. Большинство причин невынашивания достаточно хорошо изучены и выработаны принципы ведения пациенток. Однако по данным различных авторов, у 20-40% женщин с привычным невынашиванием, в частности с неразвивающейся беременностью, причина прерывания беременности остается до конца неясной. Одной из причин привычного невынашивания беременности в I триместре являются дефекты генов фолатного обмена. Цель исследования: определить клинико-диагностическую значимость 4 полиморфизмов в 3 генах фолатного обмена MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G для риска возникновения неразвивающейся беременности I триместра.

Материалы и методы: Проведено молекулярно-генетическое исследование, определены частоты аллелей и генотипов в генах фолатного обмена у 207 женщин казахской популяции. Основную группу составили 102 пациентки, имеющие неразвивающиеся беременности в анамнезе. В контрольную группу вошли 105 женщин с нормальной репродуктивной функцией. Исследование генетических полиморфизмов проводилось с помощью ПЦР-диагностики. Статистическая обработка включала в себя вычисление средних величин и их ошибок. Достоверность отличий оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента. Для сравнения распределения генотипов между группами использовали критерий χ^2 .

Полученные результаты: При изучении было выявлено, что полиморфизм C677T гена MTHFR был обнаружен у 73,5% пациенток с неразвивающимися беременностями в анамнезе и у 57,1% женщин с нормальной репродуктивной функцией. Полиморфизм A1298C MTHFR, то в основной группе частота его встречаемости составила 70,6%, тогда как в контрольной группе — 52,4%. Полиморфизм A66G MTRR был диагностирован у 53,9% пациенток с нарушением генеративной

функции и у 36,2% здоровых женщин. Полиморфизм A2756G MTR был выявлен у 64,7% пациенток, беременности у которых прерывались в I триместре по типу неразвивающейся и у 34,3% представительниц контрольной группы. Также в результате проведенных исследований было выявлено, что в основной группе мультигенные ассоциации встретились у 90 (88,2%) пациенток, тогда как в контрольной у 66 (62,9%) пациенток ($p < 0,001$). Из 90 представительниц основной группы у 30 (33,3%) пациенток имелась ассоциация 2-х полиморфизмов, у 43 (47,8%) ассоциация 3-х полиморфизмов, у 17 (18,9%) выявлена ассоциация во всех 4-х полиморфизмах генов фолатного обмена. В группе женщин с нормальной репродуктивной функцией из 66 пациенток, имеющих мультигенные ассоциации, у 43 (40,9%) представительниц имелась ассоциация 2-х полиморфизмов ($p < 0,01$), у 19 человек (17,1%) ассоциации 3-х полиморфизмов ($p < 0,001$), и у 5 (4,8%) – ассоциации 5 полиморфизмов ($p < 0,001$).

Таким образом, в генезе неразвивающейся беременности I триместра значимую роль играют мутации в генах фолатного обмена, а также их мультигенные ассоциации.

Нами выявлено, что носительство гомозиготного варианта (ТТ) гена MTHFR C677T увеличивает риск развития неразвивающейся беременности в I триместре в 8,3 раза, а от носительства гетерозиготного варианта (СТ) гена MTHFR C677T риск неразвивающейся беременности не повышается. Наиболее неблагоприятный аллель Т повышает риск вышеуказанного осложнения беременности в 2,4 раза.

Носительство гомозиготного варианта (СС) гена MTHFR A1298C увеличивает риск прерывания беременности в I триместре по типу неразвивающейся в 2,5 раза, гетерозиготного варианта (АС) этого же гена в 1,3 раза. Наиболее неблагоприятная аллель С повышает риск неразвивающейся беременности в 2 раза.

Таким образом, в генезе неразвивающейся беременности в I триместре значимую роль играют полиморфизмы генов фолатного обмена, а также их мультигенные ассоциации.

Отражается актуальность, цель, материалы и методы исследования, полученные результаты и выводы (заключение).

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

**Акиншина С.В., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М.,
Месхи Н.Т., Смирнова Л.М.**

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им.
И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ*

Актуальность: Ведение беременности и подбор антикоагулянтной терапии у пациенток с искусственными клапанами сердца (ИКС) до сих пор остается нерешенной проблемой.

Цель исследования: определение рациональной антикоагулянтной терапии во время беременности у

пациенток с ИКС и анализ причин тромбозов ИКС во время беременности.

Материалы и методы исследования: На базе родильного дома № 67 были родоразрешены 55 пациенток с механическими клапанами сердца, в том числе с протезами митрального клапана ($n=35$), протезами аортального клапана ($n=21$), протезами трикуспидального клапана ($n=4$) и с протезами 2 клапанов ($n=3$). До беременности все пациентки получали непрямые антикоагулянты (МНО 2,0-3,3). Было зарегистрировано и проанализировано 7 случаев тромбозов механических клапанов сердца во время беременности (средний возраст $25,7 \pm 4,5$ лет). В 6 случаях (17%) наблюдался тромбоз клапанов в митральной позиции, в одном случае – в трикуспидальной (25%). В 3 случаях наблюдался тромбоз шарового клапана, в 1 случае – дискового, в 3 случаях – створчатого. У 1 пациентки были протезированы одновременно митральный и аортальный клапан. Тромбоз клапана у всех пациенток был подтвержден при помощи чреспищеводной эхокардиографии. У всех пациенток проводилось определение генетических форм тромбофилии и антифосфолипидных антител (АФА).

Результаты: В своей практике мы придерживаемся тактики применения НМГ в терапевтических дозах в течение всей беременности под контролем уровня D-димера в плазме. Такую терапию нам удалось применить у 19 пациенток с ИКС. Доза НМГ обычно возрастала с 5700 до 17100 МЕ анти-Ха (с 0,6 до 1,8 мл в пересчете на надропарин). При такой тактике случаев тромботических и геморрагических осложнений мы не наблюдали. Все беременности были закончены операцией кесарева сечения в плановом порядке рождением живых детей. НМГ мы отменяли за 24 часа до операции и возобновляли через 6-8 часов. Перевод на варфарин осуществлялся на 3-4 сутки после кесарева сечения. Исследованные нами пациентки были доставлены в стационар с подозрением на тромбоз клапанов при сроке 8-28 недель беременности. Осложнения беременности в анамнезе, включая внутриутробную задержку развития плода, тяжелые формы гестозов, преждевременные роды, антенатальную гибель плода, синдром потери плода были выявлены у 3 пациенток, 3 пациентки были первородящими. У 4 пациенток наблюдались тромбозомболические осложнения в анамнезе: инсульт у 2 пациенток (у 1 из них 2 инсульта в анамнезе), илеофemorальный тромбоз после кесарева сечения в 1 случае, тромбоз почечной и селезеночной вены в 1 случае. Во время беременности 5 пациенток получали непрямые антикоагулянты (МНО 2,5-3,5), 2 пациентки получали низкомолекулярный гепарин (НМГ) в низких дозах (фраксипарин 0,3 мл). Одна пациентка в течение месяца во время беременности не принимала никакие антикоагулянты. После диагностики тромбоза клапана пациентки получали НМГ в высоких дозах (фраксипарин 1 г/сут). Тяжелые геморрагические осложнения на фоне терапии НМГ наблюдались у 1 пациентки: субдуральная гематома развилась через 2 дня после перехода с фенилина на НМГ и была успешно дренирована. Беременность закончилась рождением живого ребенка у 2 пациенток (28,6%), у остальных пациенток беременность была прервана до 28 недель беременности. Одна пациентка умерла через 48 часов после

операции по замене клапана и кесарева сечения (обе операции приводились одномоментно). При аутопсии была выявлена тромбоэмболия легочной артерии и окклюзия церебральных сосудов. У ребенка были выявлены множественные врожденные пороки развития, в качестве причины которых нельзя исключить влияние фенилина. У всех пациентов выявлялись маркеры хронического ДВС-синдрома и гиперфункция тромбоцитов. В 100% случаев были выявлены АФА и мультигенная тромбофилия (4 гетерозиготные формы одновременно у 6 пациенток и 5 генетических форм тромбофилии, включая 1 гомозиготную форму у 1 пациентки). Мутация МТНFR С677Т гетерозиготная форма (+/-) выявлена у 5 пациенток, гомозиготная форма (+/+) – у 1 пациентки, полиморфизм генов PAI-1 675 4G/5G +/- в 3 случаях, PAI-1 675 4G/5G +/+ в 3 случаях, t-PA I/D +/- и +/+ в 2 случаях, фактора Хагемана 46C/T +/+ и +/- у 1 пациентки, фибриногена – 455G/A +/- и +/- у 1 и 3 пациенток соответственно, FV Leiden +/- в 1 случае, мутация протромбина G20210A +/- у 2 пациенток. ВА, анти-бета2-гликопротеин I, аКЛ, антитела к аннексину V и протромбину выявлены у 3, 6, 2, 3 и 1 пациентки соответственно.

Заключение: Выявление АФС и мультигенных форм тромбофилии в 100% случаев позволяет полностью взглянуть на патогенез тромбозов клапанов во время беременности. Наиболее неблагоприятным в отношении тромбоэмболических осложнений у беременных с искусственными клапанами сердца является сочетание мультигенных форм тромбофилии и АФС. На современном этапе развития науки выявленные аномалии гемостаза у пациенток с искусственными клапанами сердца не влияют на режимы антикоагулянтной профилактики, однако позволяют объяснить ее неэффективность. Применение НМГ в терапевтических дозах во время беременности у пациенток с ИКС в адекватных дозах при условиях адекватного контроля позволяет избежать тромботических и геморрагических осложнений, предотвратить осложнения беременности и добиться рождения детей.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ

Акиншина С.В.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ

Актуальность: Ведение беременности у пациенток с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) является крайне сложной задачей, так эти женщины относятся к группе крайне высокого риска по развитию соматических и акушерских осложнений. В большинстве случаев причина возникновения столь тяжелой патологии у молодых женщин остается неизвестной, как и меры по предотвращению ее рецидивов.

Материалы и методы: на базе специализированного родильного дома № 67 было обследовано 25 пациенток с инсультами (средний возраст 32±5,5 лет). У 22

пациенток развился инсульт по ишемическому типу, у 2 – по геморрагическому типу, у 1 пациентки – по смешанному типу. У 6 из них (группа 1) инсульт возник во время беременности или в раннем послеродовом периоде. У остальных 19 пациенток ОНМК возникло до наступления настоящей беременности (группа 2), из них у 4 пациенток беременность была прервана в I-II триместре по медицинским показаниям, у 8 пациенток (подгруппа 1) проводилось планирование настоящей беременности и специфическая профилактика (низкомолекулярный гепарин [НМГ] в течение всей беременности в послеродовом периоде, витамины группы В, фолиевая кислота до 4 мг/сут, антиоксиданты, аспирин по показаниям), а у 7 пациенток (подгруппа 2) терапия была начата во II – III триместре беременности в момент обращения. У всех пациенток было проведено исследование системы гемостаза, скрининг на генетические формы тромбофилии, полиморфизмы провоспалительных цитокинов и антифосфолипидные антитела (АФА).

Результаты: у большинства (80%) пациенток с ОНМК был выявлен крайне отягощенный соматический анамнез: ревматическая болезнь сердца, клапанные пороки сердца (n=6), протезированные клапаны сердца (n=4), системные заболевания (СКВ, n=2, ревматоидный артрит, n=2), тяжелое, длительное течение артериальной гипертензии (n=15), нарушения сердечного ритма (n=3), венозные и артериальные тромбозы других локализаций (n=3), повторные случаи ОНМК (n=4), метаболический синдром (n=10). Характерным был крайне отягощенный акушерский анамнез: синдром потери плода (n=7), антенатальная гибель плода (n=3), тяжелые формы гестоза (n=10), HELLP-синдром (n=1). У 60% пациенток наследственный анамнез был отягощен по артериальным и венозным тромбоэмболическим осложнениям. При исследовании системы гемостаза у всех пациенток были выявлены маркеры ее активации: повышение уровня РКФМ, D-димера, комплексов тромбин-антитромбин (ТАТ). Данные генетических исследований были получены у 20 пациенток. У всех из них были выявлены генетические формы тромбофилии, среди которых преобладали дефекты обмена гомоцистеина (70%), комбинированные дефекты фибринолиза (полиморфизмы генов PAI-1 4G/5G, t-PA I/D, фибриногена -455 G/A, фактора Хагемана 46 C/T) (60%), мутация FV Leiden (16%), полиморфизмы генов рецепторов тромбоцитов, а также АФА (50%), среди которых преобладал анти-аннексин V. У пациенток с ОНМК в анамнезе и с метаболическим синдромом с высокой частотой (30%) были выявлены полиморфизмы провоспалительных цитокинов (5032 S/G CD46, -174 G/S IL6, -308G/A TNF-альфа, H1/H2 (HRA-2A/AB) в гене P2Y2 рецептора АДФ тромбоцитов). Тактика ведения беременности у женщин с ОНМК в анамнезе включает обязательное применение НМГ в течение всей беременности и желательно еще до ее наступления, антиоксидантов, витаминов группы В, высоких доз фолиевой кислоты, антиагрегантов, что диктуют выявленные нами аномалии общепопуляционных показателей гемостаза и генетические дефекты системы гемостаза. Терапия НМГ проводится под контролем D-димера. ОНМК в анамнезе является абсолютным показанием к кесареву сечению. НМГ отменяют за сутки до операции и возобновляют

через 4-8 часов. В 1 подгруппе пациенток, у которых патогенетическая терапия была начата на этапе планирования беременности, беременность закончилась рождением живого, доношенного ребенка в 100% случаев при минимальных акушерских осложнениях (n=4) по сравнению с подгруппой 2, в которой терапия НМГ была начата со II-III триместра и в которой в 100% случаев было отмечено развитие тяжелых акушерских осложнений (тяжелые формы гестоза, СЗРП I-III, критические нарушения маточно-плацентарного кровотока), подострого ДВС-синдрома, и у которых часто возникла необходимость в досрочном родоразрешении ($p < 0,05$ при сравнении подгруппы 1 и 2). На фоне терапии НМГ развития повторных тромбоэмболических и геморрагических осложнений отмечено не было.

Заключение: Выявление мультяжных форм тромбофилии и АФА у 100% пациенток с ОНМК позволяет говорить о патологии гемостаза как о ведущей причине возникновения этого осложнения. Разработанная нами тактика ведения беременности с применением НМГ под контролем системы гемостаза у пациенток с инсультом в анамнезе позволила в 100% случаях добиться рождения живых детей и избежать развития тяжелых акушерских и повторных тромбоэмболических осложнений. В свете последних данных о тесной взаимосвязи между коагуляцией и воспалением крайне интересными представляются новые результаты о высокой частоте полиморфизмов провоспалительных цитокинов у пациенток с ОНМК, что может обуславливать хроническую активацию системного воспалительного ответа и склонность к гиперкоагуляции.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОТСЛОЙКИ ХОРИОНА В I ТРИМЕСТРЕ

**Александрова О.С., Кирющенков П.А., Белоусов Д.М.,
Алексеева М.С.**

*ФГУ «НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий» Москва
Россия, женская консультация №6 ЦАО г.Москвы Россия*

Частым осложнением течения беременности у женщин с привычным невынашиванием является образование гематом, которые в зависимости от локализации подразделяют на 3 вида: субхориальные, субамниотические и краевые. Субамниотические гематомы встречаются реже субхориальных и особенности течения беременности при данной патологии практически не описаны.

Цель исследования: на основании клинико-лабораторной и ультразвуковой оценки различных форм отслойки хориона и плаценты в I триместре разработать оптимальную профилактику осложнений течения беременности.

Основная группа 30 беременных с патологией развития хориона в виде субхориальных (20) и субамниотических (10) гематом. Контрольная группа - 38 здоровых первобеременных. Методы исследова-

ния: ультразвуковые, бактериологические, вирусологические, гормональные, иммунологические, молекулярно-биологические, гемостазиологические.

Субхориальные гематомы встречаются чаще субамниотических. Субхориальные гематомы диагностируются в среднем в $8,3 \pm 0,4$ недели, средний объем составляет $1,32 \pm 0,25$ см, субамниотические – в $12,1 \pm 0,5$ недель, средний объем – $17,7 \pm 6,0$ см. Субхориальные гематомы, как правило, развиваются на фоне тромбофилических состояний, иммунологических нарушений, при совместности супругов по HLA системе II класса. Субамниотические гематомы чаще возникают на фоне хронической бактериально-вирусной инфекции. Субхориальные гематомы в отличие от субамниотических сопутствуют гипоплазии хориона и сопровождаются нарушениями гемодинамики в матке. При субхориальных гематомах наряду с общепринятыми методами выбора являются гемостатическая терапия в сочетании со средствами, улучшающими микроциркуляцию, по показаниям – глюкокортикоиды, лимфоцитотерапия, иммуноглобулинолечение. При субамниотических – гемостатические, антибактериальные средства и иммуномодулирующая терапия.

Наиболее частыми осложнениями течения беременности при наличии гематом являлись угроза прерывания и развитие плацентарной недостаточности.

Неразвивающаяся беременность 9 недель имело место у 1-ой женщины. И 27 родивших преждевременные роды произошли у 9 женщин, своевременные у – 19. Большинство преждевременных родов отмечалось у женщин с субамниотическими гематомами. Беременность прогрессирует у 2-х. Массовые показатели у новорожденных соответствовали гестационному возрасту, признаки ЗВРП – в 1-м случае. Большинство детей родилось в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, отслойка хориона (плаценты) в I триместре является одним из распространенных осложнений беременности, являющихся следствием различных эндотелиопатий, иммунологических, гемостазиологических, эндокринных нарушений. При субамниотических гематомах инфекционный фактор играет существенно большую роль, чем при субхориальных. Субамниотические гематомы возникают на 3-6 недель позже субхориальных, имеют больший объем и длительно подвергаются обратному развитию. Патологические изменения гемодинамики в матке более выражены при субхориальных гематомах, что требует использования наряду с гемостатической терапией средств, улучшающих микроциркуляцию.

АУТОИММУННЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РОЛЬ АНТИТЕЛ К АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЕ

Александрова Н.В., Ткаченко Л.В.

Россия, г. Волгоград, ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»,
кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

В последние годы все большее внимание исследователей привлекают аутоиммунные аспекты невынашивания беременности. Наряду с этим при аутоиммунных заболеваниях в сыворотке крови больных часто обнаруживаются аутоантитела к различным ферментам, но клинико-диагностическое значение таких антител зачастую неясно. Аденозиндезаминаза (АДА, ЕС 3.5.4.4) — ключевой фермент пуринового метаболизма, с активностью которого тесно связаны иммунологические процессы в организме.

Цель работы: изучение процессов антителогенеза к АДА у женщин с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) и выявление связей изучаемых антител с клинико-лабораторными особенностями аутоиммунной патологии.

При проведении скрининга на наличие антител к АДА (анти-АДА) было обследовано 86 женщин (средний возраст $30,8 \pm 6,1$ лет), проходивших лабораторное обследование по поводу ПНБ. У 74,4% женщин (по данным анамнеза) отмечено ПНБ ранних сроков (от 2 до 5 самопроизвольных выкидыша и/или неразвивающихся беременностей), у 15,1% женщин — поздние гестационные потери, у 10,5% — антенатальная гибель плода. По результатам скрининга были сформированы две группы: основная — 30 женщин с наличием анти-АДА; группа сравнения — 56 женщин с ПНБ в анамнезе и отсутствием аутоенсибилизации к АДА. В группу контроля были включены 30 женщин фертильного возраста (не имеющих в анамнезе ни ПНБ, ни аутоиммунных состояний) и 60 женщин с системной красной волчанкой (СКВ) (средний возраст $36,3 \pm 15,3$ лет; продолжительность болезни $8,0 \pm 7,4$ лет; $M \pm SD$) с различными клиническими проявлениями (18 женщин имели в анамнезе ПНБ).

Анти-АДА класса IgG в сыворотке крови определяли с помощью разработанной в НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН (г.Волгоград) методике непрямого ELISA-теста. В качестве антигенной матрицы использовали коммерческий препарат АДА («Sigma», США, Cat. № A5043). b2-гликопротеин-I-зависимые антитела к фосфолипидам (аФЛ) класса IgG и IgM определяли с использованием коммерческого тест-набора «Anti-Phospholipid Screen IgG/IgM» (Orgentec Diagnostica GmbH). В группе здоровых лиц уровень аФЛ IgG/IgM не превышал 10 Ед/мл, а уровень анти-АДА — 0,108 Ед.

По результатам проведенного скрининга анти-АДА были выявлены у 30 (34,9%) женщин, обратившихся за обследованием по подозрению в наличии ПНБ. Сравнение между собой групп обследуемых женщин, позитивных (30 человек) и негативных (56 человек) по анти-АДА, продемонстрировало большую частоту выявления аФЛ-IgG ($p=0,031$) и цирку-

лирующих иммунных комплексов ($p=0,013$) у пациенток, имевших анти-АДА. Был выявлен ряд статистически значимых корреляций уровня анти-АДА с клиническими и лабораторными показателями женщин с ПНБ: с уровнем билирубина крови ($r=0,342$; $p=0,011$), гемоглобина ($r= -0,258$; $p=0,039$), числом лимфоцитов ($r= -0,263$; $p=0,041$) и эритроцитов ($r= -0,26$; $p=0,043$) крови, что может свидетельствовать о непосредственном повреждающем воздействии аутоантител к АДА на клетки крови.

В своей работе мы также попытались выявить закономерности образования анти-АДА и оценить взаимосвязь данных аутоантител с клинико-лабораторными проявлениями СКВ, риск невынашивания при которой очень высок (около 50%). Анти-АДА были обнаружены у 26 больных СКВ (36,6%). При анализе зависимостей уровня анти-АДА была выявлена тесная связь с активностью СКВ ($r=0,312$, $p=0,017$). В группе больных СКВ аФЛ класса IgG были выявлены у 32 (45,1%), а аФЛ класса IgM — у 23 (32,4%) человек. Было отмечено, что IgG-аФЛ чаще и в более высоком титре обнаруживались у анти-АДА-позитивных пациентов, чем у анти-АДА-негативных больных СКВ ($c_2 = 6,4$; $p < 0,02$). Не было выявлено статистически значимых различий в содержании IgM-аФЛ у больных СКВ в зависимости от наличия анти-АДА ($p > 0,05$). Развитие цитопенического синдрома достоверно чаще отмечено у больных СКВ с сочетанным наличием IgG-аФЛ и анти-АДА по сравнению с пациентками, не имевшими сочетания данных антител в крови ($c_2 = 3,9$; $p < 0,05$). Повышенные уровни анти-АДА выявлены у 11 из 18 женщин с ПНБ, причем чаще обнаруживалось сочетание анти-АДА и аФЛ (9/18), чем изолированное определение анти-АДА (2/18, $c_2 = 6,5$; $p < 0,02$) или изолированное определение аФЛ (3/18, $c_2 = 4,5$; $p < 0,05$). Принимая во внимание, что определенная часть АДА сосредоточена во фракции плазматических мембран эритроцитов и тромбоцитов в виде комплекса с гликопротеидами, представляется вероятным возможность конформационного воздействия анти-АДА на b2-гликопротеин-I, что способствует экспрессии «скрытых» эпитопов в молекуле b2-гликопротеин-I и индукции синтеза аФЛ.

Заключение. Учитывая дисбаланс иммунорегуляторных процессов при ПНБ на фоне как спонтанного, так и индуцированного появления аутоантител, представляется перспективным дальнейшее изучение процессов аутоантителообразования к АДА, что позволит глубже понять патогенетические механизмы метаболических и иммунологических нарушений. Наличие ПНБ в анамнезе свидетельствует о необходимости тщательного мониторинга не только аФЛ, но и анти-АДА у женщин для предупреждения плодных потерь и назначения адекватной и наиболее патогенетически обоснованной терапии.

ЭНДОКРИННЫЙ ОТВЕТ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА АНЕСТЕЗИИ

Александрович Ю.С., Михайлов А.В., Рязанова О.В.,
Муриева Э.А.

Россия, Санкт-Петербург, Государственная педиатрическая медицинская академия, ГУЗ «Родильный дом №17»

Актуальность. Одним из нерешенных вопросов акушерской анестезиологии, является проблема защиты женщин и новорожденных от операционной травмы при абдоминальном родоразрешении. Чрезмерная стрессовая реакция, возникающая во время оперативного вмешательства, приводит к высокому уровню нейроэндокринной напряженности, значительной интенсификации метаболизма, выраженным сдвигам гемодинамики, что в совокупности неблагоприятно сказывается на течении интра- и послеоперационного периода [Гадалов В.П., 1985; Гадалов В.П., соавт., 1990; Гашилова Н.С., 1990; Хачатрян Н.Н., 1995]. Нейроэндокринный ответ на операцию – это комплексный гормональный и метаболический каскад, опосредуемый через нейронные и гуморальные пути, приводящий к повышению уровня метаболизма и мобилизации запасов энергии.

Цель. Определить зависимость между эндокринным стресс-ответом матери и новорожденного и видом анестезии при кесаревом сечении.

Материалы и методы исследования. Обследовано 42 беременных женщины в возрасте 18-44 года при сроке беременности 38-41 неделя без тяжелой сопутствующей экстрагенитальной патологии. Все пациенты были разделены на 2 группы. У пациентов первой группы во время операции использовалась спинномозговая анестезия (СМА), а у второй – тотальная внутривенная анестезия (ТВА). Средний возраст пациенток I группы составил $31,04 \pm 1,03$ года, а у женщин второй – $30,95 \pm 1,29$. Значимых различий между группами по продолжительности операции и времени извлечения плода отмечено не было.

СМА у пациентов I группы проводили по традиционной методике, в качестве местного анестетика использовался 0,5% раствор спинального маркаина. Для проведения ТВА использовали тиопентал-натрия, листенон и фентанил в стандартных дозировках. Для обеспечения аналгезии до извлечения плода применяли ингаляцию закиси азота в потоке кислорода в соотношении 1:2.

Функциональное состояние эндокринной системы оценивали по концентрации кортизола в плазме и глюкозы крови. Для определения уровня кортизола использовали иммуноферментную тест-систему фирмы Алкор-Био, Россия. Оптическую плотность измеряли на фотометре вертикального сканирования Labsystems Multiskan MCC/340, Финляндия, при длине волны 450 нм. Уровень глюкозы в сыворотке крови определяли анализатором Accu-Chek Active. Норма кортизола для взрослых 150-660 нмоль/л, в пуповинной крови – 138-469 нмоль/л, норма глюкозы 3,5-5,5 ммоль/л.

Кровь на исследование брали на 5 основных этапах операции и анестезии при параллельной регистрации артериального давления (АД), частоты сердечных со-

кращений (ЧСС), сатурации. I этап – исходные данные (на операционном столе), определяли уровень кортизола и глюкозы крови женщины; II этап – после извлечения плода – наиболее травматичный момент операции, определяли концентрацию кортизола и глюкозы крови роженицы; III этап – определяли концентрацию кортизола и глюкозы пуповинной крови; IV этап – уровень глюкозы периферической крови у новорожденного сразу после рождения; V этап – после операции.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ для статистического анализа STATISTICA v. 6.0. Значимость различий определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента.

Результаты исследования.

Статистически значимых различий по показателям глюкозы у женщин обеих групп до индукции в анестезию выявлено не было. Так, у пациенток первой группы уровень глюкозы составил $4,10 \pm 0,13$ ммоль/л, а у второй – $4,23 \pm 0,14$ ($p=0,509$).

Также не было выявлено статистических различий между пациентками исследуемых групп по содержанию кортизола до индукции ($1156,86 \pm 98,26$ в первой группе и $1052,22 \pm 98,25$ – во второй, $p=0,457$) и после извлечения плода ($1417,89 \pm 69,84$ в первой группе и $1174,39 \pm 104,16$, $p=0,059$).

Кортизол пуповинной крови новорожденных, родившихся от матерей первой группы составил $261,25 \pm 18,82$, что статистически значимо не отличалось от новорожденных матерей второй группы ($214,2 \pm 25,11$, $p=0,145$).

После операции, у пациенток, оперированных под спинномозговой анестезией, показатели уровня кортизола были статистически значимо ниже, по сравнению с группой женщин, оперированных под ТВА ($1393,43 \pm 97,69$ и $1766 \pm 74,63$ нмоль/л соответственно; $p=0,004$).

Уменьшение уровня кортизола плазмы сразу после операции свидетельствует о большей эффективности анестезии в первой группе и о большей её адекватности операционной травме за счет подавления афферентной болевой проводимости субарахноидальной блокадой.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что применение спинномозговой анестезии при кесаревом сечении является оптимальным методом анестезиологического обеспечения, как со стороны матери, так и со стороны новорожденного.

ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОПИЕЙ

Алисиенок Е.С., Самарина Е.А.

Беларусь, г. Минск, кафедра акушерства и гинекологии БГМУ

За последние 50 лет количество близоруких людей во всем мире увеличилось приблизительно с 15% до 30%, то есть фактически в 2 раза, и эта цифра продолжает возрастать.

Существует мнение о том, что при миопии высокой степени естественные роды нежелательны. В част-

ности, при близорукости до 6,0 диоптрий возможно самостоятельное родоразрешение, а при миопии более высокой степени показано кесарево сечение. По-видимому, стоит разобраться, почему беременные женщины с близорукостью должны находиться под пристальным вниманием офтальмолога и так ли уж неизбежно кесарево сечение.

Нами были проанализированы 2000 историй родов первородящих женщин в возрасте 25 ± 5 лет за 2007 год 6ГКБ и 3 ГКБ г.Минска. Из исследования были исключены женщины с тяжелой экстрагенитальной сопутствующей патологией. С патологией зрения для анализа и изучения было отобрано 50 человек из 3ГКБ и 50 человек из 6 ГКБ. Из этих 100 человек выявлено с миопией слабой степени 52% женщин, с миопией средней степени – 32%, с миопией высокой степени – 16%.

По данным нашего исследования частота оперативного родоразрешения среди беременных с миопией была в 18% случаев. У половины прооперированных женщин основным показанием была миопия высокой степени, осложненная дистрофическими изменениями сетчатки. Всем этим женщинам (9 человек) было предложено проведение лазеркоагуляции сетчатки в сроке до 20-25 недель. Согласились и прооперировались только 4 женщины (44,5%). И, несмотря на своевременное проведение лазеркоагуляции, трем женщинам все равно была проведена операция кесарево сечение. Хотя это тот резерв, который мог бы уменьшить процент плановых операций кесарева сечения. Только 1 женщина с осложненной миопией высокой степени, после проведенной лазеркоагуляции родила через естественные родовые пути.

К сожалению 5 женщин (55,5%), которые не согласились на проведение лазеркоагуляции – это резерв для совместной работы врачей акушеров-гинекологов и офтальмологов с женщинами, имеющими осложненную миопию высокой степени на уровне женской консультации.

Таким образом, акушерам-гинекологам и офтальмологам необходимо более тесно работать вместе и придерживаться следующих рекомендаций.

Во избежание осложнений со стороны глаз надо знать динамику происходящих изменений в органе зрения, а значит — необходимо диспансерное наблюдение, и лучше у одного специалиста. Желательно двукратное обследование офтальмологом беременных женщин (до 10 недель и за 4 недели до родов (35-36 недель)). Чтобы предупредить возможные осложнения со стороны глаз во время беременности и родов, необходимо заранее определить состояние органа зрения беременной женщины. Поэтому независимо от вида рефракции и от наличия или отсутствия жалоб на зрение все беременные женщины должны быть осмотрены офтальмологом. Помимо обычного обследования обязательно исследование глазного дна после расширения зрачка. Если не выявлено никаких изменений, повторный контрольный осмотр необходимо проводить за четыре недели до предполагаемого срока родов и акушер-гинеколог должен получить заключение офтальмолога о тактике выбора метода родоразрешения.

Если при первом осмотре обнаруживаются разрывы и истончения сетчатки, необходимо решить вопрос о проведении профилактической лазеркоагуляции. В

этих случаях пациентки наблюдаются до родов ежемесячно, и при последнем осмотре за 4 недели до родов (35-36 недель беременности) при надежной блокаде разрывов им дается заключение о возможности самостоятельного родоразрешения. При возникновении новых разрывов сетчатки производится ее повторная лазеркоагуляция, а при развитии отслойки сетчатки – хирургическое вмешательство.

Конечно, несмотря на то, что врач-офтальмолог дает заключение о желательном ведении родов, решение о конкретной тактике родоразрешения остается за акушером-гинекологом, принимающем роды.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В РОДАХ

Алисиенок Е.С., Скуратович Н.А.

Беларусь, г. Минск, кафедра акушерства и гинекологии БГМУ

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины является изучение психоэмоционального статуса женщины в дородовом, родовом и послеродовом периоде. От психоэмоционального состояния беременной во многом зависит течение беременности и родов. Опрос женщины об ожидаемой боли в родах и наблюдение врача за ее поведением является основными приемами оценки интенсивности ожидаемой боли, соответственно, использование обезболивающих препаратов в родах.

Целью нашего исследования было минимизировать медикаментозную нагрузку на плод и определить критерии для выборочного назначения обезболивающих препаратов в родах. Исследование проводилось на базе УЗ «6-ая ГКБ г.Минска». Было опрошено и протестировано 32 первородящие женщины, средний возраст которых составил 25 ± 3 года.

Оценку ожидаемой в родах боли осуществляли при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Исследование проводилось до и после родов. ВАШ представляет собой прямую длиной 10см. на которой беременная отмечает интенсивность предполагаемой боли в родах. Начало линии соответствует отсутствию болевых ощущений, а конец – непереносимой боли.

Так же проводили оценку ситуативной и личностной тревожности оценивали при помощи опросника Спилбергера.

Среди обезболивающих препаратов нами было выбрано использование промедола в родах, как наиболее сильного анальгетика. Получены следующие результаты тестирования женщин в зависимости от использования промедола в родах.

По результатам тестирования высокие значения ожидаемой боли в родах отметили 67% беременных женщин, из них 24% снизили свою оценку после родов менее 5 баллов.

У женщин, которые предполагали сильную боль в родах и не изменили свою оценку после родов, промедол использовался в 76% случаев. В то же время среди женщин, которые снизили оценку после родов, использование промедола было в 9% случаев. У рож-

ниц, отметивших величину ожидаемой боли менее 5 см при тестировании до родов, только 17% случаев роды обезболивались промедолом.

Женщинам с высоким и средним уровнем ситуативной тревожности (характеризует субъективное переживание эмоций) практически одинаково использовался промедол в родах (39% и 29%, соответственно).

Результаты по тесту личностной тревожности (определяет тревожность человека вне зависимости от изменившейся ситуации) показали, что в 55% случаев у женщин с высоким уровнем личностной тревожности в родах назначали промедол. Большинство беременных женщин (63%) были со средним уровнем ЛТ. И только 15% из них получили промедол в родах.

Таким образом, полученные данные указывают на то, что при высоком уровне ожидаемой боли в родах, личностной и ситуативной тревожности женщин наиболее часто применяется обезболивание в I периоде родов.

Использование тестов по оценке воображаемой боли в родах, например, шкалу ВАШ, оценке уровня тревожности на ранних сроках беременности можно сформировать группы беременных женщин, которым необходима работа с психологом либо психотерапевтом для создания родовой доминанты и снятия страха боли в родах. Тем самым можно снизить использование обезболивающих препаратов в родах и минимизировать медикаментозную нагрузку на плод.

ПРОБЛЕМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Аманжолова З.Д., Кобзарь Н.Н., Бижанова М.О.
Казахстан, г. Алматы, Управление здравоохранения

В индустриально развитых странах кровотечение во второй половине беременности к настоящему времени перестали быть одной из основных причин материнской смертности, однако данное осложнение продолжает оставаться главной причиной перинатальной смертности, а также материнской и младенческой заболеваемости. По литературным данным частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) встречается в 0,4%-2,1% случаев (Г. Савельева, 2006г). Уровень перинатальная смертность при ПОНРП остается высоким, часто превышает 300 на 1000 случаев данной патологии (М. Энкин, 2003г).

Цель: провести анализ случаев ПОНРП, определить показатель перинатальной и материнской смертности, а также частоту органорунающихся операций в этой группе.

Материалы и методы исследования: проведен анализ случаев ПОНРП по родовспомогательным организациям г. Алматы за 10 лет, с 1998г по 2008г.

Результаты исследования: За период с 1998г по 2008г по г. Алматы зарегистрировано 3082 случаев кровотечения во время беременности и родов, из них 2466 связаны с ПОНРП, что составляет 80,0%. В 87,0% случаев ПОНРП произошла до поступления в стационар и в 30,0% у беременных, не состоящих на

учете в женских консультациях. Среди необследованных значительное количество составили беременные, приехавшие из других регионов Казахстана и соседних Республик, что связано со значительной миграцией населения. К общему количеству родов частота ПОНРП за 10 лет составила 1,0% и колебалась за указанный период от 0,9% до 1,3%, не имея устойчивой тенденции к снижению. Кровотечения, связанные с ПОНРП развивались в 85,9% случаев на фоне преэклампсии, чаще тяжелой степени. За период с 1998г по 2008г отмечается увеличение частоты преэклампсии тяжелой степени с 0,5% до 2,1%. Среди всех случаев ПОНРП матка Кувелера диагностирована в 159 случаях, что составило 6,4%. Причиной развития матки Кувелера явилось позднее поступление беременных в стационар, а также, в ряде случаев запоздалая диагностика ПОНРП. Это связано с тем, что наружное кровотечение как проявление указанного осложнения встречалось лишь 25% случаев.

От общего количества перинатальных потерь по городу Алматы с ПОНРП связано 15,0% случаев. Из 400 случаев перинатальных потерь при ПОНРП 340 – недоношенные новорожденные, что составило 85,0%. Показатель перинатальной смертности (ПНС) при ПОНРП увеличился с 110,8‰ в 1998г до 180,0‰ в 2007г, РНС с 40,0 до 76,6‰, мертворождаемость с 70,8‰ до 102,5‰. В 2008г с связи с внедрением критериев живо- и мертворождения Всемирной организации здравоохранения показатель ПНС составил 263,6‰, РНС – 128,6‰, мертворождаемость – 135,5‰. Органорунающиеся операции произведены в 239 случаях, от общего количества ПОНРП, что составило 9,7%. Из 86 случаев материнской смертности по г. Алматы за анализируемый период в 6 случаях смерть наступила при ПОНРП и развитии матки Кувелера, что составило 7,0%.

Выводы: 1. Частота ПОНРП в г. Алматы за период 1998-2008гг. не имеет тенденции к снижению, что связано с увеличением количества преэклампсии тяжелой степени тяжести.

2. Рост ПНС, высокий удельный вес органорунающихся операций связан с недостаточной информированностью беременных о тревожных симптомах и как следствие поздним поступлением в стационар.

3. Остается высоким удельный вес необследованных беременных в группе ПОНРП, что связано с процессами внешней и внутренней миграцией населения.

4. Данную ситуацию можно изменить при улучшении качества антенатального наблюдения беременных, регионализации акушерской и неонатологической помощи.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Андреева Н.А., Беляева Е.В.

Россия, г. Саранск, ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева», медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии

Проблема невынашивания беременности (НБ) является одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота НБ среди клинических форм данной патологии беременности достигает 10-15%.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 164 женщины с НБ, в возрасте от 18 до 45 лет. У 98 из них данная беременность была первой, у 66 – повторной, причем у 24 из последних НБ была прослежена в анамнезе. Лечение НБ заключалось в эвакуации погибшего плодного яйца и назначении противовоспалительной терапии за 3-4 дня до проведения манипуляции. Для подавления анаэробной флоры мы назначали метронидазол (трихопол, клион, флагил) и одновременно проводили инфузионную десенсибилизирующую терапию. При НБ до 12 недель 84 пациенткам эвакуация погибшего плодного яйца производилась одновременно путём расширения цервикального канала с последующим кюретажем или вакуум-аспирацией. После удаления плодного яйца из полости матки всем пациенткам вводили окситоцин или метилэргометрин, витамин Е, аскорбиновая кислота, антимикотики (микомакс), зубиотики (ацилакт, нарине, бифиформ), с целью коррекции метаболических нарушений в организме, для восстановления гормональной функции повреждённого эндометрия – линдинет 20 (линдинет 30) с первого дня прерывания НБ на срок не менее 4-6 месяцев, поскольку монофазные низкодозированные оральные контрацептивы (КОК) способствуют нормализации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, являются препаратом выбора пациенткам репродуктивного возраста, решают вопросы контрацепции, обладают минимальным метаболическим воздействием на организм.

Полученные результаты. Пациентки, получавшие выше перечисленные мероприятия лечения и комплекс реабилитации, забеременели в 64,6% (54 женщины) из них беременность закончилась родами у 53,3% (28 женщин), у 11,3% (6 женщин) повторная НБ, 14,2% (13 женщин) обследуются по поводу вторичного бесплодия, 19,4% (17 женщин) в виду возрастных особенностей и наличия родов в анамнезе не желали реализовывать свою детородную функцию и препаратами выбора у них с целью контрацепции стали вышеприведенные препараты КОК.

- Заключение. Проведенные реабилитационные мероприятия пациенткам в постабортном периоде при НБ позволяют:
- Восстановить менструальный цикл в связи с назначением КОК.
- Снизить частоту повторных НБ в структуре репродуктивных потерь.
- Обеспечить надежную контрацепцию.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Антонова И.Ш., Кучерова О.Н.

ГУЗ «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», г.Ставрополь, Россия

Одним из наиболее частых показаний для завершения родов операцией кесарева сечения является формирование клинически узкого таза, которое возникает при различных формах и степенях сужения таза, крупных размерах плода и т.д. К признакам клинически узкого таза относятся особенности вставления головки, отсутствие поступательного движения головки, положительные симптомы Вастена, появление произвольных потуг, симптомы прижатия мочевого пузыря и другие. Целью нашего исследования было: изучить причины возникновения клинически узкого таза, а также влияние этой патологии на состояние новорожденных при рождении. Ретроспективно было проанализировано 163 истории родов у женщин, которым проводилось оперативное родоразрешение в связи с формированием клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери. В структуре всех операций кесарева сечения данное показание составило 15,4%, среди экстренных операций 45,2%. Из всех родоразрешенных на долю первородящих приходится 89%; у 8% женщин в анамнезе отмечено бесплодие. У большинства беременных была соматическая патология (артериальная гипертензия 36%, заболевания щитовидной железы 12,2%, варикозная болезнь 10,3%, ожирение 28,3%). Среди осложнений беременности на долю анемии приходится 36,3%, гестоза – 37,8%, хронической гипоксии плода – 33,4%, угрозы прерывания беременности – 23,8%, инфекции мочевыводящих путей – 13,6%, гестационного диабета- 3,7% случаев. Высокая степень риска перинатальной патологии при беременности встречалась у каждой третьей пациентки, возрастая в родах практически до 90%. Различные формы узких тазов диагностированы у 23%. Наиболее часто встречаются разновидности анатомически узкого таза: общеравномерносуженный таз I степени, попережносуженный таз, простой плоский таз. Доля крупных плодов при формировании данной патологии составляет 16,7%, за счет количества новорожденных с массой от 3000 г до 3999 г (78%), 5 случаев ФУТ были связаны с гигантскими размерами плода. Диагноз крупного плода был выставлен на основании УЗИ лишь в 14% случаев, наружными способами – в 80%. Однако, ультразвуковое исследование проводилось не всем беременным. Клинически узкий таз чаще всего обусловлен высоким прямым стоянием стреловидного шва (30%). Второе место занимают асинклитические вставления – 22,6%, затем следуют переднеголовное вставление- 18%, анатомически узкий таз – 16,2%, крупный плод – 14%, лицевое, лобное вставления – 2,2%. Более чем у половины пациенток использовалась подготовка родовых путей ПГЕ-2 (58%), причем у большинства из этих пациенток проводилось два тура препидил-геля (40%). Средняя продолжительность родов у первородящих составила 10 час 27 мин, у повторнородящих – 8 час

20 мин. Средняя интраоперационная кровопотеря 740,9 мл. Средний послеоперационный койко-день – 8,9. Эпидуральная анестезия проводилась в 56% случаях. Состояние средней тяжести при рождении зарегистрировано у 14% новорожденных; 3% родились в крайне тяжелом состоянии, остальные – в удовлетворительном. Родовая опухоль на головке выявляется практически у всех новорожденных. При осмотре родовых путей у каждой пятой женщины были выявлены разрывы шейки матки первой степени. В послеродовом периоде встречались следующие осложнения: субинволюция матки – 19%, анемия – 17%, серома послеоперационной раны – 19%, эндометрит – 13%. Послеродовый период протекал без осложнений у 51% пациенток. Высокий процент осложнений в послеоперационном периоде у пациенток с функционально узким тазом делает целесообразным назначение антибактериальной терапии. Таким образом, основной причиной формирования функционально узкого таза являются не размеры плода и анатомическое сужение таза, а разгибательные вставления головки плода, обусловленные по-видимому особенностями родовой деятельности.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

Аржанова О.Н., Алябьева Е.А.

Россия, С.-Петербург, ГУ НИИ АГ им. Д.О.Отта РАМН

Известно, что гипергомоцистеинемия /ГГЦ/ во время беременности приводит к таким осложнениям, как: привычная потеря плода, гестозы, плацентарная недостаточность, задержка развития плода.

Целью нашей работы было оценить влияние гипергомоцистеинемии на течение и исход беременности. Было обследовано 220 женщин с привычным невынашиванием беременности, которые были разделены на 4 группы. 1 группу составили 53 небеременные женщины репродуктивного возраста с нормальным уровнем гомоцистеина в крови. Во 2 группу вошли 78 небеременных женщин с повышенным уровнем ГЦ. В 3 группу были отобраны 55 беременных с нормальным уровнем ГЦ и 4 группу составили 34 беременные женщины с повышенным содержанием ГЦ. В результате работы показано, что неразвивающаяся беременность в анамнезе достоверно чаще ($p < 0,01$) встречается в группе небеременных женщин с ГГЦ ($85, 9 \pm 3, 9\%$), чем у женщин с нормальным уровнем ГЦ ($64, 8 \pm 6, 5\%$). При анализе в зависимости от срока самопроизвольного прерывания беременности выявлено, что самопроизвольный выкидыш при сроке 5-8 недель беременности в 2-3 раза чаще встречается у женщин 2 группы ($44, 8 \pm 5, 6\%$), чем у женщин 1 группы ($18, 9 \pm 5, 4\%$, соответственно, $p < 0,01$). Среди соматической патологии варикозная болезнь выявлялась у небеременных женщин с ГГЦ (2 группа) в 2,5 раза чаще, чем без нее (1 группа) ($p < 0,01$). У беременных с ГГЦ частота варикозной болезни была в 4,4 раза

выше ($32,4 \pm 8,0\%$), чем у пациенток с нормальным уровнем гомоцистеина ($7,3 \pm 3,5$) ($p < 0,01$). Анализ коагулограммы у небеременных показал, что снижение активности фибринолиза было только у женщин 2 группы с ГГЦ ($5,1 \pm 7,8\%$). Гиперагрегация тромбоцитов встречалась в 1 группе у ($39,6 \pm 6,7\%$) пациенток, что достоверно реже, чем у женщин 2 группы ($64,0 \pm 5,4\%$) ($p < 0,01$). У беременных с ГГЦ в 1 триместре гиперагрегация тромбоцитов встречалась достоверно чаще, чем без нее ($53,0 \pm 8,5\%$ и $21,8 \pm 5,6\%$ соответственно, $p < 0,05$). Во 2 триместре гиперагрегация тромбоцитов у беременных с ГГЦ встречалась достоверно чаще, чем у пациенток с нормальным уровнем ГЦ ($41,0 \pm 8,4\%$ и $12,7 \pm 4,5\%$, ($p < 0,05$). В 3 триместре у беременных с нормальным уровнем ГЦ гиперагрегация тромбоцитов была выявлена в 2,5 раза реже, чем у беременных с ГГЦ ($p < 0,05$). Угроза прерывания беременности встречалась достоверно ($p < 0,01$) реже у пациенток с нормальным уровнем ГЦ ($45,5 \pm 6,7\%$), чем у беременных с

ГГЦ ($76,5 \pm 7,3\%$). Хроническая плацентарная недостаточность развивалась достоверно чаще у беременных с ГГЦ, чем у беременных с нормальным уровнем ГЦ ($32,4 \pm 8,0\%$ и $10,9 \pm 4,2\%$ соответственно, $p < 0,01$). Частота гестоза была достоверно выше у беременных с ГГЦ. Подготовка к беременности у женщин с ГГЦ включала применение Элевита (1 табл.) за 3 месяца до и в течение всей беременности. Уровень ГГЦ нормализовался у всех пациенток.

Исходы настоящей беременности показали, что частота родов увеличилась в 2,5 раза, а срочных родов – в 4 раза по сравнению с анамнезом. Частота преждевременных родов при настоящей беременности уменьшилась в 6,6 раза ($5,8 \pm 3,2\%$) по сравнению с предшествующими беременностями ($40,0 \pm 11,0\%$). Частота самопроизвольных аборт и неразвивающейся беременности снизилась в 6 и 10 раз соответственно.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА В ПЛАЦЕНТЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ

**Аржанова О.Н., Лесничия М.В., Соколов Д.И.,
Колобов, Сельков С.А.**

Россия, г. Санкт-Петербург, ГУ НИИ АГ им. Д.О.Отта РАМН

Этапы формирования плаценты определяются соотношением проангиогенных и антиангиогенных факторов, что обеспечивает нормальное функционирование эндотелиальных клеток в системе мать-плацента-плод. В ткани плаценты создается специфическое цитокиновое и клеточное равновесие, определяющее нормальное течение беременности и ее успешный исход. Нарушение в балансе факторов ангиогенеза и апоптоза и, как следствие, нарушение иммунной адаптации может привести к системной эндотелиальной дисфункции, проявляющейся в виде

гестоза, гипотрофии плода и возникновению плацентарной недостаточности.

Целью настоящего исследования был анализ изменения экспрессии проангиогенных и антиангиогенных факторов в плаценте (VEGF и рецептор VEGF-R3, тромбоспондин-1 (TSP-1) и рецептор трансформирующего ростового фактора- β (TGF β -R1) в норме и при гестозе) и сравнение полученных данных с исходом беременности и родов.

Было обследовано 10 плацент беременных с нормальным течением беременности (контроль) и 10 плацент от беременных с гестозом. Экспланты плацент фиксировали в формалине для последующего иммуногистохимического анализа экспрессии VEGF, VEGF-R3, TSP-1 и TGF β -R1 в ткани плаценты. Для проведения иммуногистохимической реакции с антителами к VEGF, VEGF-R3, TSP-1 и TGF β -R1 (1:50, Novocastra) использовали стандартный одноэтапный протокол. Анализ полученных данных проводили при помощи компьютерной системы анализа микроскопических изображений и программы Морфология 4.0.

Обнаружено снижение секреции проангиогенных факторов (VEGF и рецептора VEGF-R3) эндотелиальными клетками плаценты и увеличение экспрессии антиангиогенного фактора TSP-1 (площадь экспрессии $0,61 \pm 0,05\%$) вокруг сосудов при гестозе, чем при нормальной беременности (площадь экспрессии $0,08 \pm 0,01\%$, $p < 0,05$), что может являться причиной нарушения процессов ангиогенеза в плаценте. Также было выявлено снижение экспрессии TGF β -R1 эндотелиальными клетками плаценты при гестозе (площадь экспрессии $0,21 \pm 0,02\%$), по сравнению с физиологическим течением беременности (площадь экспрессии $0,96 \pm 0,25\%$, $p < 0,05$), что может свидетельствовать как о нарушении их функции, так и о компенсаторной реакции эндотелиальных клеток в ответ на действие антиангиогенных факторов.

При анализе исходов беременности и родов выявлено, что только в группе беременных с гестозом развился синдром задержки внутриутробного развития плода и хроническая плацентарная недостаточность (20 %). Также чаще были обнаружены воспалительные заболевания шейки матки и хроническая урогенитальная инфекция в анамнезе и при данной беременности (50 % женщин, $p < 0,05$). Плановые кесарские сечения в группе беременных с гестозом составили 80 %, что превысило этот показатель по сравнению с группой контроля. Процент степени тяжести гестоза (по классификации Савельевой Г.М., 2005 г.) в основной группе был сопоставим. У 50 % женщин выявлен гестоз легкой степени тяжести (7 баллов), у 50 % – гестоз средней и тяжелой степени (более 8 баллов), что не повлияло на изменение экспрессии факторов ангиогенеза в плаценте, так как дисбаланс проангиогенных и антиангиогенных факторов был определен даже при легкой степени проявления патологии. Преждевременные роды случились в единственном случае у беременной с гестозом в связи с преждевременным отхождением вод у дихориальной двойни (на 36 неделе беременности), что не может являться значимым показателем в пользу склонности к раннему самопроизвольному родоразрешению в группе беременных с гестозом. Таким образом, возможно, что компенсаторные реакции, происходящие в

плаценте благодаря лабильности сосудистой сети под воздействием проангиогенных и антиангиогенных стимулов, позволяют долгое время пролонгировать беременность и компенсировать гипоперфузию в системе мать-плацента-плод. Это является перспективным объектом дальнейшего исследования и разработки новых патогенетических препаратов при гестозе и гипотрофии плода.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ: ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ ПРОГРАММИРОВАННЫХ РОДОВ

**Артизанова Д.П., Клековкина О.Ф., Джобава Э.М.,
Доброхотова Ю.З.**

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ

Актуальность. В настоящее время, в современном акушерстве под программированными родами подразумевают проведение амниотомии. Частота проведения амниотомий составляет от 20% до 40% и не имеет тенденции к снижению. Частота кесаревых сечений после программированных путем амниотомии родов, составляет около 30% и не имеет тенденции к снижению. Частота применения утеротоников при программированных родах по разным данным составляет от 38% до 79%. При этом в современном акушерстве усилились тенденции к максимально физиологическому течению родов, для чего оценивается тип гестационной доминанты.

Цель: улучшить исходы родов, программированных путем амниотомии, с применением нейромюстимуляции и с оценкой типа гестационной доминанты.

Материалы и методы: нами обследовано 60 пациенток с доношенным сроком беременности, которым накануне родов проводилась оценка типа гестационной доминанты, и данной группе была произведена амниотомия с целью родовозбуждения по различным акушерским показаниям. В родах была использована нейромюстимуляция через 1 час после амниотомии. В процессе исследования определяли концентрации холинэстеразы в плазме пуповинной и материнской крови, концентрации ипидакрина в плазме пуповинной крови, опросники-анкеты (в родах), опросники-анкеты (до родов, определение психо-эмоционального статуса готовности к родам).

Результаты: оптимальный тип гестационной доминанты имели 66,7% пациенток, при этом в данную категорию попали беременные, как проходившие, так и нет психопрофилактическую подготовку (школа беременных) к родам и находившиеся в отделении патологии беременных не более 3-5 суток. Роды у 97,5% прошли через естественные родовые пути и не сопровождались аномалиями родовой деятельности, ипидакрин был применен однократно, и назначения утеротоников не потребовалось. Эйфорический тип был отмечен у 20% беременных, среди которых преобладали первобеременные. У 66,7% роды прошли самопроизвольно, однако ипидакрин был применен двукратно с интервалом в 1 час (по рекомендуемой схеме), и в 25% потребовалось

назначение в последующем утеротоников, однако оперативные роды были проведены не по аномалиям родовой деятельности. Тревожный тип был выявлен у 8,3% (5) беременных, большинство из которых провели в отделении патологии беременных более 10 дней и имели отягощенный репродуктивный анамнез. 4 пациентки родили через естественные родовые пути, у всех 5-ти были выявлены аномалии родовой деятельности, применялись утеротоники вместе в 2-х кратным использованием ипидакрина, и кесарево сечение произведено в 1 случае по стойкой слабости родовой деятельности. У 5% (3) беременных был выявлен депрессивный тип доминанты, и во всех случаях несмотря на применение ипидакрина и утеротоников развилась стойкая слабость родовой деятельности, сопровождавшая развитием гипоксии плода, по поводу чего все беременные были прооперированы. Необходимо отметить, что не было выявлено случаев рождения детей с оценкой по Апгар ниже 7 баллов, при этом не отмечено прямой и достоверной корреляции между зрелостью шейки матки по Бишопу и типом гестационной доминанты.

Выводы: психологическое анкетирование накануне родов позволяет оценить и повлиять на формирование родовой «доминанты». Наличие «родовой доминанты» и применение нейромиостимуляции (ипидакрин) в подавляющем большинстве случаев не требует проведения утеротонической терапии.

ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

**Бакашвили Ш.Б., Бадоева З.Т., Адамян Л.В.,
Ляшко Е.С., Ткачева О.Н.**

Россия, г. Москва, МГМСУ, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО

Пролапс митрального клапана представляет собой одну из наиболее клинически значимых аномалий клапанного аппарата сердца.

Гемодинамические изменения, развивающиеся при беременности, во время родов и в послеродовом периоде, в первую очередь изменение объема циркулирующей крови и сердечного выброса, не могут не отразиться на течении имеющихся у женщины сердечно-сосудистых заболеваний. Равно как и болезни сердца и сосудов могут негативно влиять на течение беременности.

Сведения об особенностях течения и родов у женщин с первичным пролапсом митрального клапана достаточно противоречивы. По данным одних авторов, у таких пациенток отмечается повышенная частота осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Другие авторы указывают на отсутствие подобной закономерности.

Вышеперечисленные факторы явились обоснованием для проведения данного исследования.

Материалы и методы:

Обследовано 146 беременных в возрасте от 17 до 43 лет в III триместре беременности. Основную группу составили 116 женщин с пролапсом митрального клапана (средний возраст 26,3±5,3 лет). В группу сравнения

вошли 30 беременных без экстрагенитальной патологии (средний возраст 27,1±1,8 лет).

В основной группе обследованных беременных было выделено 3 клинические подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 31 беременных с ПМК без митральной регургитации. Во 2-ю подгруппу вошли 47 беременных с ПМК и МР I-II степени. 3-ю подгруппу составили 38 женщин с ПМК в сочетании другими соединительнотканскими дисплазиями сердца.

Результаты исследования и их обсуждение:

Анализируя течение гестационного процесса у беременных с ПМК, было выявлено, что одним из частых осложнений был ранний токсикоз, который возникал у 48,4% женщин 1 подгруппы, 42,5% женщин 2 подгруппы, 44,7% женщин 3 подгруппы. В группе сравнения диагностировали ранний токсикоз в 20% случаев. Частота этого осложнения была достоверно выше ($p < 0,05$) у пациенток с ПМК.

К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относится, в том числе и синдром нейроциркуляторной дистонии, который диагностировался у беременных 1 подгруппы с ПМК в 41,9% случаев, 2 подгруппы – в 36,1%, 3 подгруппы – в 26,3%.

Другим частым осложнением беременности у обследованных женщин была угроза ее прерывания. Это осложнение возникало в I триместре у 29% женщин 1 подгруппы, 29,8% 2 подгруппы, 31,6% 3 подгруппы (в группе сравнения – у 10% женщин), во II триместре – у 22,6% беременных 1 подгруппы, 29,8% 2 подгруппы, 23,7% 3 подгруппы (в группе сравнения – у 10%), в III триместре – соответственно у 9,7%, 23,4%, 10,5% женщин (в группе сравнения – у 6,6%). Таким образом, достоверно чаще ($p < 0,05$) угроза прерывания беременности выявлялась у женщин с ПМК, независимо от их деления на группы, в I триместре, а при наличии митральной регургитации I и II степени на всем ее протяжении. Нередко у женщин с ПМК диагностировался гестоз: у 41,9% женщин 1 подгруппы, 40,4% женщин 2 подгруппы, 39,4% женщин 3 подгруппы. В группе сравнения гестоз легкой степени развился у 16,6% беременных, что достоверно меньше, чем у женщин с ПМК ($p < 0,05$). Различий в частоте возникновения гестоза среди беременных основной группы не было.

У беременных с гестозом определялось достоверно более низкое содержание магния в плазме крови ($0,48 \pm 0,102$ ммоль/л), чем у обследованных беременных без гестоза ($0,71 \pm 0,104$ ммоль/л) ($p < 0,05$). Это является еще одним подтверждением того, что недостаток магния является одной из составляющих развития преэклампсии.

Еще одной особенностью течения гестационного процесса у беременных с ПМК была высокая частота плацентарной недостаточности (ПН). Основным клиническим проявлением ПН у пациенток с ПМК была хроническая внутриутробная гипоксия, которая выявлялась у 38,7% беременных 1 подгруппы, у 31,9% 2 подгруппы, 34,2% 3 подгруппы, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем у женщин группы сравнения (13,2%).

У 3,2% беременных 1 подгруппы с ПМК, 8,5% беременных 2 подгруппы, 5,3% беременных 3 подгруппы выявлялась внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП) на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода, а также на фоне гестоза.

Таким образом, на фоне пролапса митрального клапана ухудшается течение беременности, родов и состояние плода. Осложнения диагностировались на всем протяжении беременности. Частота и тяжесть осложнений не зависели от наличия митральной регургитации и фенотипических особенностей матери. Осложнения развивались у каждой второй роженицы с ПМК, что привело к увеличению частоты экстренных операций кесарева сечения и увеличению общего числа оперативного родоразрешения.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

**Бакашвили Ш.Б., Бадоева З.Т., Ежова Л.С.,
Адамян Л.В., Ляшко Е.С.**

*Россия, г. Москва, МГМСУ, Кафедра репродуктивной медицины
и хирургии ФПДО*

Сердечно-сосудистые заболевания у женщин фертильного возраста широко распространены и интерес к ее изучению не ослабевает. Изменения клапанного аппарата сердца и нарушения гемодинамики становятся более значимыми при беременности. В развитии плацентарной недостаточности первоначальными причинами являются гемодинамические микроциркуляторные нарушения. Также, по-видимому, участвуют факторы, которые генетически детерминированы. Определенную роль при этом имеет процесс коллагенообразования, который нарушен при изменениях клапанного аппарата сердца.

Целью настоящей работы явилось патоморфологическое изучение плацент при патологии сердечно-сосудистой системы у женщин.

Материалы и методы:

Проведено гистологическое исследование плацент группы женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Для гистологического исследования взяты плаценты полученные при родоразрешении первобеременных женщин (15 случаев).

Данная группа женщин характеризовалась следующими клиническими проявлениями: пролапс митрального клапана, вегето-сосудистая дистония, тахикардия, брадикардия, синусовая аритмия, неполная атриовентрикулярная блокада. Из гинекологического анамнеза: регулярная менструальная функция, эрозия шейки матки (пролечены). Из акушерского анамнеза выявлено: ранний токсикоз, маловодие, многоводие, раннее излитие вод, угроза прерывания беременности.

Органометрические параметры плацент соответствовали гестационной норме.

Были исследованы все ее отделы: периферическая, парацентральная, центральная, материнская и детская части, также оболочки. Все изменения можно разделить на 3 группы: дистрофические изменения, расстройства кровообращения, компенсаторно-приспособительные реакции. Преобладали дистрофические изменения в виде фибриноидного превращения стромы крупных стволых ворсин, перегородок

(септ) и базальной пластинки (в 12 случаях). В этих участках встречались ворсины замурованные в фибриноиде (3 случая) и отложение солей извести во всех случаях.

В отдельных плацентах были (6 случаев) обнаружены афункциональные зоны. Также значительное сужение межворсинчатого пространства (9 случаев).

В 3х случаях преобладали расстройства кровообращения в виде субхориальных кровоизлияний, также под базальную пластинку и межворсинчатое пространство.

Также отмечалось полнокровие сосудов разного калибра (3 случая), стазы преимущественно в капиллярах кольцевых ворсин хориона.

Фиброзирование стромы крупных ворсин хориона (6 случаев), также очаги ослизнения (3 случая).

При исследовании оболочек в 6 случаях также были зафиксированы кровоизлияния.

Во всех плацентах хорошо выражены компенсаторно-приспособительные реакции в виде: наличия синтициокапиллярных мембран (6 случаев), синтициальных узлов во всех случаях.

Отдельно можно отметить отсутствие воспалительных изменений во всех исследуемых плацентах.

Выявленные в ходе гистологического исследования изменения в плацентах, оболочках и пуповине можно объяснить как наличием сердечно-сосудистой патологии у женщины, так и развитием акушерских осложнений беременности.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В АКУШЕРСТВЕ

**Бакуринских М.А., Коновалов В.И.,
Алашеев А.М., Инюшкин С.Н.**

*Кафедра акушерства и гинекологии Уральской государственной
медицинской академии*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФПКПП Уральской
государственной медицинской академии*

*Клинический институт мозга Средне-Уральского научного
Центра Российской Академии медицинских наук,
Екатеринбург, Россия*

В 1982 году R. Aaslid внедрил транскраниальную доплерографию в клиническую практику. Технически простой и неинвазивный метод сразу привлек внимание врачей разных специальностей. Исследование церебральной гемодинамики стал доступным не только крупным клиникам, но и районным больницам.

Транскраниальная доплерография – метод функциональной диагностики кровотока по магистральным сосудам шеи и головного мозга, основанный на феномене изменения частоты ультразвуковой волны при отражении от движущихся форменных элементов крови.

Как скрининговый метод транскраниальная доплерография позволяет выявить у беременных различную цереброваскулярную патологию, например, стеноз или окклюзию артерий, ангиодистонию, нарушение ауторегуляции мозгового кровотока.

Неврологическая симптоматика при тяжелых формах гестоза связана с нарушением церебральной гемодинамики. В ряде исследований (Ohno Y. Et al.,

1997; Белкин А.А с соавт., 2001; Sherman R.W. et al., 2002) выявлено, что у женщин с преэклампсией показатели мозгового кровотока изменяются в третьем триместре беременности. Но способность транскраниальной доплерографии предсказывать переход преэклампсии в эклампсию у таких пациенток требует дальнейшего изучения. Исследование мозгового кровотока показано всем беременным с эклампсией, потому что в основе неврологических симптомов при этом состоянии может лежать церебральный ангиоспазм (Trommer B.L. et al., 1988; Naidu K. et al., 1997). Мониторинг церебральной гемодинамики позволяет оценивать эффективность специфической терапии и подбирать оптимальную дозу препаратов, в частности нимодипина – селективного блокатора кальциевых каналов (Belfort M.A. et al., 1999).

Мониторинг кровотока по артериям головного мозга в момент родов может быть полезен у беременных с риском эклампсии для раннего выявления нарушений церебральной гемодинамики и начала специфической терапии. Транскраниальная доплерография позволяет так же оценивать изменения мозгового кровотока в послеродовом периоде.

В заключение, транскраниальная доплерография, неинвазивно оценивая состояние церебральной гемодинамики, помогает оптимизировать лечения пациенток с сопутствующей цереброваскулярной патологией или тяжелыми формами гестоза во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

МОНИТОРИРОВАНИЕ УРОВНЯ НАСЫЩЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БЕРЕМЕННЫХ

Бартош Л.Ф., Типикин В.А., Дорогова И.В., Фатеева Л.В., Тузов С.Л., Гришаева Е.Е., Тактаев А.П., Сухих О.С., Панина Е.С., Адонина Л.А.

*ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»,
Пенза, Россия*

Нарушения в работе дыхательной и сердечно-сосудистой системы могут привести к недостатку кислорода в организме (гипоксии), который отрицательно сказывается практически на всех органах и системах организма беременной и развивающегося плода. В настоящее время наиболее доступным методом исследования уровня насыщения крови кислородом является пульсоксиметрия. В последние годы в мире получили широкое распространение портативные компьютерные пульсоксиметры, которые позволяют мониторировать насыщение артериальной крови кислородом в течение многих часов, включая период ночного сна. Круглосуточное мониторирование, в отличие от одномоментного, дает возможность выявлять возникающие эпизоды десатурации (кратковременное существенное падение сатурации более 3% с последующим возвращением к исходному уровню) и проводить их качественный и количественный анализ. Десатурации, как правило, являются след-

ствием периодов апноэ или гипопноэ обструктивного или центрального генеза, хронической альвеолярной гиповентиляции во сне. Количественная оценка частоты десатураций в час (индекс десатураций) позволяет косвенно судить о частоте эпизодов апноэ/гипопноэ в час (индекс апноэ/гипопноэ).

Распространенность подобных нарушений дыхания во сне составляет около 5-7% в общей взрослой популяции и достигает 15% у пациентов терапевтического профиля в стационаре (Р.В. Бузунов, 2009). Доказана связь между синдромом обструктивного ночного апноэ/гипопноэ и возникновением артериальной гипертензией сна. Присутствие синдрома обструктивного ночного апноэ/гипопноэ сна может способствовать дальнейшему повышению давления у значительного числа пациентов с артериальной гипертензией, и тем самым усугублять расстройства регуляции сердечно-сосудистой системы и эндотелиальную дисфункцию.

Статистические данные распространенности нарушений дыхания, сопровождающиеся периодами снижения уровня насыщения крови кислородом во взрослой популяции, дают основание для исследования сатурации у беременных, в первую очередь, имеющих сопутствующие заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

С целью оценки возможности проведения суточного мониторирования сатурации (SpO₂) с помощью компьютерного пульсоксиметра длительного контроля, основанного на способности гемоглобина связанного (HbO₂) и не связанного с кислородом (Hb) абсорбировать свет различной длины волны и определения клинического значения данного метода были обследованы 22 женщины. Возраст беременных варьировал в пределах от 22 до 40 лет, сроки беременности – от 34 до 40 недель, среди обследуемых у 14 женщины была сопутствующая артериальная гипертензия (АГ).

Для оценки суточной сатурации использовался Пульсоксиметр MIROxi SN A23-067 (Италия). Регистрировались базовые параметры: SpO₂ (Исходное значение, Минимальное, Максимальное, Среднее), Частота пульса (Исходное значение, Минимальное, Максимальное, Среднее), T90 (время снижения уровня сатурации менее 90%) [SpO₂<90%], T89 (время снижения уровня сатурации менее 89%) [SpO₂<89%], T88 (время снижения уровня сатурации менее 88%) [SpO₂<88%], T87(время снижения уровня сатурации менее 87%) [SpO₂<87%], эпизоды SpO₂, эпизоды ЧСС (брадикардия, тахикардия), Δ индекс [12 сек] (коэффициент флюктуации сатурации, рассчитанный через интервал 20с), и проводился специфический анализ сна: Общие эпизоды десатурации, индекс десатурации (ODI), десатурация [среднее значение, средняя длительность, максимальная длительность, низший уровень], ΔSpO₂ [минимальное падение, максимальное падение], общие пульсовые колебания, индекс пульсовых колебаний, NOD 4 (время снижения уровня сатурации менее 4% по сравнению с базовым уровнем сатурации для периодов, превышающих 5 мин) [SpO₂ базовая-4%; >5 минут], NOD 89 (время снижения уровня сатурации менее 89% для периодов, превышающих 5 мин) [SpO₂<89%; >5 минут], NOD 90 (время снижения уровня сатурации

менее 90% для периодов, превышающих 5 мин с минимальным значением менее 86%) [$SpO_2 < 90\%$; самый низкий уровень $< 86\%$; > 5 минут]. Статистическая обработка полученных данных выполнялась пакетом прикладных программ Excel.

Предварительные результаты исследования показали, что у 11 из 14 беременных с сопутствующей АГ выявлены периоды десатурации: у 5 женщин – до 10 событий в течение периода мониторинга (индекс десатурации, в среднем – 0,7, средняя продолжительность десатурации – 29,12с, индекс массы тела, в среднем – 31,97 кг/м²), у 4 – 10-25 (индекс десатурации, в среднем – 1,1, средняя продолжительность десатурации – 30,9с, индекс массы тела, в среднем – 42,06 кг/м²), у 2 – более 25 (индекс десатурации, в среднем – 2,25, средняя продолжительность десатурации – 26,2с, индекс массы тела, в среднем – 24,92 кг/м²).

У большинства беременных с АГ выявлены периоды десатурации. Индекс десатурации, средняя продолжительность десатурации были выше у беременных с большим индексом массы тела. Выявленные изменения десатурации требуют дальнейшего исследования этого вопроса, выявления взаимосвязей между десатурацией, причинами ее возникновения, нарушениями гемодинамики у беременных, течением и исходом беременности, а также разработки мер профилактики и оптимизации лечения.

ДИНАМИКА «ГОРМОНОВ БЕРЕМЕННОСТИ» В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ СРОКОВ ПОСЛЕ ВСПЛОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

**Башмакова Н.В., Трапезникова Ю.М.,
Балезин С.Л., Янчук Т.В.**

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ НИИ ОММ Росмедтехнологий, ГУЗ УО Институт медицинских клеточных технологий, Центр семейной медицины

Течение беременности, наступившей в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), имеет ряд особенностей, связанных как с контингентом больных, подвергшихся лечению методами ВРТ, так и с технологическими особенностями процедуры. В частности, с целью достижения беременности искусственно создается состояние гиперстимуляции яичников, характеризующееся высоким уровнем половых гормонов, сохраняющимся в период ранней беременности и оказывающим влияние на ее течение.

Цель – оценить характер изменения основных «гормонов беременности» в течение периода плацентации, степень его соответствия клиническому течению и прогностическую роль для исхода беременности, наступившей в результате применения ВРТ.

Материалы и методы.

Были проанализированы течение и исходы беременности 43 пациенток, вынашивавших одноплодную беременность после применения ВРТ, составивших основную группу, и 13 пациенток со спонтанно наступившей одноплодной беременностью, без существен-

ных отклонений в ее течении, родивших доношенных детей в удовлетворительном состоянии, составивших контрольную группу. В течение первых 16 недель оценивались в динамике уровни эстрадиола (Е2), прогестерона (П) и хорионического гонадотропина (ХГЧ).

Результаты исследования.

Уровень ХГЧ характеризовался типичной динамикой на протяжении первого триместра как у беременных после ВРТ, так и у спонтанно беременных с постепенным подъемом до 9-10 недель и последующим спадом.

Беременность после ВРТ сопровождалась значительно более высоким уровнем прогестерона в течение всего периода плацентации в сравнении со спонтанной беременностью независимо от дозы и продолжительности поддержки гестагенами.

Уровень эстрадиола и его динамика являлись наиболее вариабельными параметрами как при беременности после ВРТ, так и при спонтанной беременности; отмечена тенденция к несколько более высоким значениям Е2 в первые 8-10 недель у беременных после ВРТ, что связано, по-видимому, с сохраняющимся влиянием гиперстимуляции. В то же время, у пациенток основной группы с регрессировавшей впоследствии беременностью отмечался более низкий уровень Е2 с ранних сроков как в сравнении с пациентками с прогрессирующей беременностью после ВРТ, так и со спонтанной беременностью.

Выводы.

Уровень «гормонов беременности» подвержен значительным колебаниям на протяжении периода плацентации как в основной, так и в контрольной группах, связанных, по всей видимости, как с индивидуальными особенностями, так и с общими для всех пациенток основной группы явлениями гиперстимуляции яичников. При этом наибольшей прогностической ценностью для развития беременности в ранних сроках, по нашим данным, является уровень эстрадиола.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Бегова С.В., Омаров С.-М.А

Россия, г. Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН

В Дагестане, как и в России в целом, за последние годы отмечается рост частоты гестоза. Несмотря на возможности и успехи современной медицины гестоз до сих пор остаётся одной из главных причин материнской и перинатальной смертности. Высокая частота гестоза у многорожавших женщин объясняется наличием у них различной фоновой патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение течения гестоза при многократных родах и влияния предлагаемой превентивной терапии на течение гестоза у многорожавших женщин. Всего было обследовано 108 женщин в III триместре – основная группа. Основная группа также была разделена на 2 подгруппы: 1-я подгруппа – 58 многорожавших беременных, получивших полную пренатальную подготовку соответственно со-

временным причинам лечения гестоза и профилактики его осложнений; 2-я подгруппа – 50 многоорожавших беременных, получивших частичную родовую подготовку в связи с поздней госпитализацией или началом родовой деятельности, что требовало ускорения родоразрешения. Всем пациенткам предстояли 4-е роды.

Методика пренатальной подготовки многоорожавших беременных основной группы включала: вазопротекторы; коллоидные растворы, гипотензивные средства, мембраностабилизаторы, антиагреганты, поливитаминный комплекс, гипербарическую оксигенацию.

Результаты показали, что у 95% женщин гестоз развился на фоне экстрагенитальной патологии. Первое место занимала ЖДА (82,3%), на втором месте – ожирение различных степеней (54,1%), третье место артериальная гипертензия до беременности (31,6%). Кроме того, ранее начало гестоза (до 30 недель беременности) отмечено у 36 обследованных (33,3%). Характерная для гестоза триада основных симптомов диагностирована у 57 обследованных пациенток (52,7%). Критические формы гестоза были выявлены у 10 многоорожавших 2-ой подгруппы (9,3%). Особенности гестоза у многоорожавших женщин являются стойкостью и агрессивностью клинических проявлений, резистентность к проводимой терапии.

Результаты нашего исследования показывают, что прогрессирование течения гестоза у многоорожавших женщин сопровождается выраженным снижением уровня белков крови с относительным компенсаторным повышением концентрацией α и, в меньшей степени, γ – глобулинов. Нами было отмечено достоверное снижение числа тромбоцитов в венозной крови, повышение уровня гематокрита, укорочение времени свертывания и рекальцификации, возрастание ПТИ и уровня фибриногена. Дефицит ОЦК у пациенток 2-ой подгруппы составил 27,7%, ОЦП-21,2% и ОЦЭ – 9% против 14,8%, 12,2% и 4,1% – в 1-ой подгруппе соответственно. Следовательно, объём и качественный состав проводимой инфузионной терапии у беременных 1-ой подгруппы положительно сказывался на показателях ОЦК, ОЦП, ОЦЭ. На фоне предложенной нами системы лечения у 82,7% беременных 1-ой подгруппы отмечалась клиническая ремиссия гестоза. После проведённого лечения критические формы гестоза, диагностированные у 16% беременных 2-ой подгруппы, отмечались лишь у 5,2% женщин из 1-й подгруппы. Под действием комплексного лечения отмечено удлинение времени свертывания на 27%, времени рекальцификации – на 9,8%, выявлено снижение ПТИ и концентрации фибриногена на 5,4% и 14,9% соответственно, фибринолитическая и антикоагуляционная активность крови повысилась на 36,2%.

Итак, на основании вышеизложенного можно сделать вывод об обратимости гемодинамических и гемостазиологических нарушений при правильном и своевременном начале лечения гестоза лёгкой и средней степени тяжести.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА «СОРБИФЕР ДУРУЛЕС» НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Бегова С.В., Омаров Н.С.-М.

Россия, г. Махачкала, ГУ Дагестанский Научный Центр РАМН

Частота железодефицитной анемии и гестоза возрастает с увеличением кратности родов, что ухудшает исход беременности и родов для плода. Возрастает риск других осложнений беременности, неблагоприятного исхода, как для матери, так и для плода.

Целью исследования явилось изучение влияния препарата «Сорбифер Дурулес» на перинатальные исходы у многоорожавших женщин с ЖДА.

Под нашим наблюдением находилось 90 многоорожавших женщин в III триместре беременности. Основную группу составили 60 многоорожавших с ЖДА, получавшие в качестве базисной антианемической терапии препарат «Сорбифер Дурулес» по 1 таблетке дважды в сутки после приема пищи до окончания периода лактации. В контрольную группу вошли 30 многоорожавших с анемией, получавшие стандартное лечение с учетом нозологии. Средний возраст беременных составил $32,2 \pm 1,8$ лет. Всем обследованным беременным предстояли 5-е роды.

Терапия препаратами железа считалась эффективной при приросте гемоглобина за неделю на 7,8 г/л.

Низкий уровень гемоглобина ($86,5 \pm 1,5$ г/л) до лечения в основной группе коррелировал со снижением количества эритроцитов в единице объема крови ($2,6 \pm 0,15 \times 10^{12}$ мг/л). У обследованных беременных отмечался дефицит содержания ферритина ($6,2 \pm 0,18$ мг/л), возрастала общая железосвязывающая способность ($99,9 \pm 12,5$ мкмоль/л). Уровень трансферрина в сыворотке крови и коэффициент насыщения трансферрина железом были снижены ($426,5 \pm 12,1$ мг/л и $12,1 \pm 1,1\%$ соответственно).

Полная клиническая и гематологическая ремиссия при применении комплексной терапии наблюдалась у 85,7% беременных в основной группе.

На фоне проводимого лечения значительно повысился уровень гемоглобина. Содержание последнего составило $110,5 \pm 1,5$ г/л у беременных основной группы и достоверно отличалось от аналогичного показателя до лечения.

Достоверно выше было также количество эритроцитов, содержание сывороточного железа и ферритина в единице объема крови. Коэффициент насыщения трансферрина железом увеличился в основной группе в 2 раза относительно контрольной группы. Наблюдалось снижение концентрации общей железосвязывающей способности сыворотки крови относительно первоначальных показателей. Роды через естественные родовые пути произошли у 82,9% женщин основной и у 68,0% женщин контрольной группы. Оперативное родоразрешение имело место в 17,1% случаях в основной группе и 32,0% в контрольной группе. Первый период родов в основной группе

осложнился слабостью родовой деятельности у 4,5% рожениц, вторичная слабость родовых сил возникла у 2,7% рожениц. В контрольной группе первичная слабость родовых сил отмечена у 12,0% рожениц, вторичная слабость – у 8,0%.

В основной группе с оценкой 8-9 баллов родилось 54,5% новорожденных, а в контрольной группе – 42,5%. В состоянии тяжелой асфиксии родились 1,8% новорожденных в основной группе и 6,0% в контрольной группе. Оценка по шкале Апгар в среднем составила $8,7 \pm 0,14$ баллов в основной группе, и $7,64 \pm 0,16$ в контрольной группе.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что включение в комплекс перинатальной подготовки беременных с анемией препарата железа «Сорбифер Дурулес» позволяет восстановить феррокинетиические показатели, уменьшить частоту оперативного родоразрешения на 14,9%, аномалий родовой деятельности – на 20,8%, процент развития ЗВРП – на 12,4%.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСКИНЕЗИИ КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ

Белоконов В.И., Шляпников М.Е.,

Насибян А.Б., Насибян А.А.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Кишечная колика (дискинезия кишечника) самая частая патология кишечника вне беременности и во время неё (Шехтман М.М., Положенкова Л.А., 2004). Цель исследования – выявить особенности клинического течения кишечной колики у беременных. Проведён анализ 66 беременных женщин, в возрасте от 18 до 38 лет, которые поступили в стационар с диагнозом – кишечная колика, беременность. При обследовании больных применялись клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, ФГДС). Также с целью исключения иной нозологии, для осмотра беременных приглашались смежные специалисты. При изучении клинико – анамнестических данных 66 беременных женщин было выявлено, что у 18 (27,2%) заболевание развилось в I триместре беременности, у 34 (51,5%) во II триместре, у 14 (21,2%) в III триместре беременности. При поступлении в стационар жалобы на боль в животе предъявляли все 66 (100%) пациенток, тошноту 20 (30,3%), рвоту 12 (18,1%). Боль носила колющий характер – у 3 (4,5%), приступообразный – у 5 (7,5%), периодический – у 7 (10,6%), ноющий – у 4 (6%), тянущий – у 1 (1,5%), у остальных 46 (69,7%) отмечен постоянный характер болевого синдрома. Жалобы на боль в правой пахово-подвздошной области предъявляли 34 (51,5%) пациентки, а в левой пахово-подвздошной области 1 (1,5%). Боль в эпигастрии отмечали 8 (12,1%) беременных, в мезогастррии 5 (7,5%), в гипогастррии 13 (19,7%), в поясничной области 3 (4,5%). На фоне боли в животе, опоясывающий характер боль носила – у 1 (1,5%) беременной, а иррадиацию в поясницу отмечали 5

(7,5%) беременных женщин. Жалобы на боль в эпигастрии, с последующим смещением в правую пахово-подвздошную область (симптом Кохера – Волковича) указали 6 (9%) беременных. С момента появления боли и до поступления в стационар, болевой синдром усилился – у 3 (4,5%) беременных женщин, уменьшился – у 2 (3%), у 5 (7,5%) остался прежней интенсивности, несмотря на самостоятельный приём «медикаментов от боли». Жалобы на диарею предъявляли 3 (4,5%) беременные женщины, кашицеобразный жидкий стул 1 (1,5%), сухость во рту 1 (1,5%), потерю сознания (дважды) 1 (1,5%). При выявлении анамнестических данных 1 (1,5%) беременная связывала заболевание с простудой, а 3 (4,5%) указали на погрешности в диете (приём жирной пищи). С аналогичной клинической картиной заболевания за 2 месяца до поступления в стационар лечилась 1 (1,5%) беременная (по поводу угрозы прерывания беременности). Правосторонняя овариоэктомия (за 7 лет до поступления в стационар) выполнена – у 1 (1,5%) беременной. С диагнозами: беременность, угроза прерывания беременности; беременность, острый аппендицит?; беременность, гестационный пиелонефрит – 9 (13,6%) беременных женщин изначально были госпитализированы в акушерско-гинекологические и хирургические отделения. При осмотре состояние женщин было удовлетворительным – у 65 (98,5%). Язык, покрытый белым налётом, выявлен у 18 (27,2%) беременных. У 52 (78,8%) беременных женщин живот был увеличен за счёт беременной матки и соответствовал сроку гестации, в акте дыхания. У остальных 14 (21,2%) женщин в виду малых сроков беременности увеличения живота не отмечено, передняя брюшная стенка в акте дыхания участвовала в полном объёме. При пальпации болезненность в эпигастриальной области выявлена у 13 (19,7%) беременных женщин, в правой подрёберной области у 1 (1,5%), в левой подрёберной области у 2 (3%), в правой околопупочной области у 5 (7,5%), в пупочной области 1 (1,5%), в левой околопупочной области у 1 (1,5%), в правой пахово-подвздошной области у 34 (51,5%), по правому ребру матки у 5 (7,5%), в гипогастрриальной области у 3 (4,5%), в левой пахово-подвздошной области у 1 (1,5%) беременной. Лечение кишечной колики проводили по общепринятым принципам с параллельным назначением медикаментов рекомендованных врачами – консультантами. Проводилось динамическое наблюдение, при котором в течение первых двух часов болевой синдром уменьшился у всех 66 беременных женщин. Причём полное купирование боли за два часа отмечено – у 31 (47%), шесть часов – у 6 (9%), двенадцать часов – у 8 (12%), от 12 до 24 часа – у 16 (24%), от 24 до 48 часов – у 3 (4,5%), от 48 до 72 часов – у 2 (3%). Таким образом, кишечная колика чаще развивается во II триместре беременности. В диагностике ведущее значение имеет объективный статус и динамика болевого синдрома, а именно полное купирование или значительное уменьшение боли в процессе двухчасового динамического наблюдения на фоне медикаментозного лечения (спазмолитики). Важным фактором в диагностике дискинезии кишечника у беременных является УЗИ, что позволит, прежде всего, исключить угрозу преждевременного прерывания беременности. Учёт особенностей кли-

нического течения настоящего заболевания у беременных позволит избежать «напрасную» аппендэктомии (с возможными осложнениями!), что явится лечебной ошибкой.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Бицадзе В. О., Баймурадова С.М., Макацария А. Д.
*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им.
И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МГФ*

Актуальность: С современных позиций генетические формы тромбофилии и антифосфолипидный синдром (АФС) являются интегральным этиопатогенетическим фактором акушерских осложнений, включая тяжелые формы гестозов, синдром потери плода (СПП), преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (ПОНРП), внутриутробную задержку развития плода (ВУЗРП), тромбоэмболические осложнения. По нашим данным у женщин с осложненным течением беременности мультигенные формы тромбофилии выявляются в 75-100% случаев. Целью работы является оценка эффективности медикаментозной профилактики осложнений беременности у пациенток с тромбофилией.

Материалы и методы исследования: Мы обследовали 750 пациенток с осложнениями беременности и 700 пациенток с неосложненной беременностью (контрольная группа) на наличие генетических форм тромбофилии и АФС. Профилактика у пациенток с акушерскими осложнениями в анамнезе (подгруппа I, n=350) заключалась в предгравидарной подготовке с применением фолиевой кислоты (4 мг в сутки при гипергомоцистеинемии и/или мутации MTHFR C677T), аспирина в низких дозах (75-81 мг/сут), натурального прогестерона, витаминов группы В, антиоксидантов (омега-3 полиненасыщенных жирных кислот), низкомолекулярного гепарина (НМГ) при повышенных маркерах тромбофилии; в дальнейшем во время беременности мы применяли натуральный прогестерон и аспирин у пациенток с АФС, Манге-В6, поливитамины и НМГ под контролем D-димера в течение всего периода гестации и как минимум в течение 10 дней после родов. В подгруппе II (n=400) терапия проводилась начиная со II-III триместра беременности.

Результаты: Генетические формы тромбофилии и АФС были обнаружены у 73% пациенток с СПП, 75% пациенток с ВУРП, у 80% пациенток с тяжелыми формами гестоза и в 100% случаев при ПОНРП и тромбоэмболиях. В контрольной группе тромбофилии были выявлены в 21% случаев, антифосфолипидные антитела (АФА) обнаружены не были, в 96% случаев отсутствовали гомозиготные формы и мультигенные формы ($p < 0,05$). Эффективность профилактики составила 90% у пациенток с СПП, 96% у пациенток с гестозами и ВУЗРП в анамнезе. Рецидива тромбоэмболий при беременности не было отмечено ни в одном случае. Легкие формы гестоза наблюдались в 12% случаев. В подгруппе II терапия оказалась не

столь эффективной: 32% пациентки с гестозом были родоразрешены досрочно, беременность закончилась рождением живых детей в 77% случаев; 52% пациенток с СПП в анамнезе были родоразрешены досрочно, беременность закончилась рождением живых детей в 44% случаев.

Заключение: В настоящее время значительно расширились взгляды на патогенетическое влияние тромбофилии, что связано с изучением роли системы гемостаза и нетромботических эффектов тромбофилии еще на этапах имплантации плодного яйца и инвазии трофобласта. Так, АФА оказывают неблагоприятное влияние на процессы имплантации и ранние стадии формирования эмбриона, играют важную роль в патогенезе невынашивания беременности. АФА снижают способность эмбриона к адгезии, препятствуют нормальной инвазии трофобласта, подавляют продукцию ХГЧ, препятствуя, таким образом, продукции необходимого для поддержания беременности прогестерона. Мутация ингибитора активатора плазминогена PAI-1 4G/5G приводит к уменьшению протеолитической активности и нарушению процессов инвазии трофобласта. Нами разработана тактика профилактики осложнений беременности у пациенток с тромбофилией, эффективность которой при начале лечения еще на прекоцепционном этапе превышает 90%. Значительно в меньшей степени терапия эффективна при начале лечения при уже проявившихся клинически акушерских осложнениях во II-III триместре беременности; при этом удается лишь замедлить развитие патологического процесса. Тогда как прекоцепционная профилактика позволяет полностью прервать патологический процесс, зарождающийся в момент имплантации эмбриона и инвазии трофобласта.

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО- ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

**Блощинская И.А., Борисенко В.А.,
Николенко И.П., Булахова М.В.**

Кафедра акушерства и гинекологии ДВГМУ, Хабаровск, Россия

Заболеваемость вирусными инфекциями неуклонно растет с каждым годом. Особый интерес с точки зрения влияния на течение беременности и исхода родов представляют респираторно-вирусные инфекции в связи с их постоянным возникновением в осенне-весенний и зимний периоды, с охватом большого числа населения в условиях современной урбанизации. К сожалению, до настоящего времени нет достоверных сведений о влиянии респираторно-вирусных инфекций на число перинатальных потерь, отсутствует единый стандарт к профилактике неблагоприятных исходов беременности.

В настоящем исследовании проведен анализ исходов беременности и родов при осложненном течении респираторно-вирусных инфекций с целью разработки эффективных мероприятий профилактики неблагоприятного исхода для плода. С этой целью

нами проведен анализ течения беременности и исхода родов у 76 беременных, при проявлениях осложненного течения респираторно-вирусных инфекций в III триместре беременности. Осложненным считали течение заболевания в период эпидемиологической обстановки при проявлениях ОРВИ более 5-7 дней при условии возникновения признаков присоединения явлений трахеобронхита, гайморита, пневмонии, а также активизации хронической инфекции в мочевыделительной системе. Средний возраст женщин основной группы (ОГ) составил $24,6 \pm 3,4$ года. Из них первородящих было 54 (71,05%), повторнородящих 22 (28,94%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в виде абортот и гинекологических заболеваний имели 47 (61,84%) женщин. Из числа соматической патологии у 29 (38,15%) в анамнезе имели место воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы, у 18 (23,68%) хронический гайморит и тонзиллит. Все беременные ОГ неоднократно вне беременности лечились по поводу ОРВИ. В качестве группы сравнения ГС использовали данные о течении беременности и исходе родов у 30 женщин родоразрешенных в физиологическом роддоме с указанием на неосложненное течение ОРВИ в III триместре настоящей беременности. Женщины ГС сопоставимы по возрасту и данным анамнеза с беременными ОГ. Женщины ОГ разделены на 3 подгруппы в зависимости от того, какую терапию они получали после диагностики осложненного течения ОРВИ. Так, беременные подгруппы А (Пг-А) в количестве 24 женщин были госпитализированы в родильное отделение не позднее 48-70 часов от первых проявлений осложненного течения ОРВИ. Эта группа женщин получала комплексную терапию в составе: амоксицилин в/в капельно по 1,2 г. X 2 раза в день; человеческого иммуноглобулина по 25,0 мл. в/в №3 с интервалом через три дня; виферона в свечах №2 ректально в течение 10 дней X 2 раза в день; кликсана подкожно 0,2 ежедневно в течение 7 дней. Подгруппу В (Пг-В) составили 18 беременных с давностью осложненного течения ОРВИ более 5-7 дней, получавших амбулаторно: бронхолитики; амоксицилин в таблетках по 625 мг. 3 раза в день 5 дней; фитотерапию; аспирин. Подгруппу С (Пг-С) составили 34 беременные не получавшие терапии по поводу осложненного течения ОРВИ.

Обращает внимания тот факт, что позднее начало терапии (более 7 дней) в амбулаторных условиях имеет результат сходный по многим позициям с группой беременных вообще не получавших терапии по поводу осложненного течения ОРВИ. Полученные нами данные в полной мере являются подтверждением того, что инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано, как острой инфекцией у матери, так и активацией хронической персистирующей инфекции при нарушении гомеостаза в организме беременной в условиях ОРВИ. Так, в целом по ОГ отмечено 31 случай внутриутробного инфицирования плода, что составило $40,78 \pm 5,62\%$ ($p < 0,001$). Важным показателем неблагоприятного исхода беременности считают показатель преждевременных родов, который в большинстве случаев связан с инфекционным фактором. Так, среди женщин ОГ он составил 26 случаев – $34,21 \pm 5,44\%$ ($p < 0,01$). Во всех случаях антенатальной гибели плода и ранней неонатальной смертности опре-

деляющим по данным гистологического исследования был инфекционный фактор, что по ОГ составило 20 случаев или $26,31 \pm 5,05\%$ ($p < 0,01$). Необходимо отметить, что такой лабораторный признак, на который в большей степени ориентирован врач, при решении вопроса о вероятности внутриутробного инфицирования плода, как анализ крови, у женщин ОГ значительно отличался от женщин ГС только в Пг-С и составил 12 случаев или $35,29 \pm 5,57\%$ ($p < 0,01$). Отсутствие повышения температуры тела и реакции анализа крови в условиях осложненного течения ОРВИ в ОГ у 49 женщин – $64,47 \pm 5,49\%$ ($p < 0,001$) является ярким подтверждением снижения реактивности организма и иммунодефицитного состояния.

Особое значение вирусной инфекции, как пускового фактора повреждения плацентарного барьера и роли вторичного бактериального инфицирования из хронических очагов инфекции, подтверждают результаты гистологического исследования плаценты, где явления лимфо-лейкоцитарного плацентита у женщин ОГ выявлены в 42 случаях, что составило $55,26 \pm 5,71\%$ ($p < 0,001$), при этом в Пг-А отмечено только 3 случая как и в ГС. Эти данные являются веским основанием для подтверждения роли инфекции в формировании вторичной плацентарной недостаточности напрямую влияющей на исход беременности. В данном случае комплексный подход, учитывающий время заболевания (ОРВИ), длительность присоединения бактериального фактора, важность иммунологического ответа организма и состояние микроциркуляции, обеспечивает благоприятный исход в первую очередь для плода не отличающийся у женщин Пг-А от женщин ГС.

Таким образом: осложненное течение ОРВИ является важным фактором внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности и родов; своевременная диагностика осложненного течения ОРВИ (не позднее 48-72 часов) является важным фактором для получения благоприятного результата лечения; рекомендуемая комплексная терапия в условиях стационара позволит значительно снизить неблагоприятные исходы беременности и родов для плода.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

**Блощинская И.А., Борисенко В.А., Ананевская Л.П.,
Ткаченко Н.Ю., Смирнова Л.В.**

Кафедра акушерства и гинекологии ДВГМУ, Хабаровск, Россия

Первая информация о ВИЧ-инфекции появилась в середине 80-х годов прошлого века, когда было обнаружено неизвестное заболевание, при котором взрослые люди страдали от иммунодефицита, до этого встречавшегося только как врожденный порок. В отличие от иммунодефицита новорожденных, у этих больных снижение иммунитета было приобретено в зрелом возрасте. Поэтому болезнь в первые годы после её обнаружения стали называть СПИДом — синдромом приобретённого иммунного дефицита. Сегодня 7000

молодых людей в возрасте 10-24 лет заражается ВИЧ-инфекцией каждый день, а каждую минуту губительный вирус поражает 6 молодых людей в возрасте до 25 лет. В Хабаровском крае в 2008 году зарегистрировано 1244 ВИЧ-инфицированных. Основное число инфицированных приходится на наиболее активный возраст: 939 носителей ВИЧ – люди 20-39 лет, 160 инфицированных – это люди 40-60 лет, 142 человека – это подростки 10-19 лет. В последнее десятилетие отмечено существенное увеличение числа ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста. Такая тенденция привела к увеличению количества детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, что и свидетельствует об актуальности данного вопроса, т.к. государству выгодно иметь здоровое население, а нам требуется здоровое общество.

Целью настоящего исследования было: было установить факторы риска, особенности течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин для разработки оптимального алгоритма их ведения. Для решения поставленной в работе цели нами был проведен анализ течения беременности и родов по данным индивидуальных карт ведения беременных и родильниц, родоразрешенных в наблюдательном отделении МУЗ “Городская больница №11” за период 2002-2008 гг. Основную группу (ОГ) составили 62 ВИЧ инфицированных женщин, средний возраст которых был $24,4 \pm 3,4$ года. В качестве группы сравнения (ГС) проанализировано течение беременности и родов у 50 женщин родоразрешенных в МУЗ “Родильный дом №1” г. Хабаровска. Средний возраст женщин ГС составил $23,7 \pm 3,1$ года.

При анализе полученных нами данных, обращает внимание то, что $80,6 \pm 5,1\%$ женщин находились в возрасте от 19-30 лет ($p < 0,001$). Соотношение по социальному статусу, а именно, работающие/неработающие в ОГ составило 1:3, а в ГС 3:1. Факт отсутствия работы, свидетельствует о том, что данная категория женщин плохо социально адаптирована и не охватывается медицинскими осмотрами и средствами медицинской пропаганды и информации, доступной в организованных коллективах. Соотношение женщин по признаку официально оформленного брака к отсутствию такового, в ОГ было 1:6 по сравнению с ГС где оно было 6:1.

При сравнении данных анамнеза менструальной функции различий выявлено не было. Обращает внимание ранее начало половой жизни в ОГ в среднем с $16,3 \pm 4,2$, а в ГС с $18,5 \pm 3,4$ года. Среди обследованных женщин серопозитивных к ВИЧ у $38,7 \pm 5,1\%$ ($p < 0,001$) он сочетался с инфекциями, передаваемыми половым путем, что было в 2,5 раза выше чем у женщин ГС ($p < 0,001$). Как известно, ИППП являются фактором, способствующим не только передаче ВИЧ-инфекции половым путем, но вертикальной его передачи от матери плоду, вызывая воспалительные изменения в плаценте и нарушая защитные механизмы ФПК. Высокая частота заболеваемости сифилисом, составившая $19,3 \pm 5,1\%$ ($p < 0,01$), а также вирусным гепатитом В и С, передающимся парентеральным путем – $30,6 \pm 5,9\%$ ($p < 0,01$), указания на использования наркотиков у $22,6 \pm 5,3\%$ ($p < 0,01$), свидетельствует асоциального образа жизни этой категории пациентов.

Огромную значимость имеют данные о том, что ВИЧ выявлен во время настоящей беременности или в родах

у $70,9 \pm 5,8\%$ ($p < 0,01$), из числа женщин ОГ $69,9 \pm 6,1\%$ ($p < 0,01$) не состояли на учете в женской консультации. В связи с этим $54,8 \pm 6,3\%$ ($p < 0,01$) не получали профилактического лечения во время беременности. ВИЧ инфекция явилась благоприятным фоновым фактором для развития у женщин ОГ ФПН в 3,5 раза чаще чем у женщин ГС ($54,8 \pm 4,7\%$ и $16,3 \pm 5,3\%$ соответственно в ОГ и ГС, $p < 0,01$), в 1,5 раза чаще выявлен гестоз ($13,9 \pm 4,7\%$ и $5,1 \pm 3,2\%$ соответственно в ОГ и ГС, $p < 0,05$).

Течение беременности не могло не сказаться на течении родов и исходах родоразрешения, так у женщин ОГ в 1,5 раза чаще имели место быстрые и стремительные роды – $47,5 \pm 7,8\%$ ($p < 0,001$). Преждевременные роды произошли у $20,9 \pm 5,2\%$ ($p < 0,05$) женщин ОГ. Основными осложнениями родового акта явились: дородовое излитие вод в $29,1 \pm 5,8\%$ ($p < 0,05$); аномалии родовой деятельности в $12,9 \pm 4,3\%$ ($p < 0,05$). При сравнении с аналогичными показателями у рожениц с ГС, соответственно $3,1 \pm 2,7\%$ и $2,7 \pm 2,9\%$, различие оказалось статистически достоверным ($p < 0,05$).

Признаки гипотрофии плода у женщин ОГ имели место в $22,6 \pm 5,3\%$ случаев ($p < 0,01$). В трех случаях произошла антенатальная гибель плода, имели место 2 случая ранней неонатальной смертности. Из 62 женщин ОГ $69,4 \pm 3,8\%$ ($p < 0,01$) покинули на 2-3 сутки отделение, оставив детей на попечение государству. Таким образом: основными факторами риска ВИЧ инфицирования во время беременности являются асоциальный образ жизни женщины и связанные с ним инфекции, передающиеся половым и парентеральным путем; отсутствие заинтересованности в благоприятном исходе беременности приводит к запоздалой диагностике ВИЧ и отсутствию профилактики ВИЧ для плода; основными осложнениями течения беременности являются ФПН и гестоз; основными осложнениями течения родового акта являются аномалии родовой деятельности и несвоевременное излитие вод; у ВИЧ инфицированных женщин отсутствуют мотивация быть матерью и заинтересованность в рождении здорового ребенка. Данная категория женщин является резервом для улучшения качественных показателей в работе наблюдательного акушерского стационара.

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ

Бобров С.А., Сумская Г.Ф.

*Кафедра репродуктивного здоровья женщин СПбМАПО
Росздрава,*

Городской акушерский гематологический центр, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: анемия беременных до сих пор остается нерешенной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве. Как правило, диагноз анемического синдрома у беременных ставится лишь на терминальной стадии дефицита железа, когда наблюдается падение гемоглобина ниже нормальных значений.

На сегодняшний день сывороточный ферритин является «золотым стандартом» оценки количества депонированного железа в организме, позволяющим прогнозировать развитие анемии на стадиях прелатентного и латентного дефицита железа. Нормальные концентрации сывороточного ферритина для детей и подростков (4 мес.-16 лет) составляют 50-150 нг/мл (или мкг/л); для мужчин 30-400 нг/мл, для женщин в менопаузе нормальный уровень ферритина становится сходным с мужским (Breyma C. et al., 2005). Сегодня в международной литературе имеются достаточно разносторонние взгляды на нормальные значения концентрации ферритина в сыворотки крови у беременных женщин и женщин репродуктивного возраста. Большинство авторов (Menhta A. et al., 2000; Provan D. et al., 2004; Lewis S. et al., 2006) указывают нормальной концентрацию сывороточного ферритина для беременных и женщин репродуктивного возраста в пределах 15-150 нг/мл, другая часть авторов (Breyma C. et al., 2005; Huch R. et al., 2005) говорят о цифрах 15-50 нг/мл. Т.В. Казюкова и соавт. (2000) считают, что о явном дефиците железа в депо свидетельствует уровень сывороточного ферритина менее 12-15 мкг/л. Pitkin J. et al. (2003) приводит цифры в пределах 10-50 нг/мл, В.Г. Демихов (2003) – 12,5-68,0 нг/мл.

Кроме того, отсутствуют данные, отражающие изменения нормальных концентраций сывороточного ферритина для каждого триместра беременности.

Цель: определение нормальных значений сывороточного ферритина у беременных женщин по триместрам.

Материалы: обследованы 98 беременных женщин (23-36 лет) в I, II и III триместрах.

Методы: всем беременным выполнено стандартное обследование согласно приказу МЗРФ №50, а также оценка состояния обмена железа с помощью следующих методов: исследования концентрации сывороточного ферритина и железа сыворотки крови, определение общей железосвязывающей способности сыворотки и латентной железосвязывающей способности сыворотки с точками контроля в конце каждого триместра (в 12, 24 и в 36 недель).

Результаты: у 5 беременных, обследованных нами, в I триместре было зафиксировано снижение гемоглобина ниже 110 г/л, при этом концентрация сывороточного ферритина составила меньше 65 нг/мл. У 93 беременных с концентрацией ферритина больше 65 нг/мл клинко-лабораторных признаков анемического синдрома не было.

У 18 беременных во II триместре падение гемоглобина ниже 110 г/л наблюдалось при цифрах сывороточного ферритина меньше 46 нг/мл. У 75 женщин с концентрацией сывороточного ферритина больше 46 нг/мл концентрация гемоглобина была в пределах нормы.

У 23 беременных в III триместре уровень ферритина сыворотки крови был ниже 9 нг/мл и наблюдалась клинко-лабораторная картина анемического синдрома. У 52 беременных со значениями сывороточного ферритина выше 9 нг/мл уровень гемоглобина оставался нормальным.

Выводы: таким образом, можно говорить, что нормальные концентрации сывороточного ферритина должны быть не меньше следующих значений для

каждого триместра: I триместр – 65 нг/мл, II триместр – 46 нг/мл, III триместр – 9 нг/мл.

Знание практическим врачом нормальных показателей уровня ферритина сыворотки крови по триместрам позволит:

- своевременно выявлять беременных высокого риска по развитию анемии для начала профилактики уже на этапе планирования беременности и в I триместре.
- провести отбор пациенток для профилактической терапии и лечения со II триместра.
- определить пациенток, резистентных к ферротерапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГЕСТАГЕНОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Болотских В.М.

*Россия, г. Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии
СЗО РАМН им.Д.О.Отта*

Применение активно-выжидательной тактики у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) при доношенном сроке на фоне отсутствия биологической готовности к родам, несомненно, дает положительный результат в виде снижения частоты перинатальной патологии, оперативного родоразрешения и аномалий родовой деятельности. Однако безводный период более 3 суток по данным ряда авторов не является оптимальным. Возникает необходимость дополнения активно-выжидательной тактики ведения беременности и родов при ПИОВ современными и эффективными методами подготовки мягких родовых путей к родам.

Целью исследования является исследование эффективности применения препарата группы антигестагенов – «Мифепристон» при ПИОВ на фоне отсутствия биологической готовности к родам при доношенном сроке (заявка на патент на изобретение №2009121368/14 от 04.06.2009).

Материалы и методы. Основную группу составили 30 беременных при сроке беременности 36-40 недель, у которых произошло преждевременное излитие околоплодных вод на фоне «не зрелой» или «созревающей» шейки матки. У данных пациенток проводилась активно-выжидательная тактика с применением препарата «Мифепристон» 200 мг per os, дважды, через 6 часов. В контрольную группу вошли 30 пациенток с ПИОВ при отсутствии биологической готовности к родам. Срок беременности также составил 36-40 недель. В данной группе использовалась стандартная тактика – родовозбуждение через 2-3 часа после излития околоплодных вод.

Результаты исследования. В основной группе аномалии родовой деятельности отмечены в 3 (10%) родах. Из них – 2 случая слабости родовой деятельности и 1 случай быстрых родов. Операцией кесарево сечение родоразрешены 2 (6,6%) пациентки. Выявлено 5(16,6%) случаев гипоксии плода. Случаев рождения детей в

состоянии асфиксии не установлено. Перинеотомия производилась в основной группе в 8(26,6%) случаях, медикаментозное обезболивание родов – в 10(33,3%) случаях, длительная перидуральная анестезия – в 4 (13,3%) случаях. При изучении особенностей родов в контрольной группе аномалии родовой деятельности выявлены в 9 (30%) родах. Из них: 5 случаев слабости родовой деятельности, 2 случая дискоординированной родовой деятельности и 2 случая быстрых родов. Операцией кесарево сечение родоразрешены 7(23,3%) рожениц. Двое родов (6,6%) завершены путем наложения выходных акушерских щипцов по поводу гипоксии плода. Всего диагноз гипоксии плода в контрольной группе зафиксирован в 11 родах (36,6%). В 4(13,3%) случаях дети рождены в состоянии асфиксии. Один из них в состоянии асфиксии тяжелой степени (2 балла по шкале Апгар). Перинеотомия производилась в контрольной группе в 12 (40%) родах, медикаментозное обезболивание родов – 11(36,6%) случаев, длительная перидуральная анестезия – 7(23,3%) случаев.

Заключение. Таким образом, дополнение препарата «Мифепристон» к активно-выжидательной тактике при ПИОВ на фоне отсутствия биологической готовности к родам позволяет снизить частоту аномалий родовой деятельности, оперативного родоразрешения, гипоксии плода и асфиксии новорожденного. Эти данные дают основание считать, что применение антигестагенов при ПИОВ получит дальнейшее развитие.

ОСОБЕННОСТИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКТИВНО- ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

**Болотских В.М., Пелевина В.О.,
Круглова П.С., Сорокина О.В.**

*Россия, г. Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии
СЗО РАМН им.Д.О.Отта*

Тактика ведения беременности и родов при преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ) при доношенном сроке по-прежнему является дискуссионной. Наиболее распространенным является мнение о необходимости родовозбуждения через несколько часов после излития околоплодных вод с целью предотвращения длительного безводного периода. Однако данный подход не всегда является оптимальным, особенно на фоне отсутствия биологической готовности к родам, так как часто приводит к аномалиям родовой деятельности, гипоксии плода и как следствие – увеличение частоты оперативного родоразрешения и акушерского травматизма. В связи с чем, активно-выжидательная тактика ведения беременности и родов при доношенном сроке на фоне ПИОВ является весьма актуальной, позволяя развиваться родовой деятельности без применения утерото-

нических средств или достигать оптимальную биологическую готовность к родам перед родовозбуждением.

Целью исследования явилось изучение сократительной деятельности матки в первые сутки активно-выжидательной тактики после ПИОВ.

Изучаемую группу из 79 беременных с ПИОВ при доношенном сроке, тактика ведения которых была активно-выжидательной, разделили на две подгруппы. В первую подгруппу вошли 16 (20,25±4,52%) женщин с «незрелой» шейкой матки, во вторую – 63 (79,65±4,52%) с «созревающей» шейкой матки.

Степень «зрелости» шейки матки напрямую зависела от срока беременности, который в первой группе составил 38,4±0,84 недель, во второй – 39,6±0,74 недель.

Всем беременным проводилась кардиотокография с помощью аппарата OXFORD через 6 часов после ПИОВ и затем через 24 часа (родовая деятельность к этому времени у них еще не развилась).

Анализ сократительной деятельности матки проводился по методу А.З. Хасина путем вычисления эффективности сократительной деятельности по формуле: $E=SA \times r/t$ (E – эффективность сократительной деятельности матки (в усл. ед), S – математический знак суммы, A – амплитуда единичного сокращения (в мм), r – продолжительность схватки (в сек), t – время анализируемого процесса (в сек)).

При изучении сократительной деятельности матки через 6 часов после ПИОВ маточная активность относительно невысокая – в первой подгруппе 24,2±19,1 у.е.; во второй – 22,1±16,3 у.е., однако, уже по истечении суток сократительная деятельность матки увеличивается в 2,5 – 3 раза и достигает 58,6±5,4 у.е. в первой подгруппе и 64,3±6,3 у.е. во второй.

Несмотря на отсутствие существенных различий в токограммах между этими подгруппами, безводный период в первой подгруппе был достовернее дольше, чем во второй (3,8±0,9 и 1,6±0,6 суток соответственно)(p<0,05).

Таким образом, сократительная активность матки у беременных с ПИОВ при проведении активно-выжидательной тактики не зависит от степени «зрелости» шейки матки. Дальнейшее изучение маточной активности при ПИОВ позволит внести коррективы в активно-выжидательную тактику.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Бородашкин В.В., Самчук П.М., Сорокина Н.Я.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Иркутский государственный
медицинский университет, Иркутск, Россия*

На современном этапе в связи с расширением показаний к оперативному родоразрешению отмечен рост частоты операций кесарево сечение до 25-30% (В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова, 2004). Целью нашего исследования явилось изучение особен-

ностей течения неосложненного послеродового периода, субинволюции и эндометрита при оперативном и консервативном родоразрешении.

Нами проведено изучение течения послеродового периода у 304 родильниц с субинволюцией матки, эндометритом и физиологическим течением после операции кесарево сечение и самостоятельных родов. Клинико-лабораторные и инструментальные (ультразвуковое исследование, гистероскопия) методы диагностики проводились на 3-4 сутки после родоразрешения.

На 3-4 сутки после родоразрешения были выявлены более высокие показатели высоты дна матки после оперативного родоразрешения при неосложненном течении послеродового периода, субинволюции и эндометрите, по сравнению с консервативным родоразрешением при этих же состояниях составляющая $1,5 \pm 0,5$ см ($P < 0,05$).

При неосложненном течении послеродового периода после консервативного родоразрешения на 3-4 сутки достоверно чаще встречались кровяные (23,08%) и серозно-сукровичные (32,86%) лохии и значительно реже серозные (37,42%) по сравнению с оперативным родоразрешением ($P < 0,05$), что вероятно обусловлено интраоперационным кюретажем стенок матки.

Метод родоразрешения при субинволюции матки и эндометрите не влиял на характер лохий, статистически значимых различий при оперативном и консервативном родоразрешении не выявлено ($P > 0,05$).

При эндометрите после операции кесарево сечение в 6 раз реже нами отмечено наличие ихорозного запаха лохий, чем при эндометрите после консервативного родоразрешения (8,33% и 55,88% случаев соответственно, $P < 0,05$), болезненность матки во время осмотра наблюдалась в 2 раза чаще при эндометрите после оперативного родоразрешения – 70,8% случаев, чем после естественного родоразрешения – 29,4% ($P < 0,05$).

Размеры матки при двуручном осмотре не имели существенных различий в норме и при субинволюции матки, как после оперативного, так и консервативного родоразрешения ($P > 0,05$), при эндометрите после операции размер матки на 3-4 сутки отмечался достоверно выше, и соответствовал $13,41 \pm 0,16$ неделям беременности, чем при консервативных родах – $12,42 \pm 0,19$ недели ($P < 0,05$).

На 3-4 сутки в периферической крови после оперативного родоразрешения при неосложненном течении и субинволюции отмечались более высокие показатели сегментоядерных нейтрофилов ($71,88 \pm 0,91\%$ и $74,0 \pm 5,83\%$) и относительная лимфопения ($17,55 \pm 0,92\%$ и $15,02 \pm 0,87\%$) по сравнению с консервативным родоразрешением – $68,29 \pm 0,68\%$ и $70,0 \pm 0,57\%$; $20,37 \pm 0,61\%$ и $19,4 \pm 0,55\%$ соответственно ($P < 0,05$).

При эндометритах после операции и естественного родоразрешения отмечена противоположная картина: на 3-4 сутки не выявлено статистически значимых различий в количестве сегментоядерных нейтрофилов ($74,79 \pm 1,06\%$ и $72,45 \pm 1,12\%$) и лимфоцитов – $14,33 \pm 1,21\%$ и $15,60 \pm 0,92\%$ соответственно ($P > 0,05$), тогда как на 6-7 сутки после операции лимфопения была более выражена ($16,16 \pm 0,68\%$) и имело место повышение показателей сегментоядерных нейтрофилов – $72,04 \pm 0,88\%$ ($P < 0,05$).

Объем матки при ультразвуковом исследовании на 3-4 сутки после оперативного и консервативного родоразрешения не имел статистически значимых

различий при субинволюции матки ($732,98 \pm 20,77$ и $709,25 \pm 14,35$ см³), эндометрите ($669,46 \pm 28,81$ и $612,06 \pm 19,95$ см³) и неосложненном течении послеродового периода ($546,74 \pm 15,42$ и $586,8 \pm 17,08$ см³), ($P > 0,05$).

При физиологическом течении послеродового и послеоперационного периода расширения полости матки на 3-4 сутки не отмечено. При субинволюции и эндометрите после консервативного родоразрешения отмечалось увеличение полости матки ($10 \pm 0,7$ мм), по сравнению с оперативным – $6 \pm 0,5$ мм ($P < 0,05$).

Проведенные исследования показали, что операция кесарево сечение отражается на некоторых показателях периферической крови, как общая реакция организма на оперативное вмешательство, в тоже время метод родоразрешения не оказывает влияния на различия клинических проявлений при аналогичных состояниях послеродового периода (субинволюции матки, эндометрите и неосложненном течении послеродового периода).

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЛОДА: СТРАТЕГИЯ И ВЫБОР ТЕРАПИИ

Буданов П.В., Стрижаков А.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Актуальность. Ни один из современных методов диагностики внутриутробной инфекции не обеспечивает 100% надежности. В структуре патологии, связанной с персистирующими, рецидивирующими инфекциями, глобальной проблемой являются нарушения иммунитета. В настоящее время более трети всей патологии человека протекает в сочетании с клиническими признаками иммунной недостаточности, что определяет тяжесть клинических проявлений заболевания, развитие осложнений и ухудшение прогноза. В то же время, все имеющиеся в литературе положения о принципах назначения иммуномодулирующей терапии носят лишь рекомендательный характер и требуют обязательной коррекции у каждого конкретного пациента с учетом многих факторов (возраст, сопутствующие заболевания и их тяжесть, особенности проводимой базисной терапии по поводу основного заболевания и многие другие).

Цель. Оценка основных показателей цитокинового статуса у беременных с внутриутробной инфекцией для выявления особенностей патогенеза и выделения прогностических критериев для его диагностики, а также оценка эффективности применения рекомбинантного $\alpha 2$ -интерферона (Виферона) у женщин с различными вирусными инфекциями.

Материал и методы. Проведено исследование околоплодных вод у 40 беременных с неосложненной беременностью и у 77 женщин группы высокого риска внутриутробного инфицирования плода. При исследовании околоплодных вод определяли уровни α - и γ -интерферонов (ИФН), фактора некроза опухоли (ФНО) и интерлейкина-4 (ИЛ-4). Одновременно исследу-

довали бактериологический и вирусологический состав околоплодных вод. В венозной крови беременных определяли те же цитокины. После родоразрешения проводилась оценка инфекционного статуса новорожденного и определение уровня про- и противовоспалительных цитокинов в пуповинной крови. Основным курсом интерферонотерапии назначали в 28-30 недель. Назначали Виферон по 1 свече (500 000 ЕД) через 12 ч (20 свечей), затем по 1 свече через 12 ч 2 раза в неделю (10 свечей). Повторно аналогичный курс виферона применяли в 35-36 недель гестации.

Результаты исследования. На фоне внутриутробной инфекции, подтвержденной бактерио- и вирусологическими исследованиями околоплодных вод, а также постнатально, изменяется баланс про- и противовоспалительных цитокинов. Иммуная реакция приобретает свойства Th-2 (противовоспалительного) опосредованного ответа, что неблагоприятно сказывается на течении беременности.

Иммунокорректирующая терапия препаратом Виферон (500 000ЕД), назначаемом в виде ректальных свечей по 1 свече 2 раза в день курсами по 10 дней, начиная с 14 недель гестации приводит к восстановлению содержания цитокинов в сыворотке крови матери и околоплодных водах. При раннем подключении к этиотропной терапии препаратов, корректирующих и активирующих собственных иммунный ответ, нормализуется реакция воспаления в пределах макроорганизма как матери, так и плода при вирусных и бактериальных внутриутробных инфекциях.

Выводы. Таким образом, полученные данные доказывают наличие значимых изменений общей/системной воспалительной реакции при ВУИ, проявляющиеся в виде дисбаланса уровня основных цитокинов (Th-1 и Th-2 направленности). Снижение уровня ФНО в околоплодных водах всегда коррелирует с уменьшением его количества в венозной крови беременной. Выявление изменений цитокинового статуса в крови матери позволяет прогнозировать риск развития внутриутробной инфекции плода в 94,3% случаев. При своевременном подключении иммунокорректирующей терапии показатели иммунного ответа не отличаются от здоровых беременных.

ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Тютюнник В.Л., Якунина Н.А.

Россия, г. Москва, ФГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова

Актуальность. В настоящее время растёт число беременных, страдающих острыми или хроническими воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы, среди которых наиболее частым является пиелонефрит. У беременных с воспалительными заболеваниями почек нередко развиваются железодефицитные состояния (ЖДС), в том числе латентный (ЛДЖ) и манифестный дефицит железа (МДЖ). Сочетание

МДЖ с воспалительными заболеваниями вносит существенный вклад в увеличение частоты акушерских и перинатальных осложнений. В то же время, лечение МДЖ у беременных с пиелонефритом препаратами железа не всегда эффективно. Лучшей профилактикой МДЖ у беременных, в т.ч., страдающих пиелонефритом, является своевременное лечение ЛДЖ препаратами железа (селективная профилактика).

Цель: изучение динамики показателей различных фондов метаболизма железа (функционального, транспортного, запасного и регуляторного) у беременных с ЛДЖ и пиелонефритом на фоне селективной профилактики.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 11 беременных с ЛДЖ и пиелонефритом со II триместра гестации. Критерии включения в исследование: хронический пиелонефрит в анамнезе с обострением в течение последних 3-х лет, гестационный пиелонефрит; уровень гемоглобина (Hb) – 110-120 г/л; гематокрита (Ht) 35-37%; количество эритроцитов (RBC) – 3,7-3,85x10¹² г/л.

Хроническим пиелонефритом страдали 11 (100%) беременных с ЛДЖ. У 4 из них во время настоящей беременности в III триместре развилось обострение пиелонефрита, в связи с чем, они получили антибактериальную терапию. Заболевания сердечно-сосудистой системы были у 3; желудочно-кишечного тракта – у 7. Носителями хронической рецидивирующей герпесвирусной инфекции были 5. Все беременные получали препарат Феррум Лек по 1т (100 мг) в сутки в течение 46±11 дней. У каждой беременной до начала лечения и через 1,5 месяца после начала приема препарата железа, определяли показатели различных фондов метаболизма железа: функционального – Hb, Ht, RBC; транспортного – сывороточное железо (СЖ), трансферин (ТФ), коэффициент насыщения трансферина железом (КНТ), растворимые рецепторы к трансферину (ТФ-Р), запасного – ферритин (СФ); железо-регуляторного – эритропоэтин сыворотки (ЭПО) и коэффициент адекватности продукции эритропоэтина (КА эпю).

Результаты: Осложнения беременности встречались у всех пациенток, в том числе: ранний токсикоз у 6; угроза прерывания беременности у 10; хроническая внутриутробная гипоксия плода была выявлена у 2; гестоз легкой степени тяжести у 6 беременных. У 11 беременных родилось 11 живых, доношенных новорожденных. Масса тела детей при рождении составила 3245±665 г, рост 50,8±2,3 см. Оценка состояния по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минутах жизни: 7,7±0,8 и 8,7±0,5 баллов, соответственно. Случаев перинатальной смертности не было. У обследованных пациенток с пиелонефритом исходные значения функционального, транспортного и запасного фондов метаболизма железа соответствовали критериям ЛДЖ у беременных: Hb – 115,6±2,5г/л; RBC – 3,80±0,33x10¹²/л; Ht – 34,27±3,31%; СЖ – 13,85±4,13 мкмоль/л, СФ – 29,5±11,07мкг/л, КНТ – 16,39±5,25 %. По данным наших предыдущих исследований, у 65% беременных с ЛДЖ при отсутствии профилактики препаратами железа в течение 2,5 месяцев развивается МДЖ. У находившихся в настоящем исследовании под наблюдением беременных с ЛДЖ и пиелонефритом, через 1,5 месяца лечения, значения показателей функционального фонда железа достовер-

но увеличились ($p < 0,01$) по сравнению с исходными: Hb – $125 \pm 1,4$ г/л; RBC – $4,1 \pm 0,07 \times 10^{12}$ /л; Ht – $36,5 \pm 0,07\%$. В результате лечения отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня ТФ-Р с $27,76 \pm 6,55$ до $18,48 \pm 6,34$ нмоль/л, в то время как остальные показатели транспортного, а также запасного фондов метаболизма железа существенно не изменились ($p > 0,05$, по сравнению с исходными значениями): СЖ – $12,8 \pm 4,74$ мкмоль/л; КНТ – $12,4 \pm 6,35\%$; СФ – $28,7 \pm 9,53$ мкг/л. В результате лечения препаратом железа, уровень ЭПО у беременных с ЛДЖ и пиелонефритом достоверно не изменился ($4,8 \pm 3,7$ и $17,1 \pm 24,1$ мМЕ/мл, соответственно до и после лечения) но, тем не менее, достоверно вырос уровень КА эпо. Согласно данным наших предыдущих исследований, значения КА эпо от 0,9 до 1,0 – указывают на адекватную продукцию ЭПО у беременных с ЛДЖ, а менее 0,9 – на неадекватную. В настоящем исследовании, исходный уровень КА эпо у пациенток составил 0,40–0,27, что свидетельствует о неадекватной продукции ЭПО у обследованных беременных с ЛДЖ и пиелонефритом. После лечения препаратом железа уровень КА эпо существенно ($p < 0,05$) возрос, по отношению к исходному значению (до 0,74–0,40), однако не достиг адекватных значений для данного уровня Hb, что, по-видимому, обусловлено наличием хронического заболевания почек, вызвавшего нарушение продукции ЭПО.

Таким образом, у беременных с латентным дефицитом железа и пиелонефритом до лечения имеется сниженный уровень коэффициента адекватности продукции эритропоэтина, по сравнению с таковым у беременных с ЛДЖ не страдающих воспалительными заболеваниями почек. На фоне селективной профилактики, уровни показателей транспортного (СЖ и КНТ) и запасного (СФ) фондов метаболизма железа существенно не меняются, однако происходит достоверное повышение уровней показателей функционального (Hb, Ht, RBC) и железо-регуляторного (КА эпо) фондов метаболизма железа, а также снижение концентрации растворимых рецепторов к трансферрину, что свидетельствует о восполнении запасов железа в организме в результате лечения препаратами железа.

Выводы: Латентный дефицит железа у беременных с пиелонефритом сопровождается неадекватной продукцией эритропоэтина. Критериями эффективности лечения латентного дефицита железа у беременных с пиелонефритом, помимо роста уровней гемоглобина, гематокрита и количества эритроцитов, может служить снижение концентрации в сыворотке растворимых рецепторов к трансферрину и повышение уровня коэффициента адекватности продукции эритропоэтина относительно исходных значений.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Бурумкулова Ф.Ф.,¹ Петрухин В.А.,¹ Коваленко Т.С.,
¹ Титова Т.В.,² Головченко М.А.

¹ ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
² Родильное отделение Клинской городской больницы,
Россия, г. Москва,

Общепризнанно, что основными и до сих пор нерешенными проблемами гестационного сахарного диабета (ГСД) являются поздняя диагностика заболевания в результате отсутствия налаженной системы скрининга и единого подхода к проведению перорального глюкозотолерантного теста. Данные о распространенности ГСД в России крайне немногочисленны и противоречивы (от 2,4 до 4%). Мы проанализировали течение беременности и перинатальный исход у 380 беременных с ГСД, которые в разные сроки беременности поступали под наблюдение в МОНИИАГ. Акушерский анамнез у этих пациенток был крайне отягощен. Так, репродуктивные потери составили 23%, основными причинами которых в 10% являлось привычное невынашивание, в 8,5% – тяжелый гестоз, в 4,5% – крупные размеры плода (диабетическая фетопатия (ДФ), родовой травматизм). Наиболее значимыми факторами риска развития ГСД являлись: глюкозурия (41%), ожирение (50%), возраст старше 30 лет (25%), отягощенный акушерский анамнез (21%), роды крупным плодом в анамнезе (15%), отягощенный по СД семейный анамнез (46,6%). Гиперандрогения и привычное невынашивание беременности в анамнезе у пациенток встречались в 10% и 20% случаев, соответственно. Наличие двух и более факторов повышало риск развития ГСД в 10 и более раз. С внедрением новых методов лечения бесплодия появились и новые группы с высоким риском развития ГСД, и, в частности, пациентки, беременность которых наступила благодаря ВРТ. Частота ГСД в этой группе больных, по нашим данным, составила 10,7%. Возможными причинами более частого развития данного осложнения являются как традиционные факторы риска, так и высокая частота многоплодия и применение препаратов эстрогенов и индукция овуляции (эндогенная гиперэстрогения) в программе ЭКО. Несвоевременная диагностика ГСД и его неадекватная коррекция привели к высокой частоте осложнений гестации: многоводие достигало 41%, фетоплацентарная недостаточность – 63%, частота ДФ – 42%, а гестоз развился у 13,3% (причем гестоз средней и тяжелой степени – у половины пациенток). Решение этой проблемы возможно только при условии, что своевременное выявление беременных группы риска по развитию ГСД, динамическое наблюдение за ними, назначение и оценка результатов перорального глюкозотолерантного теста возьмет на себя акушер-гинеколог, к которому первично обращается беременная женщина. Подключение к ведению беременной эндокринолога должно происходить на этапе подбора адекватной диеты и назначения инсулинотерапии. Показаниями к инсулинотерапии (40% беременных) являются как сохранение постпрандиальной гипергликемии на фоне диеты, так и УЗ признаки ДФ, макросомия плода и/или много-

водие. Кроме того, беременность у пациенток с ГСД часто протекает на фоне гиперпродукции антител к инсулину и его рецепторам, при этом повышение уровня антител к инсулину сопровождается рождением детей с выраженными признаками ДФ и развитием фетоплацентарной недостаточности ($p < 0,001$), а гиперпродукция антител к рецепторам инсулина является фактором риска развития гестоза средней и тяжелой степени тяжести ($p < 0,001$). Своевременное начало инсулинотерапии не только не приводит к возрастанию их содержания, а, наоборот, способствует их снижению. Динамическое наблюдение за пациентками, перенесшими ГСД, должно продолжаться и после родов. Через 45-60 дней после родов пациентки с ГСД должны быть обследованы у эндокринолога для проведения реклассификации нарушений углеводного обмена. ГСД оказывает существенное влияние на дальнейшее качество жизни женщины: у 40-70% в дальнейшем может развиваться истинный СД (в основном, СД 2 типа), часты случаи повторного ГСД в последующие беременности. Важной проблемой являются последствия родового и материнского травматизма, гинекологические и урогинекологические проблемы (пролапс гениталий, недержание мочи).

Таким образом, ГСД является важной междисциплинарной проблемой, требующей командного врачебного подхода, при этом задачей акушера является оценка факторов риска и своевременное проведение глюкозотолерантного теста, а задачей эндокринолога – подбор адекватной диеты и инсулинотерапии, а также динамическое наблюдение за пациенткой в последующие годы ее жизни.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ В ОПЕРАТИВНОМ АКУШЕРСТВЕ

Бутунов О.В., Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО УГМА, МУ ЦГБ №7, г. Екатеринбург

Кесарево сечение (КС) в современном акушерстве является самой частой родоразрешающей операцией, что обусловлено перинатальной направленностью всех технологий родовспоможения, поэтому частота КС остается достаточно высокой и не имеет тенденции к снижению. По данным разных авторов осложнения после КС встречаются в 5-20% случаев. В их структуре серьезное место занимают осложнения, обусловленные техническим выполнением операции, в частности проблемами с гемостазом. По нашим данным на гематомы под прямыми мышцами живота, апоневрозом, в паравезикальной и параметральной клетчатке приходится 5-12% осложнений после КС, а инфильтраты предпузырной клетчатки и параметриев регистрируются в 30-45% случаев. С целью предотвращения итрогенных причин осложнений при КС нами была использована аргоноплазменная коагуляция (АПК) как современный метод эффективно гемостаза при хирургических операциях.

АПК происходит бесконтактно, глубина воздействия на ткань не более 3 мм, отсутствует налипание

ткани на электрод и дымообразование, не возникает обугливания тканей, зона воздействия хорошо визуализируется. За счет этого АПК позволяет обеспечить качественный гемостаз при операциях на паренхиматозных органах и хорошо васкуляризованных тканях, приводит к сокращению времени оперативного вмешательства, обеспечивает быстрое заживление тканей.

АПК при КС выполнялась на аппарате ФОТЕК – ЕА 142, в режиме «Спрей» при мощности 65 вт, потоке аргона 7,0 литров в минуту, температуре плазмы в участке воздействия до 120 градусов, времени воздействия 2-4 секунды.

Метод применен у 320 пациенток в возрасте 22-35 лет. Показаниями к операции КС послужили: рубец на матке – 64 (20,0%), аномалии родовой деятельности – 45 (14,0%), прогрессирующая ФПН – 55 (17,2%), преждевременное излитие околоплодных вод и «незрелая» шейка матки – 49 (15,3%), клинически узкий таз – 15 (4,7%), тазовое предлежание – 35 (10,9%), многоплодие – 44 (13,7%), тяжелый гестоз – 13 (4,0%).

185 операций КС были плановыми (58%), 135 – экстренными (42%). В 93 случаях (29%) выполнен продольный разрез матки в нижнем сегменте, в 207 (64,7%) – поперечный разрез. У 20 женщин (6,3%) КС сделано в модификации Штарка (лапаротомия по Джоел-Кохену). Длительность операций составила 35-40 минут, в модификации Штарка – 25 минут, кровопотеря 300-400 мл.

В послеоперационном периоде у 40 женщин проводилась оценка интенсивности боли по цифровой рейтинговой шкале (NRS-Numerical Rating Scale) от 0-1 баллов (боли нет) до 9-10 (худшая боль, какую можно представить): 20 пациенток – КС с АПК, 20 – КС без АПК. В 1-е сутки послеоперационного периода у всех оперированных боль оценивалась на 8-9 баллов, на 3-и сутки после АПК женщины оценили боль на 2 балла, а без АПК на 5 баллов, на 5 сутки после КС с АПК – 0 баллов, без АПК – 2 балла. Кроме того, течение послеоперационного периода после применения АПК характеризовалось отсутствием инфильтрации и болезненности шва передней брюшной стенки на 2-3 сутки, отсутствием инфильтрации и/или жидкостных включений в шве на матке и предпузырной клетчатки по данным УЗИ, уменьшением количества и кратности введения наркотических и ненаркотических анальгетиков, заживлением раны первичным натяжением, более ранней выпиской (на 5-6 сутки, без АПК выписка проводилась на 7-8 сутки).

Осложнения возникли только у пациенток, прооперированных в неотложном порядке по поводу первичной слабости родовой деятельности, родового излития вод, длительного безводного периода и составили 7 (2,2%) случаев: 3 – серома подкожной клетчатки объемом до 50-80 мл, 4 – эндометрит (легкое течение).

Таким образом, применение высокочастотной монополярной аргоноплазменной коагуляции безопасно для матери и плода, уменьшает объем кровопотери, обеспечивает качественный гемостаз, профилактирует воспалительные осложнения за счет прямого воздействия на микробный агент, уменьшает выраженность болевого синдрома, способствует заживлению операционной раны, сокращает длительность пребывания в стационаре.

ГЕСТОЗ: ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ ИЛИ НЕТ ?

Буштырева И.О., Курочка М.П.,
Гайда О.В., Волокитина Е.И.

Кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС
ГОУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет»

В последнее время появились работы, рассматривающие взаимосвязь гестоза с вирусными инфекциями. Это обусловлено тем, что решающую роль как при гестозе, так и при инфекции играет системное поражение эндотелия сосудов.

Целью нашей работы явилось оценить влияние персистирующей вирусной инфекции на возникновение и течение гестоза.

Нами было произведено обследование 3 групп беременных в сроке 29-39 недель и родильниц:

I группу (контрольную) составили условно здоровые женщины с неосложненным течением беременности (n = 20) со сроком гестации 37-40 недель;

во II группу вошли женщины с гестозами средней и тяжелой степени (по шкале в модификации Г.М.Савельевой 10 и более баллов), новорожденные были здоровы (n = 16);

III группу составили пациентки с гестозами средней и тяжелой степени, все новорожденные имели перинатальную патологию (n = 38).

Материалами исследования с целью определения персистенции вирусов в организме послужили отделяемое цервикального канала, периферическая венозная кровь и фрагменты плаценты.

Было установлено, что манифестация вирусного процесса по данным ИФА крови наиболее часто встречалась во II группе – в 75% (n=12) случаев, по сравнению с III группой, где выявлялась в 57,9% (n=22) случаев. В I группе вирусемия была у 20% (n=4) женщин.

При изучении структуры вирусной инфекции в исследуемых группах в группе с гестозами и неблагоприятными исходами для плода превалировала острая ЦМВ-инфекция и встречалась в 42,1% (n=16) случаев, по сравнению с группой, где перинатальные исходы были благоприятными -12,5% (n=2) случаев.

Во II группе напротив, преобладала ВЭБ инфекция в 25% (n=4) случаев, по сравнению с III группой, где она не встречалась. При этом частота обнаружения ВПГ инфекции в этих группах не имела значимых отличий (во II группе – 25% (n=4) случаев, в III группе – 26,3% (n=10)). Это подтверждается данными литературы о существовании феномена «смены лидера» Он характеризуется быстрым нарастанием количества выявляемых репликативных форм ВЭБ и резким снижением частоты выявляемых репликативных форм цитомегаловирусной инфекции. При этом частота встречаемости вируса простого герпеса не изменяется. (А.Я.Сенчука, 2005).

В контрольной группе выявлялся только ВЭБ в 20% (n=4) случаев.

При вирусологическом исследовании послета вирусы обнаруживались только во II и III группах и частота их встречаемости была практически одинаковой (25% (n=4) и 21,1% (n=8) соответственно) (табл.4). При этом

ЦМВ во II группе встречался в 12,5% (n=2), в III группе в 15,7% (n=6), ВПГ. – в 25% (n=4) и в 15,7% (n=6), энтеровирусы – в 12,5% (n=2) и в 5,3% (n=2). При ПЦР диагностике вирусы обнаруживались только в III группе в 5,3% (n=2) случаев и были представлены аденовирусом.

Интересным оказалось, что у женщин с неблагоприятным исходом для плода при ПЦР исследовании отделяемого цервикального канала обнаруживался только ЦМВ – 47,37% (n=18) случаев. В группе с благоприятными исходами для новорожденных в 25% (n=4) случаев встречался ВЭБ, в 25% (n=4) случаев – ВПГ, в 12,5% (n=2) случаев – ЦМВ, в 12,5% (n=2) случаев – ЭВ (табл.4). В I группе встречался только ВЭБ в 15 % (n=3) случаев.

Таким образом, результаты данного фрагмента собственных исследований позволяют сделать вывод, что в некоторых случаях вирусы являются пусковым механизмом в развитии гестоза, приводят к поражению фетоплацентарного комплекса, нарушают все функции плаценты и оказывают влияния на перинатальные исходы.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Буштырева И.О.¹, Феоктистова Т.Е.¹, Евсеев А.В.²

¹ Кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному
развитию», Ростов-на-Дону, Россия

²Россия, Ростов-на-Дону, ГУЗ «Областная больница №2»

В условиях длительного воздействия комплекса факторов экологического неблагополучия формируются стойкие патологические изменения в органах и системах женского организма, приводящие к выраженным нарушениям репродуктивного здоровья и осложненному течению беременности. При анализе течения беременности у женщин Ростовской области, проживающих в зоне неблагоприятной экологической ситуации (Азовский, Аксайский, Волгодонский, Каменский, Красносулинский, Неклиновский, Октябрьский районы) выявлено, что одним из наиболее частых осложнений является рецидивирующий, тяжело поддающийся медикаментозной коррекции, бактериальный вагиноз (БВ), частота которого составила 69,2%. Общеизвестно, что дисбиоз влагалища является фактором риска неблагоприятного перинатального исхода.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация перинатальных исходов у беременных, проживающих в зонах неблагоприятной экологической ситуации путем повышения эффективности диагностических и лечебных мероприятий при бактериальном вагинозе.

Материалы и методы: было обследовано 57 беременных с бактериальным вагинозом, проживающих

в зоне неблагоприятной экологической ситуации. Наблюдение осуществлялось начиная с I триместра беременности. Из них 23 беременным выполнялись стандартные диагностические и лечебные мероприятия (контрольная группа), а у 34 – к стандартным методам были добавлены динамическая (1 раз в 14 дней) рН-метрия с помощью тест-перчаток Care Plan VpH (производитель «Inverness medical», Англия), а при наличии показаний ($pH \geq 4.5$) – назначение влагалитных таблеток Вагинорм С (производитель Polichem, Швейцария) 1 раз в сутки №6.

Обсуждение полученных результатов. Эффективность использования разработанного алгоритма оценивали на основании частоты рецидивов бактериального вагиноза за время гестации, фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, внутриутробного инфицирования плода, хориоамнионита. Так частота рецидивов бактериального вагиноза составила в основной группе 12% ($n=4$), в контрольной – 70% ($n=16$). Фетоплацентарная недостаточность отмечалась у 44% ($n=15$) беременных основной группы и у 78% ($n=18$) – в группе контроля. Признаки угрозы прерывания наблюдались в 15% ($n=5$) случаев в основной группе и 39% ($n=9$) – в контрольной. Преждевременных родов и преждевременного излития околоплодных вод в основной группе зарегистрировано не было. У пациенток из группы контроля преждевременные роды начались в 9% ($n=2$) случаев, преждевременное излитие околоплодных вод произошло в 30% ($n=7$) случаев. Внутриутробное инфицирование плода отмечалось только у одной беременной из группы контроля. Также только у этой пациентки при патоморфологическом исследовании был выявлен хориоамнионит.

Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма и целесообразности включения динамической (1 раз в 14 дней) рН-метрии, и применения препарата Вагинорм С (при сдвиге $pH \geq 4.5$) в стандарт ведения беременных с бактериальным вагинозом, проживающих в зоне экологического неблагополучия.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ В РЕАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГЕСТОЗА

**Буштырева И.О., Курочка М.П., Гайда О.В.,
Волокитина Е.И., Голотина М.В., Куцев С.И.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС
ГОУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет»*

По современным представлениям, гестоз является мультифакторным заболеванием, пусковым механизмом в развитии которого является эндотелиальная дисфункция. Эндотелиальная NO-синтаза участвует в регуляции сосудистого тонуса, микроциркуляции, тромбообразования. Полиморфизм в гене eNOS3 связан с из-

менением метаболизма NO, что, возможно, увеличивает риск развития гестоза в определенных условиях. Однако имеются противоречивые данные об ассоциации полиморфизма гена eNOS3 с развитием гестоза.

В нашем исследовании участвовали 47 беременных с развернутой клинической картиной гестоза. Анализ полиморфизма, связанного с делецией участка 379 гена eNOS3, у пациенток с клинической картиной гестоза выявил ряд закономерностей. 5 пациенток являлись гомозиготными, наследственность была отягощена по материнской линии в 100% (гипертоническая болезнь, инсульт, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями). 4 из них были повторнородящими, 1 – первородящая. Акушерско-гинекологический анамнез пациенток был отягощен: самоаборт, антенатальная гибель плода, гестоз, послеродовое кровотечение, воспалительные процессы органов репродукции. Сроки начала гестоза – с 23 по 32 неделю. Клиническая картина характеризовалась отеками, гипертензией, головной болью. Повышение АД в одном случае отмечалось в течение 4 лет, у трех – с первой половины беременности, у одной – со второй половины беременности. 3 беременных страдали ожирением, 2 – хроническим пиелонефритом, 2 – патологией щитовидной железы, ангиопатия сосудов сетчатки встречалась в 100% случаев. Показания для родоразрешения были со стороны плода у 2 женщин, гестоз – у 3.

27 беременных являлись гетерозиготными, наследственность была отягощена у 6 по материнской линии (гипертоническая болезнь, инсульт), у 6 – по отцовской линии (гипертоническая болезнь, инфаркт). Повышение АД до беременности отмечалось у 9 пациенток. Из экстрагенитальной патологии встречался пиелонефрит (9), анемия (4), гломерулонефрит (1). 12 женщин были повторнородящими, 10 – первородящими. Акушерско-гинекологический анамнез у этих беременных был отягощен эклампсией, абортми, самоабортми, отслойкой плаценты, бесплодием, миомой, в 10 случаях – воспалительными процессами органов репродукции. Течение беременности осложнилось токсикозом (5), вирусной инфекцией (4), угрозой прерывания беременности (4). Сроки начала гестоза: с 23 по 37 неделю. Клиническая картина характеризовалась повышением АД, отеками, протеинурией (15). Показаниями для родоразрешения были гестоз (20), ухудшение состояния плода (7).

У 17 беременных не отмечалось делеции гена eNOS3. Однако у 2 пациенток наследственность отягощена по материнской линии. До беременности АД не повышалось, 10 пациенток страдали хроническим пиелонефритом, 2 – НИЦД, 2 – варикозной болезнью, 1 – анемией, 8 – ангиопатией. Из 17 беременных 12 были первородящими. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен воспалительными заболеваниями репродуктивной системы (7), беременность осложнилась угрозой прерывания беременности (8), токсикозом (6), ОРВИ (9). Сроки начала гестоза: с 22 по 35 неделю. Клиническая картина характеризовалась отеками, повышением АД, протеинурией в 100%. Показаниями для родоразрешения явились: тяжесть гестоза (8), отслойка плаценты (1), ухудшение состояния плода (2), аномалия родовой деятельности в сочетании с гестозом (2).

Полученные данные позволяют прогнозировать возможность развития гестоза у пациенток с полиморфизмом гена eNOS3.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НА ХАРАКТЕР ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В РОДАХ

**Буштырева И.О., Чернавский В.В., Колганова А.А.,
Волокитина Е.И., Яковенко Е.П.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС,
Ростовский Государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону, Россия*

Фето-плацентарная недостаточность — это синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и представляющий собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма. С целью лечения ФПН применяется большой арсенал лекарственных средств, включающий в себя следующие группы: токолитики, спазмолитики, препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови, корригирующие обменные процессы, повышающие устойчивость головного мозга и тканей плода к гипоксии. В настоящее время, к сожалению, не представляется возможным полностью избавить беременную от фето-плацентарной недостаточности какими-либо лечебными воздействиями. Применяемые средства терапии могут способствовать только стабилизации имеющегося патологического процесса и поддержанию компенсаторно-приспособительных механизмов на уровне, позволяющем обеспечить продолжение беременности до возможного оптимального срока родоразрешения.

Целью нашего исследования явилось изучение возможного влияния таких препаратов, как рибоксин, пентоксифиллин, но-шпа, актовегин, эуфиллин — наиболее часто применяемых для лечения ФПН — на характер околоплодных вод в родах.

Материалы и методы: настоящая работа была проведена на базе отделения патологии беременности Областной больницы № 2 г. Ростова-на-Дону. В исследование были включены пациентки с доношенной беременностью, находившиеся на стационарном лечении по поводу ФПН, $n=34$. Из них инъекции рибоксина 10 мл в течение 10 дней получили 19 беременных, инфузии пентоксифиллина 5 мл на физиологическом растворе — 21 женщина, актовегина 5 мл — 8 беременных, эуфиллина 5 мл — 5 женщин, внутримышечные инъекции но-шпы 2 мл — 22 пациентки.

Влияние препарата оценивалось при изучении характера околоплодных вод в родах. Анализ полученных данных проводился с помощью программы Biostat 4.0. Сравнение частоты мекониального окрашивания околоплодных вод в группах производилось по критерию z (Гланц С., 1999).

Результаты: установлено, что при применении рибоксина воды были светлыми в 78,9% (15) случаев, с примесью мекония — в 21,1% (4) ($p=0,001$). У пациенток, получавших пентоксифиллин, околоплодные воды были окрашены меконием в 28,6% (6) наблюдений, в 71,4% (15) были светлыми ($p=0,014$). У рожениц, получавших инъекции но-шпы в отделении па-

тологии беременности светлые воды были отмечены у 72,7% (16), мекониальные — у 27,3% (6) ($p=0,007$).

При применении актовегина, эуфиллина статистически значимых различий в количестве случаев светлых и мекониально окрашенных околоплодных вод получено не было ($p>0,05$).

Выводы: полученные данные позволяют предположить, что применение рибоксина, пентоксифиллина, но-шпы с целью коррекции ФПН у женщин с доношенной беременностью снижает риск декомпенсации фето-плацентарной недостаточности в родах, проявляющейся мекониальным окрашиванием околоплодных вод.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖИТЕЛЬНИЦ ЗОНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

**Буштырева И.О.¹, Феоктистова Т.Е.¹,
Родина М.А.¹, Евсеев А.В.²**

*¹ Кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС, ГОУ
ВПО «Ростовский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному
развитию», Ростов-на-Дону, Россия*

² Россия, Ростов-на-Дону, ГУЗ «Областная больница №2»

По данным Комитета по охране окружающей среды и природных ресурсов Администрации Ростовской области Азовский, Аксайский, Волгодонский, Каменский, Красносулинский, Неклиновский, Октябрьский районы являются зоной неблагоприятной экологической ситуации. Общеизвестно, что при длительном воздействии факторов экологического неблагополучия формируются стойкие патологические изменения в органах и системах женского организма, приводящие к осложненному течению беременности.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности у жительниц зоны неблагоприятной экологической ситуации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ течения беременности у 60 жительниц Ростовской области. Из них основную группу составили 38 жительниц Ростовской области, проживающие в зоне неблагоприятной экологической ситуации, группу контроля составили 22 беременные, проживающие в зоне удовлетворительной экологической ситуации. Группы были сопоставимы по возрасту и социальному статусу. Для реализации поставленной цели был определен диагностический алгоритм, представляющий собой комплексную систему стандартных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследований.

Обсуждение полученных результатов. Проведенный анализ выявил, что наиболее показательной особенностью у беременных, проживающих в зоне неблагоприятной экологической ситуации Ростовской области является течение беременности на фоне рецидивирующего бактериального вагиноза (БВ), частота которого составила 69,2% ($n=27$). В контрольной группе частота встречаемости БВ не превышала 31,8% ($n=7$). Нарушение микроэкологии влагалища характеризовалось снижением ко-

личества лакто- и бифидобактерий на фоне чрезмерной колонизации условно-патогенными бактериями, среди которых безусловным лидером выступала *Gardnerella vaginalis* (в 74% случаев в основной группе и в 69% – в группе контроля). Лактобактерии в низком титре на фоне преобладания условно-патогенных микроорганизмов были не способны вырабатывать достаточное количество молочной кислоты, в связи с чем отмечались высокие значения рН влагалищного отделяемого ($pH \geq 4.5$), что в свою очередь создавало благоприятные условия для роста условно-патогенной флоры, то есть формировался «порочный круг». Вывод. Беременные, проживающие в зоне неблагоприятной экологической ситуации входят в группу риска по развитию неблагоприятных перинатальных исходов, обусловленных генитальной инфекцией, что требует своевременных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ СЛОЖНЫХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ГНОЙНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Буюнова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А.

*Московский областной НИ акушерства и гинекологии,
Россия, Москва*

Наиболее тяжелыми осложнениями в акушерстве и гинекологии являются эндометрит с его последствиями (сепсис, панметрит, вторичная несостоятельность швов на матке после кесарева сечения), гнойные тубовариальные образования с вовлечением в воспалительно-инфильтративный процесс тазовой клетчатки, тазовых органов и формированием свищей.

Для лечения подобных осложнений чаще всего требуется выполнение гистерэктомии.

С целью уточнения возможностей органосберегающих вмешательств при подобных осложнениях нами обследовано и пролечено 45 пациенток с осложнениями кесарева сечения (I группа) и 48 больных с гнойно-инфильтративным процессом в малом тазу вне беременности (II группа).

Из 45 пациенток I группы у 14 кесарево сечение было от 6 до 18 месяцев назад. Ведущими жалобами были нарушения менструального цикла, болезненные менструации. Несостоятельность шва выявлена при УЗИ в виде «ниши», со снижением кровотока в рубце. В плановом порядке им выполнена метропластика.

Остальные 31 больная этой группы были родоразрешены кесаревым сечением от 10 до 32-х дней назад. Переведены из различных районов Московской области в связи с «некупирующимся эндометритом», подозрением на несостоятельность шва на матке.

При УЗИ с доплерометрией выявлены две характерные эхографические картины:

1) субинволюция матки; деформация контура в области рубца («выбухание» или «втяжение»); расширение полости матки с неоднородным содержи-

мым; втяжение в области рубца со стороны полости – «ниша» (имеет значение не размер, а «глубина» ниши и толщина сохраненного миометрия в области рубца); включения в области рубца – гиперэхогенные (провисающие лигатуры, фибрин, пузырьки газа) или гипозэхогенные (гематомы или участки деструкции в миометрии); цветное картирование – интенсивная васкуляризация миометрия, венозный застой – расширение вен – аркуатных и радиальных, снижение или отсутствие васкуляризации в рубце – полностью или на отдельных участках, вискозистый кровоток в рубце. Эти ультразвуковые признаки расценивались нами как результат отграничения воспаления в зоне послеоперационного рубца и его несостоятельности. Этим больным (23 пациентки) выполнена метропластика.

2) У 8 больных при УЗИ были выявлены признаки генерализации воспалительного процесса, которые характеризовались следующими признаками: субинволюция матки; расширение полости и неоднородное содержимое с пристеночными сгустками и пузырьками газа; «ниша» в области рубца, по краям «ниши» – гиперэхогенные включения – фибрин и пузырьки газа; скудная васкуляризация или аваскуляризация рубца и миометрия, низкорезистентный кровоток – Ri 0,5 и меньше (воспаление); местная реакция брюшины в области рубца – небольшое количество свободной жидкости в позадипузырной клетчатке, утолщение и отек пузырно-маточной складки; наличие свободной жидкости под пузырно-маточной складкой – даже в небольшом количестве – признак экссудативного процесса в области рубца; в малом тазу – небольшое количество свободной жидкости в заднем своде и между кишечными петлями; гиперэхогенный контур кишечных петель – фибринозные наложения.

Клинически неблагоприятными признаками являлись вечерние ознобы с периодической гипертермией на фоне лейкопении. Во избежание сепсиса произведена гистерэктомия.

Во II группе из 48 пациенток у 21 отмечены осложненные формы гнойно-инфильтративного и гнойно-продуктивного воспаления с поражением тазовой клетчатки и органов брюшной полости, которые развились на фоне длительного ношения ВМК. Им выполнена гистерэктомия с одно- или двухсторонней аднексэктомией в сочетании с аппендэктомией и вмешательством на кишечнике, санация брюшной полости и малого таза, дренирование с проведением активной аспирации.

У 27 пациенток формирование гнойного процесса не была связана с внутриматочными вмешательствами, что позволило произвести органосберегающие операции с обязательной задней кольпотомией, дренированием малого таза и активной аспирацией патологического субстрата.

Осложнений в I и II группах после операции не было.

Таким образом, при тяжелых осложнениях эндометрита после кесарева сечения и осложненных формах гнойного воспаления в малом тазу органосберегающие операции возможны при исключении генерализации инфекции.

КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИ- ЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ ХРОНИ- ЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРИ

**Валеева Г.Р., Тезиков Ю.В., Санталова Г.В.,
Липатов И.С.**

*Россия, г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный меди-
цинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии №1,
Кафедра детских инфекций*

Целью исследования явилась разработка критериев риска внутриутробного инфицирования плода при хроническом течении герпетической инфекции у матери.

У обследованных беременных женщин были выявлены факторы риска, оказывающие влияние на уровень внутриутробного инфицирования герпесом. Были проанализированы акушерско – гинекологический анамнез, экстрагенитальная патология, особенности течения беременности и родов. На основании полученных диагностических коэффициентов была разработана прогностическая шкала факторов риска внутриутробного инфицирования плода, наиболее значимыми из которых являются: выкидыши в анамнезе, ОРВИ во время беременности, угрозы прерывания беременности, хроническая плацентарная недостаточность, кольпит, эктопия шейки матки, хронический сальпингоофорит у женщины.

Были изучены концентрации провоспалительных цитокинов (термостабильной щелочной фосфатазы (ТЩФ), фактора роста плаценты (ФРП), фактора некроза опухоли (ФНО) и интерлейкина 1 (ИЛ 1)) в сыворотке крови беременных. Анализ полученных данных показал, что при наличии ВУИ плода в сыворотке крови беременных уровень провоспалительного цитокина ИЛ-1 превышал аналогичный показатель в 4,1 раза при отсутствии ВУИ и в 16,4 раза при отсутствии инфекции у матери; уровень ФНО превышал аналогичные показатели соответственно в 4,6 и 13,8 раза. Нарастание концентрации цитокинов отмечалось на фоне усиления изменений в плаценте, о чем свидетельствует снижение маркеров пролиферативных процессов (ФРП) и энергообмена (ТЩФ) в плаценте.

Таким образом, комплексный подход анализа значимости факторов риска при наличии у беременной женщины хронической ГИ позволяет определить приоритетные направления лечебно – профилактических мероприятий по предотвращению внутриутробной герпетической инфекции.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОН- НЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ветров В.В., Ахмеджанова З.М.

*Родильный дом № 10, кафедра акушерства, гинекологии
и перинатологии СПбГМА им.И.И.Мечникова,
г. Санкт-Петербург*

Актуальность. Пиелонефрит в период гестации встречается у 12-20% женщин и представляет собой серьезную проблему, так как нередко становится причиной послеродовых гнойно-септических осложнений (ГСО), которые, в свою очередь, приводят к высокой материнской заболеваемости, инвалидизации и смертности.

Цель исследования. Изучить значение малообъемного плазмафереза (ПА) в сочетании с ультрафиолетовым облучением крови (УФОК) для профилактики ГСО у родильниц с гестационным пиелонефритом после кесарева сечения (КС).

Материалы и методы исследования. Наблюдали 128 родильниц в возрасте 16-44 лет после КС (чаще экстренного), у которых при беременности был диагностирован гестационный пиелонефрит, а после родов – начальные проявления системного воспалительного ответа организма (чаще – тахикардия и сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево). В основной группе 75 пациенток с 1-2 дня после родов в курсе комплексного лечения получали малообъемный (экспфузия за сеанс 300-350 мл плазмы) дискретный ПА в сочетании с УФОК с помощью аппарата «Изольда» в дозе 2 мл/кг массы тела. Из них 28 родильниц (1 подгруппа) получили по 2 сеанса, 27 родильниц (2 подгруппа) – по 3 сеанса, 20 женщин (3 подгруппа) – по 4 сеанса. Остальные 53 женщины, лечились традиционно и составили контрольную группу.

Результаты исследования и обсуждение. В основной группе ГСО отмечены в 6 из 75 (8,0±2,9%) наблюдений (в 3-й подгруппе женщин не было вообще), а в контрольной группе – в 15 из 53 (28,3±3,5%) наблюдений, то есть в 3,5 раза чаще ($p < 0,05$). Причем, у получавших ПА и УФОК родильниц тяжелых форм заболевания в виде эндометрита не было, а в контрольной группе это осложнение встречали в 3 случаях из 53 наблюдений (5,7%). В основной группе средний курс антибактериальной терапии у родильниц с проявлениями ГСО составил 5,1±0,4 дней, замена антибактериальных средств (цефатаксим, аугментин, метрогил) не требовалась. В контрольной группе у женщин с проявлениями ГСО средний курс антибиотикотерапии был в 1,7 раза дольше, чем в основной группе (8,9±0,5 дней; $p < 0,05$) и в каждом третьем случае потребовалось усиление терапии с назначением абактала, тиенама и др. средств. Несмотря на это, средние показатели анализов крови на 7 сутки после родов у пациенток контрольной группы были значительно хуже, чем в основной группе – сохранялись анемия, воспалительные изменения в крови (умеренный лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг формулы крови влево,

повышенное СОЭ) на фоне эндотоксикоза (повышение ЛИИ, уровней МНнСММ в плазме крови). При этом средний койко – день в основной группе больных с проявлениями ГСО составил $8,9 \pm 0,4$ дней, а в группе сравнения – $12,3 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) дней. То есть, длительность лечения больных с проявлениями ГСО при традиционном ведении больных была дольше, чем в основной группе женщин в 1, 4 раза. Следует подчеркнуть, что и в целом восстановление показателей гомеостаза в послеродовом периоде, как и выписка женщин домой, у родильниц из основной группы происходили быстрее, чем при одной традиционной терапии: средний койко – день в основной группе составил $7,6 \pm 0,1$ дней, а в контроле – $9,4 \pm 0,2$ дней ($p < 0,001$).

Заключение. Учитывая, что анамнез, исходные данные клинико-лабораторного обследования больных в группах наблюдения были практически аналогичными, полученные результаты можно связать только с тем, что в курс профилактической терапии родильниц основной группы включали безопасные процедуры малообъемного ПА в сочетании с УФОК.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕРОДОВОГО АУТОГЕМОДОНОРСТВА (11-летний опыт)

**Ветров В.В., Дудниченко Т.А., Лукин А.В., Худяков А.В.,
Ходарева А.Г.**

*Родильный дом № 10, кафедра акушерства, гинекологии
и перинатологии СПбГМА им.И.И.Мечникова, г.Санкт-Петербург*

Актуальность. В настоящее время послеродовые кровотечения встречаются в 2,5-8 % случаях и являются одной из основных причин материнской смертности. При этом имеется проблема с донорскими гемопрепаратами из-за их опасности, дефицита, дороговизны.

Цель исследования. Анализ результатов предродового аутогемодонорства (АГД).

Материал и методы исследования. В 1998-2008 гг. в родильном доме № 10 г. Санкт-Петербурга проводили два вида программ предродового АГД. Первый вариант выполняли 1792 беременным (1 группа) перед плановой операцией кесарево сечение с заготовкой 300–900 мл аутоплазмы (АП). В 114 случаях (5,8%) этим женщинам с предполагаемой операционной кровопотерей более 15 % от расчетного ОЦК и с уровнем гемоглобина не менее 120 г/л за 3-5 дней до родов дополнительно запасали кровь в объеме до 5 % от ОЦК (в среднем 196 мл). Второй вариант в виде заготовки 300-600 мл АП выполняли 1979 беременным женщинам (2 группа) при планируемых родах через естественные родовые пути и получавшим лечебный курс плазмафереза (ПА) по поводу гестоза, пиелонефрита и прочей патологии. Всего было заготовлено 1470 литров АП, в среднем 390 мл на человека. Осложнений при заготовке и переливании аутогемокомпонентов (в родах, после оставки кровотечения) не было.

Результаты и обсуждение. При проведении аутодонорского и лечебного ПА у беременных отмечены положительные клинические эффекты (улучшение функции почек, печени, состояния внутриутробного плода пр.). У получавших АГД женщин по сравнению

с контролем (аналогичные пациентки из другого родильного дома) соответственно в 2,8 и в 3 раза реже осуществляли переливания донорской эритроцитомассы и свежзамороженной плазмы (СЗП), в 3 и в 1,8 раза реже отмечали воспалительные осложнения и анемический синдром после родов. За 11 лет в учреждении было 44862 родов, средняя частота кровотечений в родах составила 252,5 на 10.000 родов. Анализ показал, что за этот период, в сравнении с 1997 годом, когда АГД не проводили, среднее число переливаний донорских эритроцитосодержащих сред и СЗП в расчете на 1000 родов уменьшилось соответственно в 5,2 и в 1,4 раза. При этом следует подчеркнуть, что в основном трансфузиологическая помощь донорскими гемопрепаратами оказывалась экстренным больным, поступившим в учреждение извне. У плановых больных стационара из-за запаса аутогемокомпонентов потребность в донорских гемопрепаратах невелика.

Заключение. Использование программ предродового АГД безопасно, способствует улучшению клинических показателей и безопасности трансфузиологической службы родовспомогательного учреждения.

ПРОГРАММИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКО- ГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Вихляева Е.М.

*ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И.Кулакова*

Парадигмы развития перинатальной медицины в последние десятилетия способствовали существенному расширению представлений о молекулярно-генетических детерминантах как ранних стадий развития, так и отдаленных последствий преэклампсии. Соответственно современной концепции о двухстадийном процессе, развитие преэклампсии происходит при участии целого ряда ангиогенных и неангиогенных факторов и характеризуется определенной идентичностью возникающих в организме беременной женщины функциональных сдвигов, аналогичных ранним стадиям системной воспалительной реакции при атеросклерозе. На доклиническом этапе – это дефекты имплантации и плацентации с нарушениями дифференцировки цитотрофобласта, трансформации спиральных артерий, развитием ишемии/гипоксии плаценты и плацентарного оксидативного стресса. На второй, клинической, стадии устремляющиеся в материнский кровоток молекулярно-биологические соединения инициируют развитие системного воспалительного ответа, эндотелиальной сосудистой дисфункции и патогномичного для преэклампсии клинического симптомокомплекса. В этих условиях идентификация преэклампсии требует использования четких диагностических критериев, в связи с чем при подготовке данного сообщения нами использованы однородные материалы, основанные на классификации гипертензивных нарушений при беременности, подготовленной рабочей группой Американского колледжа акушеров и гинекологов (ACOG practice

bulletin, 2002; 99: 193-198). До последнего десятилетия доминировало представление о том, что преэклампсия и родственные клинические симптомокомплексы лишены значительных отрицательных последствий. Изменение взгляда на данную проблему произошло после публикации сообщения о возрастании материнского кардиоваскулярного, в т.ч. и фатального, риска в отдаленные сроки жизни у перенесших преэклампсию женщин, особенно при преждевременных родах. На примере анализа исходов около 800 000 беременностей, по данным суммарных публикаций из ряда стран (Исландии, Норвегии, Израиля, Шотландии), было показано в среднем двукратное возрастание риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у перенесших преэклампсию женщин (Mangos G., 2008). При сочетании же в акушерском анамнезе пациенток трех факторов кардиоваскулярного риска (преэклампсии, преждевременных родов и низкой для гестационного возраста массы тела младенца) отмечено семикратное возрастание риска фатальных исходов. К числу факторов последующего материнского кардиоваскулярного риска относятся также малая масса тела женщины при рождении, паритет и метаболические нарушения, т.е. факторы, играющие предикторную роль и для развития преэклампсии (Catov J., Ness R., Kir E. et al., 2007).

Частота последующих обращений перенесших ранее преэклампсию женщин за специализированной медицинской помощью (реваскуляризация венечных сосудов сердца, коррекция цереброваскулярных или периферических сосудистых нарушений) спустя ≥ 90 дней после выписки из родовспомогательного учреждения в 2.5 раза превышает таковую для не страдавших при беременности гипертензивными нарушениями. Для последних отношение шансов (ОШ) частоты обращений в медицинские учреждения составляет 2.0 (95%ДИ = 1.7-2.-2.2), и этот риск возрастает до 3.1 (95%ДИ = 2.2-4.5) в случае указаний в акушерском анамнезе на задержку роста плода и/или развитие материнского плацентарного синдрома и до 4.4 (95%ДИ = 2.4-7.9) в случае его гибели.

Среди отдаленных последствий преэклампсии значительное место принадлежит возрастающему риску метаболических нарушений, которые нередко выявляются как при осложненном преэклампсией течении беременности, так и в отдаленные после нее сроки. Получены также свидетельства об отклонениях в состоянии здоровья потомства и конституциональной (семейной) предрасположенности к развитию сосудистых осложнений у дочерей данных пациенток в отдаленные после беременности сроки (Vatten L., Romunstad P., Holmen T. et al., 2003). У 40% женщин после преэклампсии отмечено развитие хронической гипертензии, при том, что склонность к метаболическим нарушениям имеет место и у их родителей.

В последние годы начали накапливаться данные о патофизиологических маркерах кардиоваскулярного риска (системного воспалительного ответа, оксидативного стресса, эндотелиальной дисфункции) у части перенесших преэклампсию при беременности женщин. Идентичность приводимых результатов, несмотря на некоторую их малочисленность, позволяет считать их убедительными. Так, к числу прогностически неблагоприятных факторов, свидетельствующих

о раннем субклиническом развитии атеросклероза у данного контингента женщин, относятся результаты скрининга с помощью компьютерной томографии толщины интимы-медии венечных сосудов сердца, снижение вазодилаторного ответа на ацетилхолин, более значительное после повторного развития преэклампсии и повторных репродуктивных потерь, выявление активированных аутоантител к рецептору ангиотензина, повышение САД, низкое содержание ЛПВП и, наоборот, повышение содержания аполипопротеина-В в сыворотке крови, резистентность к инсулину и пр.

Критериями острых последствий кардиоваскулярного риска после перенесенной ранее преэклампсии служат наблюдения, касающиеся раннего развития инфаркта миокарда и раннее развитие ишемических поражений мозга у молодых женщин, тогда как острая почечная недостаточность развивается в более поздние сроки.

Рассмотренные данные свидетельствуют о гетерогенности природы преэклампсии, проблема которой приобретает междисциплинарное значение и требует формирования специальной тактики и стратегии для ведения данного контингента женщин после родов.

ВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У БЕРЕМЕННЫХ

**Вознесенская Н.В., Харитонов В.М., Бурганова Р.Ф.,
Истомина Н. С., Савгачева Е.А.**

Ульяновский госуниверситет, медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии, ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск, Россия

При беременности вагинальный кандидоз встречается в 2 раза чаще, чем у небеременных женщин. Столь высокая частота возникновения кандидоза в период гестации обусловлена рядом факторов: изменениями гормонального баланса, накоплением гликогена в эпителиальных клетках влагалища, иммуносупрессивным действием высокого уровня прогестерона и присутствием в сыворотке крови фактора иммуносупрессии, связанного с иммуноглобулинами. В акушерстве вагинальный кандидоз часто ассоциируется с угрозой прерывания беременности, преждевременными родами, хориоамнионитом, несвоевременным излитием околоплодных вод, рождением детей с малой массой тела, хронической внутриутробной гипоксией плода, эндометритом в послеродовом периоде.

Целью настоящего исследования явилось изучение видового состава возбудителей рода *Candida* у беременных и определение спектра чувствительности возбудителей к применяемым в медицинской практике антимикотическим препаратам.

Материалы и методы. За период 2007 – 2008 г. в отделении патологии беременных ГУЗ УОКБ г. Ульяновска было обследовано 174 пациентки в возрасте от 15 до 42 лет, у которых выявили генитальный кандидоз. Обследование включало общеклинические методы, бактериоскопическое исследование вагинального отделяемого и посев на питательные среды (среда Сабуро) для выделения возбудителя и определения чувствительности к антимикотическим препаратам.

Результаты исследований и их обсуждение. За период 2007–2008 г вагинальный кандидоз был выявлен у 92,8% беременных женщин, находившихся на лечении в отделении патологии беременных ГУЗ УОКБ. В анамнезе 49,5% женщин имели ту или иную гинекологическую патологию. Течение настоящей беременности осложнилось кольпитом у 76±3,23% респонденток, хронической фетоплацентарной недостаточностью – у 50,5±3,78%, анемией – 36±3,63%, гестозом – 30,3±3,48%, инфекцией мочевыделительной системы – 26±3,32%. Интересно отметить, что в 54±3,77% случаев жалобы и клинические проявления инфекции отсутствовали при обнаружении в вагинальном отделяемом вегетирующих форм грибов. При микроскопии влагалищных мазков картина при смешанной бактериально-грибковой инфекции характеризовалась избыточным ростом грибов *Candida* и увеличением численности и частоты случаев выявления аэробной и анаэробной условно-патогенной флоры – 32±3,5%. При микроскопии обнаружено доминирование кокковых форм – 55±3,77% над bacillary – 14±2,62%. Нити псевдомонии выявлены в 23±3,19% случаев, ключевые клетки – в 8,6±2,12%. Обсемененность спорами *Candida* влагалищного содержимого у обследованных составила 92,8±1,95%. В микрофлоре влагалищного отделяемого обнаружена аэробная флора (93,8±1,82%), которую представляли в основном стафилококки, и анаэробная флора (92,8±1,95), среди которой преобладали кишечная палочка (64±3,63%), энтерококки (23±3,18%). Протей и клебсиелла встречались в 5,8±1,77% случаев. Бактериологический посев влагалищного отделяемого производили на среду Сабуро. При кандидозной моноинфекции видовое разнообразие распределилось следующим образом: *C. Albicans* – 78±3,14% (137 чел), *C. ne-Albicans* – 14,8±2,69% (26 чел), среди которых *C. tropicalis* обнаружили у 10,3±2,3% женщин, *C. lambica* выявили в 2,8±1,24%, *C. pseudotropicalis* – в 1,7±0,97%. Определение чувствительности к антибиотикам позволили установить, что *C. Albicans* наиболее чувствительны к нистатину – 90±2,27% и амфотерицину – 83,7±2,8%. Чувствительность к клотримазолу оказалась практически в два раза – 42±3,74%, а к флуконазолу почти в четыре раза ниже 19,5±3,0%. Чувствительность к кетоконазолу и итраконазолу оказалась еще ниже и составила составила 15,5±2,74% и 13,2±2,56% соответственно. У 16,6% беременных бакпосев на чувствительность не проводили. Среди *Candida* не – *Albicans* чаще всего высевали *C. tropicalis* (10,3±2,3%), степень чувствительности которых к антимикотическим препаратам выглядела следующим образом: к амфотерицину – 31±3,5%, к нистатину – 28,2±3,41%, к клотримазолу – 20,7±3,07% и к флуконазолу – 20±3,03%. Самая низкая чувствительность выявлена к кетоконазолу – 6,2±1,82% и к итраконазолу – 2±1,05%. *C. lambica* выявлена у 2,8% беременных. Чувствительность возбудителя к нистатину и амфотерицину установлена в 13,7% случаев, к клотримазолу в 10,3%, к флуконазолу – 9,6%. к кетоконазолу и итраконазолу, как и в двух предыдущих случаях чувствительность была самая низкая и составляла 6,2±1,82% и 3,44±1,37% соответственно. *C. pseudotropicalis* выявлена в 1,7±0,97% случаев. Чувствительность этого возбудителя к применяемым препаратам оказалась

самая низкая: к нистатину – 4,1±1,5%, к амфотерицину, флуконазолу и клотримазолу – 3,44±1,37%. к кетоконазолу и итраконазолу – 0,68±0,61%.

Таким образом, генитальный кандидоз выявляется практически у каждой четвертой беременной, причем у половины из них инфекция протекает бессимптомно. Среди возбудителей генитального кандидоза преобладает *C. Albicans*, которые проявляют наибольшую чувствительность к нистатину. В большом проценте случаев кандидоз сочетается с бактериальной инфекцией, поэтому при лечении кандидоза у беременных целесообразно применять комбинированные препараты, в состав которых входит нистатин.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИКЕ

Вольф Ю.В., Стольникова И.И., Радьков О.В.

Россия, г. Тверь, ГОУ ВПО «Тверская ГМА» Росздздра

Гипертензивные расстройства во время беременности остаются сложной проблемой для акушерской и перинатологической науки и практики. Для оптимизации профилактических, диагностических и лечебных мероприятий при этом осложнении процесса гестации необходимо детальное представление о системе регуляции уровня и динамики артериального давления.

Известно, что одной из причин, ведущих к стабильному повышению АД, являются изменения микроциркуляторного русла. Объективная регистрация состояния кровотока возможна методом ультразвуковой доплерографии, которая позволяет доступным неинвазивным способом исследовать параметры кровотока – линейную скорость.

Цель: изучение тканевого кровотока у беременных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Обследовано 93 беременные, находившихся во II и III триместрах. В 1-ю группу вошли 49 женщин с неосложненной, физиологически протекающей беременностью, 2-ю составили 44 беременные с артериальной гипертензией. Группы были сопоставимы по возрасту.

Для оценки скоростных показателей кровотока в микроциркуляторном русле использовалась постоянно-волновая высокочастотная ультразвуковая доплерография (прибор «Минимакс-Допплер-К», СПб, Россия). Скорость кровотока оценивалась в артериолах III пальца кисти. При этом учитывались исходные показатели: максимальная скорость кровотока в систолу (V_s), максимальная скорость кровотока в диастолу (V_d). Рассчитывался индекс пульсации Гослинга (PI), отражающий упруго-эластические свойства артериол и индекс периферического сопротивления кровотоку дистальнее места измерения Пурсело (RI). Полученные результаты: Как видно из

представленных данных Vs у здоровых беременных во II триместре достоверно выше, чем у беременных с АГ ($20,39 \pm 0,57$ см/с, и $15,18 \pm 0,33$ см/с соответственно ($p < 0,01$)). В группе пациенток контрольной группы Vd составила $5,0 \pm 0,61$ см/с, при этом выявлено снижение этого показателя во 2-й группе до $3,59 \pm 0,18$ см/с ($p < 0,01$). Подобные изменения выявлены и в III триместре беременности. Также отмечается снижение показателей Vs ($18,83 \pm 0,32$ и $15,59 \pm 0,50$ см/с), Vd ($5,96 \pm 0,87$ и $3,10 \pm 0,53$ см/с соответственно).

Индекс PI во II триместре достоверно не различался во всех исследуемых группах ($1,63 \pm 0,11$ и $1,64 \pm 0,06$ соответственно). Подобные изменения отмечены и в отношении индекса RI, ($0,76 \pm 0,02$ и $0,75 \pm 0,01$).

В III триместре отмечается увеличение индекса PI – $1,36 \pm 0,15$ и $1,93 \pm 0,17$, а также индекса RI $0,69 \pm 0,04$ и $0,81 \pm 0,03$ ($p = 0,21$).

Выводы: У беременных с артериальной гипертензией отмечается снижение линейных показателей скорости кровотока. Характер причинно-следственных отношений, стоящих за выявленной взаимосвязью, остается неясным и требует дальнейшего изучения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Вольф Ю.В., Стольникова И.И., Радьков О.В.

Россия, г. Тверь, ГОУ ВПО «Тверская ГМА» Росздрава

Артериальная гипертензия (АГ) беременных является составной частью остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и репродуктивного здоровья нации, так как является одной из главных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного, а также отрицательно влияет на отдаленный прогноз для женщин и дальнейшее развитие детей.

Важнейшими элементами диагностики сегодня считают своевременное выявление факторов, являющимися звеньями патогенеза АГ и способствующих развитию болезни, ранних признаков (доклинических и субклинических) функционально-структурных изменений состояния органов-мишеней.

Цель. Изучить скорость кровотока в артериолах у беременных с артериальной гипертензией (АГ) без лечения и на фоне гипотензивной терапии.

Методы исследования. Обследовано 153 пациентки, во II и III триместрах беременности. В 1-ю группу вошли 49 женщин с неосложненной, физиологически протекающей беременностью, 2-ю группу составили 44 пациентки с артериальной гипертензией (АД 140/90 мм рт.ст. и выше), не получающих гипотензивную терапию по разным причинам. В 3-ю группу были включены 60 пациенток, принимающих препарат метилдопа («Допегит», Egis) (суточная дозировка составила от 500 до 1000 мг). Группы были сопоставимы по возрасту. Для оценки скоростных показателей кровотока в микроциркуляторном русле использовалась постоянно-волновая высокочастотная ультразвуковая доплерография (прибор «Минимакс-Допплер-К», СПб, Россия). Скорость кровотока оценивалась в артериолах III пальца кисти.

При этом учитывались исходные показатели: максимальная скорость кровотока в систолу (Vs), максимальная скорость кровотока в диастолу (Vd). Рассчитывался индекс пульсации Гослинга (PI), отражающий упруго-эластические свойства артериол и индекс периферического сопротивления кровотоку дистальнее места измерения Пурсело (RI).

Полученные результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что Vs у здоровых беременных во II триместре достоверно выше, чем у беременных с АГ ($20,39 \pm 0,57$ см/с, и $15,18 \pm 0,33$ см/с соответственно), в то время как в группе пациенток получающих лечение этот показатель составил $17,64 \pm 0,26$ см/с (все $p < 0,01$). В группе пациенток контрольной группы Vd составила $5,0 \pm 0,61$ см/с, при этом выявлено снижение этого показателя во 2-й группе до $3,59 \pm 0,18$ см/с ($p < 0,05$). В 3-й группе отмечено его увеличение до $4,68 \pm 0,21$ см/с ($p < 0,01$ при сравнении со 2-ой группой).

Индекс PI достоверно не различался во всех исследуемых группах и составил $1,63 \pm 0,11$, $1,64 \pm 0,06$ и $1,47 \pm 0,06$. Подобные изменения отмечены и в отношении индекса RI, который также не различался в исследуемых группах ($0,76 \pm 0,02$, $0,75 \pm 0,01$ и $0,73 \pm 0,01$).

В III триместре на фоне гипотензивной терапии также отмечено увеличение показателей при сравнении во 2-ой и 3-ей группах – Vs ($15,59 \pm 0,5$ и $18,46 \pm 0,1$ см/с) и Vd ($3,10 \pm 0,53$ и $4,20 \pm 0,19$ см/с) (все $p < 0,01$). При этом отмечается снижение индексов PI ($1,93 \pm 0,17$ и $1,55 \pm 0,06$) и RI ($0,81 \pm 0,03$ и $0,77 \pm 0,01$) ($p > 0,05$).

Выводы: На фоне проводимого лечения отмечается улучшение скоростных показателей кровотока. Своевременное выявление и назначение эффективно гипотензивного средства улучшает показатели микроциркуляции, что косвенно может свидетельствовать о более благоприятном прогнозе у данной группы пациенток.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДИХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНИ, РОДИВШЕЙСЯ С ПОМОЩЬЮ ЭКО

**Ворошилина Е.С., Кузнецов Н.Н., Потапов Н.Н.,
Яковлева Е.Н., Шварц М.А., Вершинина Г.А.,
Зигулева Л.М., Микалина Е.А.**

*Медико-фармацевтический центр «Гармония», г. Екатеринбург
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия
Росздрава, г. Екатеринбург*

Областная детская клиническая больница №1, г. Екатеринбург

Научные работы последних лет значительно расширили наши представления о молекулярных механизмах формирования тромбофилических состояний (Макацария А.Д., Бицадзе В.О., 2001, Седелникова В.М. 2005). Изучение врожденных тромбофилий выявило разнообразие в частоте встречаемости отдельных форм и их сочетании, а также разную степень

их влияния на риск развития тромбозов. Показано значимое участие тромбофилических состояний на развитие многих осложнений беременности, родов и послеродового периода. Наиболее известными маркерами тромбофилий являются мутации V фактора, ингибитора активатора плазминогена, протромбина, фибриногена. Особую роль играет сочетание различных мутаций у одной пациентки. В последние годы появились данные о роли не только материнской, но и плодовой тромбофилии в генезе репродуктивных потерь, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. Исследования генетического статуса матери и плода позволяют проводить дальнейший поиск медикаментозной коррекции и профилактики гемостазиологических нарушений как у матери, так и ребенка. Не исключено, что коллектором указанных генных мутаций являются женщины, страдающие бесплодием.

В качестве иллюстрации сказанного приводим клинический случай семьи К., в которой в течение 10 лет наблюдалась по бесплодию. В анамнезе имела место 1 регрессирующая беременность и 2 неудачные попытки ЭКО. В результате 3-й попытки ЭКО была получена многоплодная беременность (2 плода), которая протекала с угрозой прерывания в ранних сроках, с фетоплацентарной недостаточностью и гестозом.

В сроке 33 недель с помощью кесарева сечения родилась дихориальная двойня. Один мальчик с пороком сердца был прооперирован в 5-месячном возрасте с целью коррекции порока. Длительное время в послеоперационном периоде с целью гемореологической коррекции получал мини-дозы аспирина. Второй мальчик, родившийся с массой тела 2300г длиной тела 46 см с легкой степенью гипоксии, находился 9 дней в родильном доме для стабилизации состояния. В 9-дневном возрасте переведен на 2-й этап выхаживания в отделение патологии новорожденных с клиническим диагнозом: «Перинатальное поражение ЦНС гипоксический ишемического генеза средней степени тяжести. Перивентрикулярная ишемия 1-2 степени. Двухсторонняя пирамидная недостаточность. Гипебилирубинемия. Кардиопатия.» В дальнейшем ребенок наблюдался неврологом-педиатром как реконвалесцент по ППЦНС. В возрасте 8 месяцев на относительно благополучном фоне развилась клиника правостороннего гемипареза. С помощью компьютерной томографии, МРТ головного мозга с сосудистой программой поставлен диагноз «Ишемический инсульт с геморрагическим пропитыванием в бассейне левой среднечерепной артерии. В гемостазиограмме были отмечены признаки ДВС крови с высокими цифрами Д-димеров, концентрации фактора Виллебранда, повышенная агрегация тромбоцитов с ристомидином и коллагеном. На фоне проводимой терапии, коррегирующей гемореологические нарушения, отмечена положительная клинико-лабораторная динамика, полная нормализация неврологического статуса. Учитывая анамнестические данные, было заподозрено врожденное тромбофилическое состояние. С этой целью обоим мальчикам проведено молекулярно-генетическое исследование основных маркеров тромбофилий методом ПЦР в реальном времени на тест-системах и оборудовании НПФ «ДНК-технология» (Москва).

Были получены следующие данные. У мальчика с тромбозом средней мозговой артерии выявлены мута-

ции по гетерозиготному типу в генах фибриногена, ингибитора активатора плазминогена и тромбоцитарного гликопротеида IIIa. При обследовании второго мальчика с врожденным пороком сердца отмечено другое сочетание маркеров тромбофилий: гетерозиготный вариант мутации генов, кодирующих V фактор (Лейденская мутация), ингибитор активатора плазминогена и тромбоцитарный гликопротеид IIIa. Полученные данные подтверждают, что дети, рожденные с применением ВРТ, нуждаются в комплексном обследовании, включая молекулярно-генетические методы, с целью выявления врожденных тромбофилических состояний. Своевременная диспансеризация таких детей снижает риск цереброваскулярных, кардиологических осложнений и нетипичного течения инфекционных заболеваний, осложняющихся нередко катастрофическими ДВС синдромами.

СНИЖЕНИЕ ФЕРРИТИНА – ФАКТОР РИСКА УХУДШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Гаврилова А.А., Сумская Г.Ф.,
Россия, г. Санкт-Петербург**

ГОУ ВПО «СПбГМУ им. академика И.П.Павлова», кафедра акушерства и гинекологии

Акушерский гематологический центр на базе родильного дома №6 им. проф. В.Ф.Снегирева.

На сегодняшний день обращает на себя внимание частое сочетание варикозной болезни и ЖДА (по данным акушерского гематологического центра в СПб – 76%), а также то, что первые признаки варикозной болезни часто появляются именно во время беременности, сопровождающейся ЖДА.

Целью исследования явилось изучение особенностей сидеропенического симптомокомплекса у беременных с ЖДА и варикозной болезнью, а также выявление зависимости клинических проявлений ЖДА и варикозной болезни от уровня ферритина.

Материалы и методы исследования. На базе Акушерского гематологического центра при родильном доме №6 им. проф. В.Ф.Снегирева нами обследовано 95 женщин в различные сроки беременности: I группа (n=32) – беременные с ЖДА, II группа (n=31) – женщины с ЖДА на фоне варикозной болезни, III группа (n=32) – беременные, страдающие только варикозной болезнью. Оценка жалоб и клинических проявлений проводилась по оценочной шкале. Определение уровня сывороточного ферритина проводили турбодиметрическим методом на аппарате «Kobas integra-400» фирмы Roch (норма – 15-125 нг/мл). Обработка данных проводилась статистическим методом. Полученные результаты. При обследовании беременных со сниженным уровнем ферритина частота появления (ухудшения) варикозной болезни составила 60,6%, в то время как у беременных с нормальным уровнем ферритина – только 26,3%. У беременных с сочетанием ЖДА и варикозной болезни, среди так называемых сидеропенических жалоб, наиболее часто

встречаются симптомы гастрита (у 73,9% женщин), беспокойство и раздражительность (56,5%), головные боли и головокружения (52,2%). Жалобы на тяжесть в нижних конечностях (т.н. синдром «тяжелых ног»), боли, отеки, судороги встречаются чаще у беременных с варикозной болезнью и ЖДА, чем у женщин с нормальным уровнем ферритина. При изучении зависимости количества сидеропенических жалоб от уровня ферритина выявленная корреляционная связь между ними оказалась слабой, то есть проявления сидеропении зависят не столько от степени дефицита железа, а, в большей мере, от его длительности. При исследовании беременных с варикозной болезнью мы получили умеренную обратную корреляционную связь с высокой степенью достоверности между уровнем ферритина и количеством жалоб, характерных для варикозной болезни. То есть чем ниже уровень ферритина, тем больше жалоб, связанных с варикозной болезнью, предъявляет женщина.

Выводы. Снижение ферритина (т.е. железодефицитное состояние) увеличивает вероятность появления (ухудшения) варикозной болезни во время беременности в 2,3 раза. Необходимо определять уровень ферритина у беременных без сидеропенических жалоб, но относящихся к группе риска по ЖДА. Также необходимо определение ферритина при ухудшении течения варикозной болезни у беременных женщин.

ЧАСТОТА И СПЕКТР ПОЛИМОРФИЗМОВ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГЕСТОЗОМ

Гадаева З.К.

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия
им. И. М. Сеченова*

Актуальность: Метаболический синдром (МС) в акушерстве рассматривается не только как высокий фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, тромбозов и тромбоемболий, но также и как фактор риска развития осложнений гестационного периода: преэклампсии, гестационного диабета, артериальной гипертензии, задержки внутриутробного развития плода, преждевременных родов. Провоспалительный статус и генетически обусловленная тромбофилия могут рассматриваться как важнейшие компоненты МС.

Цель работы: изучение взаимосвязи между клиническими проявлениями, данными генетической тромбофилии и полиморфизма провоспалительных цитокинов у беременных с метаболическим синдромом и гестозами в анамнезе.

Материалы и методы исследования: были обследованы 70 женщин с метаболическим синдромом, беременность которых осложнилась тяжелым гестозом (I группа), и 50 соматически здоровых женщин с неосложненной беременностью (II группа).

Результаты: в группе женщин с метаболическим синдромом и гестозом генетические формы тромбо-

филии были выявлены в 100% случаев, в группе беременных с физиологическим течением беременности частота тромбофилии составила 26%. Наиболее распространенными в I группе оказались: мутация гена MTHFR C677T (52,9%), полиморфизм «675 4G/5G» в гене PAI-1 (97,2%), полиморфизм «I/D» в гене тканевого активатора плазминогена (67,1%), полиморфизм «455 G/A» в гене фибриногена (57,1%), полиморфизм «807 C/T» в гене гликопротеина Gr-Ia тромбоцитов (57,1%), полиморфизм «I/D» в гене ангиотензин-превращающего фермента (54,3%). Обследование здоровых беременных выявило наличие в 8% случаев мутации гена MTHFR C677T, 6% – полиморфизма «675 4G/5G» в гене PAI-1, 4% – полиморфизма «I/D» в гене тканевого активатора плазминогена, 6% – полиморфизма «455 G/A» в гене фибриногена, в 2% – полиморфизм «807 C/T» в гене гликопротеина Gr-Ia тромбоцитов и полиморфизм «1565 T/C» в гене гликопротеина Gr-IIIa тромбоцитов. При исследовании частоты полиморфизмов провоспалительных цитокинов у женщин с метаболическим синдромом и гестозом у 95,7% пациенток обнаружен полиморфизм «-31 T/C» в гене интерлейкина-1 β , у 68,6% – полиморфизм «-174 G/C» в гене интерлейкина-6, у 85,7% – полиморфизм «5032 C/G» в гене CD 46 и у 27,2% пациенток – полиморфизм «-308G/A» в гене фактора некроза опухоли- α (TNF- α). Частота полиморфизмов провоспалительных цитокинов у здоровых женщин составила: 90% полиморфизм «-31 T/C» в гене интерлейкина-1 β , 50% – полиморфизм «-174 G/C» в гене интерлейкина-6, 60% – полиморфизм «5032 C/G» в гене CD 46, 20% – полиморфизм «-308G/A» в гене фактора некроза опухоли- α (TNF- α). Следует отметить, что у 35,7% пациентов имели место потери плода в связи с глубокой недоношенностью, т.к. беременность была прервана по жизненным показаниям.

Заключение: проведенное исследование демонстрирует высокую частоту мультигенной генетической тромбофилии с преобладанием эндогенного гипофибринолиза, а также высокий процент полиморфизма провоспалительных цитокинов у больных с метаболическим синдромом. Полученные данные проливают свет на патогенез гестозов у беременных с метаболическим синдромом, и ставят вопрос о патогенетической обоснованности ранней профилактики гестозов, начиная с фертильного цикла, у данных пациентов. Данные, полученные нами у 32 женщин при применении антиоксидантов, витаминов группы В и низкомолекулярных гепаринов свидетельствуют об их высокой эффективности в профилактике гестозов у пациенток с метаболическим синдромом.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Газазян М.Г., Мазепкина И.Н., Ангалева Е.Н.,
Степаненко И.В.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Курский государственный
медицинский университет, Курск, Россия*

Беременность, осложненная ВУИ, в 25% заканчивается преждевременными родами, в 65% – рождением детей с различными заболеваниями; в 5 и более раз повышается риск формирования нарушенный морфогенеза (фетопатий). Среди причин смертности новорожденных ВУИ занимает 1-3-е место, составляя от 11 до 45% потерь. Сложность решения данной проблемы связана с трудностью диагностики, отсутствием четких корреляций между тяжестью инфекционно-воспалительного заболевания матери и степенью поражения плода и новорожденного, неоднозначным подходом к лечебным мероприятиям.

Целью нашей работы явилось определить диагностические критерии перинатального инфицирования.

Нами обследованы 96 пациенток на сроке беременности 25-32 недели и их новорожденные, которые были разделены на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 66 беременных с признаками ВУИ во время беременности и их новорожденные. В контрольную группу включены 30 беременных без каких-либо признаков ВУИ во время беременности и их новорожденные, родившиеся без отклонений в физическом развитии и функциональном состоянии.

Использовался клинико-anamnestический анализ, ультразвуковое и доплерометрическое исследование, метод ИФА и ПЦР для выявления характера инфекции, бактериологическое исследование микрофлоры влагалища. Иммунологическое исследование включало изучение состава лимфоцитов периферической крови (CD4, CD8, CD20, CD25, CD95, HLA-DR), определение уровня неоптерина и цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-4, ФНО- α , ИНФ- γ) в сыворотке крови беременных, околоплодных водах и пуповинной крови новорожденного. Проводилось гистологическое исследование последов.

Результаты перечисленных выше исследований статистически обработаны, оценены в баллах от 0 до 10 в зависимости от их значимости в реализации ВУИ и внесены в разработанную нами шкалу балльной оценки риска реализации инфицирования новорожденного.

Шкала включает в себя следующие анамнестические данные: отсутствие реабилитации после перенесенных воспалительных заболеваний гениталий до наступления беременности (3 балла); обострение хронических заболеваний мочевыделительной системы, дыхательных путей, ЖКТ во время беременности (2 балла).

Принимаются во внимание следующие особенности течения данной беременности: наличие признаков стойкой, медикаментозно резистентной угрозы прерывания (4 балла), хроническая фето-плацентарная недостаточность (3 балла), гестоз (2 балла), мало-, многоводие (4 балла). В разработанную нами шкалу внесены следующие особенности течения родов: пре-

ждевременные роды (4 балла); преждевременное излитие околоплодных вод (4 балла); аномалии родовой деятельности (2 балла); разрывы шейки матки с повышенной кровоточивостью из них (2 балла).

Ультразвуковые маркеры ВУИ разделены на 3 основные группы: синдром инфицирования плода (вентрикуломегалия, пиелэктазия, расширение ЖКТ, отек кожи, нарушения морфогенеза (фетопатии) и т.д.) – 8 баллов; синдром инфицирования плаценты (эхо-признаки плацентита) – 6 баллов; синдром инфицирования околоплодных вод (эхо-признаки амнионита) – 4 балла.

Шкала также включает бактериологическое исследование микрофлоры влагалища (ОМЧ 1012-1014 КОЕ/мл – 2 балла, 109-1011 КОЕ/мл – 1 балл); данные ИФА диагностики ЗППП и TORCH инфекций (обнаружение Ig M и/или нарастание титра в динамике – 4 балла, обнаружение Ig G – 2 балла); уровень С-реактивного белка в сыворотке крови (>6 мг/л – 2 балла, <6 мг/л – 0 баллов); уровень неоптерина (свыше 5 нмоль/мл – 10 баллов, 2,5 – 5 нмоль/мл – 5 баллов, 2,4 нмоль/мл и ниже – 0 баллов), ФНО- α в сыворотке крови (свыше 51 пкг/мл – 6 баллов, 41-50 пкг/мл – 3 балла, 40 пкг/мл и ниже – 0 баллов), ИЛ-1 β в сыворотке крови (выше 56 пкг/мл – 6 баллов, 51-55 пкг/мл – 3 балла, 50 пкг/мл и ниже – 0 баллов) и ИНФ- γ в сыворотке крови (менее 38 пкг/мл – 6 баллов, 40-47 пкг/мл – 3 балла, 48 пкг/мл и выше – 0 баллов).

При гистологическом исследовании последа признаки фуникулита оценены в 8 баллов, интервиллусита, плацентита – в 4 балла, хориоамнионита, децидуита – в 2 балла.

В зависимости от полученного суммарного количества баллов степень риска оценивают как легкую (0-12 баллов), среднюю (13-24 балла) и высокую (свыше 25 баллов).

Эффективность использования предложенного нами способа подтверждается следующими данными: у беременных из группы низкого риска по развитию ВУИ на фоне проводимых профилактических мероприятий рождения детей с клиническими проявлениями ВУИ не отмечено. У беременных из группы среднего риска в 22% случаев родились дети с клинической картиной инфицирования, которым требовалось специфическое лечение. У новорожденных от матерей из группы высокого риска по реализации ВУИ в 60,6% случаев выявлено перинатальное поражение центральной нервной системы, в 44% случаев – инфекционно-воспалительные заболевания (в виде сепсиса у 2 детей, пневмонии – у 10, конъюнктивита в 8 случаях, везикулопустулеза – у 5, омфалита – у 4 новорожденных), в том числе в 41,4% – тяжелые формы с системной воспалительной реакцией. Неосложненное течение периода ранней неонатальной адаптации отмечено лишь у трети новорожденных указанной группы.

Выводы:

1. Разработаны информативные прогностические критерии риска перинатального инфицирования.

2. Наиболее значимыми прогностическими критериями риска манифестации ВУИ у новорожденного являются эхо-признаки синдрома инфицирования плода (вентрикуломегалия, пиелэктазия, расширение ЖКТ, отек кожи, нарушения морфогенеза (фетопатии) и т.д.) и плаценты (эхо-признаки плацентита);

повышение уровня неопетерина в сыворотке крови беременной выше 5 нмоль/л, уровня ФНО-α выше 51 пкг/мл, уровня ИЛ-1β выше 56 пкг/мл и снижение уровня ИФН-γ ниже 38 пкг/мл, признаки фуникулита при гистологическом исследовании последа.

3. Экспресс-диагностика гистологии последа может способствовать ранней постановке диагноза инфекционно-воспалительного заболевания новорожденного и своевременному началу адекватной терапии.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МЕХАНИЗМОВ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТАЦИИ

**Газиева И.А., Чистякова Г.Н.,
Ремизова И.И., Тарасова М.Н.**

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Основы формирования патологии плацентации, обуславливающей в дальнейшем развитие перинатальной патологии, закладываются уже в ранние сроки гестации. Перспективы поиска резервов снижения риска развития перинатальной патологии в значительной степени связаны с определением предпосылок данных изменений, пусковых факторов развития патологических реакций организма или причин несостоятельности механизмов регуляции этих процессов.

Цель: выявить особенности межклеточного информационного обмена на основании оценки экспрессии молекул адгезии при беременности, осложненной фетоплацентарной недостаточностью.

Материал и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование 57 женщин во втором триместре физиологически и патологически протекающей беременности. Основную группу составили 45 женщин, беременность которых осложнилась во второй половине гестации фетоплацентарной недостаточностью (ФПН), группу сравнения – 12 женщин с физиологически протекающей беременностью. Иммунофенотипирование лимфоцитов осуществляли методом проточной лазерной цитофлуориметрии на анализаторе “FACS Calibur” фирмы “Becton Dickinson” (США). Определяли количество клеток, экспрессирующих молекулы адгезии CD11b, CD11c, CD54 (ICAM-1) в общем пуле лимфоцитов и в популяции Т-клеток. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ “Statistica 6.0”, проверку статистических гипотез осуществляли с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Данные представлены в формате $M \pm s$.

Результаты. При беременности, осложнившейся во второй половине фетоплацентарной недостаточностью, установлено повышение соотношения активированных и покоящихся иммунокомпетентных клеток в результате увеличения уровня экспрессии молекул межклеточной адгезии. Относительное со-

держание лимфоцитов, экспрессирующих маркер CD54, повышалось при осложненной беременности в 1,3 раза ($59,17 \pm 21,05$ против $44,0 \pm 18,18\%$, $p < 0,01$) процентное содержание CD3+CD54+ лимфоцитов также увеличивалось в 1,7 раза по сравнению с аналогичными показателями в группе здоровых беременных женщин ($32,8 \pm 22,9$ против $19,77 \pm 10,02\%$, $p < 0,001$). Абсолютная численность лимфоцитов, экспрессирующих ICAM, повышалась в общем пуле лимфоцитов и в популяции Т-клеток в 1,6 и 2,0 раза соответственно ($1,31 \pm 0,76$ против $0,817 \pm 0,46 \times 10^9/л$ и $0,79 \pm 0,66$ против $0,389 \pm 0,274 \times 10^9/л$, $p < 0,001$) Относительное содержание CD3+CD11b+ лимфоцитов возрастало в 2,2 раза ($15,00 \pm 15,07$ против $6,83 \pm 3,74\%$, $p < 0,001$), абсолютное содержание этих клеток – в 2,1 раза ($0,29 \pm 0,29$ против $0,135 \pm 0,079\%$). Процент Т-лимфоцитов, экспрессирующих молекулу CD11c, повышался в 1,6 раза относительно аналогичного показателя в группе сравнения ($7,83 \pm 5,78$ против $4,92 \pm 2,94\%$, $p < 0,01$). Увеличение содержания лимфоцитов, экспрессирующих молекулы адгезии, свидетельствует о повышенной готовности эффекторных клеток к участию в процессах межклеточного взаимодействия и антигенной презентации. Экстернализация (выход на поверхность клетки) молекул адгезии обеспечивает установление контактов лимфоцитов с эндотелиоцитами и их трансэндотелиальную миграцию. Циркуляция повышенного количества активированных клеток в системном русле способствует интенсификации взаимодействия лейкоцитов с внутренней выстилкой сосудов, длительной активации эндотелия и, в итоге, «воспалительной» трансформации микроциркуляции. Усиление экспрессии лимфоцитами крови ряда рецепторов межклеточного взаимодействия свидетельствует о нарушении иммунологической регуляции информационного обмена на уровне межклеточной кооперации.

Заключение. Нарушение регуляции экспрессии молекул адгезии лимфоцитами крови и длительная циркуляция активированных лейкоцитов при осложненной беременности обуславливают усиление адгезивности эндотелия. Увеличение контактов эндотелия с иммунокомпетентными клетками может приводить к повреждению эндотелиоцитов по типу иммунного воспаления. Повышенное сродство лейкоцитов к внутренней выстилке сосудов может приводить к усилению прокоагулянтной активности и микротромбообразованию. Таким образом, нарушение межклеточного информационного обмена при беременности вносит существенный вклад в формирование «воспалительного» типа микроциркуляции и способствует прогрессированию гемодинамических нарушений в системе фетоплацентарного комплекса.

ОПЫТ ВЛАГАЛИЩНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННОГО ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА «KIWI»

Галимова И.Р., Мифтахова Ф.А., Федотов С.В.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Частота влагалищных родоразрешающих операций до недавнего времени остается крайне низкой и определяется устойчивым мнением об их травматичности, как для матери, так и для плода. В последние годы возрастает интерес к вакуум-экстракции плода. Этому способствовало появление современной системы «kiwi», предназначенной для выполнения этой операции.

Цель работы: изучение исходов для матери и новорожденного родов, завершенных путем операции вакуум-экстракции плода.

Проведен ретроспективный анализ исходов влагалищного оперативного родоразрешения с использованием вакуум-экстрактора «kiwi» у 32 рожениц по данному акушерского отделения МУЗ ГKB №7 г. Казани. Первородящих было 31 (96,9%), повторнородящих 1(3,1%). Показаниями для проведения операции были упорная вторичная слабость родовой деятельности, неподдающаяся медикаментозной терапии у 27 (84,4%) пациенток, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода у 5(15,6%) пациенток, в 9 (28,1%) случаях имелось сочетание показаний. В одном случае операция вакуум-экстракции была применена при рождении второго плода из двойни. Перед операцией оценивалось наличие необходимых условий: полное раскрытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, расположение головки плода как минимум в широкой части полости малого таза, соответствие размеров головки плода и таза матери. Наложение вакуум-экстрактора проводилось на головку плода, находящуюся в широкой части полости малого таза – у 6(18,8%), в узкой части полости малого таза – у 12(37,5%), в плоскости выхода у 14(43,8%) пациенток. У 29(90,6%) рожениц рождение головки было завершено в две тракции, у 3(9,4%) – в три. У 4(12,5%) пациенток в первом периоде родов проводилась эпидуральная аналгезия, соответственно наложение «kiwi» также осуществлялось под эпидуральной аналгезией. В остальных случаях операция выполнена без анестезии. У 30(93,8%) рожениц (а не пациенток) произведена срединно-латеральная эпизиотомия, что позволило избежать разрывов промежности. У 30(93,8%) рожениц произведена срединно-латеральная эпизиотомия, у 3 (9,4%) были отмечены неглубокие разрывы слизистой влагалища. Разрывов промежности не было. Кровопотеря не превысила физиологическую ни в одном наблюдении.

Состояние детей при рождении оценивалось следующим образом: оценку по шкале Апга 7-9 баллов имели 23 (71,9%), 5-6 баллов – 6 (18,8%), 2-4 балла – 2 (6,3%) новорожденных. У 2(6,3%) детей имелись небольшие кефалогематомы, не требующие пункции. Выписаны домой на 6-8 сутки 29 (90,6%) новорожденных. Двое детей находились на продленной ИВЛ и были переведены в отделение реанимации детской больницы.

Один ребенок был переведен в детскую больницу в связи с гипербилирубинемией.

Заключение. По предварительным данным, использование современной системы для проведения вакуум-экстракции плода расширяет возможности влагалищного оперативного родоразрешения с благоприятным исходом для матери. Большой интерес представляет изучение катамнеза детей, родившихся путем данной операции.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РОЖДЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ РЕСПИРАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ

Галимова И.Р., Фаткуллин И.Ф., Гайнутдинова А.В.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Значение исходного фона, тактики ведения родов и родоразрешения в случае преждевременного завершения беременности настолько высоко, что зачастую превосходит даже значение гестационного возраста новорожденного (Златовратская Т. В., 2008).

Цель исследования: изучение антенатальных и интранатальных причин тяжелого состояния недоношенных новорожденных.

Проведен ретроспективный анализ 46 историй родов 52 недоношенных детей (6 близнецов), состояние которых при рождении потребовало проведения ИВЛ. Отмечена высокая частота дисбиотических процессов и урогенитальных инфекций, предрасполагающих к развитию хронического воспалительного ответа, аутоиммунных нарушений, приводящих к невынашиванию беременности. Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий в анамнезе были отмечены у 39% женщин, гестационный пиелонефрит у 30,4%. У 8,7% пациенток имелся рубец на матке после предыдущего кесарева сечения (КС). В 13,1% была беременность двойней. 10,9% детей родились в тазовом предлежании. У 52% была отмечена угроза прерывания беременности, у 43,5% – железодефицитная анемия различной степени тяжести.

У каждой четвертой беременной причиной досрочного родоразрешения и рождения недоношенного ребенка был гестоз. У 32,6% пациенток была диагностирована хроническая плацентарная недостаточность, у 28,3% – задержка внутриутробного роста плода.

Роль инфекционно-воспалительного фактора в генезе преждевременных родов подтверждают результаты гистологического исследования последов. Воспалительные изменения в плаценте, такие как базальный децидуит, мембранный плацентит, интервиллизит выявлены у каждой третьей пациентки. В 7,7% случаев описаны гипоплазия плаценты без воспалительных изменений.

Отмечены следующие особенности начала, течения и ведения преждевременных родов. В 33% случаев роды начинались с преждевременного излития около-

плодных вод. В активной фазе преждевременных родов в родильный дом поступило 28,6% женщин. У 24% роды были быстрыми или стремительными, однако активный токолиз в родах был проведен только одной роженице. Адекватное обезболивание – эпидуральная анестезия не использована ни разу. Применение спазмолитиков зафиксировано лишь в 8,7% случаев. Во втором периоде родов пудендальная анестезия сделана 15,2%, эпизиотомия – 26,1% рожениц. У 30% беременных (в 23,8% вагинальных родов и в 36% при операции КС) не была проведена антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС). Лишь в 13% для этого не было объективной

возможности. Больше половины «аппаратных» новорожденных было рождено с помощью КС, из них 2\3 операций выполнены по экстренным показаниям. Так роды через естественные родовые пути произошли у 21(45,7%) женщины, путем КС у 25(54,3%). Только у 8 (32%) было плановое кесарево сечение (гестоз средней и тяжелой степени при отсутствии эффекта от проводимой терапии), 17(68%) операций проведено экстренно (кровотечения, тазовое предлежание при отхождении околоплодных вод, несостоятельность рубца на матке, внутриутробная гипоксия плода). Основным показанием (в 78,85%) для проведения ИВЛ новорожденным был РДС.

Заключение. Резервом улучшения исходов преждевременных родов является внедрение и выполнение рекомендаций, изложенных в Резолюции IV Всероссийского съезда акушеров-гинекологов (октябрь 2008 г) по преждевременным родам, в частности, обязательное проведение антенатальной профилактики РДС, применение интранатального токолиза с целью предупреждения быстрых и стремительных преждевременных родов, адекватное обезболивание (эпидуральная анальгезия). Расширение показаний для кесарева сечения при недоношенной беременности требует дальнейшего изучения и безусловно возможно только при наличии в учреждении полноценной службы неонатальной реанимации и интенсивной терапии.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТАЗОВОМ ДНЕ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ

Гаспарян С.А., Афанасова Е.П., Стариченко Л.В.

СГМА кафедра акушерства – гинекологии ФПО г.

Ставрополь, Россия

Профилактика осложнений после реконструктивно-пластических операций с использованием сетчатых эндопротезов является актуальной проблемой в связи с большой частотой таких специфических осложнений, как: эрозии слизистой оболочки влагалища, инфицирование синтетического материала, экструзия сетки. Целью настоящего исследования явилось изучение

причин и возможностей профилактики вышеописанных осложнений.

Материал и методы: За период с 2007-2009 годы проведен анализ результатов хирургического лечения 65 больных с простыми и осложненными формами пролапса гениталий с использованием синтетических материалов следующих фирм-производителей: AMS и Jonson&Jonson. Комплексное обследование включало: анализ жалоб, сбор анамнеза, данные гинекологического осмотра, результаты проведения специальных проб, а также инструментальные методы исследования. Все больные были разделены на группы по факторам риска возникновения послеоперационных инфекционных осложнений. Первую группу составили больные с predetermined факторами: ожирением 1-2ст-61%, сердечно-сосудистыми заболеваниями сопровождающимися недостаточностью кровообращения – 49%, сниженным иммунным статусом и возрастом выше 60 лет – 26%. Во вторую группу вошли больные с факторами, связанными с состоянием генитальной сферы: в анамнезе которых большое количество аборт – 65%, хронические воспалительные заболевания – 57%, бесплодие – 23%, длительное использование ВМК – 15,3%. В третью группу включены больные с интраоперационными факторами: большим объемом и длительностью оперативного вмешательства -64%, выраженным спаячным процессом – 18,4%.

Результаты. Анализ показал, что больным с высоким риском инфекционных осложнений необходимо антибактериальную терапию начинать за 30 минут до начала операции и продолжить в течение 3 суток после нее. Использовались антибиотики цефалоспоринового ряда 3-4 поколений и инфузии метрогила. Тщательно соблюдались правила асептики и антисептики; использовался современный шовный материал; четко выполнялась техника оперативного вмешательства с соблюдением анатомических структур. Осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось.

Контрольный осмотр больных проводили через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. В позднем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: у 2 (3,0%) – экструзия сетчатого эндопротеза, у 1 (1,5%) – эрозия слизистой оболочки влагалища. Это потребовало иссечения части сетчатого эндопротеза и повторного зашивания слизистой оболочки влагалища. Данные осложнения зафиксированы при выполнении тотальной пластики с использованием системы Prolift total (Jonson&Jonson).

Заключение. При выполнении реконструктивно-пластических операций на тазовом дне с использованием сетчатого эндопротеза необходимо оценивать риск инфекционных осложнений и проводить профилактику антибактериальными препаратами. Тщательное соблюдение техники операции и использование современного шовного материала способствует снижению послеоперационных осложнений.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИТОВ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Гаспарян С.А., Стариченко Л.В., Слеткова М.А.

Россия, г. Ставрополь, Ставропольская Государственная
Медицинская Академия, кафедра акушерства и гинекологии
ФПО, ГУЗ СККЦ СВМП

Проблема послеродовых эндометритов связана с отсутствием отчетливой тенденции к их снижению.

Послеродовые эндометриты встречаются в 13,5-54,3% и занимают одно из лидирующих мест среди причин материнской смертности. Частота их после самопроизвольных родов составляет 3-5%, после операции кесарева сечения – 10-20%.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация лечения послеродовых эндометритов с использованием эндоскопических методов.

С 2004 по 2009 годы под нашим наблюдением находилось 163 больные с эндометритами. Возраст пациенток колебался от 18 до 36 лет (в среднем 27+). У 121 из них самопроизвольные роды, у 42 операция кесарева сечения.

Для уточнения этиопатогенетических вариантов эндометрита проводилось УЗИ органов малого таза. Все больные разделены две основные группы. Первую группу составили 121 больная с эндометритом на фоне задержки в матке измененных остатков децидуальной оболочки и плацентарной ткани. Во вторую группу включены 42 больные с так называемой «чистой» формой эндометрита.

Всем больным первой группы проведена лечебно-диагностическая гистероскопия с бережным опорожнением полости матки под внутривенной анестезией. Инфицированный шовный материал удалался с помощью биопсийных щипцов через операционный канал гистероскопа.

У больных второй группы проводилась диагностическая гистероскопия с последующим промыванием полости матки антибиотиками и охлажденными растворами антисептиков. При необходимости промывание матки повторяли от 2 до 5 раз.

Анализ показал, что дифференцированный подход к лечению послеродовых эндометритов с использованием лечебно-диагностической гистероскопии позволило одновременно решать несколько проблем:

- оценка тяжести воспалительного процесса;
- обеспечение тщательного контроля выполнения хирургических манипуляций;
- прицельное удаление инфицированных обрывков лигатур и/или некротических масс области послеоперационного шва и/или рубца.

Таким образом, применение гистероскопии в комплексной терапии послеродовых эндометритов позволило ускорить период выздоровления больных, сократить расход препаратов и время пребывания в стационаре.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ В СТРУКТУРЕ GESTАЦИОННОЙ АДАПТАЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Гаспарян С.А.*, Василенко И.А.***, Лифенко Р.А.*,
Чотчаева С.М.*

*Россия, Ставрополь, ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»,

**Россия, Москва, ГОУ ВПО «Государственная классическая академия им. Маймонида»

Беременность с первых дней сопровождается комплексом динамических системных адаптационных реакций, направленных на поддержание гомеостаза и обеспечение нормального развития плода в новых изменившихся условиях. В последние годы появляется всё больше исследований, посвященных адаптационным механизмам гемостаза при физиологическом и осложненном течении беременности. Однако адаптационные изменения в тромбоцитарном звене при беременности продолжают носить дискуссионный характер, как в плане количества тромбоцитов, так и их функционального состояния. Является очевидным, что функциональная нагрузка на тромбоциты не может не сказаться и на их морфофункциональной характеристике, т.к., с одной стороны, снижается продолжительность их жизни, с другой – повышается потребление в маточно-плацентарном кровотоке. В связи с этим углубленное изучение адаптационных, диз- и дезадаптационных изменений клеточного звена гемостаза может иметь существенное значение для практического акушерства. Цель настоящего исследования – оптимизация ранней диагностики нарушений адаптационных механизмов системы гемостаза и своевременной коррекции гемостазиологических показателей.

Мы обобщили данные динамического обследования 80 беременных в возрасте 20 – 37 лет (средний возраст – 28,7±3,9 лет): 50 (62,5%) – с физиологическим течением беременности как пример реализации механизмов адаптации, и 30 (37,5%) – с беременностью осложненной гестозом легкой и средней степени как пример перехода адаптационных механизмов саногенеза в патогенетические. Всем беременным проводилось детальное исследование системы гемостаза: определение протромбинового индекса (ПТИ), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), концентрации фибриногена. Оценивали параметры хронометрической (r+k) и структурной (ma, ИТП) коагуляции. Морфофункциональное состояние тромбоцитов анализировали с использованием метода прижизненной компьютерной морфометрии на базе отечественного компьютерного фазового микроскопа «Цитоскан». Статистический анализ экспериментальных и клинических данных проводили с помощью алгоритмов среды MatLab и математического пакета «Statistica 6». Различия между сравниваемыми группами рассчитывали по критериям Колмагорова-Смирнова или Стьюдента. Уровень значимости устанавливался равным 0,05.

В основной группе (физиологическое течение беременности) выявлены недостоверные изменения

количества тромбоцитов по отношению к показателям группы контроля – небеременным женщинам репродуктивного возраста: $228 \pm 10,5 \times 109/л$, $245 \pm 15,9 \times 109/л$ и $235 \pm 28,3 \times 109/л$ в I, II и III триместре, соответственно. У женщин с беременностью, осложненной гестозом, отмечалось прогрессирующее снижение количества тромбоцитов: $232 \pm 25,1 \times 109/л$, $215 \pm 18,5 \times 109/л$ и $185 \pm 20,3 \times 109/л$ в I, II и III триместре, соответственно, против $265 \pm 15,7 \times 109/л$ ($p < 0,05$). Установлено, что при физиологической беременности результативность адаптационных реакций системы гемостаза, заключающихся в формировании состояния физиологической гиперкоагуляции, характеризуется преобладанием процессов свертывания крови над процессами фибринолиза. Прогрессирование гестоза сопровождалось изменениями практически всех показателей системы гемостаза, однако четкой фазности диагностированных нарушений не было установлено. Наиболее чувствительным и информативным тестом, отражающим степень тяжести данного патологического процесса, является только агрегационная активность тромбоцитов, индуцированная АДФ.

При физиологической беременности в I, II и III триместрах процент тромбоцитов «покоя» составлял 48, 72 и 58%; активированных клеток – 44, 25 и 35%, дегенеративных – 8, 4 и 5%, соответственно. В группе сравнения (гестоз) активированные тромбоциты составляли 35% и 12% (низко и высоко активированные клетки, соответственно) дегенеративно-измененные – 9%. Анализ средних в популяции размерных показателей циркулирующих тромбоцитов показал, что уменьшение размерных показателей тромбоцитов (на 10-15% и более от гестационной нормы III триместра) при снижении их активационного статуса до диапазона нормы вне беременности (33%) свидетельствует о дизадаптационных изменениях системы гемостаза с угрозой развития изокоагуляции; и, напротив, увеличение морфометрических параметров клеток более чем на 15-20% от гестационной нормы при увеличении активационного потенциала (42% и более) свидетельствуют о срыве адаптационных механизмов и угрозе развитию тромбогенных осложнений. Полученные результаты имеют важное значение, поскольку точное знание адаптивных изменений системы гемостаза при физиологическом течении беременности позволяет проводить более успешную диагностику возможных нарушений механизмов регуляции гемостатического гомеостаза, дифференцировать физиологическую гиперкоагуляцию, гипо- и изокоагуляцию, проводить целенаправленную коррекцию выявленных дефектов.

ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ МЕТОДОМ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ

Гатагажева З.М., Ферзаули Х.М., Евлоева М.И.

Кафедра акушерства и гинекологии, Ингушский Государственный Университет, г. Магас

Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы – большой раздел в гинекологии с которым постоянно приходится иметь дело практикующим врачам. Патологические процессы шейки матки занимают одно из первых мест в структуре амбулаторной гинекологической заболеваемости.

Актуальной проблемой онкогинекологии является диагностика и лечение как рака шейки матки, так и фоновых заболеваний. Практическое здравоохранение располагает различными физическими методами лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, вульвы и влагалища. Наиболее распространенными являются способы, в основе которых лежит использование в качестве лечебного воздействия методов электрокоагуляции, лазерного излучения и криовоздействия. Вместе с тем клиническая практика свидетельствует об определенных отрицательных свойствах и недостатках каждого из этих методов, что побуждает к поиску более совершенных технологических методов воздействия. Так, ранее широко применявшаяся электрохирургическая эксцизия имеет достаточно много различных осложнений связанных с поражающим действием электрического тока на подлежащие ткани. Радиоволновая хирургия – это атравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей без их разрушения. Данная методика проводится с помощью радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон ТМ», который представляет собой генератор высокочастотных электрических волн, излучаемых с переменной мощностью и постоянной частотой в 3,8 – 4,0 МГц (частота радиоволны в диапазоне FM).

Радиохирургический метод лечения был применен у 72 больных в возрасте от 19 до 38 лет. Лечение проведено у 45 беременных женщин с кондиломами шейки матки или вульвы и влагалища, а так же 27 не беременных женщин с тем же диагнозом. Перед выполнением радиохирургического лечения всем больным было проведено клиническое обследование: осмотр, гинекологическое исследование, исследование выделений из влагалища на степень чистоты, анализ крови на RW, ВИЧ, HBs-Ag, HCV-Ag, простую и расширенную кольпоскопию, ультразвуковое исследование органов малого таза, клинический анализ крови и мочи, обследование на заболевания, передающиеся половым путем. У небеременных женщин радиохирургическую операцию проводили на 6-8 дни менструального цикла. При наличии небольших образований применялась местная инфильтративная анестезия Sol. Novocaini 0,5%-10-20мл. У беременных больных или заранее предполагаемом большом объеме воздействия применялась внутривенная анестезия. Папилломы вульвы и влагалища иссекались петлевым электродом в режиме «Разрез и коагуляция» на мощности 2-4 единицы. При крупных разрастаниях сначала удалялась основная масса, а затем легкими

движениями выравнивались края раны. После этого шариковым электродом проводилась коагуляция зоны воздействия (в режиме «Коагуляция»). Заживление раны после радиохирургического воздействия проходило под фибриновой пленкой, которая отторгалась на 9-14 сутки, что сопровождалось незначительными сукровичными выделениями из половых путей. Рецидив через 3 месяца наблюдался у двух пациенток (2,8%), при повторном обследовании выявлена инфекция (ПВЧ).

Самый важный критерий успешности в нашем исследовании – клинический эффект проводимого лечения. Эффективность лечения определяли нормальной кольпоскопической картиной, отсутствием цитологических и гистологических признаков вирусного поражения шейки матки, вульвы и влагалища, отсутствие ВПЧ при использовании ПЦР.

Экономическая целесообразность применения радиоволновой хирургической техники связана с возможностью проведения ряда операций в амбулаторных условиях, с сокращением койко-дней при нахождении в стационаре в 2-3 раза, сокращением временной трудоспособности в 2 раза. Радиохирургический метод лечения не вызывает образование струпа и рубцов, вдвое сокращает сроки эпителизации. Данную методику можно рекомендовать как атравматичный и экономичный метод лечения при вирусном поражении шейки матки, вульвы и влагалища.

АНОМАЛЬНЫЙ КРОВОТОК В ВЕНОЗНОМ ПРОТОКЕ У ЭМБРИОНА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ

Гимбут В.С., Глушко А.А., Павлова А.П.

*ФГУ НИИАП Росмедтехнологий, МЛПУЗ «Родильный дом №5»,
каф. Акушерства и Гинекологии №1 РГМИ,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Целью настоящего исследования явилось обоснование целесообразности исследования кривых скоростей кровотока (КСК) в венозном протоке эмбриона в 11-14 недель и выявление связи характера кровотока в этом сосуде с исходом беременности при скрининговом обследовании пациенток.

Венозный проток (Ductus Venosus) является одним из важнейших анатомических приспособительных механизмов перераспределения кровотока во внутриутробном периоде. Его функция длительное время изучалась, но реальное клиническое значение было установлено только с появлением аппаратов ультразвуковой диагностики и возможностью оценки показателей кровотока в этом сосуде. Ультразвуковая визуализация и оценка КСК в ductus venosus, по мнению подавляющего большинства исследователей, имеет наибольшую важность в ранние сроки беременности. Отсутствие или реверсный характер А-волны в венозном протоке связаны с повышением риска нали-

чия у эмбриона трисомии 21 и другими хромосомными заболеваниями. У эмбрионов с нормальным хромосомным набором, нарушение характера кровотока в этом сосуде может говорить о повышенном риске наличия пороков развития сердца и крупных сосудов.

Также имеется несколько доказательств, что аномальный характер кровотока в венозном протоке, существенным образом связан с риском внутриутробной гибели плода. Измененный характер кровотока в ductus venosus наблюдается в половине всех случаев гибели эмбриона при сочетанной находке расширения воротниковой зоны плода. В то же время, неблагоприятный исход беременности был отмечен всего в 1,2% случаев у практически здоровых пациенток с нормальным кровотоком в ductus venosus у эмбриона.

В течение 2008 года было обследовано 1108 пациенток в возрасте от 18 до 42 лет. Обязательным условием условием в группу обследования являлось наличие ультразвукового исследования в сроке 11-14 недель с измерением копчико-теменного размера, толщины воротникового пространства (ТВП) и оценка КСК в венозном протоке эмбриона. Также были собраны общие данные о наличии вредных привычек, профессиональных вредностях. Если у плода проводилось карiotипирование (хорионбиопсия, кордоцентез, постнатальный анализ), эти данные также учитывались. Все собранные данные заносились в компьютерную базу данных, обработка результатов обследования производилась путем выборки по признаку и формирования группы.

Оценка кровотока в венозном протоке производилась в соответствии с рекомендациями Maiz N et al.

Из всех обследованных, нормальный кровоток в венозном протоке отмечался у 1052 (94,9%) пациенток, реверс А-волны у 56 (5,1%). Нормальные значения толщины воротникового пространства отмечены 1045 (94,3%), увеличение – у 63 (5,7%).

У 1070 (96,6% от всех обследованных) беременность окончилась рождением ребенка без признаков хромосомных заболеваний и пороков развития. В этой группе нормальный кровоток ductus venosus отмечался у 1023 (95,6%), реверс А-волны у 47 (4,4% от группы).

В группе пациенток с невынашиванием беременности (n=19 – внутриутробная гибель плода, преждевременные роды с гибелью плода), реверс А-волны отмечался в 2 случаях (10,5% от группы), причём в обоих этих случаях отмечена нормальная толщина воротникового пространства. Воротниковое пространство было в пределах нормы у подавляющего большинства пациенток 18 (94,7% от группы).

В группе пациенток (n=10), у которых было выявлено наличие хромосомного заболевания плода, реверс А-волны отмечался в 6 случаях (60% от группы), в этой же группе у 80% эмбрионов отмечалось увеличение толщины воротникового пространства.

У пациенток с выявленными пороками развития у плода (n=9), только у одной (11,1%) отмечался реверс А-волны в ductus venosus. Увеличение ТВП отмечено так же, всего у 2 эмбрионов (22,2% от группы), причём у одного из них и был зарегистрирован реверс кровотока.

Представленные данные свидетельствуют о явно выраженной связи аномального кровотока в венозном протоке эмбриона с неблагоприятным исходом беременности, и в ряде случаев, явившимся единственным

ранним маркером такого исхода. Не вызывает сомнения, что оценка состояния эмбриона с учетом этого маркера будет способствовать внедрению более рациональной тактики ведения беременности.

С учётом полученных результатов, представляется целесообразным введение в протокол ультразвукового скрининга в 11-14 недель, исследования кровотока в венозном протоке эмбриона.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Титова И.А.,
Игнатова Ю.В., Щербакова Н.В.,**

ГОУ ВПО УГМА, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, МУ ЦГБ№7, г. Екатеринбург

Многолетний анализ структуры послеродовых заболеваний, проводимый в наблюдательном акушерском отделении МУ ЦГБ№7 г. Екатеринбурга, показал, что наряду с пuerперальным метроэндометритом, обусловленным чаще всего эндогенными факторами, имеют место и неинфекционные процессы, связанные с патологией течения родового акта и, особенно, с оперативным родоразрешением. Для ликвидации выявленной патологии в течение 8 лет применяются эндоскопические технологии.

Целью исследования явилось определение показаний к малоинвазивным вмешательствам в клинике послеродовых заболеваний, изучение структуры хирургических воздействий и их исходов.

Материалами послужили первичная медицинская документация и данные годовых отчетов наблюдательного акушерского отделения МУ ЦГБ№7 г. Екатеринбурга за 1996-2008гг.

В лечебный алгоритм ведения послеродовых заболеваний, наряду с антибактериальной, инфузионной, иммуномодулирующей терапией, аспирационно-промывным дренированием полости матки через 2-х просветный катетер, введением в полость матки мазевых антисептических средств на гидрофильной основе, вакуум-аспирацией содержимого полости матки и бережным кюретажем, входят современные малоинвазивные эндоскопические технологии.

Задачи и возможности гистероскопии у послеродовых больных заключаются в уточнении клинкоморфологической формы эндометрита, диагностике состояния швов на матке после кесарева сечения, выявлении дефектов техники операции, в частности, сшивания передней и задней стенок матки, обнаружении травмы матки и, в целом, оптимизации лечебного процесса и сокращения пребывания больной в стационаре. Гистероскопия (ГС) у послеродовых больных имеет ряд особенностей, обусловленных большим объемом полости матки, состоянием шейки матки, обширной раневой поверхностью, возможностью заброса жидкости в брюшную полость, риском ранения стенки матки. По нашему мнению, нецелесообразно проведение ГС до 6-7 суток после родов. Результативность вмешательства напрямую зависит от технического

оснащения, квалификации и опыта врача. За период 1996-2008гг. в ОАО ЦГБ№7 1402 пациенткам выполнено 1497 ГС, из них после КС – 266(19,0 %), диагностические ГС составили 1429(95,4%), при которых в 1295 случаях (86,5%) в полости матки найден субстрат и произведена вакуум аспирация и(или) кюретаж. При ГС было выявлено: «чистая» форма эндометрита – 1068(76,2%), эндометрит с некрозом децидуальной ткани – 258(18,4%), эндометрит с некрозом плацентарной ткани – 76(5,6%), неполный разрыв матки (трещина) -13(0,93%), провисание лигатур – 342(23,9%), сшивание стенок матки -11(0,8%).

97 пациенткам произведена диагностическая и хирургическая лапароскопия (ЛС). Всего сделано 105 вмешательств, в 8 случаях произведена динамическая повторная ЛС. Показаниями для ЛС явились: подозрение на хирургическую патологию, на нарушение целостности стенки матки, наличие объемных жидкостных образований в полости малого таза (кисты, абсцессы, пиосальпинксы), наличие забрюшинных жидкостных образований (гематома, абсцесс), хирургическая стерилизация.

Выполнены следующие виды лапароскопических вмешательств: опорожнение абсцесса малого таза, резекция большого сальника, удаление придатков, яичника, вылушивание кисты, ушивание перфорационного отверстия матки, восстановление целостности матки при неполном разрыве матки, наложение вторичных швов на матку при полной несостоятельности шва после КС, вскрытие и опорожнение гематом и флегмоны параметриев и забрюшинного пространства, удаление рудиментарной матки с пиометрой, удаление инородного тела брюшной полости, ушивание культи влагалища при эвентерации большого сальника и кишечника, аппендэктомия, рассечение «штранга» при спаечной тонкокишечной непроходимости, хирургическая стерилизация.

Без учета стерилизаций выполнено 93 ЛС, при которых в 87 случаях (93,5%) удалось сохранить матку, в 6 случаях (6,5%) после диагностической ЛС, проведение экстирпация матки с трубами.

Таким образом, концентрация медицинской помощи заболевшим родильницам в многопрофильном ЛПУ позволяет использовать современные терапевтические и хирургические технологии. Лапароскопические хирургические вмешательства и гистероскопия могут успешно применяться в лечении послеродовых заболеваний и обеспечивать органосохраняющую тактику, при этом требуют высокой квалификации хирурга и соответствующей материальной базы ЛПУ.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

**Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Игнатова Ю.В.,
Титова И.А., Щербакова Н.В.**

*(Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО УГМА, ректор – С.М.Кутепов; МУ ЦГБ №7
Екатеринбурга, главный врач – А.А.Дорнбуш)*

Кесарево сечение составляет от 15 до 30% в структуре родов в различных лечебных учреждениях. В связи с отсутствием единых критериев регистрации послеоперационных осложнений частота колеблется в пределах 5-20%

Целью исследования явилось изучение частоты и структуры осложнений после кесарева сечения и оценка эффективности отработанного лечебно-диагностического алгоритма. Изучены результаты лечения родильниц в observational акушерском отделении МУ ЦГБ №7 г.Екатеринбурга за 2003-2008гг.

В Екатеринбурге при учете заболеваемости до 30 дней послеродового периода общая частота послеоперационных осложнений составила в 2003г. 3,9%, с ежегодным снижением до 2,1% в 2008г. В структуре осложнений преобладали метроэндометриты различной степени тяжести – в среднем 94,5±0,7%. Кроме того, выявлялись осложнения, обусловленные дефектами хирургической техники, патологией системы гемостаза, соматические и генитальные заболевания неинфекционной природы. В 2007-2008гг. нагноение послеоперационного шва имело место в 4,8±2,0% (22 случая), провисание лигатур в полость матки – в 9,5±2,7% (43 случая), несостоятельность шва на матке – в 0,6±0,4% (3 случая). Инфильтраты параметриев и паравезикальной клетчатки обнаружены у 185 пациенток (40,4±0,1%), флебит вен малого таза у 103 (22,4±0,8%), гематомы различной локализации у 29 (6,2±0,5%). Прочие заболевания составили 11,7±0,7%, в их число входили единичные случаи опухолей матки и придатков, абсцессы малого таза, аппендицит, инородное тело брюшной полости.

В комплексной терапии осложнений после кесарева сечения существенное место уделено малоинвазивным хирургическим и диагностическим методам – лапароскопии и гистероскопии. Операции носили разнообразный характер в зависимости от вида выявленной патологии, но были направлены на сохранение репродуктивных органов. Обязательным условием органосохраняющей тактики было мониторинговое наблюдение за течением послеоперационного периода с целью своевременного решения вопроса о радикальной операции при появлении показаний.

Сложными в техническом выполнении были операции при наличии обширных гематом предпузырной клетчатки и параметриев. Под контролем лапароскопа проведено вскрытие гематом и дренирование через переднюю брюшную стенку и(или) влагалище. При обнаружении абсцесса клетчатки малого таза выполнялось опорожнение абсцесса и дренирование брюшной полости через влагалище. При гнойном сальпингите и пиосальпинксах проводилось удаление маточных труб и дренирование брюшной полости, при

аппендиците – лапароскопическая аппендэктомия. При полной несостоятельности шва на матке после КС (на 27 сутки), были наложены вторичные швы лапароскопическим доступом.

Во всех случаях объем оперативного вмешательства ограничился перечисленными выше операциями, при которых удалось сохранить матку.

Перитонит и сепсис относятся к числу редких видов патологии и встречаются в Екатеринбурге с частотой 1-2 случая в год (0,6 на 1000 родов). В таких ситуациях выполнялись только радикальные операции в объеме гистерэктомии с сохранением яичников. Экстирпация матки по поводу сепсиса и перитонита выполнена за весь период наблюдения у 3,5% с осложненным течением послеоперационного периода. Еще 3,5% больным радикальная операция сделана в связи с массивным поздним послеродовым кровотечением и наличием опухолей гениталий.

Оперативные вмешательства по срокам после родов распределились следующим образом: до 10 суток – 68,4%, до 20 суток – 13,2%, до 30 суток – 37,9%, свыше 30 суток – 13,2%. В последнем случае можно говорить о запоздалом поступлении женщин – жительниц Свердловской области.

Таким образом, разумное сочетание консервативных и инвазивных методов лечения осложнений после операции кесарева сечения позволяет в подавляющем большинстве случаев сохранить матку для реализации женщиной репродуктивной функции в будущем.

ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИЯ – СЛЕДУЕТ ЛИ РАССМАТРИВАТЬ ЕЕ В КАЧЕСТВЕ ЭХОМАРКЕРА?

Глушко А.А., Павлова А.П., Гимбут В.С.

*МЛПУЗ «Родильный дом №5», каф. Акушерства и Гинекологии
№1 РГМИ, НИИ акушерства и педиатрии,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

С целью уточнения прогностической значимости выявления вендрикуломегалии и влияния данного эхомаркера на перинатальные исходы за период 2001-2008 гг. в Родильном доме №5 при проведении УЗИ во время беременности в сроках 22-34 нед. было выявлено 39 случаев вендрикуломегалии (1,0 на 1000 родов). Ретроспективно проведен анализ течения беременности, перинатальные исходы.

Вендрикуломегалия относится к «пограничным» эхомаркерам, и заключается в расширении атриума бокового желудочка головного мозга плода до 10 – 15 мм. Считается, что вендрикуломегалия является начальным проявлением поражения головного мозга в результате воздействия различных причин, включая собственно формирование пороков (гидроцефалия), а также деструктивные поражения вследствие гипоксии и инфекции.

За период 2001-2008 гг. в Родильном доме №5 при проведении УЗИ во время беременности в сроках 22-34 нед. было выявлено 39 случаев вендрикуломегалии (1,0 на 1000 родов), что соответствует частоте распространения, указанные в литературе.

Данный эхомаркер встретился изолированно в 29 наблюдениях и в сочетании с другими маркерами (хондродисплазия, Spina bifida, асцит, пиелозктазия, многоводие, маловодие, «гольф-шара», водянка яичек) – в 10 случаях. Перинатальные исходы при выявлении сочетанной вентрикуломегалии были следующими: 2 случая – Spina bifida, 3 случая – врожденный сепсис, 3 – синдром Дауна, один – антенатальная гибель плода, один – рождение ребенка с хондродисплазией. Эти случаи «сочетанных» маркеров из дальнейшего исследования были исключены.

При изолированной вентрикуломегалии неблагоприятный исход был в 1 случае: у беременной К. в сроке 32 недели после перенесенной ОРВИ была выявлена вентрикуломегалия. В 37 недель при УЗИ диагностирована гидроцефалия, подтвержденная после родов.

В остальных 28 случаях изолированной вентрикуломегалии отмечены следующие особенности протекания беременности. У 13 пациенток выявлены признаки инфекции: в 6 случаях – обострение пиелонефрита, в 4-х – бактериальный вагинит, у 2-х – ОРВИ, у одной пациентки диагностирована пневмония. Всем беременным проводилась терапия основного заболевания, в т.ч. антимикробная и противовирусная. У 4-х пациенток отмечено нарушение маточно-плацентарного кровотока, по поводу чего проводилась соответствующая терапия в стационаре и амбулаторно. В остальных 11-х случаях беременность протекала без осложнений.

При повторном исследовании через 2, 4 недели, а также на протяжении оставшейся части беременности, при УЗИ у 15 пациенток степень расширения атриума бокового желудочка не нарастала, у остальных 13 – вентрикуломегалия более не выявлялась. Роды проводились по акушерским показаниям. Ранний неонатальный период протекал без клинических особенностей, при проведении нейросонограммы на 5-7 сутки, а также в течение года после родов проявлений вентрикуломегалии, особенностей неврологического статуса не отмечено.

На основании приведенных данных можно сделать следующие выводы, скорее обозначающие проблему, нежели ставящие в ней точку.

Если сочетанная вентрикуломегалия свидетельствует о высоком риске инфекционного поражения плода и хромосомных аномалий, то изолированная вентрикуломегалия является, с одной стороны, транзиторным эхомаркером, а с другой стороны, неясно маркером чего она является, и является ли данная ультразвуковая находка эхомаркером вообще.

Исследования по данной тематике будут продолжены.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОГО ГЕСТОЗА

Гребенкин Б.Е., Садыкова Г.К.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрави», Г.Пермь, Россия

Гестоз по-прежнему остается одной из актуальных проблем современного акушерства. Несмотря на разнообразие предложенных шкал и методик, до сих пор не существует четких критериев, позволяющих с до-

статочной степенью достоверности определить степень тяжести гестоза и особенно прогнозировать его дальнейшее течение: не всегда выраженность отеков, протеинурии и артериальной гипертензии коррелирует с истинной тяжестью патологических процессов при гестозе. Научные разработки, проведенные в акушерстве и общей реаниматологии (Макацария А.Д., 2006; Медвинский И.Д., 2000), позволили сделать вывод о том, что в основе патофизиологических механизмов развития полиорганной недостаточности (ПОН) любого генеза, в т.ч. и при тяжелом гестозе, является синдром системного воспалительного ответа. Неизученным остается вопрос о возможности применения прокальцитонина (PCT) как маркера синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) при тяжелом гестозе.

Целью настоящего исследования явилось изучить изменение содержания прокальцитонина в сыворотке крови беременных с гестозом различной степени тяжести, а также без такового, и оценить возможность использования данного теста в комплексной оценке тяжести гестоза.

Работа выполнена на базе Перинатального центра Пермской краевой клинической больницы, кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Росздрави» в период с 2006 по 2008гг. Все беременные женщины были разделены на следующие группы: в I группу вошли 17 беременных женщин с гестозом легкой степени; II группу составили 17 женщин с гестозом средней степени тяжести; III группа представлена 22 женщинами с тяжелой степенью гестоза; IV – 11 женщинами с эклампсией; V группу (контрольную) составили 23 беременные без гестоза. Диагностика гестоза проводилась согласно классификации поздних гестозов беременных (национальное руководство по акушерству, 2007г.). Кроме рутинных методов исследования, у всех пациенток проводилось определение уровня прокальцитонина (PCT) в сыворотке крови полуколичественным методом (патент РФ на изобретение №2342666 «Способ определения степени тяжести гестоза» от 02.07.2007). Результат оценивали следующим образом: уровень PCT менее 0,5 нг/мл соответствует варианту нормы, гестозу легкой и средней степени тяжести; PCT в диапазоне от 0,5 до 2,0 нг/мл – гестозу тяжелой степени; интервал от 2 до 10 нг/мл – эклампсии с развитием ПОН.

Были получены следующие результаты. В I и V группах у всех женщин (100%) уровень PCT в сыворотке крови составил <0,5 нг/мл, что соответствует нормальным значениям этого показателя. У пациенток II группы (при гестозе средней степени тяжести) в 82% случаев уровень PCT составил также <0,5 нг/мл, что соответствует норме и свидетельствует об отсутствии развития ССВО. Однако у 2 пациенток уровень PCT в сыворотке крови находился в диапазоне от 0,5 нг/мл до 2,0 нг/мл. У этих женщин, несмотря на проводимую терапию, в дальнейшем было диагностировано повышение АД и нарастание протеинурии, т.е. прогрессирование гестоза. Данные показатели демонстрируют запуск ССВО в организме пока еще без признаков ПОН. У пациенток III группы в 95% случаев уровень PCT в сыворотке крови находился в диапазоне от 0,5 нг/мл до 2,0 нг/мл, что, как было обо-

значено ранее, является признаком наличия ССВО. Однако у 1 пациентки уровень РСТ был значительно выше – в диапазоне от 2,0 нг/мл до 10,0 нг/мл. У этой женщины в I периоде родов развился судорожный синдром. В 100% случаев у женщин с эклампсией (IV группа) уровень РСТ в крови находился в диапазоне 2,0-10,0 нг/мл, что, несомненно, является показателем развития ПОН. У пациенток с повышенным уровнем РСТ был проведен повторный анализ на 3-и сутки послеродового периода. Во всех группах родильниц в 100% случаев уровень РСТ был <0,5 нг/мл, т.е. достигал нормальных значений, что доказывает высокую диагностическую ценность предложенного способа. Данное наблюдение показывает, что гестоз разрешается в большинстве случаев на 3-и сутки послеродового периода.

При проведении корреляционного анализа между показателями РСТ в сыворотке крови и важнейшими критериями тяжелого гестоза была установлена сильная корреляционная связь в отношении систолического АД ($r=+0,86$; $p<0,01$), диастолического АД ($r=+0,81$; $p<0,01$). Умеренная корреляционная связь была установлена между уровнем РСТ и выраженностью отеков ($r=+0,56$; $p<0,05$), уровнем протеинурии ($r=+0,66$; $p<0,05$), степенью задержки внутриутробного развития ($r=+0,67$; $p<0,05$).

Таким образом, на основании проведенного исследования можно утверждать, что определение РСТ в сыворотке крови является чувствительным (соответственно 86% и 100% в III и IV группах), специфичным (диагностировался только в случае тяжелого гестоза, преэклампсии и эклампсии) дополнительным экспресс-методом в комплексной оценке степени тяжести гестоза. Важно отметить прогностическую ценность теста на РСТ в отношении развития тяжелого гестоза и ПОН при данном состоянии, так как своевременное определение степени тяжести гестоза носит основополагающий характер в выборе акушерской тактики.

АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ

Гребенюк О.А., Рудакова Е.Б., Ралко В.В.

ГУЗОО ОКБ, Омский областной Перинатальный Центр, Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Третий период родов (последовый) включает время от момента рождения ребёнка до отделения плаценты и изгнания последа. Это самый короткий период родов (до 30 минут), но очень опасный из-за риска кровотечения во время и после отделения плаценты, опасности задержки последа в полости матки. Частота кровотечений в последовом и послеродовом периодах по мнению разных авторов и в разных акушерских стационарах колеблется от 2,5 до 8%. По данным ВОЗ (1998), ежегодно от кровотечения, связанные с беременностью, наблюдались у 14 миллионов женщин, из них 128 000 умирало обычно в первые 4 часа после родов. В 20-45% случаев акушерские кровотечения являются причиной

гибели женщин. Послеродовый период правомерно называют «ключом» в решении проблемы материнских потерь.

Цель данной работы заключается в анализе влияния активного ведения третьего периода родов на частоту кровотечений в раннем послеродовом периоде; на частоту операций ручного обследования полости матки. Методы: Различают два основных метода ведения третьего периода родов:

- Физиологический (выжидательный) метод. Лечение осложнений проводят только в случае их возникновений.
- Активный метод – предупредительное ведение последового периода.

Физиологическое ведение включает наблюдение; отсутствие применения лекарственных препаратов; запрет на потягивание за пуповину и давление на дно матки; запрет на активные попытки роженицы тужиться для ускорения рождения последа; пережатие и пересечение пуповины только после рождения последа; окситоцин и его аналоги вводятся лишь в случаях возникновения кровотечения.

Активное ведение включает профилактическое назначение окситоциноподобных препаратов; ранняя перевязка или пересечение пуповины; контролируемое потягивание за пуповину во время схватки и одномоментное противоположное давление на матку кверху через брюшную стенку для ускорения рождения последа (приём Роговина).

Тактика активного ведения третьего периода родов в нашей стране несколько отличается от приведённой выше тем, что обычно не используют приём Роговина.

В течение 4 лет Областной родильный дом работает в рамках проекта «Мать и дитя». Рекомендации проекта основаны на данных доказательной медицины. Активное ведение третьего периода родов включало: пережатие и пересечение пуповины и введение 10 ЕД окситоцина в/м к концу первой минуты после рождения ребёнка, контролируемая тракция за пуповину с появлением первых последовых схваток с одновременным давлением рукой в противоположном направлении через брюшную стенку на область нижнего сегмента матки с целью предотвращения выворота её дна.

Результаты. К началу проекта количество осложнений последового периода в отделении составляло 5,3%. Структура осложнений распределилась следующим образом: кровотечения в раннем послеродовом периоде без задержки последа – 2,3%, кровотечения в раннем послеродовом периоде с задержкой последа – 0,7%, задержка последа в полости матки без кровотечения – 2,0%. Количество ручных обследований полости матки по поводу возникших осложнений составляло 4,7% на общее число родов через естественные родовые пути.

После внедрения предлагаемого проектом метода активного ведения родов количество осложнений последового периода составило за 2007 год 2,3%; из них кровотечений в раннем послеродовом периоде без задержки последа – 0,9%, кровотечений в раннем послеродовом периоде с задержкой последа – 0,1%, задержек последа в полости матки без кровотечения – 1,3%. Количество ручных обследований

полости матки по поводу возникших осложнений уменьшилось более, чем в 2 раза и составило 2,3% на общее число родов через естественные родовые пути.

Внедрение активного ведения третьего периода родов привело к снижению частоты осложнений в последовом и раннем послеродовом периодах: снизилось число кровотечений в раннем в последовом и раннем послеродовом периоде, уменьшилось число операций ручного обследования полости матки.

Благодаря уменьшению оперативных вмешательств в последовом периоде значительное количество пациенток исключили из группы риска по возникновению ГСИ.

Экономический эффект от введения данного метода заключается в уменьшении затрат на медикаменты, используемые для лечения осложнений последового и послеродового периода, а также уменьшение времени пребывания родильниц в стационаре.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИФЕПРИСТОНА В ИНДУКЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

Гриненко Г.В., Малаховская Е.А.

Россия, Санкт-Петербург, СПбГУЗ Родильный дом №18

С целью определения эффективности применения мифепристона в комплексной подготовке мягких родовых путей к родам и индукции сократительной деятельности матки проанализированы исходы родов у 180 беременных с доношенным сроком беременности, находившихся на дородовых отделениях родильного дома № 18 города Санкт-Петербурга в период с января 2008 по июль 2009 года и получавших с этой целью препарат Мифегин. Показанием для назначения мифепристона явились тенденция к перенашиванию у 163 беременных, тазовое предлежание плода у 6 беременных, рубец на матке при наличии условий для родоразрешения через естественные родовые пути у 3 человек, преждевременное излитие околоплодных вод на фоне отсутствия биологической «зрелости» родовых путей у 8 человек. Мифепристон применялся по общепринятой схеме: в 1-й день пациентка принимала 200 мг (1 таблетка) Мифегина перорально. Если спонтанного развития родовой деятельности в течение 24 часов после приема одной таблетки не происходило, назначали вторую таблетку (200мг). У 94 беременных после приема 200 мг мифепристона в течение суток спонтанно произошла индукция в роды, 400 мг препарата получили 85 беременных. В 7 случаях даже после приема 2 таблеток (400мг) Мифегина не произошло спонтанного развития родовой деятельности, что привело к проведению родовозбуждения с амниотомией, исходом которого стало родоразрешение путем операции кесарева сечения в связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения. Всего в 5 случаях роды были закончены операцией кесарева сечения вследствие развития слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции, острая гипоксия плода явилась показанием для оперативно-

го родоразрешения у 10 пациенток. Нужно отметить, что в 2 случаях благополучного родоразрешения через естественные родовые пути беременность была многоплодной (двойня). Результаты проведенного исследования подтверждают эффективность мифепристона в создании максимально приближенных к природным условий для спонтанного развития сократительной деятельности матки. Возможности проведения родовозбуждения с амниотомией нередко ограничены отсутствием биологической готовности организма к родам, а также наличием таких факторов, как рубец на матке и тазовое предлежание плода. Таким образом, применение мифепристона дает возможность снизить частоту абдоминального родоразрешения у беременных с акушерской патологией и перенашиванием беременности.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ КОАГУЛЯЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

**Гришин В.Л., Капустина М.В., Долгиева Л.У.,
Василенко Л.А.**

*Россия, г.Москва, ГУЗ Московский Областной НИИ акушерства
и гинекологии*

Процедура экстракорпорального оплодотворения у женщин проводится на фоне гиперстимуляции яичников, что вызывает значительные гиперкоагуляционные сдвиги. Поэтому в протокол данной манипуляции входит профилактическое введение низкомолекулярного антикоагулянта фраксипарина.

Целью данного исследования являлась разработка параметров коагулограммы, частота лабораторного контроля и длительность мониторинга.

Под наблюдением находилось 139 беременных, начиная с 6-7 недель уже получающих гепаринотерапию фраксипарином.

Коагулограмма состояла из следующих параметров: протромбиновый индекс и международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), активность анти-тромбина III, концентрация гепарина, определялась концентрация анти-фактора Ха и фибриногена.

Предварительный анализ показал, что такие критерии коагулограммы как протромбиновый индекс и МНО, АЧТВ и концентрация фибриногена не коррелировали с частотой введения и дозой фраксипарина, между тем, значения этих показателей учитывались при продолжительности гепаринотерапии и изменении дозы фраксипарина.

Ретроспективный анализ показал, что основными критериями достаточности коагуляции являются: активность анти-тромбина III, концентрация гепарина и анти-фактора Ха. Оказалось, что активность анти-тромбина III менее 85%, концентрация гепарина менее 0,08 ЕД/мл, и концентрация анти-фактора Ха менее 0,15ЕД/мл, являлось причиной увеличения дозы

и продолжительности приема фраксипарина, а соответственно активность антитромбина III более 115%, концентрации гепарина более 0,12 ЕД/мл и концентрации анти-фактора ХА более 0,25 ЕД/мл являлись критериями уменьшения дозы или полной отмены препарата. Кроме того, было установлено наиболее оптимальное время проведения коагуляционных исследований – 6-7 недель, 11-12 недель и 17-18 недель. Как правило, после 12 недель гепаринотерапию прекращали. Использование нашей коагулограммы и коагуляционного мониторинга позволило избежать коагуляционных осложнений во время беременности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Гурьев Д.А., Волевач Л.В.

*Башкирский государственный медицинский университет,
«Отделенческая клиническая больница
на ст.УФА ОАО «РЖД», Уфа*

В возникновении многих осложнений беременности прослеживается четкая связь с психотравмирующими ситуациями и индивидуально-психологическими особенностями личности женщины. Наличие репродуктивных потерь в анамнезе, перенесенные манипуляции на матке, частое наличие хронических воспалительных заболеваний у этого контингента обуславливает значительно большее количество осложнений течения беременности, родов и послеродового периода.

Целью работы явилось изучение психоэмоционального состояния, а так же анализ течения беременности, родов и структуры акушерских осложнений у 120 беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом, имеющих репродуктивные потери в анамнезе (медицинские аборт в анамнезе без осложнений, медицинские аборт в первом триместре, осложнившиеся воспалительными заболеваниями, медицинские аборт во II триместре по медицинским и социальным показаниям, самопроизвольные аборт, замершую беременность, мертворождение), составивших сравнительную группу.

И 30 женщин вынашивающих первую желанную беременность, составивших контрольную группу. Средний возраст пациенток составил 25,3 лет. Результаты тестирования проводились при сроках беременности от 12 до 28 недель. Всем женщинам были проведены клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования. Психодиагностическое обследование проводилось с использованием следующих психологических методик: Модифицированный восьмикрасный тест Люшера, Шкала для самооценки депрессии Цунга.

Изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин сравнительной группы, показало следующее. Были выявлены хронические экстрагенитальные заболевания: хрони-

ческий бронхит – (13,3%); хронический пиелонефрит – (11,6%); хронический тонзиллит – (35,8%); хронический гастрит – (10,8%). Острые респираторные заболевания перенесли пациентки (69,2%). Вагиниты различной этиологии были выявлены у (70%) женщин. Угроза прерывания первой половины беременности наблюдалась у (14,2%) беременных, второй половины беременности у (20%). У (24,2%) беременных были ранние гестозы, у (27,5%) – поздние гестозы. Анемии легкой степени выявлены у (25,8%) женщин, средней степени – у (10,8%), тяжелой степени – у (5%) беременных. При анализе течения родов выявлены следующие осложнения: слабость родовой деятельности – (20%); стремительные роды – (2,5%); дискоординация родовой деятельности – (1,7%); преждевременное излитие околоплодных вод – (20%); раннее излитие околоплодных вод – (6,7%); разрывы промежности – (3,3%); разрывы влагалища – (3,3%); разрывы шейки матки – (29,2%); эпизиотомия – (25%); вскрытие плодного пузыря – (5%); ручное обследование полости матки – (10%). В (16,6%) случаях в сравнительной группе была произведена операция кесарева сечения. В послеродовом периоде у (7,5%) пациенток развился эндометрит, у (6,7%) – мастит. Нагноение ран промежности наблюдалось в (3,3%) случаях.

По полученным данным многокомпонентного тестирования, у 93,3% беременных женщин, не имеющих репродуктивных потерь в анамнезе, каких-либо психоэмоциональных отклонений не выявлено по сравнению со сравнительной группой пациенток, где различного рода отклонения были выявлены в 66,7% случаев. Анализ результатов психоэмоционального состояния позволил выявить различия степени тяжести психоэмоциональных нарушений у беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом. При оценке совокупности данных, полученных при проведении теста Люшера, применении шкалы для самооценки депрессии Цунга, у (34,2%) пациенток были выявлены легкие психоэмоциональные нарушения, у (32,5%) – средней степени тяжести и у (33,3%) – нарушения тяжелой степени. При легкой степени тяжести психоэмоциональных расстройств у женщин наблюдалась устойчивость психоэмоциональной сферы и отсутствие признаков тревоги. Средняя степень тяжести характеризуется наличием у пациенток ситуационной тревоги, беспокойства, раздражительности. Они склонны оценивать ситуацию, связанную с развитием осложнений при настоящей беременности, как неприятную и чувствуют себя неспособными повлиять на ход событий. Психоэмоциональные нарушения тяжелой степени проявляются высоким уровнем тревоги. Женщины находятся в состоянии стресса и нервного истощения, испытывают разочарование, депрессию, отращивание к собственной личности и жизни. Они находятся в состоянии психической дезадаптации.

Таким образом, репродуктивные потери в анамнезе отягощают течение последующей беременности, родов и послеродового периода и приводят к возникновению у женщин аффективных и личностных нарушений. Все это требует повышения оказания медицинской помощи первородящим женщинам с отягощенным акушерским анамнезом, путем организации и оптимизации профилактических,

лечебных и реабилитационных мероприятий, улучшающих их соматическое, репродуктивное и психическое здоровье.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Гурьева В.М., Петрухин В.А., Башакин Н.Ф., Котов Ю.Б

Россия, Москва, Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Целесообразность лечения артериальной гипертензии у беременных и уровень артериального давления (АД), при котором следует начинать гипотензивную терапию у этих пациенток, остаются одним из наиболее дискуссионных вопросов современного акушерства. Критерии, используемые в терапевтической практике, не могут быть использованы в акушерстве прежде всего в связи с тем, что разработаны при обследовании контингента больных, существенно отличающегося от контингента беременных женщин по возрасту, полу и тяжести соматических заболеваний. Вынашивание беременности сопровождается выраженными изменениями в работе сердечно-сосудистой системы, которые направлены на обеспечение потребностей плода и функционирование дополнительного круга кровообращения - увеличение ударного объема сердца, возрастание частоты сердечных сокращений (ЧСС), снижение периферического сосудистого сопротивления, снижение систолического АД и в большей степени снижение диастолического АД.

Опыт ведения беременных с артериальной гипертензией различного генеза показал, что у данного контингента пациенток крайне высок риск развития в первую очередь перинатальных осложнений (тяжелые формы фетоплацентарной недостаточности, острая и хроническая гипоксия плода, досрочное родоразрешение вследствие ухудшения состояния матери или плода, ante- и постнатальная гибель плода и новорожденного). Именно поэтому подход к этой проблеме с перинатальных позиций, на наш взгляд, является более целесообразным.

Целью настоящего исследования явилось определение показателей АД у беременных, которые позволяют получать хорошие перинатальные исходы.

Было обследовано 455 пациенток с артериальной гипертензией различного генеза. Ретроспективно все обследованные беременные были разделены на четыре группы в зависимости от перинатального исхода. В качестве критерия перинатального исхода было выбрано течение раннего неонатального периода новорожденных, которое сопоставлено с показателями АД во время беременности у обследованных женщин. Для анализа течения раннего неонатального периода использован метод экспертной оценки.

Из исследования были исключены пациентки, неудовлетворительный исход беременности у которых мог быть обусловлен причинами, не связанными с артериальной гипертензией (острая гипоксия плода в родах, родовая травма, внутриутробное инфицирование, пре-

ждевременные самопроизвольные роды, дородовое излитие вод при глубоко недоношенном плоде, несостоятельный рубец на матке, осложнения родов).

1-я группа – хороший перинатальный исход, здоровый ребенок (199 наблюдений).

2-я группа – удовлетворительный перинатальный исход – ребенок с перинатальными проблемами, которые не потребовали длительного лечения (выписан домой) – 108 наблюдений.

3-я группа – сомнительный перинатальный исход – ребенок с перинатальными проблемами, потребовавший этапного лечения, но с благоприятным отдаленным прогнозом (84 наблюдения).

4-я группа – неудовлетворительный исход – ребенок в тяжелом состоянии, потребовавшем интенсивной терапии, длительного выхаживания, с неблагоприятным отдаленным прогнозом (64 наблюдения).

Проанализированы абсолютные показатели АД и ЧСС, полученные при суточном мониторинговании АД (СМАД), проведенном в сроках 24-37 недель гестации. Для статистической обработки использованы методы непараметрической статистики (критерий Крускала).

Медианы показателей систолического АД в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах составили 119, 212, 125 и 129 мм рт.ст. соответственно, для диастолического – 70, 71, 76, 81 мм рт.ст., ЧСС – 93, 89, 92 и 90.

3-я и 4-я группы достоверно отличались от 1-й и 2-й по уровню систолического АД ($p=0,002$), диастолического АД ($p=0,001$). ЧСС в 1-й и 3-й группах было достоверно выше, чем во 2-й и 3-й ($p=0,001$).

Результаты этого исследования могут быть использованы для определения показаний к началу систематической гипотензивной терапии у беременных. Критериями начала гипотензивной терапии по данным СМАД следует считать показатели, соответствующие 75 перцентильному уровню 1-й группы, т.е. 126 мм рт.ст. для систолического и 76 для диастолического. Целевые значения АД для беременных при проведении систематической гипотензивной терапии также должны быть ниже этой границы. Работа частично поддержана РФФИ, грант 07-01-00376.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПРЕССИОННОГО ШВА НА МАТКУ ПО В-ЛИНЧУ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Гюсан О.А., Ильтинская Г.Ю., Бабенко Т.И.

МУЗ «ГКБ №4 г. Ставрополя», Россия

Использование компрессионных швов на матку с целью остановки гипотонического кровотечения на сегодняшний день вызывает различные мнения о их эффективности. За 1,5 года в акушерском стационаре МУЗ «ГКБ №4 г. Ставрополя» процент послеродовых кровотечений составил 13-15%, в связи с чем выполнено 15 операций наложения компрессионных швов на матку по В – Линчу, перевязок внутренних подвздошных артерий – 33, экстирпаций – 4. Эффект от наложения компрессионного шва оценивался в течение 5-10 мин. Одномоментно проводилась инфузия сокра-

щающих матку средств (метилэргобревин, энзапрост) в обычных дозировках.

Возраст пациенток колебался от 22 до 37 лет. Из них первородящие -9 (60%), повторнородящие 6(40%). Многоплодная беременность имела место у 3 (20%) пациенток, крупный плод у 4 (27%), гестоз у 3(20%), 2 (13%) женщины относились к многорожавшим, сахарный диабет -1 (7%). Методом родоразрешения являлась операция кесарева сечения. Общая кровопотеря составила 800 мл -2 (13%), 900мл – 4 (27%), 1000 мл – 5 (33%), 1100мл и более – 4 (27%). В 2-х случаях (13%) у пациенток со средней и тяжелой степенью гестоза после наложения шва на матку по Б -Линчу пришлось перейти к следующему этапу остановки кровотечения – перевязки внутренних подвздошных артерий. Кровопотеря составила 1100 мл и присоединился коагулопатический компонент, который привел к расширению объема операции. Предусмотренная интраоперационно плазмотрансфузия не предотвратила возникновения массивного кровотечения. В 2 (13%) случаях произведено наложение гемостатического шва на матку уже после перевязки внутренних подвздошных артерий, в связи с недостаточно выраженным эффектом сократительной способности матки. Дополнительный механический компонент сжатия матки на фоне соответствующей трансфузионной терапии позволило сохранить репродуктивный орган.

В 1-м случае (6,7%) послеродовый период осложнился эндометритом. Ни в одном случае, где не производилось расширения объема операции, не потребовалось гемотрансфузии. Анемия легкой степени в послеоперационном периоде наблюдалась у 10 родильниц. Проводилась медикаментозная коррекция.

Выводы: 1. При своевременном наложении компрессионных швов на матку (кровопотеря до 1000 мл) метод остановки кровотечения дает 100% эффективность. При кровопотере 1100мл и более метод не стоит использовать, вследствие включения коагулопатического компонента и требует перехода на следующий этап остановки кровотечения – перевязки внутренних подвздошных артерий.

2. Наложение шва по Б-Линчу целесообразно использовать при невозможности использования сокращающих матку средств, таких как метилэргобревин, энзапрост.

3. При переходе на следующие этапы остановки кровотечения (перевязки внутренних подвздошных артерий) сокращает объем кровопотери за счет механического сдавления матки.

4. Метод перевязки ВПА не исключает возможность наложения компрессионного шва.

5. Технически легко выполним, и не требует большого хирургического опыта.

6. Снижает риск развития гнойно- септических осложнений в послеродовом периоде за счет сохранения сократительной способности матки в послеродовом периоде.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ КОЛЛАГЕНОВОЙ ПЛАСТИНЫ «ТАХОКОМБ»

Гюсан О.А., Ильтинская Г.Ю., Лобач И.Ю.

МУЗ «ГКБ №4 г. Ставрополя», Россия

В акушерстве при проведении операций используют один или два способа местного гемостаза: прошивание, перевязка кровоточащего сосуда и использование в дополнение биологических материалов в виде гемостатических губок. В течение 1,5 лет нами используется коллагеновая пластина «Тахокомб» (фирма «Никомед»). Имеется очень много данных об ее использовании в хирургии, нейрохирургии, гинекологии. Опыта использования в акушерстве накоплено мало. По своему действию «Тахокомб» усиливает механическую прочность шва и ускоряет репаративные процессы даже при неблагоприятных условиях – выраженных воспалительно- инфильтративных процессах в органах. При контакте с кровоточащей поверхностью в пластине тромбин превращает фибриноген в фибрин, что способствует образованию фибринового сгустка. Содержащийся в пластине апротинин препятствует преждевременному фибринолизу плазмином, а коллаген стимулирует агрегацию тромбоцитов, тем самым, усиливает гемостатический эффект.

Нами произведено 14 операций с использованием коллагеновой губки. Кесарево сечение в сочетании с удалением субсерозных узлов размерами более 5 см в диаметре – 4, субсерозно- интерстициальных узлов в диаметре -5 и более см – 4, для полного гемостаза на операционный шов на матку при операции кесарево сечение- 2, при перевязке внутренних подвздошных артерий на обильно кровоточащую клетчатку -4.

Использовали пластину размерами 4,5х3,5 см. Фиксацию препарата на кровоточащую поверхность производили в течение 3 мин. При субсерозно- интерстициальных миомах с большим ложем после вылушивания узла и наложения нескольких гемостатических швов «Тахокомб» укладывался внутрь раны. При удалении субсерозных узлов коллагеновая пластинка укладывалась на раневую поверхность, на 1,5 см захватывая неповрежденную ткань. Во всех случаях кровопотеря, учитывая увеличенный объем операции оставался в обычных пределах от 550 до 700 мл.

При наложении «Тахокомба» на операционный шов полный гемостаз был достигнут в течение 3-5 мин и позволил избежать наложения многочисленных дополнительных швов.

Ни в одном случае применения данного местного гемостатика не отмечалось осложнений в виде внутрибрюшного кровотечения. При проведении контрольного УЗИ в послеоперационном периоде гематом выявлено не было. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, коллагеновая пластина «Тахокомб» способствует сокращению кровопотери при миомэктомиях, уменьшает длительность операции за счет создания быстрого и надежного гемостаза, способствует лучшему заживлению раневых поверхностей. Аппликации фибрин-коллагеновой субстанции

предупреждает развитие серьезных осложнений в акушерстве в виде внутрибрюшных кровотечений и гематом.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Даутова Л.А, Ячук А.Г., Шевченко Я.Р., Мохова М.А., Горичинская И.Н, Искандарова А.Р.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет Уфа, Россия

Акушерские кровотечения являются извечной проблемой практического акушерства. Составляя 2-8% от общего числа родов, они по-прежнему занимают ведущее место в структуре причин материнской смертности. Возникновение массивной кровопотери приводит к развитию критических состояний с нарушением жизненно важных функций, требующих реанимационной помощи. В большинстве случаев интенсивная терапия предотвращает гибель женщины, однако перенесенное состояние приводит в последующем к формированию тяжелой хронической патологии или инвалидизации. Инфузионно-трансфузионная терапия данного тяжелого осложнения включает в себя использование компонентов донорской крови, что подразумевает обеспечение инфекционной безопасности и минимального риска трансфузиологических осложнений, а также защиту врача и пациентки от этических и юридических проблем, возникающих при спасении жизни женщины, но развитии ятрогенных осложнений. В современной литературе имеются работы, по использованию методов «бескровной хирургии», альтернативных гемотрансфузии, которые позволяют сократить применение донорской крови, исключить возможные трансфузиологические осложнения и сберечь собственную кровь больного. Одним из перспективных и доступных методов является заготовка аутоплазмы как донатора факторов свертывания, что позволяет предупредить или быстро компенсировать гемокоагуляционный потенциал, полностью исключая пострасфузионные осложнения. Целью нашей работы явилась оценка клинической эффективности метода аутоплазмодонорства при родоразрешении женщин группы риска по развитию акушерских кровотечений. Под нашим наблюдением находилось 114 беременных от 24 до 43 лет с акушерско-гинекологической патологией, отнесенные к группе риска в виду наличия предлежания плаценты, миомы матки, многоплодия, рубца на матке. Первородящими были 14 женщин, подавляющему большинству (100) предстояли повторные роды. Гестационный интервал после предыдущих родов составил 3 года у 64% пациенток, 4 – 6 лет – у 32%, 7 лет и более – у 4%. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 94% беременных. Предыдущее оперативное вмешательство у женщин с рубцом на матке было выполнено по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преэклампсии, тазового предлежания, анатомического узкого таза и осложненной миопии.

Осложнения данной беременности в виде раннего токсикоза имели место у 16% женщин, угроза прерывания беременности в первом триместре – у 27%, угроза преждевременных родов – у 8%, многоводие – у 9%, гестоз – у 11%, тяжелой экстрагенитальной патологии у беременных не было. Процедура аутоплазмодонорства проводилась в сроке 34 – 36 недель – у 78%, 37 – 38 недель – у 22%. Забор плазмы осуществлялся в условиях отделения переливания крови, с оформлением разработанной «Карты аутодонора», в которой регистрировались данные клинико-лабораторного обследования, протокол эксфузии, гемодинамические параметры и состояние пациентки во время и после процедуры. Контроль за состоянием плода до и после процедуры осуществлялся методом кардиотокографии. Заготовка аутоплазмы проводилась двукратным забором при помощи мануального дискретного плазмафереза с использованием стандартных гемоконтейнеров с антикоагулянтом в количестве заготовленной плазмы до 580 – 600 мл. Возмещение объема проводилось кристаллоидными растворами из расчета 2 мл раствора на каждый 1 мл заготовленной плазмы. Осложнений в состоянии беременных во время процедуры не было. После ускоренного замораживания и проведения необходимых исследований на инфекционные маркеры, клинико-лабораторного обследования и первичного освидетельствования аутоплазма хранилась в при +30°C в специально отведенном и промаркированном холодильнике. Переливание аутоплазмы осуществлялось во время оперативного родоразрешения у 93 (81%) женщин, в раннем послеоперационном периоде – у 11 (10%), в раннем послеродовом периоде после самопроизвольных родов – у 10 (9%). К переливанию компонентов донорской крови не прибегали. Течение послеоперационного периода было гладким, случаи посттрансфузионных осложнений, повышенной кровопотери, инфекционных осложнений не отмечались. Изменений в показателях гемостазиограммы в до- и послеоперационном периодах не регистрировались. Внедрение комплекса профилактических мероприятий, включающего метод аутоплазмодонорства, позволило снизить расход свежезамороженной плазмы по акушерскому отделению на 46% и эритроцитарной массы на 58%, сократить частоту кровотечений при росте удельного веса оперативного родоразрешения и осложненных родов. Таким образом, применение метода дородовой заготовки аутоплазмы и ее использования интраоперационно, в раннем послеоперационном и послеродовом периоде может быть одним из действенных и низкокзатратных компонентов профилактики массивных акушерских кровотечений доступного для широкого использования в условиях акушерских стационаров различного уровня при родоразрешении женщин группы риска.

К ВОПРОСУ ОБ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ

ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Дворникова З.Г., Пигина Г.Р., Серова Л.П.,
Кривенков В.В., Арапова Н.А.

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница,
Ульяновск, Россия

Шеечная беременность – редко встречающаяся форма внематочной беременности. При истинной шеечной беременности плодное яйцо располагается в цервикальном канале. При шеечно-перешеечной беременности плодовместилищем является шейка матки и область перешейка. На сегодняшний день единственным методом лечения шеечной беременности является экстирпация матки, причем часто операция представляет технические трудности и сопровождается большой кровопотерей. Внематочная беременность чаще встречается у женщин раннего репродуктивного возраста. Нередко внематочной оказывается первая беременность. Поиски альтернативных путей лечения шеечной беременности являются актуальной проблемой современной гинекологии. Столкнувшись с наличием шеечно-перешеечной беременности у молодой нерожавшей женщины, мы попытались избрать другой путь лечения данной патологии. Опыт оказался удачным. Нам удалось сохранить молодой женщине менструальную и репродуктивную функции. Представляем свое клиническое наблюдение. Больная Т., 21 года доставлена в гинекологическое отделение Ульяновской областной больницы 21.01.09 г. санитарной авиацией. Из анамнеза заболевания: 24.09.08 г. был произведен медицинский аборт при сроке беременности 8 недель. После выписки 30.09.08 появились кровянистые выделения из половых путей, по поводу чего произведено повторное выскабливание полости матки, проведена противовоспалительная терапия. 28.10.09 г. прошла очередная менструация в течение 4-х дней. В ноябре, декабре менструации не было. Половая жизнь вне брака, нерегулярная. От беременности предохраняется презервативами. С 4.01.09 г. появились кровянистые выделения из половых путей, которые продолжают по настоящее время. Отмечает нагрубание молочных желез, периодически субфебрилитет. С 20.01.09 г. появились схваткообразные боли внизу живота, по поводу чего женщина была госпитализирована в Новоспасскую ЦРБ, где после обследования поставлен диагноз: перекрут ножки опухоли яичника. 21.01.09 г. произведена экстренная лапароскопия, во время которой заподозрена шеечно-перешеечная беременность. Брюшная полость закрыта, женщина санитарной авиацией доставлена в гинекологическое отделение областной клинической больницы. Состояние при поступлении удовлетворительное. Т – 36,8 С, Пульс – 80 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны. При осмотре шейки матки в зеркалах обнаружено, что задняя губа шейки не изменена, передняя губа бочкообразно раздута, отечная. Выделения из цервикального канала сукровичные. Наружный зев

цервикального канала пропускает кончик пальца. Из передней губы шейки матки исходит эластической консистенции образование размерами 7 x 8 см, которое распространяется на перешеек. Матка не увеличена. Боковые своды свободные. Поставлен диагноз: шеечно-перешеечная беременность. При трансвагинальном ультразвуковом сканировании: в шеечно-перешеечной зоне лоцируется солидно-жидкостное образование с нечетким контуром, размерами 89 x 67 мм. При ЦДК регистрируется слабый венозный кровоток в периферической зоне. Тест на определение ХГЧ моче с разведением слабо положительный. На следующий день у больной появились резкие боли внизу живота, появилось чувство распирания в нижних отделах. В экстренном порядке больная взята в операционную. По вскрытии брюшной полости обнаружено: брюшина гладкая, блестящая. Петли кишечника и сальник не изменены, свободной жидкости в брюшной полости нет. Матка увеличена до 8-9 недель. Вскрыта и частично отсепарована pl. vesico-uterina. Перешеек вскрыт поперечным разрезом. Удалено измененное плодное яйцо, старые сгустки крови в количестве 150,0 мл. Ложкой Бума проведен кюретаж ложа. Полость матки высокоблена кюреткой № 6. Рана на матке ушита 3-х рядными швами. В стенку матки введено 2.0 мл окситоцина. Матки сократилась. Кровотечения из ложа нет. С целью профилактики возможного кровотечения в послеоперационном периоде сосудистым хирургом произведена перевязка подвздошных артерий с обеих сторон. Брюшная полость осушена. Дугласово пространство дренировано. Брюшная стенка ушита послойно наглухо. На кожу наложен непрерывный викриловый шов. При осмотре шейки матки в зеркалах из влагалища удалены сгустки крови в количестве 300,0 мл. Кровотечение из ложа плодного яйца. Произведена плотная тампонада ложа и влагалищных сводов. Общая кровопотеря – 1 л. Во время операции и в послеоперационном периоде проводилась трансфузия компонентов крови. На вторые сутки послеоперационного периода предпринята попытка удалить тампон. Из половых путей выделилось около 150,0 мл темной жидкой крови со сгустками. Произведена повторная тампонада плодовместилища и влагалищных сводов. На четвертые сутки послеоперационного периода под внутривенным наркозом удалены тампоны. Из половых путей умеренные кровянистые выделения. Больной проводилась утеротоническая, противовоспалительная терапия. Слизистокровянистые выделения продолжались до выписки (18 день). С гемостатической целью накануне выписки назначен ригевидон по контрацептивной схеме.

Таким образом, благоприятный исход в данном клиническом наблюдении оправдывает выбранную нами тактику лечения тяжелой патологии у молодой женщины, имеющей целью сохранение репродуктивной функции.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ГСИ СРЕДИ РОДИЛЬНИЦ

**Державина Н.Е., Лопатина С.В., Кувшинова Л.А.,
Никандрова Е.С., Михайлов А.В.**

*Россия, Санкт-Петербург, «Родильный дом № 17»,
СПбГУ, СПбГМА*

Несмотря на повсеместное внедрение современных методик асептики и антисептики, появление широкого спектра антибактериальных средств, улучшения методик хирургического вмешательства и качества шовного материала, уровень осложнений инфекционной природы в послеродовом периоде остается клинически значимым, что делает проблему предупреждения гнойно-септических осложнений (ГСИ) среди родильниц весьма актуальной.

Цель: Оценить эффективность внедрения современных методик в целях профилактики гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

Материалы и методы: Проведен анализ динамики официальных показателей регистрации ГСИ среди родильниц, родоразрешенных в подразделении № 1 СПб ГУЗ «Родильный дом №17» за период 2002- 2008 годы. В учреждении внедрен протокол, сочетающий современную методику операции кесарева сечения и рациональную тактику антибактериальной профилактики, с выделением пациенток группы высокого риска по ГСИ до родоразрешения при соблюдении преемственности на всех этапах ведения пациентки: отделение патологии беременности, родильное и послеродовое отделение.

Формирование существующей тактики происходило в два этапа. Первоначально, с 2004 года утверждена методика антибактериальной терапии с проведением периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП): 1) При плановом кесаревом сечении без расширения объема операции, экстренном оперативном родоразрешении (кесарево сечение, акушерские щипцы) или при вмешательствах в 3 периоде родов (ручное обследование полости матки) у пациенток, не относящихся к группе риска по развитию ГСИ проводится ПАП. С этой целью после пережатия пуповины одномоментно в/в вводится 2г цефазолина и 100мл метрогила. Дальнейшее назначение антибактериальной терапии проводится только при появлении дополнительных клинических или лабораторных показаний; 2) При расширении объема оперативного вмешательства, возникновении дополнительных осложнений в ходе операции, безводном промежутке более 12 часов на момент оперативного родоразрешения, проведении курса антибактериальной терапии накануне родоразрешения, наличии очагов хронической инфекции, ПАП дополняется антибактериальной терапией цефтриаксоном 1,0 г в/м однократно 4 суток. Первое введение цефтриаксона не позднее 4 часов от ПАП; 3) В случае возникновения инфекционного процесса в родах начинается антибактериальная терапия цефтриаксоном, продолжающаяся в послеродовом периоде. При необходимости терапия дополняется вторым антибиотиком – гентамицин 80 мг № 3 – 5 дней.

Вторым этапом, в 2007 году, стало полное исклю-

чение цефазолина из использования в других подразделениях, не связанных с проведением ПАП, и усовершенствование методики оперативного родоразрешения. Кесарево сечение выполняется по следующей методике: чревосечение по Joel-Cohen, кесарево сечение по Штарку; с наложением однорядного непрерывного шва на матку; с использованием современного рассасывающегося шовного материала. Большинство операций проводится под спинномозговой анестезией. Бритье области операционного поля не производится. Применяется ранняя активизация и кормление родильниц и грудное вскармливание в послеоперационном периоде.

Результаты: 1) За период 2002-2008 гг. частота регистрации ГСИ в послеродовом периоде составила: 2002г -8,0‰, 2003 – 6,7‰, 2004 – 4,9‰, 2005 – 3,9 ‰, 2006 – 4,7‰, 2007- 1,3 ‰, 2008 – 0,3 ‰. ГСИ за период 2002-2003гг (до внедрения протокола) составлял 7,3‰, после внедрения первого этапа протокола (2004-2006 гг) показатель ГСИ составил 4,5‰, что на 38,4% ниже, чем в предшествующий период. Суммарный показатель ГСИ на втором этапе исследования (2007-2008гг), снизился до 1,02‰, то есть в 4 раза, по сравнению с данными первого этапа исследования, и в 7 раз по сравнению с уровнем ГСИ, регистрируемого до внедрения протокола. 2) За данный период времени в родильном доме возросло как абсолютное общее число родов: 2002 год – 1750, 2008 год – 2695, так и процент кесаревых сечений – 9,0 % и 22, 6% соответственно, что, однако, не привело к увеличению величины ГСИ в послеродовом периоде.

Выводы: 1. 100% проведение ПАП и своевременное назначение адекватной антибактериальной терапии снижает риск развития ГСИ в послеродовом периоде. 2. Препарат, используемый для периоперационной антибиотикопрофилактики – ПАП, не должен применяться по другим показаниям, в целях предотвращения возникновения антибиотикорезистентности. 3. Методики с наименьшей травматичностью и продолжительностью оперативного вмешательства, применение современного шовного материала, ранняя активизация родильниц и применение спинномозговой анестезии, позволяют снизить уровень ГСИ. 4. Комплексный подход, внедрение единого протокола и наличие преемственности в его реализации, способствуют решению проблемы ГСИ в родовспомогательных учреждениях и имеет значительный экономический эффект..

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНИТОРИНГА БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Джураева Х.М.

Республика Узбекистан, г. Ташкент. Ташкентская медицинская академия. Городской родильный комплекс №6

Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) зачастую влечет за собой ряд акушерских и перинатальных проблем для практикующего

акушера-гинеколога. Особые сложности представляют собой беременные с ПИОВ и недоношенным сроком беременности. В связи с чем, целью нашей работы явилась оценка эффективности выжидательной тактики ведения беременных с ПИОВ в зависимости от срока гестации. Под нашим наблюдением находилось 100 беременных со сроком гестации от 32 до 41 недели беременности с ПИОВ. Возраст женщин составил от 20 до 38 лет. Из них первобеременных было 44, повторнобеременных – 56 женщин. При анализе экстрагенитальных заболеваний установлено, что заболевания щитовидной железы встречались у 26 (26%), инфекция мочевого тракта – у 21 (21%), железодефицитная анемия – у 45 (45%). Хронический аднексит имел место у 14 (14%), бактериальный вагиноз – у 11 (11%) женщин. Течение настоящей беременности осложнилось угрозой прерывания беременности в I половине беременности у 19% (19), во II половине – у 64% (64) женщин. Таким образом, у 83% беременных с ПИОВ имелись осложнения беременности. Все беременные были разделены на 2 группы в зависимости от срока гестации. Так, 1-ую группу составили 50 женщин со сроком гестации 32-36 недель, 2-ую группу – 50 беременных со сроком гестации 37-41 недели. У всех беременных с ПИОВ применялась выжидательная тактика ведения родов, которая заключалась в отказе от индукции родов при отсутствии на то показаний. За всеми женщинами, независимо от срока беременности, проводилось динамическое наблюдение. В мониторинговый контроль входило: определение количества лейкоцитов в крови, оценка состояния влагалищной флоры и наличия элементов околоплодных вод в выделениях из влагалища (каждые 12 часов), термометрия (каждые 3 часа). Также проводилась оценка за состоянием внутриутробного плода: ультразвуковое исследование (УЗИ) матки и плода и доплерометрия маточно-плацентарного и плодового кровотока. Выжидательная тактика применялась с целью обеспечения возможности развития спонтанной родовой деятельности, а также, при недоношенной беременности, оставалось в запасе время для проведения профилактики дистресс-синдрома плода. Таким образом, было время для созревания сурфактантной системы легких плода. Профилактика дистресс-синдрома плода проводилась в 1-ой группе женщин по общепринятой схеме: внутримышечно вводили с интервалом в 12 часов трехкратно дексаметазон по 12 мг. Мониторинговое наблюдение за беременными с ПИОВ показало, что спонтанная родовая деятельность через 6 часов после излития околоплодных вод развилась в 1-ой группе у 8% (4), во 2-ой группе – у 22% (11); через 12 часов – у 36% (18) и у 68% (34); через 24 часа – у 34% (17) и у 8% (4); через 48 часов – у 22% (11) и у 2% (1) женщин соответственно. Индукция родовой деятельности окситоцином была проведена у 6 (12%) женщин в 1-ой группе при безводном периоде от 24 до 48 часов, число последних составило 28 (56%) человек. Родовозбуждение было обосновано результатами мониторинга: стал нарастать лейкоцитоз, появилась гипертермия и по данным доплерометрии отмечалось нарушение маточно-плацентарного кровотока I-II степени. Во 2-ой группе женщин безводный промежуток времени от 24 до 48 часов был у 10% (5) женщин. Из них у 3-х беременных отмечалось нарастание

лейкоцитов в крови и гипертермия, у 2-х женщин – нарушение маточно-плацентарного кровообращения II ст., что и явилось обоснованием к индукции родов и срочному родоразрешению. У 9 беременных, у которых имели место признаки воспалительного процесса, была начата антибактериальная программа. В асфиксии родилось 24% (12) новорожденных в 1-ой группе и 8% (4) новорожденных – во 2-ой группе. Течение послеродового периода осложнилось эндометритом у 1-й родильницы с безводным периодом 48 часов и сроком гестации 33-34 недели. Таким образом, у 11 % беременных с ПИОВ возникла необходимость к назначению индукции родовой деятельности окситоцином и к срочному родоразрешению путем операции кесарева сечения. Выжидательная тактика ведения родов при ПИОВ снижает частоту агрессивных воздействий на плод и не приводит к увеличению акушерских осложнений.

ДИНАМИКА ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ

**Дорогова И.В., Панина Е.С., Тузов С.Л., Бартош Л.Ф.,
Фатеева Л.В., Типикин В.А., Гришаева Е.Е.**

*ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению и социальному
развитию», Пенза, Россия*

Артериальная гипертензия (АГ) беременных и ее осложнения представляют собой проблему для медицины и общества в целом. Серьезность вопроса состоит в том, что АГ в период гестации достаточно распространена и является одной из главных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного, а также негативно влияет на отдаленный прогноз для женщин и дальнейшее развитие детей. В настоящее время имеется довольно узкий спектр антигипертензивных препаратов, разрешенных к применению во время беременности. С целью изучения лечебно-диагностической тактики ведения беременных с АГ и фармакоэпидемиологии применяемых при АГ у беременных антигипертензивных лекарственных средств в России в 2005 – 2006 г.г. проводилось исследование «Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в России» «ДИАЛОГ».

Целью настоящей работы явилось изучение динамики фармакоэпидемиологической ситуации антигипертензивной терапии у беременных в различных ЛПУ Пензенской области за период с 2006 г. по 2009 г.

Материал и методы исследования. В рамках исследования «ДИАЛОГ» в 2006 г. нами были обработаны 103 анкеты врачей следующих специальностей: кардиологи, терапевты и акушеры-гинекологи, в 2009 г. – 115 анкет врачей тех же специальностей. На основании данных исследования был проведен сравнительный анализ результатов, полученных в 2006 г. и в 2009 г.

Полученные результаты. Согласно анкетам, заполненным в 2009 г., для лечения АГ у беремен-

ных в Пензенской области врачами кардиологами, акушерами-гинекологами и терапевтами назначались следующие классы лекарственных препаратов: центральные бета2-агонисты (14,9%), антагонисты кальция (14,4%), диуретики (11,0%), бета-блокаторы (9,3%), ингибиторы АПФ (3,2%), альфа-блокаторы (0,9%), препараты других групп (46,3%). Проведя сравнительный анализ результатов с данными анкетирования от 2006 г., было выявлено, что по-прежнему, большую долю для лечения АГ у беременных занимают препараты других групп (46,3%), из которых чаще всего используют сульфат магния (29,6%) и клофелин (21,1%). За последние три года уменьшилась доля назначения альфа-блокаторов (с 1,9% до 0,9%), увеличилась доля диуретиков (с 7,4% до 11,0%), применение которых у данной категории пациенток противоречиво, по-прежнему врачи указанных специальностей назначают ингибиторы АПФ (3,2%), относящиеся к классу противопоказанных препаратов при лечении беременных с АГ.

Приоритетным явилось выявление особенностей и изменений в приверженности врачей к тем или иным классам антигипертензивных препаратов в зависимости от их специальности. Согласно данным 2006 г., первое место по приверженности врачей принадлежало метилдопе, второе – сульфату магния. По данным анкетирования в 2009 г. было выявлено, что врачи кардиологи чаще всего стали назначать препарат из класса антагонистов кальция – нифедипин, а бета2-агонист – метилдопа перешел на второе место. Как и три года назад, большее соответствие современным рекомендациям по ведению беременных с гипертензивным синдромом (JNC7, 2003; ESH-ESC, 2003; ВНОК, 2004, рекомендации Комитета экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 2003) наблюдалось в ответах кардиологов (метилдопа – 31,9%, бета-блокаторы – 34,0%, антагонисты кальция – 34,0%) по сравнению с терапевтами и акушерами-гинекологами. Однако, по настоящее время кардиологи широко назначают нерекондованные (сульфат магния – 30%, клофелин – 25%, но-шпа – 10%, папаверин – 7,5%, папазол – 5%, дибазол – 2,5%) и противопоказанные антигипертензивные лекарственные средства (раунатин – 2,5%, иАПФ – 3,2%). До настоящего времени врачи указанных специальностей для плановой терапии АГ у беременных широко используют папаверин, дибазол, но-шпу, «устаревшие» бета-блокаторы (анаприлин, атенолол).

Закключение. По данным анкетирования врачей кардиологов, акушеров-гинекологов, терапевтов и сравнительного анализа фармакоэпидемиологии антигипертензивных лекарственных средств за период с 2007 г. по 2009 г. было выявлено, что в реальной практике при лечении беременных с АГ, по-прежнему, используется весь спектр антигипертензивных препаратов как рекомендуемых, так и не рекомендуемых регламентирующими документами, а также препараты, не относящиеся к гипотензивным средствам. Оценка динамики фармакоэпидемиологической ситуации показала высокую частоту использования врачами неантигипертензивных лекарственных средств и достаточно ограниченное назначение рекомендованных препаратов. Кроме того, и по настоящее время для снижения артериального дав-

ления используются лекарственные средства противопоказанные к применению у беременных, например, иАПФ. Таким образом, отсутствие единых российских рекомендаций по ведению беременных с АГ, приводит к отсутствию единых подходов в лечении этой категории пациентов среди врачей разных специальностей и свидетельствует об их недостаточной подготовленности по данной проблеме.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Друккер Н.А., Волошина А.В., Некрасова М.Г.
ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Прогресс, достигнутый за последние годы в акушерстве, не смог решить проблему преждевременных родов, частота которых составляет 7-10% от всех родов, и в 50-70% случаев являются причиной перинатальной смертности. В течение последних лет во всем мире частота преждевременных родов не уменьшилась. Существует определенная сложность в профилактике преждевременных родов, обусловленную отсутствием дифференцированного подхода к терапии, учитывающей характер патогенеза, зависящего от этиологии данного осложнения беременности.

Для совершенствования диагностики и прогнозирования осложнений беременности в настоящее время исследователи уделяют большое внимание изучению роли околоплодных вод, так как в них экспрессируются специфические биомаркеры, позволяющие прогнозировать преждевременные роды, одним из признаков которых является изменение характера сократительной деятельности матки. При этом нет полной определенности во взаимоотношениях между отдельными клеточно-молекулярными регуляторами сократительной активности миометрия, а повреждение их взаимосвязей, очевидно, приводит к нарушению баланса соединений, ответственных за блокирование индукции простагландинов, поступление Ca^{2+} в клетки миометрия и структуру коллагена плодных оболочек.

В связи с вышеизложенным, целью исследования явилось изучение роли интерлейкинов и ангиогенных факторов в околоплодных водах в патогенезе преждевременных родов при отсутствии у женщин инфекционных заболеваний.

В исследование включены 69 женщин. У всех беременных трехкратно в течение гестации (в 10-12, 20-24, 32-34 недели) и накануне родов оценивался инфекционный статус. Видовая и количественная идентификация всех ассоциантов микробиоценоза осуществлялась с использованием ПЦР-диагностики. На основании проведенных исследований были выделены 2 группы. Основную группу составили 48 женщин с преждевременными родами (35-37 недель), контрольную – 21 женщина со срочными родами в 38-40 недель. Для последних было характерно физиологиче-

ское течение гестации и нормоценоз, который был характерен и для женщин основной группы, хотя в процессе беременности у последних отмечена различная степень акушерского и перинатального риска (неоднократная угроза прерывания) при отсутствии преждевременного вскрытия плодного пузыря. Применение общепринятой терапии не позволило предотвратить преждевременные роды.

Материалом для исследования служили околоплодные воды, полученные в I периоде родов, в которых определяли фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α), интерлейкин-1 бета (ИЛ-1 β), интерлейкин-6 (ИЛ-6) иммуноферментным методом наборами фирмы (Cytimmune systems, USA), трансформирующий фактор роста бета (ТФР- β) – «R- & D systems». Эндогенный уровень оксида азота в форме нитрит-аниона определяли с помощью реакции Грисса. Активность NO-синтазы измеряли по увеличению продукции NO из L-аргинина в присутствии НАДФН.

Полученные результаты у женщин с преждевременными родами по сравнению с контролем свидетельствуют об изменениях в околоплодных водах содержания соединений, определяющих сократительную активность матки и структуру соединительной ткани плодных оболочек. Нарушения заключались в увеличении активности NO-синтазы и уровня метаболитов оксида азота соответственно на 61% и 59%. На фоне повышенной генерации NO изменений в продукции ИЛ-1 β и ИЛ-6 не наблюдалось, в то время как имело место снижение ФНО- α в 2,5 раза, увеличение содержания ТФР- β более чем в 3 раза. Обнаруженные изменения в уровне биоактивных молекул в амниотической жидкости отражают состояние метаболических процессов в гестационных тканях при преждевременных родах без наличия какой-либо инфекции и позволяют оценить роль этих соединений в усилении сократительной активности матки и состоянии плодных оболочек.

Поскольку индикатором сокращения гладкомышечных клеток миометрия является интенсивность изменения концентрации Ca²⁺ в цитоплазме, можно полагать, что нарушенный баланс оксида азота и ФНО- α , контролирующих данный процесс, способствуют увеличению внутриклеточного содержания Ca²⁺. Высокий уровень последнего усиливает активацию фосфолипазы А₂, обеспечивающей повышенную выработку простагландинов, инициирующих сократительную активность матки. Повышенное содержание ТФР- β в этих условиях, очевидно, является важной причиной активации аргиназы, реализующей усиление синтеза пролина – исходного субстрата коллагена, а отсутствие индукции коллагеназы (низкий уровень ФНО- α), осуществляющей деградацию этого белка, лежит в основе несбалансированного метаболизма соединительной ткани и ассоциированы с особой прочностью (плотностью) плодных оболочек.

Обнаруженные изменения биоактивных соединений в околоплодных водах при преждевременных родах у рожениц без наличия инфекции, очевидно, являются специфическим механизмом формирования данного осложнения беременности и могут служить теоретическим основанием для проведения патогенетических лечебных мероприятий.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА

Дубровина Н.В., Сокур Т.Н.

*Россия, г. Москва, ФГУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова
Росмедтехнологий»*

На долю анемии беременных приходится до 90% болей железистой крови, при этом 9 из 10 больных страдают железодефицитной анемией (ЖДА), которая сопровождается высоким риском акушерских и перинатальных осложнений.

Цель: оптимизация комплексной терапии ЖДА беременных путем включения в нее медицинского озона с целью улучшения исходов беременности и родов для матери и плода, а также снижения заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы: проспективно обследовано 116 беременных с ЖДА, впервые выявленной во время настоящей беременности. Все обследованные разделены на 3 группы. I группу составили 40 беременных женщин, которым проводилась озонотерапия наряду с приемом ферропрепарата, II – 38 беременных, получавшие лечение анемии озоном, III – 38 беременных, которые принимали препарат железа. Каждая группа была разделена на 2 подгруппы: А(20-29 недель беременности) и В(30-38 недель беременности) – соответственно срокам, когда была диагностирована ЖДА и начата терапия. В качестве традиционной терапии применялся железосодержащий препарат, состоящий из: сульфата железа 100 мг, фолиевой кислоты 5 мг, цианкобаламина 10 мкг. Медицинский озон применялся путем внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора хлорида натрия по 200 мл с концентрацией озона 400 мкг/л через день №5.

Результаты: у обследованных с ЖДА были выявлены следующие клинические проявления: быстрая утомляемость – у 50%(58), общая слабость – у 56%(65), бледность кожных покровов – у 25%(29), головокружения – у 6,9%(8). При включении медицинского озона в комплексную терапию ЖДА у обследованных беременных I и II групп отмечено улучшение общего состояния, самочувствия и исчезновение клинических симптомов анемии уже после 1-2 сеансов озонотерапии. У беременных III группы данные симптомы уменьшались лишь через 2-4 недели от начала лечения.

К наиболее значимым диагностическим показателям для выявления дефицита железа относится ферритин сыворотки (сФ). У всех обследованных беременных уровень сФ был снижен относительно нормы (более 20 мкг/л) и составил от 15,2 \pm 3,6 до 17,7 \pm 3,3 мкг/л. На фоне проводимой терапии у всех обследованных наблюдается достоверный прирост ($p < 0,05$) уже через 15 дней от начала лечения, но наибольшего прироста уровень ферритина достигает через 30 дней проводимой терапии, особенно в I группе. Так,

до лечения средний уровень ферритина составил $16,4 \pm 3,1$ мкг/л, а через 30 дней увеличился в I группе в 3,7 раза, во II – в 2,6 раза, в III – в 2,9 раза.

Наиболее частыми осложнениями родового акта являлись несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, разрыв мягких тканей, причем в III группе они встречались в 1,5-2 раза чаще, чем в I и II группах. У 69%(33) родильниц послеродовый период протекал без осложнений. Общее количество осложнений у родильниц, получавших во время беременности в составе комплексной терапии медицинский озон в 2-3 раза меньше (в I группе-16,6%, во II-27,3%), чем у женщин III группы (50%) ($p < 0,05$).

Нами было проведено изучение состояния детей при рождении. В I группе оценка новорожденных по шкале Апгар была более высокой ($p < 0,05$), чем во II и III группах как на 1 так и на 5 минуте жизни. Масса тела новорожденных, в среднем, составила $3196,9 \pm 530,8$ г. При этом доля «маловесных» детей в I и II группах почти вдвое меньше (по 3,2%), чем в III группе (5,6%). Частота заболеваемости новорожденных в I и II групп была достоверно меньше чем в III. Так, внутриутробная гипоксия плода встречалась в 2 раза реже, частота внутриутробной инфекции была реже в 1,5 раза, частота асфиксии при рождении почти в 2 раза.

Выводы: использование медицинского озона в комплексной терапии ЖДА позволяет снизить частоту осложнений течения беременности и родов в 2 раза, послеродового периода – в 2,2 раза, частоту патологии у новорожденных в раннем неонатальном периоде – на 7,6% за счет уменьшения гипоксии в 2 раза, частоты асфиксии при рождении и внутриутробной инфекции в 1,5 раза. Включение медицинского озона в комплексную терапию ЖДА является не только эффективным немедикаментозным методом лечения анемии, а и эффективным методом подготовки к родам и оперативному лечению.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Евтушенко И. Д., Аверин А.С., Рыжова И. А.,
Волков Р. В., Волкова Т. Г.**

Кафедра акушерства и гинекологии СибГМУ, Томск, Россия

Ведущее место в структуре экстрагенитальной патологии беременных занимают сердечно-сосудистые заболевания. В 20 – 33% всех случаев они являются причиной материнской и перинатальной смертности.

Гипертензивный синдром во время беременности предрасполагает к ряду осложнений, таких как гестоз, преждевременные роды, задержка роста плода и преждевременная отслойка плаценты.

Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 20-40% по данным ВОЗ. У подавляющего большинства беременных женщин артериаль-

ная гипертензия (АГ) по своему характеру является эссенциальной. Её доля в общем количестве случаев данной патологии достигает 95-99%

В настоящее время наиболее достоверным методом исследования гипертензивных нарушений у пациентов является проведение суточного мониторирования АД (СМАД).

СМАД является безопасным и высокоинформативным методом диагностики артериальной гипертензии, который позволяет выявить дополнительные диагностические критерии для дифференциальной диагностики различных форм АГ у женщин во время беременности, а которые могут использоваться для оценки эффективности гипотензивной терапии. Применение данного метода позволяет предотвратить гипердиагностику, исключив синдром «white coat», который встречается более чем у 29% беременных женщин

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение суточного профиля АД у беременных женщин с различными формами артериальной гипертензии в III триместре беременности.

В исследование вошли 70 беременных женщин: 50 беременных женщин с гипертензивными нарушениями и 20 беременных женщин без признаков артериальной гипертензии.

Исследуемые женщины были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли женщины с хронической АГ, численностью 25 человек, которые соответствовали следующим критериям включения: наличие у женщины показателей высокого артериального давления (систолическое выше 120 мм рт. ст. и диастолическое выше 80 мм рт. ст.), которое было зарегистрировано, как во время так и до беременности; отсутствие симптоматической артериальной гипертензии; доношенная беременность. 2 группу составили 25 пациенток с гестационной АГ (женщины, у которых повышенное АД впервые выявлено во время беременности и нормализовалось через 12 недель после родов). 3 контрольную группу составили 20 женщин с нормальными показателями АД.

Всем пациенткам проводился сбор анамнеза, жалоб, общеклиническое обследование, однократное исследование АД, пульса и СМАД. Для исследования использовался аппарат для СМАД с осциллометрическим методом измерения АД. Кратность измерения днем составило 1 раз в 30 минут, ночью – 1 раз в час. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Использовались непараметрические критерии 2, Вилконсона. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициентов Спирмена и Кендала.

Возраст исследуемых беременных составил от 18 до 38 лет, срок беременности – от 28 до 40 недель. При этом первобеременных было 42 женщины, что составило 60%, остальные 18 (40%) женщин имели в анамнезе две и более беременности.

Анализ данных СМАД выявил, что среднее суточное значение систолического АД (САД) у обследованных женщин в группах с хронической и гестационной АГ ($142,6 \pm 1,1$ и $138,8 \pm 0,8$ мм рт.ст. соответственно), было достоверно выше, чем в группе практически здоровых женщин ($104,1 \pm 0,8$ мм рт.ст.), $p < 0,05$. Подобная закономерность наблюдалась и для диастолического

АД (85,6±1,8 89,4±1,9 и 66,7±1,4 мм рт.ст. соответственно). Необходимо отметить, что повышение АД сопровождалось увеличением индекса времени (ИВ) повышенного АД, причем больше в группе с гестационной АГ. Так ИВ повышенного САД и ДАД в 1-ой группе составило 58,7±3,3 и 62,1±3,4% соответственно, во 2-ой группе – 59,1±3,4% и 64,1±3,2% соответственно, в группе здоровых женщин – 0,5 и 0,4% соответственно ($p < 0,05$).

Анализ суточного профиля АД показал, что нормальное снижение АД в ночные часы (Dipper) регистрировалось в 80% случаях у здоровых женщин, что было достоверно выше чем в группе с хронической (42%) и гестационной АГ (36%). Недостаточное снижение АД в ночные часы (Non-dipper) достоверно чаще встречалось в группе с хронической артериальной гипертензией (48%), чем в группе контроля (20%), в большей степени для ДАД ($p < 0,05$). У пациенток с гестационной АГ отмечена тенденция к повышению АД в ночные часы (Night-peaker), что регистрировалось в 26,3%.

На основании полученных данных мы сделали следующие выводы:

У женщин с гестационной артериальной гипертензией выявлена тенденция к ночным подъемам артериального давления, что необходимо учитывать при назначении адекватной гипотензивной терапии.

Недостаточное снижение диастолического артериального давления в группе с хронической артериальной гипертензией свидетельствует о давности гипертензивных нарушений, что возможно является проявлением нарушения функции сосудистого эндотелия.

АСПЕКТЫ КАРБОГЕМОСОРБЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Ерофеев Е.Н., Давыденко Н.Б., Литвинова А.М.
Россия, Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Значение проблемы гестоза определяется характером его последствий для здоровья матери и ребенка. Гестоз встречается у 5-30% беременных, занимает ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В литературе имеются указания на использование при лечении тяжелых гестозов методов эфферентной терапии (фотоиммуноаффинной очистки крови, гемо и плазмасорбции, плазмафереза), но не встречаются исследования, направленные на профилактику данного грозного осложнения беременности. Поэтому разработка доступных, эффективных способов предупреждения тяжелых форм остается актуальной задачей исследователей.

На основании вышесказанного нами была поставлена цель оценить эффективность применения КГС, как профилактики тяжелых форм гестоза, на исходы беременности для матери и плода.

В соответствии с целями определились три группы пациенток. Основную группу составили 49 женщин с гестозом во втором и третьем триместре беременности, получившие в комплексе лечебных мероприятий

курс КГС. В зависимости от срока проведения КГС эта группа разделена на две подгруппы: А – пациентки, у которых КГС проводилась в 20-28 недель; В – КГС проводилась после 28 недель беременности. Группа сравнения, состоящая из 21 женщины с гестозом во втором и третьем триместрах беременности, получивших традиционную, комплексную терапию гестоза, родоразрешенных в клиниках ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий». Контрольная группа представлена 40 беременными с неосложненным течением гестационного периода, которые поступили в институт для родоразрешения. Критериями включения в основную группу и группу сравнения являлись: срок гестации более 20 недель, клинические, лабораторные признаки гестоза и эндогенной интоксикации при данной беременности и/или тяжелый гестоз в анамнезе, информированное согласие на проведение процедуры КГС (дополнительно для пациенток основной группы), наличие технических условий для проведения КГС (дополнительно для пациенток основной группы). Критериями включения в контрольную группу – беременные женщины соответствующего паритета и здоровья без признаков гестоза.

При исследовании беременных достоверных возрастных различий у пациенток сравниваемых групп не выявлено. При анализе паритета беременностей и родов выявлено, что во всех группах преобладали повторнородящие и повторнородящие женщины. Достоверных различий между паритетом беременностей, родов и развитием гестоза не выявлено. Структура экстрагенитальной патологии у пациенток исследуемых групп представлена в основном артериальной гипертензией (подгруппа А – 48,1%, В – 54,5%) и заболеваниями органов мочевого выделения (А – 40,7% и В – 31,8%) основной группы и группы сравнения (47,6% и 42,9% соответственно) в сопоставлении с контрольной группой (20% и 27,5% соответственно). Во всех группах преобладали беременные с гестозом средней степени тяжести (до 60,0%). Гестозы легкой степени тяжести составили до 33,3%, что определило их на второе ранговое место, а тяжелой степени – до 10,0% беременных во всех группах.

В процессе проведения комплексной терапии гестоза пациенткам основной группы выполнялся курс КГС, состоящий из двух процедур. В последующем проводилась клиническо-лабораторная оценка динамики симптомов гестоза.

После проведения курса КГС клиническая симптоматика у беременных с гестозом характеризовалась стабилизацией. В подгруппе А до проведения КГС уровень систолического АД в пределах 130-150 мм Hg наблюдался у 44,4% пациенток, то после процедуры – у 22,2%, а систолическое АД в пределах 150-170 мм Hg регистрировалось лишь в одном случае (3,7%) при исходных 25,9%. Аналогичные изменения зафиксированы по уровню диастолического АД 90-110 мм Hg исходно отмечен у 63,0% пациенток подгруппы А, а после проведения курса КГС – 3,7%. Отмечено уменьшение отеочного синдрома и уровня протеинурии. Из 27 женщин подгруппы А основной группы тяжелый гестоз развился лишь у 11,1%, гестоз средней степени тяжести – у 29,6%, гестоз легкой степени – у 22,2%, а у 37,1% пациенток симптомы гестоза к сроку родов не определялись. В подгруппе В основной группы гестоз легкой степени диагностирован у 23,8%, гестоз средней степени у 42,9%, гестоз тяжелой степени развился у 28,6%, у 4,7% пациентки

этой группы симптомы гестоза не выявлялись. В группе сравнения у всех пациенток к сроку родов диагностирован гестоз средней 15% и тяжелой – 85% степени тяжести, обусловивший и показания для досрочного родоразрешения. Способ и срок родоразрешения определялись по совокупности тяжести гестоза, состояния плода и соматического статуса беременной. Так в подгруппе А самостоятельно родоразрешились 33,3% пациенток, способом кесарева сечения – 66,7%, средний срок родоразрешения составил 36,4±0,6 недели. В подгруппе В основной группы самостоятельные роды были у 28,6%, операция кесарева сечения – у 71,4% пациенток, средний срок родоразрешения – 34,3±0,78 недели. Срок родов в группе сравнения составил в среднем 31,4±0,80 недели, причем в 85,0% – при явлениях гестоза тяжелой степени, что потребовало родоразрешения в сроке преждевременных родов (90,5%) и в 100% случаев способом кесарева сечения.

Таким образом, включение в терапию гестоза КГС позволяет существенно пролонгировать беременность, значительно уменьшив медикаментозную нагрузку на женщину и плод.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У РОДИЛЬНИЦ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

**Еспаева Р.Н., Утешева Ж.А., Базылбекова З.О.,
Кожабаяева Г.С.**

Республика Казахстан, г. Алматы, Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии

Послеродовые нейроэндокринные заболевания наблюдаются у 4-5% женщин, перенесших осложненную беременность и роды (В.Н.Серов, 1978). Кровотечения были и остаются основной проблемой акушерской науки и практики, основной причиной материнской смертности и инвалидизации женщин, так как способствуют развитию различных патологических синдромов, частота которых в 8-13 раз больше по сравнению с родильницами, имевшими физиологическую кровопотерю (В.Н.Серов, А.С.Маркин, 2003).

Целью исследования явилась оценка функционального состояния системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники у родильниц с патологической кровопотерей.

С этой целью нами были обследованы 65 женщин, которые составили 3 группы исследования: I группа (основная) – 25 родильниц с массивной кровопотерей, которым был произведен хирургический гемостаз в объеме тотальной и субтотальной гистерэктомии (ГЭ) (средний возраст 32±2,3); II-ая (группа сравнения) – 20 родильниц с патологической кровопотерей, которым производился консервативный гемостаз (средний возраст 34±2,8) и III группа исследования (контрольная) – 20 родильниц с физиологической кровопотерей (средний возраст 34±2,6).

Для определения показателей гормонов производился забор периферической крови на 5-6 сутки после родоразрешения. Проведено исследование уровней гормонов гипофиза: пролактин, ЛГ, ФСГ и коры над-

почечников: кортизол. Уровни гормонов в сыворотке крови определяли радиоиммунологическим методом с помощью стандартных наборов Иммунотех (Чехия). Обсчет результатов исследований проводился на гамма-счетчике PC-RIA-MAS "Stratec" (Германия).

Полученные результаты показали, что в контрольной группе уровень пролактина составил 1384,3±290,6 НМЕ/л, при этом в основной группе и группе сравнения наблюдалась относительная гипопролактинемия – 1108,2±298,4 НМЕ/л и 1135,4±110,5 НМЕ/л соответственно. У родильниц с физиологической кровопотерей уровень кортизола составил 358,8±80,1 НМ/л, в то время как у родильниц с патологической кровопотерей отмечался повышенный уровень кортизола. В исследуемой ситуации кортизол можно рассматривать как основной гормон, определяющий ответ организма на стресс. Поскольку все обследованные женщины перенесли родовой стресс, а родильницы с массивными кровотечениями еще и хирургическую травму, следует ожидать повышенной реакции коры надпочечников для поддержания гомеостаза организма. Так, достоверное увеличение кортизола ($P < 0,05$) особенно выражено у родильниц, перенесших гистерэктомию в связи с массивной кровопотерей 736,7±192,1 НМ/л по сравнению с группой сравнения 582,4±149,5 НМ/л и контрольной группой 358,8±80,1 НМ/л. Такое увеличение кортизола у женщин основной группы, по-видимому, связано не только с родовым стрессом, но и с операционным стрессом и характером ординоносущей операции у гинекологически здоровых женщин. Отмечается снижение ЛГ у родильниц с патологической кровопотерей – 0,57±0,24 МЕ/л в основной группе и 0,27±0,15 МЕ/л в группе сравнения. Уровень ФСГ был во всех трех группах исследований в пределах нормы для женщин репродуктивного возраста.

Таким образом, в результате исследования можно отметить относительную гипопролактинемия у родильниц с патологической кровопотерей, особенно у тех, кому была произведена гистерэктомия по поводу массивного кровотечения и выраженное повышение уровня кортизола в той же исследуемой группе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ. МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Жаркин Н.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия*

Проблема акушерских кровотечений продолжает оставаться чрезвычайно актуальной в связи с приоритетностью их в структуре материнской смертности. Частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде в 2008 году составила по г.Волгограду 13,9%, имел место случай материнской смертности по этой причине. На протяжении более чем 40 лет повсеместно применяемым методом остановки послеродового кровотечения являлось наложение клемм на шейку матки по Н.А.Бакшееву. По мнению многих авторов,

эффективность их составляет не более 70% (В.Н.Серов с соавт., 1997). В остальных случаях для окончательной остановки кровотечения приходится прибегать к хирургическим методам, нередко заканчивающимся органосохраняющими операциями. Так, если в 2007 году число экстирпаций послеродовой матки было 7, то в 2008 – 26, т.е. в 3 раза больше. В связи с этим появление на рынке медицинской техники внутриматочных баллонов для осуществления тампонады послеродовой матки явилось обнадеживающим событием в плане повышения эффективности борьбы с акушерскими кровотечениями.

В 2009 году внедрение технологии баллонной тампонады послеродовой матки в г.Волгограде осуществлено во всех родовспомогательных учреждениях. Нами проанализировано 23 случая применения управляемой баллонной тампонады в послеродовом периоде, 1 случай во время операции кесарева сечения и 1 – в раннем послеоперационном периоде, всего 25 случаев в 4-х родильных домах г.Волгограда и Волжского. Из 25 случаев применения управляемой баллонной тампонады окончательная остановка кровотечения осуществлена в 24-х случаях. В одном случае после удаления катетера из полости матки кровотечение возобновилось, что послужило основанием для выполнения лапаротомии и экстирпации матки без придатков по поводу врастания плаценты. Таким образом, эффективность баллонной тампонады при остановке акушерских кровотечений в послеродовом периоде составила 96%. Величина кровопотери до установки баллонного катетера в полость матки в среднем составила 900+207 мл, длительность нахождения баллона в полости матки – 3+0,5 часа. Время прекращения кровопотери с момента установки баллона варьировала от 7 до 15 минут и в среднем составила 11,4+2,7 мин. Отмечены некоторые особенности применения баллонной тампонады и коррекция гиповолемии в различных родильных домах, что связано, по-видимому, с местными традициями. В учреждениях родовспоможения, где с момента внедрения новой технологии было выполнено более 5 управляемых баллонных тампонад, заметно сократилось частота применения клемм по Н.А.Бакшееву и переходов на лапаротомию.

Таким образом, управляемая баллонная тампонада в остановке кровотечений в послеродовом периоде является высокоэффективной альтернативой традиционным методам и даже в случае временного эффекта предоставляет возможность организации борьбы с гиповолемическим шоком.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Жданова В.Ю., Харитонов В.М., Таджиева В.Д.,
Измайлова Ф.А., Горчинская Е.А.

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, Кафедра акушерства и гинекологии, Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Существующие методы подготовки шейки матки требуют достаточного времени (не менее 7-10 дней), при этом при плацентарной недостаточности эффективность этой подготовки не превышает 35%. Одним из современных, но недостаточно изученных методов подготовки к родам является применение антагонистов прогестогенов – препарат мифепристон.

Цель исследования: оценить эффективность действия мифепристона при подготовке беременных к родоразрешению при различных осложнениях беременности.

Исследования проведены у 88 беременных (с осложнениями беременности и «незрелыми» родовыми путями), которым было показано родоразрешение до начала спонтанных родов. Среди них срок беременности составил: у 34 женщины (38,6%) – 37-40 недель, у 49 женщин (55,7%) – 41-42 недели и у 4 женщин (4,6%) 35-36 недель. Средний возраст беременных составил 24,5 года. Первобеременные и первородящие женщины составляли 47,7%. Показанием к назначению мифепристона являлась «незрелая» шейка матки при акушерской патологии, требующей родоразрешения в интересах плода. Более половины женщин (55,7%) имели пролонгированную беременность, после родоразрешения у 10% из них подтверждено перенашивание. Остальные женщины имели следующие показания: легкие и средней степени тяжести гестозы, не поддающиеся медикаментозной коррекции (39,7%), резус-сенсбилизация (4,5%) при 35-36 неделях беременности в связи с нарастанием титра антител. У 50% беременных до начала терапии регистрировались различной степени проявления внутриутробной гипоксии плода.

Для подготовки шейки матки использован мифепристон в виде препарата мифолиан («Шанхай Фармасютикал» КНР) в таблетированной форме дозой 200 мг. Препарат применялся внутрь по схеме рекомендованной информационным письмом МЗ РФ № 2510/3794 -03 -32) по 200 мг в сутки в течение 2 дней. Оценка зрелости родовых путей по шкале Бишоп производилась после приема каждой дозы. Кроме этого, в программу обследования входил ежедневный контроль состояния внутриутробного плода кардиотокографическим исследованием.

Результаты исследования показали, что у 33 беременных (37,5%) после приема 1 дозы мифолиана отмечалась зрелость родовых путей, у 38 беременных (43,2%) готовность родовых путей наметилась после приема второй дозы. У 73 беременных (82,9%) наступила спонтанная родовая деятельность. В 2 случаях дополнительно интрацервикально введен препидил гель 3,0 (динопростон 0,5 мг). Отсутствие эффекта от приема препарата зарегистрировано в 4 случаях

(4,5%): у 2 беременных имелось выраженное ожирение (ИМТ более 42) гипоталамо-гипофизарного генеза; в 2 случаях в анамнезе были оперативные вмешательства на шейке матки в виде диатермокоагуляции с развитием рубцовой ткани. Эффективность подготовки шейки матки к родам с использованием мифепристона составил 95,5%. У 69 женщин (73,8%) роды прогрессировали и закончились самостоятельно без использования дополнительных акушерских технологий. Осложнения в родах в основном были связаны с нарушением сократительной активности матки. Так, у 9 женщин развилась дискоординация родовой деятельности, коррекция которой проводилась длительной эпидуральной анестезией. У 4 из этих женщин в последующем родовая деятельность нормализовалась, роды у них закончились через естественные родовые пути, 5 женщин родоразрешены операцией кесарева сечения. Случаев слабости родовой деятельности не было. Остальные 8 женщин родоразрешены абдоминальным путем в связи с возникшими дополнительными осложнениями: клинически узкий таз (4 женщины), прогрессирующая интранатальная гипоксия плода (2 женщины), прогрессирование тяжести гестоза в родах (2 женщины). Объем средней кровопотери составил 215±20,0. Случаев гипотонического кровотечения не зарегистрировано. Таким образом, в 13 случаях (14,7%) роды завершились операцией кесарева сечения. 96,8% новорожденных родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 – 9 баллов, и 3,2% - 7 – 8 баллов. Послеродовый период протекал без осложнений, нарушений инволюции послеродовой матки и лактации не отмечено.

Таким образом, мифепристон является высокоэффективным препаратом для достаточно быстрой подготовки шейки матки к родам, но неэффективен при органических изменениях шейки матки. Однако, в связи с возникшими осложнениями необходимы дальнейшие исследования для разработки стандарта применения его у женщин с различной акушерской патологией и определение эффективной дозы и схемы применения в зависимости от весо-ростовых параметров и особенностей эндокринного статуса беременной.

ОТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ МАТЕРИ КАК ОСНОВА МАТЕРИНСКОГО ОНТОГЕНЕЗА ДОЧЕРИ

Завгородняя И.В.

Россия, г. Воронеж, Воронежский государственный университет

Актуальность. Диадные отношения мать-ребенок закладывают фундамент будущей самостоятельной жизни. Опыт внутриутробного развития является первым источником чувств и переживаний, которые получает человек. Качество получаемых эмоций от матери, создает основу восприятия окружающего мира и себя для ребенка. Особое значение отношение женщины к собственной беременности приобретает, если плод женского пола. Девочка, с одной стороны, запоминает эмоциональное отношение к себе со стороны собственной матери, а с другой, сталкивается с ее

реальными воспитательными воздействиями и ценностями, транслируя впоследствии приобретенный опыт на своих детей или сталкиваясь с необходимостью его существенной коррекции.

Целью исследования является выявление взаимосвязей между отношением к собственной беременности матерей и этапами материнского онтогенеза их дочерей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 девушек, не имеющих детей, в возрасте 20-22 лет и их матери в возрасте от 40 до 51 года. Общий объем выборки составил 100 человек. В качестве метода сбора эмпирической информации выступил метод стандартизированного самоотчета, представленный следующими методиками: «Опросник материнского онтогенеза» (Г.Г. Филипова), «Тест отношений беременной (ретроспективная форма)» (И.В. Добряков). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью коэффициента ранговой корреляции Кендалла, кластерного анализа (метод одиночной связи) и U-критерия Манна-Уитни с использованием статистического пакета SPSS 11.5 for Windows.

Результаты. Выявлена отрицательная статистически значимая связь между гипогестогнозическим типом психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) и 1-м этапом онтогенеза материнской сферы «Взаимодействие с собственной матерью» (-0,257; $\alpha < 0,05$), а также между тревожным типом ПКГД и 3-м этапом онтогенеза материнской сферы «Няньчание» (-0,323; $\alpha < 0,01$).

На основе кластерного анализа выявлены 2 варианта соотношения материнского отношения и материнского онтогенеза. Первый вариант отличается статистически более высокими показателями 2-го «Игрового» этапа материнского онтогенеза ($U = 38,0$; $\alpha < 0,01$) при наличии значимых связей данного этапа с тревожной (0,48; $\alpha < 0,05$) и оптимальной (-0,46; $\alpha < 0,05$) составляющими материнского отношения. Следовательно, второй этап материнского онтогенеза проходит тем лучше, чем ниже оптимальная и выше тревожная составляющая материнского отношения.

Второй вариант характеризуется наличием статистически значимых взаимосвязей между 3-им этапом материнского онтогенеза «Няньчание» и тревожной составляющей материнского отношения (-0,63; $\alpha < 0,01$), а также между тревожной и оптимальной составляющими материнского отношения (-0,50; $\alpha < 0,05$). Следовательно, третий этап материнского онтогенеза проходит тем хуже, чем выше тревожная составляющая материнского отношения.

Заключение. Отношение к беременности матери создает основу, отправную точку в развитии материнской сферы дочери. Игнорирование, ограниченное внимание к беременности и к ребенку связано впоследствии с дистанцированием отношений матери и дочери, взаимным недопониманием, что может транслироваться дочерью на взаимоотношения с ее собственными детьми. В то же время тревожная составляющая материнского отношения сказывается по-разному. Она улучшает «Игровой» этап материнского онтогенеза дочери и вместе с тем ухудшает этап «Няньчания».

РОЛЬ ГЕНОВ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕСТОЗА

Зайнуллин И.А.^{1,2}, Кулавский В.А.¹, Зайнуллина А.Г.², Хуснутдинова Э.К.²

¹ Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет

² Россия, г.Уфа, Института биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН

При беременности фибринолитическая система занимает центральное место в контроле и регуляции физиологического процесса депозиции фибрина. Процесс регуляции фибринолиза при беременности зависит в первую очередь от активности активаторов плазминогена (PLAT, u-PA), уровня синтеза и секреции ингибитора активатора плазминогена (PAI-1 и PAI-2) и их взаимодействия. Недавние исследования показали, что PAI-1 является наиболее важным ферментом в маточно-плацентарной циркуляции. Кроме того, дисбаланс маточно-плацентарного фибринолитического контроля при гестозе в результате повышенной продукции PAI-1 ответственен не только за повышение депозиции фибрина в маточных сосудах и снижение маточно-плацентарного кровотока, но также играет важную роль в снижении степени инвазии трофобласта на ранних сроках беременности, что также создает предпосылки для развития в дальнейшем гестоза (Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акинъшина С.В., 2005).

Ген PAI-1 имеет базовый инсерционно-делеционный (I/D) полиморфизм, обычно называемый 4G/5G (Follo M, Ginsburg D, 1989). Вариант PAI-1*4G приводит к повышенной экспрессии гена и, следовательно, к повышенному уровню PAI-1 в крови. В клинической практике увеличение концентрации PAI-1 наблюдается примерно у 20% пациентов с тромбофилией (Eriksson P. et al., 1995; Tsantes A. et al., 2008). По мнению ряда исследователей, генотип PAI-1*4G/*4G является генетическим маркером риска развития таких осложнений беременности, как невынашивание беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность (Glueck C. et al., 2001; Koleva R. et al., 2005; Dalmáz C. et al., 2006; Mütze S. et al., 2008; Schenk J. et al., 2008). Активатор плазминогена (PLAT) ограничивает рост уже сформировавшегося тромба и способствует его лизису. Полиморфизм в гене PLAT представляет собой делецию или инсерцию Alu – повтора в интроне 8 (Lane D., Grant P., 2000). I/D полиморфизм в гене PLAT широко исследуется в группах больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и относительно мало изучен при акушерской патологии.

Цель работы состояла в изучении ассоциаций I/D (4G/5G) полиморфизма в гене PAI-I и I/D полиморфизма в гене PLAT с риском развития гестоза.

Материалом для молекулярно – генетического исследования служили образцы ДНК 198 беременных с гестозом и 206 соматически здоровых беременных женщин с неотягощенным акушерским анамнезом и физиологическим течением беременности. ДНК выделяли из цельной венозной периферической крови методом фенольно-хлороформной экстракции (Mathew

S., 1984). Амплификацию двух полиморфных вариантов генов PAI-I и PLAT проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции синтеза ДНК. Амплифицированные фрагменты ДНК разделяли электрофоретически в 7% полиакриламидном геле, окрашивали бромистым этидием и идентифицировали в УФ – свете. Статистическая обработка полученных данных была выполнена с использованием компьютерной программы BIOSTAT (Primer of Biostatistics v. 4.03). Сила ассоциаций с риском развития гестоза оценивалась в значениях показателя соотношения шансов (OR) (Schlesselman J., 1982).

В результате исследования были получены следующие данные. В характере распределения частот генотипов полиморфного варианта гена PAI-1 достоверные различия между группами беременных с гестозом и контролем не выявлены ($p > 0,05$). При анализе распределения частот аллелей выявлена более высокая частота аллеля PAI-1*4G в группе беременных с гестозом ($\chi^2 = 4,08$; $p = 0,044$; $df = 1$; $OR = 1,35$; $CI_{95\%} 1,01-1,8$) по сравнению с контрольной группой (62% против 55%).

Частоты генотипов ($c_2 = 2,52$; $p = 0,284$) и аллелей ($c_2 = 3,51$; $p = 0,061$) полиморфного варианта гена PLAT были сходными для двух исследованных групп.

Таким образом, в изученных группах беременных повышенный риск гестоза ассоциирован с аллелем PAI-1*4G ($OR = 1,35$).

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Замалева Р.С. Букатина С.В., Черепанова Н.А.

Россия, Казань, ГОУ ДПО КГМА

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Целью исследования явилось выявление характерных изменений в уровнях некоторых регуляторных аутоантител у пациенток, перенесших кровотечения в родах. Проведено обследование 470 беременных группы риска по акушерским кровотечениям (с хроническим ДВС синдромом, гестозом, антифосфолипидным синдромом, крупным плодом, многоводием). В III триместре беременности на сроках 30-34 недели беременности всем женщинам с помощью твердофазного иммуноферментного метода ЭЛИ-Тест (Полетаев А.Б. 2004) определяли сывороточное содержание аутоантител класса IgG связывающихся с ANCA (анионным белком эндотелия), TrM (суммарными тромбоцитарными антигенами с молекулярной массой 10-15 Да), двуспиральной ДНК, в-2ГП (в – 2 гликопротеином1), СФЛ (суммарными фосфолипидами), Fc-фрагментам Ig. В зависимости от объема кровопотери все пациентки были разделены на три группы. Основную группу составили 25 женщин с массивными кровотечениями в родах, обусловленными вторичной недостаточностью системы гемостаза. В группу сравнения вошли 27 пациенток с патологической не массивной кровопотерей. Контрольную группу составили 25 женщин с физиологической кровопотерей в родах. Средняя кро-

вопотеря в основной группе составила 1525 ± 105 мл, в группе сравнения – 690 ± 57 мл, в контрольной 215 ± 46 мл.

Среди беременных основной группы патологические изменения в сывороточном содержании естественных аутоантител встречались в 93%. В первую очередь, это выражалось в снижении содержания аутоантител к суммарным тромбоцитарным антигенам – ТгМ у 23 (93%) беременных (в диапазоне от – 56 – 80 у.е.), в несколько меньшей степени – аутоантител к ANCA – у 19 (76%) – (от -45- 58 у.е) и аутоантител к СФЛ у 15 (60%) пациенток (от – 41- – 56 у.е.) Со стороны аутоантител к в-2ГП, ДНК, Fc-фрагментам Ig отмечены менее выраженные изменения в пределах от –37- – 46 у.е. В группе сравнения изменения уровней аутоантител диагностированы у 24 (89%) и проявлялись преимущественно снижением аутоантител к ТгМ в пределах слабых отклонений от нормы от (– 34- до – 43 у.е.). У 24 (96%) контрольной группы уровень исследуемых аутоантител находился в диапазоне от – 20 +20 у.е., что соответствовало ранее установленным границам физиологической нормы.

Таким образом, массивные кровотечения развились у женщин с выраженным понижением содержания аутоантител к суммарным ТгМ, ANCA, СФЛ, тогда как у пациенток с немассивной кровопотерей характерным было слабое снижение аутоантител к ТгМ. Вероятно, особенности встречаемости патологических уровней регуляторных аутоантител у беременных могут служить ранними прогностическими маркерами различных акушерских кровотечений.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зильбер М.Ю., Кротова А.А., Астафьева Э.В.
МУ ЦГКБ №24, Екатеринбург, Россия

Осложнения беременности, формирующиеся на фоне хронической венозной недостаточности (ХВН), взаимосвязаны с перинатальными исходами. При участии предрасполагающих факторов, реализующихся во время гестации (повышение венозного давления, склонность к гиперкоагуляции и др.), данный процесс, прогрессируя, приводит к расстройствам микроциркуляции в сосудах фетоплацентарного комплекса, что способствует формированию плацентарной недостаточности, и, как следствие – повышению частоты осложнений беременности и неблагоприятных перинатальных исходов. Цель исследования заключалась в выявлении корреляции между осложнениями беременности и перинатальными исходами у женщин с хронической венозной недостаточностью. В ходе рандомизированного проспективного исследования осуществлялось ведение беременности у 188 женщин с венозной недостаточностью. Путём случайной выборки было сформировано 2 группы: 50 беременных с ХВН, получавших ангиопротектор «Флебодиа 600» и 50 женщин с гестационной ХВН, без применения ан-

гиопротекторов. Всем женщинам помимо общеклинического исследования был проведен анализ свёртывающей системы крови, дуплексное ангиосканирование, исследование фетоплацентарного комплекса. Достоверность полученных результатов оценивалась парным методом по t – критерию Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$. Для анализа данных применялись методы суммарных статистик, корреляционного и дискриминационного анализа. Для построения решающего правила по предложенной выборке были использованы математические методы распознавания образов, реализованные в пакете «КВАЗАР», «КВАЗАР-ПЛЮС» (разработанные Институтом механики и математики УрО РАН). Было установлено, что у группы беременных, принимающих ангиопротекторный препарат, по сравнению с группой без приёма венотоников, ниже частота ряда осложнений беременности. Так, гестоз лёгкой степени тяжести в группе женщин, принимавших ангиопротектор, встречался у 24 женщин (48%), во второй группе – у 32 (64%); гестоз средней степени тяжести наблюдался, соответственно, у 8 (15%) и 9 (18%) женщин; многоводие присутствовало у 3 (6%) и 5 (10%); анемия – у 18 (36%) и 29 (58%), $p < 0,05$. Исследование структуры заболеваемости новорождённых в группах показало, что в группе женщин, принимавших ангиопротектор, достоверно ниже наблюдалась частота следующих патологических состояний: гипоксия – 5 (10%) и 9 (18%) в группе контроля; асфиксия 1 – 4 (8%) и 7 (14%); асфиксия 2 – 2 (4%) в группе контроля; ЗВУР – 3 (6%) и 6 (12%); ФПН, компенсированная – 11 (22%) и 4 (8%); ФПН, субкомпенсированная – 4 (8%) и 8 (16%); СДР – 2 (4%) и 4 (8%), $p < 0,01$. Обнаружено, что у беременных с варикозной болезнью достоверно чаще развивается гестоз. Корреляция гестоза лёгкой степени тяжести с невынашиванием беременности, по нашим данным, имела среднюю силу ($r = 0,47$), а у тяжёлого гестоза и асфиксии 2 обнаружена сильная положительная связь ($r = 0,87$). Не обнаружено корреляции между наличием у беременных с ХВН гестоза и возникновением анемии. Исходя из полученных в ходе исследования результатов, можно сделать следующие выводы: 1. Наблюдается чёткая корреляция между наличием у беременных варикозной болезни и развитием гестоза и невынашивания. 2. Медикаментозная коррекция венозной недостаточности во время беременности позволяет снизить риск развития осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов.

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ И ВНУТРИУТРОБНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА

Зильбер М.Ю., Цыганенко С.В.,
Боташева М.Р., Бостанова З.Д.
Россия, г.Екатеринбург, МУ ЦГКБ №24

Миома матки, изменяя нормальную архитектуру капиллярной сети миометрия с формированием, вследствие этого, венозных синусов, усугубляет сократительную способность беременной матки. К тому же, может развивать патологическую нидацию и плацентацию, обуславливая высокую частоту спонтанных аборт, невынашивание, отслойку плаценты, хроническую плацентарную недостаточность, перинатальные потери, послеродовые осложнения.

Цель исследования – проанализировать особенности гестации и состояние фетоплацентарного комплекса в зависимости от сроков возникновения опухоли.

Материал и методы исследования

Перспективному исследованию подверглись 62 беременные. I группа (n = 32) – беременные с миомой матки, подразделены на 2 подгруппы: I а (n=16) – миома до гестации, I б (n=16) – миома, обнаруженная во время гестации. II группа (n = 30) – контроль.

Диагностическими критериями постановки диагноза миомы матки явились: анамнестические указания, с учетом отягощенной наследственности (24,7%), наличие опухоли при бимануальном исследовании (78,9%), эхографические признаки увеличения матки или обнаружения узлов (100%).

Использованные методы исследования отличались в зависимости от срока гестации. В I триместре: УЗИ каждые 2 недели, динамический контроль общего анализа крови и показателей гемостаза. Во II триместре: УЗИ каждые 2 недели с доплерометрией, динамический контроль показателей крови и гемостаза, с коррекцией возникающих нарушений, инфекционный скрининг и контроль состояния шейки матки. В III триместре: УЗИ, КТГ, доплерометрия, анализы крови и инфекционный скрининг.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемых группах проводилась сохраняющая терапия, в зависимости от срока беременности. Тактика лечения в I триместре заключалась в ранней профилактике плацентарной недостаточности (лечение невынашивания, улучшение васкуляризации хориона), лечении урогенитальной инфекции, Магне В6- в таблетках или в растворе, спазмолитической и гормональной терапии (Утрожестан по 3-4 капсулы до 14 нед). Во II триместре: дексаметазон (контроль гормонов, 17 КС мочи), препараты СЭТ, Магне В6-1-1-2, или в растворе, спазмолитики/ингибиторы СОХ, Утрожестан по 2 капсулы – 16-20 нед. В III триместре профилактировались расстройства дыхательной системы плода (дексаметазон по 4 мг трижды в день в течение 2 дней, всего 24 мг), спазмолитики и В-миметики. В структуре экстрагенитальной патологии в Iа подгруппе преобладали холецистит (37,5%), гастрит и патология печени (31,2%), ОРВИ(18,7%) и

хронический бронхит(6,2%). В подгруппе Iб – холецистит (43,7%), ОРВИ, гастрит и патология печени (по 25%). В контрольной группе – ОРВИ (20%) и холецистит (30%).

Среди генитальной патологии в Iа подгруппе большой процент составили воспалительные заболевания органов малого таза (84%), а в Iб – бесплодие (25%) и нарушение менструального цикла (42%).

Осложнения гестации у беременных с миомой матки проявлялись в виде анемии (Iа и Iб подгруппы – 70 и 75%, контрольная группа – 50%), гестоза (Iа подгруппа – 93,7%; Iб подгруппа – 75%; контроль – 20%), невынашивания (в Iа и Iб подгруппах по 93,6% и 12% в группе контроля).

Нарушения фетоплацентарной системы имели место в виде низкой плацентации (Iа подгруппа – 51%; Iб – 39%; контроль – 9%), начальных признаков страдания плода (Iа – 41%; Iб – 18%; контроль – 5%), выраженных признаков гипоксии плода (Iа – 11%; Iб – 22%; контроль – 1%), снижения фетального кровотока по данным доплерометрии (Iа – 10%; Iб – 23%; контроль – 3%), синдрома задержки развития плода (Iа – 11%; Iб – 18%; контроль – 2%).

Выводы

У женщин с миомой матки, диагностированной до гестации, в связи с нарушением кровообращения в зоне миоматозного узла и имплантации трофобласта, беременность осложняется невынашиванием (93,7%), низкой плацентацией (51%), гестозами (93,6%), обуславливающими первичное страдание плода (41%), преимущественно в первой половине беременности. У беременных с миомой, обнаруженной во время гестации, в большей степени страдает фетальный кровоток (23%), что приводит к выраженной гипоксии (22%) и синдрому задержки развития плода (18%).

РОЛЬ УПРЕЖДАЮЩЕЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ГЕСТОЗЕ В ПРОЦЕССЕ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ

Зубенко Н.В., Канес Е.Б., Зубенко В.Б.
ГУЗ «Краевой клинический перинатальный центр»,
г. Ставрополь, Россия

Длительная эпидуральная анестезия (ДПА) – метод выбора при родоразрешении беременных с различными формами гестозов. Изучив доступные публикации, а также собственный опыт применения ДЭА в родах, мы сочли возможным использование УДЭА в комплексе преиндукции родов у беременных с тяжелой и средней степенью тяжести гестоза, а также при де- и субкомпенсированной экстрагенитальной патологии. Обязательными условиями выполнения методики являлись: стойкая медикаментозная компенсация состояния беременной и плода, отсутствие противопоказаний к ДЭА и согласие беременной. Катетеризация эпидурального пространства проводилась по стандартной методике на фоне умеренной седации и предварительно сбалансированной терапии имеющейся патологии. Методика заключалась

в болюсном введении анестетика за 20-25 минут до интрацервикального введения препидил-геля. Препидил-гель вводился трёхкратно с интервалом в 6 часов. В процессе преиндукции осуществлялся клинический и лабораторный мониторинг состояния беременной и плода. В отдельных случаях (при трудно коррегируемой гипертензии) введение анестетика про-водилось в постоянном режиме (2-4 мл/час 0,1 или 0,2% раствора наропина). В течение 2008 года УДЭА выполнена 55 пациенткам. В 1-ю группу (11 человек) вошли пациентки с тяжёлой де- и субкомпенсированной экстагенитальной патологией (гипертоническая болезнь 2 и 3-й степени, группа высокого риска ССО -5; синдром Вольфа- Паркинсона- Уайта-2; острый тубуло-интерстициальный нефрит с АГ 2-й степени и ОПН в стадии олигурии-1, хронический рецидивирующий пиелонефрит единственной почки с мочеточниковым стентом-1,сахарный диабет1-го типа, тяжёлое субкомпенсированное течение-1, опийная наркомания, хронический ангиосепсис-1). Средняя длительность УДЭА составила 14.7 часов. Регулярная родовая деятельность развилась у 6 (55%) пациенток, зрелость шейки матки по Бишоп достигнута у 5 (45%) пациенток. Роды через естественные родовые пути проведены у 10(91%) пациенток. Средняя продолжительность родов составила – 7,1 час. У 1-й пациентки (9%) роды закончились экстренной операцией КС в связи со сформировавшимся функционально узким тазом. Общая длительность ЭА составила – 22.1 часа. Осложнений не выявлено. Перинатальных потерь не было. Вторую группу (18 пациенток) составили беременные с сочетанными гестозами средней степени тяжести. Средняя длительность УДЭА (до развития регулярной родовой деятельности) составила 12,6 часов. Эффективность преиндукции составила 94%: регулярная родовая деятельность развилась у 11(61%) беременных, готовность к амниотомии – у 6 (33%) беременных, преждевременное излитие околоплодных вод при «созревающей» шейке матки – у 1(6%) беременной. Роды через естественные родовые пути проведены у 9 (50%) пациенток. Средняя продолжительность родов составила 6.7 часов. Осложнений не наблюдалось. У 2(12%) – роды закончились экстренной операцией КС в связи с упорной слабостью родовой деятельности и дистрессом плода (по одному случаю). Обе операции проведены под ДЭА. У пациентки с упорной слабостью родовой деятельности имело место гипотоническое кровотечение в объёме более 20% ОЦК, в связи с чем выполнена перевязка ВПА. Послеоперационный период протекал без осложнений. Общая длительность ЭА составила 35.5 часов. Осложнений не выявлено. Перинатальных потерь не было. Третью группу (26 пациенток) составили беременные с тяжёлой преэклампсией и острым жировым гепатозом (1 случай). В первой подгруппе (6 пациенток) введение наропина в эпидуральное пространство проводилось в постоянном режиме, во второй подгруппе (20 пациенток) – в болюсном. Средняя длительность УДЭА до развития родовой деятельности у первых 6 пациенток составила 29,4 часа, что объясняется необходимостью проведения ускоренного курса профилактики СДР плода при недоношенной беременности. Средняя продолжительность УДЭА во 2-й подгруппе составила 18 часов. Эффективность преиндукции в 3 группе бере-

менных – 96%. У 1(3,8%) пациентки выявлено ухудшение состояние плода (по данным КТГ и УЗИ), что потребовало родоразрешения путём операции кесарево сечение в экстренном порядке; у 11(42,3%) пациенток развилась регулярная родовая деятельность; у 14(53,9%) достигнута готовность к индукции родов методом амниотомии. Через естественные родовые пути проведено родоразрешение у 20 (76%) пациенток. Средняя продолжительность родов составила 8.3 часа. Осложнений в родах не наблюдалось. Операцией кесарево сечение закончились роды у 6 пациенток (24%), что не превышает среднестационарную частоту ОКС. Причинами абдоминального родоразрешения были: дистресс плода (33%) и аномалии родовой деятельности (67%).. Операции кесарево сечение проведены под ДЭА. Интраоперационное кровотечение имело место в 1-м случае, обусловлено гипотонией матки и проявлениями ДВС-синдрома. Выполнена перевязка ВПА на фоне интенсивной гемостатической терапии. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Общая средняя продолжительность ДЭА составила 44 часа. Перинатальная смертность составила 15,4‰- 4 случая антенатальной гибели плодов на амбулаторном этапе.

УПДА является эффективным компонентом преиндукции родов при беременности, осложнившейся гестозом. Ее применение позволяет проводить родоразрешение через естественные родовые пути у этих пациенток.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Иванова О.Ю., Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова Т.С.

Кафедра акушерства и гинекологии, Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Развитие осложнений беременности и ее неблагоприятные исходы закладываются в предгравидарный период и на этапах ранней гестации. Патоморфологической причиной развития таких осложнений беременности как плацентарная недостаточность (ПН), гестоз считают неполноценное течение процессов инвазии трофобласта, что провоцирует повреждение эндотелия сосудистой стенки и развитие системной недостаточности кровообращения женщины.

Целью работы было исследования особенностей течения беременности у пациенток с различной степенью выраженности эндотелиальной дисфункции.

Проведено комплексное обследование 694 пациенток на протяжении первой половины беременности (на сроках 5-6, 8-9 и 17-19 недель). Контрольную группу составили 206 женщин с неосложненным течением беременности, не имеющие признаков эндотелиальной дисфункции (ЭД). В основную группу вошло 488 пациенток с ЭД, выявленной до беременности или в динамике 1 триместра. Всем пациенткам помимо

клинико-анамнестического исследования проводили изучение функции эндотелия с помощью пробы с реактивной гиперемией линейным датчиком 7,5 МГц УЗ аппаратом «Aloka SSD-1700». Постишемическую реактивную гиперемию вызывали сжатием плеча манжеткой тонометра на величину давления, превышающую систолическое давление на 10 мм. рт. ст. Скорость кровотока и диаметр плечевой артерии (ПА) измеряли в исходном состоянии и через 60 сек после реактивной гиперемии. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали как процент прироста диаметра ПА. Полученные результаты статистически обрабатывали с использованием пакета прикладных программ «Statistica». Достоверность результатов оценивали с применением парного критерия Стьюдента.

Исследование диаметра ПА в динамике первой половины неосложненной беременности показало что, на сроке 5-6 недель он составил $2,95 \pm 0,11$ мм, 7-8 недель – $3,78 \pm 0,05$ мм, 17-19 недель – $3,88 \pm 0,07$ мм ($P < 0,05$), что по всей видимости обусловлено повышением в крови гормонов, белков беременности, многочисленных факторов роста фето-плацентарного комплекса, которые, как известно, обладают вазодилатирующим эффектом. Аналогичные изменения касались скорости кровотока (5-6 недель – $0,37 \pm 0,02$ мм/мин; 7-8 недель – $0,42 \pm 0,03$ мм/мин; 17-19 недель – $0,59 \pm 0,03$ мм/мин). Через 60 сек. после прекращения окклюзии наблюдалось достоверное увеличение диаметра артерии в среднем на 25% от исходных величин, что расценивалось как адекватная реакция на пробу (5-6 недель – $29,5 \pm 2,0\%$, 7-8 недель – $28,8 \pm 1,62\%$, 17-19 недель – $21,7 \pm 2,3\%$). Проба с реактивной гиперемией также приводила к возрастанию скорости кровотока по сравнению с исходным состоянием в среднем на 60-80%.

У пациенток основной группы исходный диаметр сосуда и скорость кровотока в динамике беременности также увеличивались ($P < 0,05$), однако не так выражено как в контрольной группе (5-6 недель – $2,71 \pm 0,13$ мм и $0,58 \pm 0,03$ мм/мин; 7-8 недель – $3,02 \pm 0,09$ мм и $0,69$ мм/мин; 17-19 недель – $3,41 \pm 0,12$ мм и $0,72 \pm 0,05$ мм/мин). Прирост диаметра сосуда после проведения пробы с реактивной гиперемией был менее выражен, чем в контрольной группе и составил $23,7 \pm 8,4\%$ на сроке 5-6 недель и $17,6 \pm 7,4\%$ на сроке 7-8 недель ($P < 0,05$). На сроке 17-19 недель после проведения окклюзии нами была выявлена парадоксальная реакция в виде снижения диаметра сосуда на $2,9 \pm 9,6\%$. Прирост скорости кровотока в ПА после пробы с реактивной гиперемией был ниже показателей контрольной группы (5-6 недель – $72,3 \pm 8,4\%$, 7-8 недель – $61,5 \pm 5,7\%$, 17-19 недель – $41,3 \pm 9,6\%$), однако, следует отметить, что статистически достоверное снижение в 2 раза отмечено только на сроке 17-19 недель.

Анализируя полученные результаты, нами было выявлено, что в основной группе исходное нарушение ЭЗВД (5-6 недель) отмечено в 25% случаев (122 жен.) у пациенток с экстрагенитальной патологией сердечно-сосудистой системы. После завершения первой волны инвазии трофобласта (7-8 недель) частота нарушения ЭЗВД увеличилась до 53,1% (259 жен.). Как правило, это были пациентки с вегето-сосудистой дистонией, артериальной гипертензией, угрожающими ранними выкидышами и отслойкой хориона. После завершения второй волны инвазии трофобласта (17-19 недель) на-

рушения ЭЗВД отмечены у всех беременных основной группы, причем парадоксальный ответ на окклюзию сосуда выявлен у 164 жен. (36,6%). Из числа пациенток с исходным нарушением ЭЗВД (5-6 нед.) во всех случаях было отмечено осложненное течение беременности в виде ПН или сочетания гестоза и ПН (74 жен., 15,2%). У пациенток с впервые выявленной ЭД после завершения первой волны инвазии трофобласта и имеющих прогрессирование ЭД по завершению второй волны инвазии трофобласта (109 жен., 22,3%) в половине случаев (54 жен.) беременность протекала с клиническими проявлениями гестоза средней или тяжелой степени, а во второй половине (55 жен.) – имело место сочетание гестоза и ПН.

Т.о., прогрессивное нарастание ЭД после завершения 1 и особенно 2 волны инвазии трофобласта указывает высокий риск развития гестоза в сочетании с ПН. Степень тяжести гестоза имеет прямую корреляционную зависимость с тяжестью выраженности ЭД на сроке 17-19 недель.

УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ЛЕПТИНА У БЕРЕМЕННЫХ С РАННИМ ТОКСИКОЗОМ

Игнатко И.В., Гониянц Г.Г.

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрав, Москва, Россия

Ранний гестоз (токсикоз) беременных – заболевание, возникающее в связи с развитием плодного яйца или отдельных его элементов и характеризующиеся множественностью симптомов. Наиболее частое клиническое проявление раннего токсикоза – рвота беременных. Рвота встречается в 50-80% беременностей и является одним из более ранних проявлений нарушений адаптации организма к беременности. В патогенезе рвоты беременных определяющим звеном является нарушение нейроэндокринной регуляции всех видов обмена вследствие частичного (или полного) голодания и обезвоживания. Лептин – гормон, продуцируемый жировыми клетками и циркулирующий в крови как в свободной так и связанной формах. Он играет важную роль в развитии ожирения и нарушений аппетита. Считается, что лептин участвует в развитии нейроэндокринной ответной реакции на голодание. Кроме этого, лептин секретируется зародышевыми тканями сердца, костной ткани, клетками амниона и трофобластом. Предполагается, что концентрация лептина играет роль физиологического сигнала о достаточности энергетических ресурсов организма для выполнения репродуктивной функции и влияет на стероидогенез в яичниках. В исследованиях последних лет отмечается связь между уровнем лептина и выраженностью клинических симптомов раннего токсикоза. Дюфастон (дидрогестерон) является уникальным гестагеном для сохранения беременности, так как помимо гестагенного эффекта оказывает иммуномодулирующее влияние на систему мать-плод, аналогично эндогенному прогестерону. Он не повышает уровень холестерина, липопротеидов низкой

плотности, не влияет на электролитный баланс и не обладает прокоагуляционными свойствами, что крайне важно для беременных с ранним токсикозом.

Целью исследования явилась оценка степени тяжести нарушений метаболизма у женщин с ранним токсикозом (рвотой беременных средней и тяжелой степени) и эффективность терапии Дюфастоном (дидрогестероном).

Нами было проведено исследование уровня лептина у 76 беременных основной группы и 32 группы сравнения при поступлении в стационар (на пике клинической картины рвоты) в сроки 6-12 недель и в сроки 16-18 недель беременности по завершении плацентации. В указанные сроки также нами было проведено исследование уровня лептина у 30 беременных контрольной группы. Уровень лептина определяли иммуноферментным методом с помощью стандартных наборов DLS (USA) в сыворотке крови.

При анализе полученных данных в основной группе и группе сравнения у женщин с чрезмерной рвотой исходные значения лептина в сыворотке крови были достоверно выше, чем у женщин с неосложненным течением беременности. При рвоте средней степени тяжести достоверных отличий в уровне лептина выявлено не было. Все беременные основной группы получали после купирования основного клинического симптома раннего токсикоза – рвоты – Дюфастон. Беременные с рвотой средней степени по 10 мг 2 раза в сутки, с чрезмерной по 10 мг 3 раза в сутки до 20 недель гестации. К 16-18 неделям средние значения лептина у беременных основной группы с чрезмерной рвотой, получавших дидрогестерон в первом триместре, достоверно не отличались от нормативных параметров, тогда как значения лептина у женщин группы сравнения остались выше нормы и в среднем даже повысились. Высокие значения лептина сохранились лишь у 2 беременных основной группы с метаболическим синдромом, у которых впоследствии манифестировал сахарный диабет (исходные значения лептина у них почти в четыре раза превышали нормативные параметры). Повторных госпитализаций по поводу раннего токсикоза в группе сравнения было в 2,5 раза больше, чем в основной группе.

Значительно повышенный уровень лептина говорит о тяжелом течении токсикоза, а повышение его в динамике можно рассматривать как предиктор чрезмерной рвоты. Положительный эффект Дюфастона обусловлен нормализацией показателей метаболизма (уровня лептина).

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМБРИОНА, ЭКСТРАЗЕМБРИОНАЛЬНЫХ СТРУКТУР И СТАНОВЛЕНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У ЖЕНЩИН С ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА

Игнатко И.В., Мартиросян Н.Т.

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия*

Ранняя диагностика возможных осложнений гестационного процесса, начиная с первого триместра имеет важное значение, поскольку именно в данный период происходит формирование плодного яйца, закладка органов и тканей эмбриона, становление фетоплацентарной системы, определяющее дальнейшее течение и исход беременности.

С целью выявления особенностей роста и развития эмбриона, экстраэмбриональных структур и становления маточно-плацентарно-плодового кровотока, при угрозе прерывания и ретрохориальной гематоме в первом триместре беременности с помощью трансвагинальной эхографии обследовано 86 женщин. Средний возраст беременных 26±1,7. У 63,9% обнаружено корпоральное расположение гематомы, у 36,1% – супрацевикальное. Объем гематомы до 20 мл обнаружен в 89,5% наблюдений, больше 20 мл – в 10,5% наблюдений. До 5 недель гематома обнаружена в 18,6% наблюдений, причем из них в 37,5% произошел самопроизвольный выкидыш. КТР больше 7 дней от ожидаемых размеров отставал 20,9%. В дальнейшем в 72,2% отмечен положительный прирост эмбриометрических показателей, а в 27,8% прогрессирующее снижение КТР эмбриона сочетался с уменьшением объема плодного яйца в 16,7% наблюдений. В итоге в 22,2% произошел самопроизвольный выкидыш. Обращает внимание, что среди беременных с клиникой выраженной угрозы прерывания в I и II-триместрах, отставание КТР встречалась в два раза чаще. При этом отчетливо прослеживалось тенденция к улучшению прироста фетометрических показателей после купирования симптомов угрозы выкидыша. В 18,6% наблюдений отмечена тахикардия у эмбриона, причем из них у 37,5% объем гематомы был более 20 мл, и в дальнейшем у 12,5% (ЧСС до 200 уд./мин) произошел самопроизвольный выкидыш. Брадикардия отмечена в 3,5% наблюдений и во всех случаях произошел самопроизвольный выкидыш. Уменьшение объема плодного яйца и амниотической полости (раннее маловодие) отмечено в 36% наблюдениях, в основном с корпоральным расположением и большим объемом отслойки, и сопровождалось с выраженными явлениями угрозы прерывания беременности. В дальнейшем прогрессирующее уменьшение объема плодного яйца, увеличение объема отслойки привело к самопроизвольному выкидышу в 12,9% наблюдений. Возрастание (многоводие) объема плодного яйца наблюдалось в 9,3% наблюдениях, и у 62,5% из них сочеталось с генитальной инфекцией, но во всех наблюдениях беременность прогрессировала до доношенного срока. Эхографические отклонения в

размере, форме, и структуре желточного мешка выявлены в 32,6% и во всех наблюдениях сочетались с аномальным развитием других структур плодного яйца. Эхографические особенности хориона выявлены у 22,1%, но самостоятельно прогностического значения не имели.

У беременных с ретрохориальной гематомой значительно страдают процессы становления кровообращения в системе мать-плацента-плод, что определяет возможность развития первичной плацентарной недостаточности, а также самопроизвольного прерывания беременности. Гемодинамические нарушения в межворсинчатом пространстве выявлены у 72,1% беременных, причем у 61,6% (объем гематомы до 20 мл) характерны снижение индексов сосудистого сопротивления (в сроке 8-13 недель $IP=0,36+0,03$, $PII=0,49+0,06$), а у 10,5%, (объем гематомы превышал 20 мл), регистрировался увеличение показателей сосудистой резистентности (в сроке 8-13 недель $IP=0,51+0,06$, $PII=0,72+0,06$). Дальнейшее наблюдение установило, что у женщин с положительным исходом беременности в среднем через 2-3 недели, по мере организации гематомы происходит нормализация межворсинчатого кровотока, однако у 4,6% сохранилась повышенная сосудистая резистентность, объем гематомы увеличивался, что привело к самопроизвольному прерыванию беременности. В спиральных артериях во всех наблюдениях установлено повышение сосудистого сопротивления ($PII>0,67$) расположенных в области проекции ретрохориальной гематомы. В 3,5% наблюдениях, закончившихся самопроизвольным выкидышем, интенсивность перфузии спиральных артерий прогрессивно снижался, о чем свидетельствовало повышение значений индексов сосудистой резистентности. В маточных артериях увеличение периферического сопротивления зафиксировано в 22,1% и в основном сочетался с выраженными признаками угрозы прерывания (94,4%) и большими размерами гематомы (33,3%). У 11,1% беременных с такими изменениями произошел самопроизвольный выкидыш. В артерии пуповины у 17,4% плодов на сроке 10-11 недель зарегистрированы высокие значения пульсационного индекса ($PII=3,48+0,16$). В дальнейшем на фоне проведенной комплексной патогенетической терапии отмечена нормализация нарушений к 18-20 неделям гестации, и благополучный исход беременности. Исследование кровотока в аорте и во внутренней сонной артерии плода ни в одном наблюдении не выявили отклонения от нормы, независимо от течения и исхода беременности.

Таким образом, при осложненном течении гестационного процесса в первом триместре, в частности при угрозе прерывания и ретрохориальной гематоме, выявляемые отклонения как при ультразвуковом исследовании эмбриона и экстраэмбриональных структур, так и при доплерометрическом исследовании маточно-плацентарно-плодового кровотока являются ранними маркерами прогнозирования дальнейшего течения и исхода беременности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ И ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Игнатко И.В., Мартиросян Н.Т.

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия*

Одной из важнейших проблем практического акушерства является невынашивание беременности. Помимо частоты встречаемости актуальность проблемы невынашивания обусловлена высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности.

С целью проведения сравнительной оценки медикаментозной коррекции у беременных с угрозой прерывания и отслойкой хориона в первом триместре, обследованы 86 беременные (42 – в основной группе, 44 – в группе сравнения). Им проводилось общеклиническое, динамическое ультразвуковое, доплерометрическое исследование, а также исследование гемостаза.

Средний возраст обследуемых составил $27,3+1,6$ с индивидуальными колебаниями от 17 до 43 лет. При изучении соматического статуса экстрагенитальная патология выявлена у 13(30,95%) и у 16(36,4%) беременных в соответственных группах. Гинекологический анамнез был отягощен у 23(54,76%) и у 21(47,7%) в соответственных группах. Первобеременные первородящие составили 12(28,6%) и 11(25%) соответственно, повторнобеременные составили 30(71,4%) и 33(75%), из них 13(43,3%) и 15(45,5%) первородящие, 17(56,7%) и 18(54,5%) – повторнородящие. Акушерский анамнез был отягощен наличием самопроизвольных выкидышей в первом триместре у 11(26,2%) и у 12(27,3%). Из 17 и 18 повторнородящих женщин в соответствующих группах предыдущая беременность осложнилась угрозой прерывания в 8(47%) и 8(44,4%) наблюдений, и в 5(29%) и 6(33,3%) наблюдений была диагностирована отслойка хориона в первом триместре. Данная беременность у всех женщин осложнилась угрозой прерывания и ретрохориальной гематомой (5-28 мл) в первом триместре, причем гематома обнаружилась до 5 недель в 6(14,3%) и 10(22,7%) наблюдений, и из них у 2(33,3%) и у 5(50%) беременных в соответственных группах произошел самопроизвольный выкидыш в I триместре. При исследовании гемостаза нарушения выявлены в 28(66,7%) и 31(70,1%) наблюдениях в соответственных группах. Причем гиперкоагуляция выявлена соответственно в 27(64,3%) и 30 (68,2%) наблюдениях, повышения маркеров тромбофилии (д-димер) – в 26(61,9%) и 28(63,6%), повышенная агрегация тромбоцитов (АДФ, Ристомин) – в 11(26,2%) и 13(29,5%), тромбоцитопения (менее 140 тыс.) – в 6(14,3%) и 5(11,4%) наблюдениях. А также циркуляция волчаночного антикоагулянта выявлена соответственно в 3(7,1%) и 2(4,5%) наблюдениях, АФА - в 13(31%) и 15(34,1%), антитела к b2 гликопротеину- в 6(14,3%) и 8(18,2%), антитела к протромбину в 2(4,8%) и 1(2,3%), антитела к аннексину V – в 1(2,4%) и 1(2,3%) наблюде-

нии. На основании эхографических, доплерометрических, гемостазиологических данных в основной группе нами проведена адекватная дифференциальная терапия. Помимо сохраняющей терапии (Магне В6, но-шпа, фолиевая кислота, витамин Е, папаверин) беременные получали гормональную терапию (утрожестан), а также назначалось Актотегин с целью коррекции выявленных нарушений и улучшения плацентации. При тромбофилических состояниях антикоагулянтная, антиагрегантная (фраксипарин, аспирин) терапия назначалась после прекращения кровянистых выделений и организации участков отслойки по УЗИ, под строгим контролем показателей гемостазиограммы, маркеров тромбофилии, общего количества тромбоцитов каждые 2 недели. Проводя сравнительный анализ в 2 группах во II и III триместре выявлены следующие осложнения: угроза прерывания беременности в 48,7% и 57,9% наблюдений, ФПН. СЗРП в 25,64% и 36,8%, гипоксия плода в 17,9% и 26,3%, преждевременное старение плаценты в 12,8% и 18,4%. Надо отметить, что компенсированная форма ФПН в основной группе встречался в 80%, субкомпенсированная в 20%, тогда как в группе сравнения компенсированная форма – в 71,4% а субкомпенсированная форма в 28,6% наблюдений. В основной группе преждевременные роды произошли в 7,7% наблюдений, своевременные роды – в 92,3% наблюдений Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар в основной группе составила на 1 минуте 7,59+0,08, на 5 минуте – 8,59+0,08.

В группе сравнения у одной беременной произошел поздний самопроизвольный выкидыш в сроке 24-25 недель, у одной беременной в сроке 32-33 недель произошла преждевременная отслойка плаценты, в связи с чем проведено экстренное родоразрешение, ребенок весом 1800 г, 42 см была переведена в реанимационное отделение, в дальнейшем на второй этап выхаживания с положительным эффектом. В данной группе преждевременные роды произошли в 10,5% наблюдений, своевременные в 86,8% наблюдений. Средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте 7,54+0,08, на 5 минуте – 8,33+0,08.

Из вышесказанного видно, что осложнения беременности в группе, где проводилась адекватная медикаментозная коррекция на основании ультразвуковых, доплерометрических и гемостазиологических исследований, выявляются от 3 до 11,3% меньше. Такая же закономерность наблюдается при анализе исходов родов.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ГЕСТОЗЕ: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Игнатко И.В., Рыбин М.В.

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова
Росздрава, Москва, Россия*

В настоящее время гестозы продолжают оставаться одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота гестозов ко-

леблется от 7 до 16% по данным различных авторов. В последние годы отмечена тенденция к повышению частоты гестозов и преобладанию форм со стертой клинической картиной заболевания. Лидирующие позиции среди проблем перинатальной медицины и современного акушерства плацентарная недостаточность занимает в силу своей высокой частоты (от 3-4 до 45%), а также отсутствием должного и ожидаемого эффекта от проводимых профилактических мероприятий. Остаются высокими показатели перинатальной заболеваемости и смертности при этом осложнении беременности (70% и 2,42-17,7% соответственно).

С целью разработки современных подходов к обследованию и ведению беременных с плацентарной недостаточностью на фоне гестоза проведено продольное ретроспективное обследование 1027 женщин и проспективное – 816.

Ретроспективное исследование проведено по архивным материалам, который включал данные историй родов женщин и развития новорожденных, статистических журналов и отчетов родильного дома при многопрофильной городской клинической больнице №7 г. Москвы. Группу проспективного исследования составили 816 женщин, беременность и роды у которых проведены с использованием новых технологий оценки состояния матери и плода, с учетом особенностей патогенеза плацентарной недостаточности при гестозе, соблюдением принципов их ранней диагностики и своевременной коррекции, рационального выбора срока и метода родоразрешения.

Гестоз чаще развивается в возрастной группе до 18 и старше 30 лет, у первородящих и многорожавших женщин, с большим перерывом между родами, имеющих заболевания сердечно-сосудистой (36,52%) и эндокринной систем (21,3%), в том числе – метаболического синдрома (16,96%). При этом у каждой второй беременной (48,1%) с гестозом развивается ПН. Частота хронической гипоксии плода и синдрома задержки роста плода при гестозе составляла 36,65% и 73,3%, что в 2 и 2,9 раза чаще, чем у беременных без гестоза. У беременных с гестозом частота кесарева сечения была в 3,35 раз выше. Перинатальная заболеваемость в группе женщин без гестоза составила 329‰, с гестозом – 802‰, что в 2,44 раза выше. Общая перинатальная смертность в группе ретроспективного исследования составила 17,52‰. Беременность была осложнена гестозом в 61,1% перинатальных потерь. Все наблюдения перинатальных потерь отмечались при среднетяжелом и тяжелом гестозе при суб- и декомпенсированной плацентарной недостаточности. В антенатальном периоде погибли 44,4%, в интранатальном – 22,3%, в раннем неонатальном – 33,3%. В 77,78% наблюдений основной причиной смерти являлась асфиксия. В 61,1% перинатальных потерь произошло на преждевременные роды.

При гестозах не происходит повышения объемных показателей центральной материнской гемодинамики, возрастает ОПСС (на 53%) и показатели периферической резистентности церебрального (36%), почечного (46%), маточно-плацентарного (на 34%), плодового (27%) и внутриплацентарного (23%) кровотока, что и формирует неблагоприятный фон для развития плацентарной недостаточности. Риск возникновения гестозов возрастает в несколько раз при

сочетании приобретенной и генетически обусловленной тромбофилии. Тромбофилия как сложный интегральный фактор в патогенезе развития гестоза является у 77,38% беременных с тяжелыми и среднетяжелыми гестозами. При легких гестозах суммарная доля тромбофилии составила 54%, при неосложненной беременности – 16,7%. При тяжелых гестозах, суб- и декомпенсированной ПН отмечается высокая частота мультигенных форм тромбофилии (два и более дефекта) (70,24%) тогда как в группе легких гестозов частота мультигенной тромбофилии составила 14%, а в группе беременных с неосложненным течением гестации – только 3,3%. При неосложненной беременности уровни СЭФР и ФРП возрастают на протяжении всего срока гестации, максимальными темпами после 30 недель беременности. В начале III триместра при среднетяжелом гестозе средние значения в 2,5 раза выше, чем при неосложненной беременности. К концу третьего триместра отмечалось продолжение возрастания уровня СЭФР, средние значения которого при средней степени тяжести гестоза были в 3 раза выше, чем в те же сроки при неосложненной беременности. При гестозах тяжелой степени концентрация СЭФР достигает максимальных значений – 354 пкг/мл, что почти в 4 раза выше, чем в группе контроля, и в 1,4 раза выше чем при среднетяжелом гестозе. У беременных с гестозом и плацентарной недостаточностью отмечается нарушение продукции ФРП, а именно снижение уровня фактора роста в третьем триместре беременности при различных степенях тяжести плацентарной недостаточности и гестоза. Так, при среднетяжелом гестозе в начале III триместра уровень ФРП снижен в 1,9 раза, в конце III триместра – в 1,68 раза. При тяжелом гестозе снижение уровня фактора роста плаценты еще более выражено – в 2,62 и 2,06 раз соответственно. При декомпенсированной ПН на фоне гестоза при нормальных показателях венозного кровотока беременность может быть пролонгирована с целью улучшения прогноза для плода. Из всех беременных с критическим состоянием артериального плодово-плацентарного кровотока беременность была пролонгирована у 47,62%. Продолжительность пролонгирования беременности составила от 5 (в сроке 35-36 недель) до 18 дней (в сроке 30-33 недели). Дифференцированный подход к терапии и выбору акушерской тактики в зависимости от степени тяжести плацентарной недостаточности на фоне гестоза позволил в 2,6 раз снизить частоту рождения детей с гипотрофией, в 1,5 раза – в состоянии среднетяжелой и тяжелой асфиксии, в 1,75 раз – необходимость в проведении реанимационных мероприятий, в 1,8 раз – частоту гипоксически-ишемического поражения ЦНС, в 2,6 раз – перинатальные потери при данном осложнении беременности.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СОСУДАХ ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК И ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ГЕСТОЗЕ

Ильченко М.В., Тухватуллина Л.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Казанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Казань, Россия

Гестоз остается важной проблемой современного акушерства, что связано не только с частотой данного осложнения беременности, но и с теми осложнениями для матери и ребенка, которые наблюдаются при данной патологии. Гестоз занимает ведущее место в структуре материнской во всем мире.

Частота этой патологии, к сожалению, высока и к началу XXI века имеет тенденцию к увеличению (Козлов Л.А., Созинов А.С., Яковлев Н.В., 2007; Wallis A.B., Saftlas A.F., Hsia J. et al., 2008).

В России в последние годы частота данного осложнения беременности увеличилась до 12-22 % от общего количества беременных и рожениц (Мурашко Л.Е., Серов В.Н., Ткачева О.Н. и др., 2007; Сидорова И.С., Макаров И.О., Солоницин А.Н. и др., 2009).

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей гемодинамических нарушений в сосудах печени, почек и фето-плацентарного комплекса при гестозе для выбора рациональной акушерской тактики и разработки прогностических и диагностических критериев развития гестоза у беременных групп высокого риска.

Обследованы 103 беременные женщины у 78 из которых развился гестоз. В соответствии со степенью тяжести гестоза беременные были выделены в 2 группы: 44 женщины с гестозом легкой степени составили 1 группу, 34 – с гестозом средней и тяжелой степени – 2 группу. 25 беременных, имевших факторы высокого риска развития гестоза, были включены в группу сравнения.

Всем беременным проведено полное клинико-лабораторное обследование, УЗИ печени и почек, УЗИ плода, доплерометрия сосудов печени, почек, маточно-плацентарного кровотока, кардиотокография. Комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование кровотока включало ультразвуковое исследование в реальном масштабе времени в В-режиме, импульсную доплерографию и цветное доплеровское картирование магистральных сосудов в системе мать-плацента-плод, артериях и венах печени и почек. В каждом сосуде измеряли диаметр, определяли максимальную систолическую скорость кровотока, конечно-диастолическую скорость кровотока, индекс резистентности (ИР) и систолодиастолическое соотношение (СДО).

Проведен сравнительный анализ показателей кровотока в сосудах почек и печени у беременных группы сравнения и при гестозе легкой, средней и тяжелой степеней тяжести. В артериальном звене почек прослеживалась характерная тенденция возрастания индекса резистентности при развитии у беременных гестоза и его зависимость от степени тяжести ослож-

нения. Выявлена четкая закономерность изменения индекса резистентности в 1 группе, связанная с повышением его в артериях и снижением в венах, что явилось отличительной чертой кровотока при гестозе легкой степени. Индекс резистентности в сосудах почек у женщин 2 группы достоверно был выше в сопоставлении с другими исследуемыми группами. Причем его значения в венах были сопоставимы со значениями в артериях.

В сосудах печени была обнаружена аналогичная картина изменений значения индекса резистентности. В печеночной артерии он достоверно возрастал ($p < 0,01$) при развитии гестоза и его утяжелении, в венах его значения были ниже при гестозе легкой степени ($p > 0,05$) и резко увеличивались при гестозе средней и тяжелой степени ($p < 0,05$).

В результате исследований было выявлено, что СДО имеет такие же изменения значений в зависимости от степени тяжести гестоза, как и индекс резистентности и отражает общие закономерности изменения сопротивления сосудов при гестозе.

В результате исследований было выявлено, что изменения кровотока в системе мать-плацента-плод проявляются в меньшей степени и позже, отражают гемодинамику беременной в состоянии нарушенной компенсации и, соответственно, имеют меньшую прогностическую значимость, чем изменения в системной материнской гемодинамике.

Таким образом высокие значения индексов резистентности и систоло-диастолического отношения в артериях и венах почек и печени при гестозе средней степени тяжести возможно рассматривать как предиктор развития тяжелого гестоза до его клинической манифестации. Чувствительность метода диагностики в этом случае составила 88,9%, специфичность 90,0% и точность 89,5%.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ – НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЁНОК

**Иозефсон С.А., Загородняя Э.Д., Ерофеев Б.Б.,
Плоткин И.Б., Хавень Т.В.**

Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия, акушерское отделение краевой клинической больницы

Среди важнейших проблем практического акушерства и неонатологии одно из первых мест занимает проблема преждевременных родов, так как именно преждевременные роды определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности.

Проведён анализ преждевременных родов за 2008 год по данным годового отчёта акушерского отделения краевой клинической больницы (ККБ).

Частота преждевременных родов в Забайкальском крае за 2008 год составила 4,5% (по РФ – 4,4%); по акушерскому отделению ККБ – 13,5%. Высокий процент преждевременных родов в данном отделении объясняется его специализацией по преждевременным родам города и районов края.

Всего в акушерском отделении ККБ за год произошло 276 преждевременных родов (13,5%). По срокам гестации: до 27 нед. – 4 (1,5%); 28-33 нед. – 108

(39,1%); 34-37 нед. – 164 (59,4%). Средний возраст пациенток с преждевременными родами составил 27,5 лет. Большинство беременных с преждевременными родами страдали различной экстрагенитальной патологией: заболеваниями мочевыделительной системы – 29,7%; анемиями – 26,9%; заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 19,5%; заболеваниями эндокринной системы – 13,7%; заболеваниями органов дыхания – 6,6%.

Родоразрешены путём операции кесарева сечения – 65,5% (по данным Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии – 73,4%). Показаниями для абдоминального родоразрешения явились: неправильные положения плода – 13,3%; рубец на матке – 12,3%; гестоз – 12%; плацентарные нарушения – 9,3%. Роды через естественные родовые пути произошли у 35,5% женщин, причём в 34% случаев роды носили характер быстрых и стремительных.

Анализируя состояние новорожденных, отмечено следующее: большинство из них оценено по шкале Апгар на 6-7 баллов. Новорожденные, родившиеся в сроки гестации 28-33 недели (39,5%) в большинстве случаев (89%) нуждались в респираторной поддержке (ИВЛ), в 34% случаев эндотрахеально применялся препарат сурфактанта «Куросурф». Средняя продолжительность ИВЛ составила 4,9 дня. Основными показаниями для респираторной поддержки явились различные дыхательные нарушения: респираторный дистресс синдром (РДС) – 45%; внутриутробная пневмония – 26%.

В структуре заболеваемости недоношенных детей преобладали: патология ЦНС – 32%; патология органов дыхания – 23%; гипербилирубинемия – 13%; патология сердечно-сосудистой системы – 11%.

Из 276 недоношенных детей – 4 (1,4%) – умерли. По сроку гестации – 29-32 нед. – 2 (вес – 1000-1499 г.); 33-35 нед. – 1 (вес – 1500-1999 г.); 36-37 нед. – 1 (вес – 2000 – 2499 г.). Проведенный анализ показал следующее: 1. За последние годы отмечается рост числа преждевременных родов, как в Российской Федерации, так и в Забайкальском крае.

2. Методом выбора родоразрешения при преждевременных родах является кесарево сечение.

3. Большинство недоношенных новорожденных нуждается в респираторной поддержке, лечении и длительной реабилитации.

4. Выхаживание недоношенных новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела требует больших финансовых затрат, явно недостаточных в настоящее время.

5. Родоразрешение при преждевременных родах и выхаживание недоношенных детей должно осуществляться в специализированном учреждении – перинатальном центре.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ

Камилова М.Я., Зарифова П.Г., Малахова М.-М.А.
Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

Общеизвестно, что беременность является диабетогенным фактором. В связи с этим, определены показания к проведению теста на толерантность к глюкозе (ТТГ) у беременных женщин. ТТГ является ведущим в диагностике состояний скрытого дефекта в гомеостазе глюкозы.

В литературе встречаются разноречивые мнения о необходимости проведения ТТГ беременным женщинам из групп риска по развитию диабета (Н.Г.Кошелева 2009г, М.Энкин 2002г). Это связано с различными результатами в исследованиях по перинатальным исходам у беременных с нарушенным ТТГ. Согласно данным Американской диабетической ассоциации осложнения беременности, родов, перинатальная заболеваемость и смертность более высокая по сравнению с общей популяцией. Другие авторы (М.Энкин, 2002г) считают, что увеличение перинатальной смертности и заболеваемости, связываемое с нарушением толерантности к глюкозе, может быть обусловлено с показаниями к производству ТТГ, такими как ожирение, крупный плод, мертворождения в анамнезе, многоводие.

Для достижения поставленной цели обследованы 334 женщины и их новорожденные.

При проведении ТТГ в III триместре беременности у женщин из групп риска по развитию гестационного диабета нарушенный ТТГ выявлено 60 человек, что составило 17,4%. Соответственно этому, обследованные женщины были разделены на 2 группы: I группа – основная – беременные с нарушенным ТТГ – 60 (17,4%) человек, и II – группа сравнения – беременные из групп риска без нарушенного ТТГ – 284 (82,6%) женщины. Новорожденные разделены на группы соответственно группам матерей.

В I группе женщин течение беременности осложнилось угрозой прерывания у 39 (65,2%) женщин, многоводием у 37 (61,7%), преэклампсией у 22 (36,7%), урогенитальной инфекцией 38 (63,3%), тогда как во II группе эти осложнения встречались: угроза прерывания беременности – у 186 (65,6%), многоводие – у 150 (52,8%), преэклампсия – у 56 (19,7%), урогенитальная инфекция – у 161 (56,7%) женщин.

Срочные роды произошли у 46 (76,7%) женщин I группы, у 253 (89,1%) II группы. Преждевременными родами беременность закончилась у 9 (15,1%) женщин I группы и 27 (9,5%) женщин II группы. В 5 (8,3%) случаях имели место запоздалые роды у женщин I группы и 4 (1,4%) случаях у беременных II группы. Абдоминальное родоразрешение произведено 12 (20%) пациенткам I группы и 47 (16,5%) женщинам II группы.

Течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод у 17 (28,3%) беременных I

группы и у 72 (25,4%) женщин II группы. Аномалии родовой деятельности имели место у 7 (11,6%) из I группы и у 47 (16,6%) женщин II группы. Внутритрубная гипоксия плода диагностирована у 23 (38,3%) и 63 (22,2%) рожениц I и II групп соответственно.

Послеродовый период осложнился послеродовым кровотечением у 1 (1,7%) женщины I группы и у 3 (1,1%) женщины II группы.

С избыточной массой тела родились 19 (31,7%) детей в основной группе и в группе сравнения 9 (17,2%). Гипогликемия диагностирована у 19 новорожденных основной группы и у 16 (2,4%) новорожденных группы сравнения, что составило 31,7% и 2,1% соответственно. В основной группе родились с внутриутробными пороками развития 4 (6,7%) новорожденных, в группе сравнения – 2 (0,7%). Синдром дыхательных расстройств наблюдался у 5 (8,3%) новорожденных I группы и у 7 (2,5%) детей II группы. Поражение ЦНС у новорожденных основной группы диагностировано в 25 (41,7%) случаях, а в группе сравнения в 16 (5,6%) случаях.

Частота перинатальных потерь в основной группе составила (13,3%), что превышала в 5,3 раза данный показатель в группе сравнения – 2,5%.

Выводы.

Перинатальная заболеваемость и смертность новорожденных у матерей с гестационным диабетом (скрытая форма) превышает данные показатели по сравнению с группой новорожденных матерей, имеющих факторы риска гестационного диабета и нормальную толерантность к глюкозе.

У беременных женщин с нарушенной толерантностью к глюкозе отмечается более высокая частота осложнений беременности и родов, по сравнению с группой женщин, имеющих факторы риска гестационного диабета и нормальную толерантность к глюкозе.

Полученные результаты обосновывают необходимость диагностики нарушений толерантности к глюкозе во время беременности, что будет способствовать адекватному ведению беременности, родов и раннего неонатального периода, а также улучшению перинатальных исходов.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Камилова Н.М., Абдуллаева Н.Я., Алиева Х.Г.,
Азербайджанская Республика, г.Баку,

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра
«Акушерства-гинекологии 1»

Одной из актуальных проблем акушерства и перинатологии являются преждевременные роды. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в профилактике и лечении ПР, отсутствует четкая тенденция к их снижению.

Цель исследования определить диагностическую ценность эхографических параметров для оценки тече-

ния беременности при угрозе развития ПР. Для выполнения поставленной цели были обследованы беременные 2 группы: 1 группа (контрольная) - 40 условно здоровых беременных с неосложненным течением беременности; 2 группа (основная) - 100 беременных с угрозой развития ПР, которые в свою очередь разделены на 2 подгруппы - 50 беременных без лечения (подгруппа А) и 50 женщин со своевременной патогенетически обоснованной, комплексной терапией (подгруппа Б).

Комплексное клиническое обследование включало сбор анамнеза, общее и специальное акушерское обследование, проведение лабораторных исследований крови и мочи, ультразвуковых и кардиотокографических исследований в динамике, а так же оценку биофизического профиля плода и оценку состояния новорожденных и течения периода новорожденности до выписки из стационара домой. С целью исключения влияния ряда акушерских осложнений и факторов на результаты, в обследование не включены беременные с экстрагенитальной патологией, нефропатией.

Средний срок беременности на момент излития околоплодных вод достоверно не отличался в подгруппах и составил в среднем $26,2 \pm 0,82$ недель, что позволяет корректно сравнивать постнатальный исход.

Материал и методы исследования.

Ультразвуковое исследование маточно-фето-плацентарного комплекса проводилось у 140 женщин в сроках 12-14, 18-22, 30-32 недели беременности и перед родами, доплерография проводилась в те же сроки, кроме 12-14 недель. Для уточнения характера гемодинамических изменений использовалась классификация нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока (Медведев М.В., Юдина Е.В., 1999). Кардиомониторное обследование проводили по общепринятой методике. Исследование проводили в течение 40-60 минут при скорости записи 10 мм в минуту. Анализ кардиотокограмм включал оценку частоты и вариабельности базального ритма, амплитуды и частоты осцилляций. Всем беременным было проведено динамическое исследование биофизического профиля плода. При проведении оценки биофизической активности плода нами взята за основу шкала, предложенная Vintzileos (1983).

Результаты. При доплерометрическом исследовании кровотока в системе «мать-плацента-плод» в группе сравнения во всех исследованных сосудах были выявлены достоверные различия по сравнению с нормативными показателями. Так, СДО у беременных основной группы в маточных и спиральных артериях в 1,8 раза были выше показателей нормы при доношенном сроке. Также нарушения кровотока при доплерометрии были обнаружены при исследовании терминальных ветвей артерии пуповины и в артериях пуповины плода, так СДО в данных артериях было в 1,6 и в 2,1 раз выше нормативных показателей для данного срока. Всего нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» наблюдались у 66 (66%) беременных женщин основной группы. I A и I B степень нарушения в системе «мать-плацента-плод» имели 35 (15%) женщин, II степень нарушений в системе «мать-плацента-плод» были у 24 (24%) пациенток. Критическое состояние плодово-маточного кровотока отмечалось у 7 (7%) пациентов. Однако в результате лечения (перед родами) нарушения фетоплацентар-

ного кровотока в контрольной группе не наблюдались ни в одном наблюдении. Среди беременных основной группы (А) нарушения I A и B степени снизились в 1,3 раза, нарушения II степени в 1,7 раза, нарушения кровотока III степени наблюдались в 1 случае (2% против 0,5%). По сравнению с подгруппой А среди беременных группы Б, нарушения фетоплацентарного кровотока I A и B и нарушения кровотока II степени наблюдались в 2,3 и 3,4 раза реже.

При анализе данных таблицы отмечается достоверно большие значения систоло-диастолического отношения в I группе по сравнению со II A и II B, что свидетельствует о более выраженных нарушениях гемодинамики у данной группы пациенток. Достоверно меньшие частота и степень тяжести гемодинамических нарушений во II A и II B группах по сравнению с I, тогда как в первой половине беременности они практически не отличались, говорит об эффективности проведенной терапии по разработанной нами программе.

Положительное влияние на плод было подтверждено путём изучения состояния плода, а именно: кардиотокография по методике W. Fisheret и соавторов (1976), определение биофизического профиля плода по методике А.М. Ventzeleos и соавторов (1983). Было определено, что суммарная оценка БФПП до лечения достигала значений $8-10 \pm 0,9$ баллов, после лечения — $9-12 \pm 0,6$ баллов, а показатели сердечной деятельности плода соответственно составили — $7-8 \pm 0,5$ и $9-10 \pm 0,8$ баллов. Нарушения сердечного ритма начальной степени по данным КТГ в основной группе обнаружены у 34 пациентки (34%), умеренной степени — у 21 пациенток (21%), выраженной степени — у 15 пациенток (15%).

Контрольная кардиотокография выявила улучшение состояния плода, нарушения сердечного ритма плода начальной степени выявлены у 26 пациенток (26%), умеренной степени — у 17 пациенток (17%), выраженной степени — у 8 пациенток (8%).

Большинство женщин в сравниваемых группах были родоразрешены в сроке 38-40 недель беременности. Нами отмечено, что после комплексного лечения беременных II B группы частота срочных родов была выше (92%), чем при традиционном лечении (86%), частота преждевременных родов ниже (6% во II B и 11% в I группе), также во II B группе не было запоздалых родов. Наиболее частыми осложнениями родов у рожениц обеих групп были: несвоевременное излитие околоплодных вод, травматизм мягких тканей родового канала, аномалии родовой деятельности и гипертонзия в родах. Максимальное число осложнений в послеродовом и раннем послеродовом периодах наблюдалось у обследованных I группы 42,5%, во II A группе 52%, в II B группе 34%. Таким образом, комплексное лечение, проводимое нами при угрозе развития преждевременных родов, способствовало учащению самопроизвольных родов и снижению различных осложнений родов и послеродового периода, в отличие от традиционного лечения. Частота кесарева сечения, в том числе в экстренном порядке, также превалировала у беременных основной А группы (14% во II A группе), в отличие от беременных подгруппы Б (5%). Анализ состояния новорожденных при рождении выявил различные нарушения, из которых преобладала асфиксия. В большинстве случаев превалировала асфиксия средней степени. Масса новорожденных варьирова-

лась от 2450 до 3850 грамм и составляла в среднем $3120,6 \pm 340,2$ грамм. Средняя длина тела составила $51,5 \pm 0,4$ см.

Таким образом, в настоящее время становится очевидным, что лучшим подходом к лечению ПР становится их предупреждение. Эхографические методы исследования позволяют прогнозировать развитие нарушений течения беременности и их исхода, а использование обоснованных методов профилактики и лечения позволяет снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений и улучшить исходы родов как для матери, так и для плода.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНТИФОСФОЛИПДНЫМ СИНДРОМОМ

Камилова Н.М.,

Ахмедзаде В.А., Султанова И.А., Гусейнова П.М.

*Азербайджанская Республика, г.Баку, Азербайджанский
Медицинский Университет
кафедра «Акушерства-гинекологии 1»*

Одной из актуальных задач современного акушерства является изучение роли иммунопатологических процессов в патогенезе привычного невынашивания беременности и перинатальной патологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение у беременных с АФС состояние системы гемостаза и оценить эффективность комбинированного метода терапии (КМТ) с учетом их влияния на течение и исход беременности на основании гемостазиологических показателей.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование 250 женщин с привычным невынашиванием беременности неясного генеза. У всех беременных женщин, находящихся на обследовании с привычным невынашиванием беременности было выполнено определение в крови волчаночного антикоагулянта и антикардиолипиновых антител (АКЛ) с целью постановки диагноза антифосфолипидного синдрома. Для изучения системы гемостаза проводилось определение концентрации фибриногена (по Рутбергу, 1962), определение активированного времени рекальцификации (АВР), определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), определение протромбинового индекса (по Квику), тромбоэластография цельной крови с оценкой хронометрической (г + к) и структурной коагуляции. Сосудисто-тромбоцитарное звено системы гемостаза изучали путем определения количества тромбоцитов в периферической крови. Агрегационную способность тромбоцитов изучали с помощью эгрометра при стимуляции раствором АДФ в конечной концентрации 10-3 М, 10-5 М, 10-7 М и коллагеном. Исследование ингибиторов свертывания крови и фибринолиза заключалась в определении концентрации АТ-III и активности АТ-III. Состояние тромбофилии оценивали концентрацией ПДФ и ТАТ.

Результаты. При исследовании системы гемостаза у беременных с АФС до лечения не выявлено изменений в уровне показателей плазменного звена гемоста-

за, в частности АЧТВ, АВР и ПИ по сравнению с контрольной группой женщин в I-ом триместре беременности. Установлено только повышение концентрации фибриногена-основного субстрата свертывания крови.

В то же время, исследование показателей тромбоэластографии крови, характеризующие скорость свертывания крови. Свидетельствуют о повышении свертываемости крови у беременных с АФС по сравнению с контрольной группой женщин. Отмечено. Укорочение по сравнению со здоровыми беременными, показателя хронометрической коагуляции "г+k" тромбоэластограммы (ТЭГ) а также увеличение в 1.4 раза среднего показателя индекса тромбодинамического потенциала крови (ИТП).

На ранние признаки патологической активации системы гемостаза у пациенток с АФС в I-ом триместре беременности указывают повышение концентрации комплекс ТАТ по сравнению со здоровыми беременными, что свидетельствует о повышенной внутрисосудистой прокоагулянтной активности крови. Исследование антикоагулянтного звена системы гемостаза при АФС показало значимое понижение активности естественного антикоагулянта крови – АТ-III которое оказалось на 8.2% ниже аналогичного показателя в контрольной группе.

При исследовании тромбоцитарного звена гемостаза выявлены значимые изменения в концентрации тромбоцитов у женщин с АФС по сравнению с контрольной группой. Данные агрегации при стимуляции АДФ-3 М в I-ом триместре до лечения у беременных с АФС были на 33.8% выше, чем у здоровых беременных. Повышенными относительно контрольной группы оказались и показатели агрегации при стимуляции АДФ-5 М АДФ-7 М и коллагеном.

Как видно при АФС во время беременности наблюдается состояние гиперкоагуляции, вызванная повышением концентрации фибриногена – основного субстрата свертывания крови, укорочением "г+k" тромбоэластограммы, понижением активности АТ-III, удлинением ИТП и повышением концентрации ТАТ, а также гиперагрегацией тромбоцитов.

Коррекцию гемостазиологических нарушений проводили в одном случае традиционными методами, которые включали раннее назначение гепарина (по 5000 ЕД – 3 раза в сутки, подкожно), трентала (300-600 мг-3 раза в сутки), курантила (75-150 мг-3 раза в сутки), аспирина (100 мг/сутки) или теоникола (0.015 мг – 3 раза в сутки), реополиглукина (400 мл/ в.венно); в другом – КМТ, которые включали ПФ с ультрафиолетовым облучением крови совместно с малыми дозами медикаментов.

Выводы:

1. В результате обследования беременных выявлено наличие антифосфолипидного синдрома 28% женщин с неясным генезом привычного невынашивания.
2. У беременных с антифосфолипидным синдромом выявлены значительные нарушения в свертывающейся системе крови, проявляющиеся гиперкоагуляцией крови и гиперагрегацией тромбоцитов, наблюдающиеся с I-го триместра беременности.
3. Положительный эффект КМТ в нормальном протекании беременности и рождении живого ребенка у беременных с АФС на 42.8% был выше, чем при терапии традиционными методами. Коррекция гемостази-

ологических и параметров у беременных с АФС более эффективно и быстро происходит при использовании КМТ, что выражается нормализацией понижением прокоагуляционных и агрегационных свойств крови.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ОЖИРЕНИЯ И ИНФЕКЦИИ

Кан Н.И., Ванина Л.Н., Кузьмичева С.Г.

Россия, г. Ульяновск, Ульяновский государственный университет, Ульяновская центральная клиническая медико-санитарная часть

Гестационный период у женщин с ожирением осложняется гестозом, невынашиванием беременности, развитием ФПН, а течение родового акта – аномалиями родовой деятельности, приводя к увеличению числа оперативных родоразрешений. Большое число осложнений беременности и родов отрицательно сказывается на внутриутробном состоянии плода, приводит к возрастанию процента асфиксии новорожденных (Т.П. Голикова и соавт., 1999; В.Н. Серов и соавт., 2000; В.Н. Серов, Н.И. Кан и соавт., 2005). Со своей стороны наличие инфекции у матери занимает одно из основных мест среди причин неблагоприятных перинатальных исходов, является причиной инфекционной патологии плода, пороков его развития, мертворождений, недонашиваний, развития ФПН и ЗВРП (Н.Е. Кан, 2005; И.С. Сидорова и соавт., 2006).

Целью нашего исследования явилось изучение акушерских и перинатальных исходов у беременных с сочетанием ожирения и инфекции.

Материал и методы: были изучены 1828 историй родов за 2008 г, из которых для более подробного анализа было отобрано 135 пациенток с наличием инфекции (эндоцервициты, кольпиты, воспаления матки и придатков, ЗППП). Все исследуемые были разделены на 2 группы: I – беременные с ожирением (55 историй родов) и II – беременные с нормальной массой тела (80 историй родов). Обе группы женщин были сопоставимы по возрасту и характеристикам менструальной функции.

В результате проведенных исследований было установлено, что в обеих группах отмечался высокий процент перенесенных инфекционных заболеваний: перенесенные ОРВИ встречались в 80% случаев в обеих группах, во II группе достоверно чаще (53,75%) отмечена заболеваемость ветряной оспой (в I группе – 36,4%).

При анализе структуры соматической патологии было выявлено, что в I группе достоверно чаще (40,0%) встречались сердечно-сосудистые заболевания (во II группе – 20,0%, $p < 0,05$) и заболевания мочевыделительной системы (38,2% и 15,0%, $p < 0,01$). В обеих группах отмечено большое количество беременных с анемией (40,0% и 50,0%).

Бактериологическое исследование отделяемого влагалища выявило высокую частоту колонизации условно-патогенной микрофлорой в обеих сравниваемых группах. При этом у женщин I группы достоверно чаще (21,8%) выявлялся *Str. haemolyticus* (во II груп-

пе – 5,0%), а во II группе – *St. epidermidis* (38,75%, в I группе – 12,7%). Рост грибов рода *Candida* в I группе отмечен в 27,3%, во II группе – в 18,75% ($p > 0,05$).

Течение беременности у женщин I группы достоверно чаще (47,3%) осложнялось развитием раннего токсикоза (во II группе – 13,75%) и гестоза беременных (80,0%, во II группе – 40,0%). С одинаково высокой частотой в обеих группах диагностировались ультразвуковые признаки хронической ФПН (70,9% и 77,5%) и многоводия (10,9% и 7,5%), хронические урогенитальные инфекции отмечены в I группе в 60,0%, во II группе – в 68,75% ($p > 0,05$).

Преждевременные роды произошли у 9,1% женщин I группы и 13,75% женщин II группы ($p > 0,05$), преждевременное излитие околоплодных вод в I группе в 30,9%, во II группе – в 41,25%. Течение родового акта в обеих группах осложнялось развитием аномалий родовой деятельности (76,4% и 70,0%), травмами родовых путей (43,6% и 40,0%) и кровотечениями (12,7% и 23,75%). Осложненное течение родового акта в 43,6% случаев (I группа) и 41,25% (II группа) явилось причиной оперативного родоразрешения путем кесарева сечения.

Новорожденные у матерей в I группе имели достоверно большую массу тела при рождении (3449±96 г), во II группе – 3130±87 г ($p < 0,05$). С одинаковой частотой ($p > 0,05$) в обеих группах встречались обвитие пуповины (16,4% и 22,5%), асфиксия новорожденных (25,5% и 13,75%), РДС (1,8% и 8,75%), дыхательная недостаточность (3,6% и 7,5%), внутриутробное инфицирование (14,5% и 15,0%) и церебральная ишемия (14,5% и 16,25%).

Гистологическое исследование последов в обеих сравниваемых группах выявило высокий процент воспалительных изменений плаценты: мембранит встречался в I группе в 21,8%, во II группе – в 25,0%, фуникулит – в I группе в 9,1%, во II группе – в 3,75%. Достоверно чаще ($p < 0,05$) в I группе развивалась хроническая фетоплацентарная недостаточность (47,3%, во II группе – 28,75%).

Таким образом, проведенное нами исследование выявило достоверно более частое возникновение осложнений беременности у женщин с сочетанием ожирения и инфекции. Можно предположить, что сочетание двух факторов риска у матери приведет к затруднениям адаптации плода в неонатальном периоде, не смотря на сопоставимые показатели состояния здоровья детей при рождении в обеих сравниваемых группах.

ЗАПЛАНИРОВАННАЯ ПЕРЕВЯЗКА МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Канес Е.Б., Зубенко Н.В., Зубенко В.Б.

ГУЗ «Краевой клинический перинатальный центр»,
г. Ставрополь, Россия

Кровотечения остаются по-прежнему одним из наиболее весомых факторов материнской смертности в России, который имеет «непроходящую» значимость на протяжении многих лет. Частота акушерских кровотечений составляет от 3 до 8%. С увеличением количества операций кесарево сечение растёт и процент кровотечений, который в 3-5 раз выше, чем при самопроизвольных родах. По данным МЗ РФ в структуре материнской смертности акушерские кровотечения занимают 22-23%, и снижение этой величины происходит значительно медленнее, чем других причин МС. При детальном изучении причин МС выявлено, что самый высокий процент предотвратимости смертельных исходов (88%) приходится на долю акушерских кровотечений. В группу «особо опасных» по развитию кровотечений можно отнести беременных с тяжёлыми и атипичными формами гестозов. Частота абдоминального родоразрешения этих пациенток, по данным нашего стационара в течение последних трех лет, составляет 56-57% (из них 44-45% составляют запланированные операции и только 10-11% – экстренные). На сегодняшний день установлено, что любое акушерское кровотечение имеет смешанную природу и, наряду с гипотонией, всегда имеет место коагулопатия. Частота интраоперационного кровотечения при родоразрешении пациенток с тяжёлыми формами гестоза в нашем стационаре составила в 2008 году – 29,8%. Наблюдался также 1 случай раннего послеоперационного кровотечения смешанного генеза, потребовавшего релапаротомии, перевязки ВПА и гистерэктомии, 2 случая сформировавшейся гематометры, опорожнённой в послеродовом периоде с помощью ручного метода вакуумаспирации. Разработанная ранее и используемая в нашем стационаре тактика пред- и интраоперационной инфузионной терапии, включающей СЗП, ингибиторы фибринолиза, глюкокортикоиды, а также применяемые во время операции утеротонические средства в ряде случаев не привели к желаемому результату. Появившиеся в последнее время кровесберегающие технологии, к сожалению, не доступны при тяжёлых и атипичных формах гестоза: для аутоплазмодонорства нет времени, гиперволемиическая гемодилюция чревата развитием ОРДС, нормоволемиическая гемодилюция в условиях уже существующего дисбаланса гемостаза может индуцировать активную фазу ДВС- синдрома. Даже реинфузия аутоэритроцитов с помощью аппаратов типа «Cell-Saver» в данном случае является лишь вспомогательной технологией, обеспечивающей с некоторым запозданием восполнение глобулярного объёма крови, устраняя таким образом предпосылки гемической гипоксии, но не обеспечивающей качественного гемостаза и не устраняющей проявлений ДВС синдрома. Единственным реальным

методом остановки интраоперационного кровотечения является хирургический гемостаз. Методом выбора хирургического гемостаза в нашем стационаре является перевязка внутренних подвздошных артерий. Перевязка ВПА позволяет быстро и качественно предотвратить массивную кровопотерю, сохранить детородную функцию. Перевязка ВПА в 2008 году выполнена у 21 пациентки с тяжёлыми и атипичными формами гестозов при абдоминальном родоразрешении. В 14 (67%) случаях – при развившемся кровотечении (с последующей операционной паузой 30-40 минут для оценки качества гемостаза). В 7 (33%) случаях перевязка ВПА выполнена профилактически, что в комплексе со сбалансированной инфузионной терапией позволило значительно сократить предполагаемую кровопотерю (в пределах 900 мл), сохранить репродуктивную функцию и не допустить «развёрнутого» ДВС-синдрома. В эту группу вошли беременные с развившейся эклампсией, HELLP-синдромом, выраженной тромбоцитопенией – менее 70 тыс/мл, многоплодной беременностью, миомой матки больших размеров перед энуклеацией миоматозного узла. Осложнений при выполнении перевязки ВПА в течение последних 1.5 лет не наблюдалось.

Внедрение методики запланированной перевязки ВПА, наряду с рациональной инфузионной терапией и вспомогательными кровесберегающими технологиями позволяют свести к минимуму риск развития массивного акушерского кровотечения, предотвращая таким образом материнскую смертность, значимые осложнения в послеоперационном периоде, а также сохранить репродуктивную функцию и избежать отдалённых последствий острой массивной кровопотери.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО: СКРЫТЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Капустина М.В., Долгиева Л.У., Бурумкулова Ф.Ф.,
Колендо С.А.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский Областной НИИ
акушерства и гинекологии

Цель: оптимизация тактики ведения беременности после ЭКО с учетом гестационных осложнений.

Материалы и методы: проанализировано 100 случаев течения одноплодной беременности после ЭКО.

100 беременным после ЭКО в 1 триместре проведено обследование гормонов щитовидной железы (ТТГ, св.Т4 и АТ-ТПО), и в 21-35 недель гестации проведен глюкозотолерантный тест.

Результаты: У 11 беременных (11%) были выявлены нарушения функции щитовидной железы, из них у 3 – транзиторный тиреотоксикоз (лечение не назначалось, проводилось наблюдение), у 5 – впервые диагностирован субклинический гипотиреоз (было назначено лечение L-тироксином в дозе от 25 до 75мкг в сутки в сочетании с препаратами йода в дозе 200мкг в сутки), у 3 – с аутоиммунным тиреоидитом, диагностированным до беременности, доза L – тироксина была скорректирована. В даль-

нейшем у всех беременных с гипотиреозом достигнута компенсация. При наблюдении в динамике у пациенток с транзиторным тиреотоксикозом уровень гормонов щитовидной железы к середине 2 триместра нормализовался.

Частота гестационного сахарного диабета (ГСД) среди одноплодных беременностей составила 7%, при среднепопуляционной по Московской области 4%. У всех беременных с ГСД отмечались следующие факторы риска: возраст (от 27 до 57 лет) и ожирение (индекс массы тела составил $32 \pm 1.4 \text{ кг/м}^2$). У 3-х беременных наследственность была отягощена по сахарному диабету 2 типа и у 4-х беременных отмечалась артериальная гипертензия. Пациенткам была подобрана индивидуальная диета, которая была эффективна у 5, тогда как 2 беременным к лечению была добавлена инсулинотерапия, показаниями к которой послужила постпрандиальная гипергликемия. Все пациентки проводили самоконтроль гликемии и вели пищевой дневник. Все беременные были родоразрешены в сроке 38-40 недель беременности, родились живые доношенные дети, без видимых пороков развития, без признаков диабетической фетопатии и нарушений функции щитовидной железы.

Выводы: Беременные после ЭКО представляют группу высокого риска по развитию патологии щитовидной железы и ГСД, что требует обязательного проведения у них обследования гормонов щитовидной железы в сроке 8-12 недель беременности и глюкозотолерантного теста в 24-26 недель беременности.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАВШИХ КОНТРАЦЕПТИВЫ И ПРЕПАРАТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Карапетян Л.Г.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ

Актуальность темы: Тромбоэмболические осложнения представляют серьезную проблему современного здравоохранения. Более 25% случаев ТГВ и ТЭЛА связаны с хирургическими вмешательствами и являются одной из главных причин послеоперационной летальности. Риск ВТ существенно возрастает при приеме эстрагенных препаратов, которые повышают продуцирование глобулинов печенью, включая факторы VII, X, фибриноген, протромбина, плазминогена, факторы IX и XII, снижение АТ-III.

Цель: Совершенствование принципов профилактики послеоперационных тромбозов и тромбоэмболических осложнений у гинекологических и онкогинекологических больных.

Материалы и методы исследования: Для достижения поставленной цели нами было обследовано 60 женщин в возрасте от 20 до 70 лет, принимавших гормональную терапию. Эти пациентки составили следу-

ющие клинические группы: I группа (n=30) – пациентки, принимавшие гормональные контрацептивы; II группа (n=30) – пациентки, принимавшие препараты ЗГТ. Отягощенный соматический анамнез отмечался у 40% этих пациенток, при этом доминирующими были метаболический синдром и гипертоническая болезнь.

Контрольную группу составили 30 женщин с отягощенным соматическим анамнезом (53%), не получавших гормональную терапию, при этом доминировали пациентки с варикозным расширением вен и венозной недостаточностью. Пациентки, составившие I и II клинические группы (n = 60), и пациентки контрольной группы (n=30) прошли следующее обследование: определение скрытых генетических и приобретенных дефектов гемостаза, предрасполагающих к тромбофилии. В клинических группах I и II (n=60) отмечалась в анамнезе: у 10% пациенток – дисплазия шейки матки (различной степени тяжести); у 10% – рак шейки матки (I, Ia, Ib ст.); у 5% – атипическая гиперплазия эндометрия, у 5% – эндометриодные кисты правого и левого яичников, у 10% – рак *in situ*, у 5% – миома матки, у 5% – аденомиоз, у 10% – рак тела матки (I, II ст.). У 30 пациенток, составивших контрольную группу, в анамнезе выявлена: у 10% пациенток – дисплазия шейки матки (различной степени тяжести); у 10% – рак шейки матки (I, Ia, Ib ст.); у 5% – атипическая гиперплазия эндометрия, у 5% – эндометриодные кисты правого и левого яичников, у 10% – рак *in situ*, у 5% – миома матки, у 5% – аденомиоз, у 10% – рак тела матки (I, II ст.). В клинических и контрольной группах отмечалась аналогичная онкологическая патология.

Результаты: В результате обследования пациенток, составивших клинические группы (n=60), обнаружено: у 20% – эндогенный гипофибринолиз; у 30% – полиморфизмы, предрасполагающие к гипергомоцистеинемии; у 30% – АФА к кофакторам. Маркеры ДВС-синдрома – у 100% пациенток. В результате обследования у пациенток контрольной группы (n=30) обнаружено также: у 20% – эндогенный гипофибринолиз; у 30% – полиморфизмы, предрасполагающие к гипергомоцистеинемии; у 30% – АФА к кофакторам. Маркеры ДВС-синдрома – у 100% пациенток. Сочетанная и мультигенная формы тромбофилии обнаружены у 60% пациенток, составивших клинические группы и у 70% пациенток контрольной группы.

Закключение: После получения результатов обследования, нами были определены группы риска по возникновению тромбоэмболических осложнений. Мы руководствовались как наличием скрытых тромбоэмболических дефектов (генетических и приобретенных тромбофилии), так и уровнем маркеров ДВС – синдрома. Всем пациенткам назначалась антикоагулянтная терапия в зависимости от фонового состояния свертывающей системы крови. Эффективность антикоагулянтной терапии оценивался при динамическом контроле маркеров ДВС – синдрома на 2,5,7,14 сутки послеоперационного периода, с последующим контролем маркеров ДВС – синдрома в течение месяца после выписки из стационара. У пациенток как клинических, так и контрольной группы отмечалось благоприятное течение послеоперационного периода без тромбоэмболических осложнений, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

ТЕРАПИЯ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ПЕРЕД РОДАМИ

Карапетян Т.Э., Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л.

Россия, г. Москва, ФГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Актуальность: Клинические исследования показали необходимость терапии кандидозного вульвовагинита во время беременности и санацию родовых путей перед родами, так как это заболевание может быть причиной таких осложнений, как преждевременное прерывание беременности, хориоамнионит, интранатальное инфицирование ребенка и др.

Цель: Оценка эффективности и безопасности применения вагинальных таблеток «Кандид-500», однократно, для санации родовых путей перед родами при вагинальном кандидозе.

Материалы и методы исследования: Обследовано 30 беременных в возрасте от 18 до 35 лет. Диагноз вагинального кандидоза был установлен на основании клинических проявлений и микроскопическом исследовании влагалищной флоры, бактериологического исследования. Состояние микроценоза влагалища определяли с помощью микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Граму, и культурального исследования содержимого влагалища на факультативно-анаэробные бактерии, грибы и лактобациллы. Всем женщинам после клинико-лабораторной диагностики был назначен препарат «Кандид-500» интравагинально по 1 таблетке. «Кандид-500» – противогрибковый препарат широкого спектра действия, производное имидазола, нарушает синтез эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны грибов, что вызывает изменение ее свойств и приводит к лизису клетки. Препарат активен в отношении дерматофитов, *Trichomonas vaginalis*, дрожжевых и дрожжеподобных грибов, а также некоторых штаммов грамположительных бактерий (*Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Corynebacterium minutissimum*) и грамотрицательных бактерий (*Bacteroides* spp., *Gardnerella vaginalis*).

Результаты исследования: Большинство больных – 24 (80%) пациентки – предъявляли жалобы на умеренные бели, которые оценивались двумя баллами, 18 (60%) пациенток отмечали выраженные выделения, соответствующие 3 баллам. Умеренный зуд во влагалище (2 балла) отмечали 10 (33,3%) женщин, сильный (3 балла) – 2 (6,6%) пациентки. Субъективные симптомы кандидоза не всегда коррелировали с его клиническими проявлениями. При гинекологическом осмотре такие воспалительные изменения, как гиперемия, отечность слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки умеренной степени (2 балла) отмечались у 20 (66,7%) пациенток, легкой степени (1 балл) – у 10 (33,3%) женщин. Бактериологическое исследование у пациенток с ВВК показало, что у всех беременных до лечения были обнаружены грибы рода *Candida* в титре выше 5-6 lg КОЕ/мл. Наличие только *Candida albicans* установлено у 11 (36,6%) больных, наличие сочетания *Candida albicans* с *Candida glabrata* – у 5 (16,6%) и *Candida albicans* с *Candida* spp. – у 14 беременных (46,6%).

У 90% женщин было отмечено клиническое выздоровление и у 93,3% женщин – микологическое излече-

ние, повторные курсы терапии потребовались 2 (6,7%) женщинам с оставшимися слабовыраженными клиническими симптомами вульвовагинального кандидоза. Рецидивов заболевания и побочных эффектов терапии не было отмечено ни в одном случае. Необходимо также отметить удобство применения вагинального препарата «Кандид-500», а также отсутствие его влияния на состояние плода. Все беременные, участвовавшие в исследовании высоко оценили удобство и комфорт терапии вагинальным препаратом «Кандид 500».

Выводы: Высокая эффективность, переносимость и безопасность терапии вагинальным препаратом «Кандид-500», а также, экономические аспекты терапии, то есть доступная цена препарата и возможность однократного приема, позволяет рекомендовать терапию вагинальными таблетками «Кандид-500» в качестве эффективного метода лечения кандидозного вульвовагинита в 3 триместре беременности, особенно для санации родовых путей перед родами при рецидивирующем течении заболевания.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В

Кастравец И.Ю.

Республика Молдова, г. Кишинев, ГУМФ им. Тестемицану

Актуальность темы. При населении 3,5 млн. жителей, в Республике Молдова ежегодно регистрируется 3700 новых носителей HBsAg. Отмечена повышенная частота носительства HBsAg у женщин репродуктивного возраста, что ведет к частому выявлению его у беременных и родильниц (по данным отечественных работ 0,5%). Носительство вирусного гепатита В у беременных играет большое медико-социальное значение в связи с частыми осложнениями во время беременности и родов.

Согласно данным некоторых авторов у носительниц HBsAg чаще отмечается патология прикрепления плаценты и фето-плацентарная недостаточность, причиной которой является нарушения микроциркуляции. Достаточно часто течение таких беременностей осложняется гестозом, преждевременными родами, кровотечениями во время беременности и родов.

Цель исследования. Определить течение беременности и родов, а так же репродуктивные потери у женщин с хроническим вирусным гепатитом В.

Материалы и методы: Обследовано 596 беременных женщин которые родили в период с 2004 по 2007 год в Муниципальной Клинической Больнице №1 г. Кишинева. Частота носительства HBsAg составила 1,67% относительно к данным литературы 0,1-0,5%. I группа – составила 446 родильниц носительниц HBsAg, II группа – 150 здоровых родильниц. Средний возраст обследованных составил 28±10 лет. Первобеременными были – 351 обследованных, повторно беременными и повторнородящими – 245. Все женщины перенесли в анамнезе острый вирусный гепатит В легкого и среднетяжелого течения. Диагноз устанавливался на основании анамнестических, эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Верификация вирусного гепатита осуществля-

лась путем обнаружения в крови маркеров: HBsAg, HBeAg, anti HBcor IgM.

Результаты исследования: ХВГВ характеризовался минимальной или слабовыраженной активностью процесса у 40% женщин, у остальных синдром цитолита отсутствовал. Цифры АЛТ и АСТ превышали норму в 1,5-2 раза, содержание билирубина было повышено в основном за счет прямого, повышение щелочной фосфатазы. Беременность протекала с осложнениями в 58,9 ± 2,3% в виде: анемии (8,74 ± 1,3%), обострения хронического пиелонефрита (8,07 ± 1,2%), маловодия (1,35 ± 0,5%), многоводия (4,71 ± 1,0%), дерматоза беременных (5,38 ± 0,2%), гипотрофии плода (3,8 ± 0,9%) и фето-плацентарной недостаточности I-II степени (10 ± 2,0%) подтвержденной Доплерометрией. В контрольной группе частота этих осложнений была в 2 раза меньше чем в исследуемой группе. Было зарегистрировано по одному случаю HELLP – синдрома и преэклампсии в исследуемой группе и ни одного случая в контрольной группе. В 37,8 ± 3,1% случаев роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, в 4,48 ± 1,1% – первичной и вторичной родовой слабостью, в 2,03 ± 0,8% острой гипоксией плода, в 1,57 ± 1,1% осложнились гипотоническим кровотечением, в связи с чем был произведен инструментальный контроль. В группе контроля данные осложнения встречались в 1,5-2 раза реже. Результаты исследования позволили установить что в I группе в 15,8 ± 3,0% были рождены дети с массой 2500-3000 г, во II группе – 11,9 ± 2,6%.

Все новорожденные были вакцинированы в первые 2 часа.

Выводы. Таким образом наше исследование показало что ХВГВ встречается достаточно часто у беременных женщин Республики Молдовы; беременные женщины страдающие ХВГВ составляют группу риска по развитию гестозов, гипотрофии плода, кровотечений в третьем периоде родов даже при наличии минимальной или слабовыраженной активности процесса.

Вышесказанное указывает на необходимость дальнейшего исследования данной патологии.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТКАМИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ НАРУЖНОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Каштанова Т.А., Петрова М.М., Михайлов А.В.

Россия, Санкт-Петербург, СПбГУЗ «Родильный дом № 17», СПбГУ, СПбГМА

Субъективная оценка качества и удовлетворенности пациента предложенным методом лечения является весьма значимым критерием, определяющим успешность последующего внедрения нового метода в клиническую практику. Таким образом, одной из целей исследования клинического применения операции наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании в конце третьего триместра

беременности стало изучение субъективного опыта пациенток как при выполнении операции, так и при последующем их родоразрешении.

Материалы и методы: в рамках проведения проспективного рандомизированного исследования по оценке клинического применения операции наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании в конце третьего триместра в 2005 -2008 г., было осуществлено анкетирование 26 пациенток, пожелавших принять участие в данном фрагменте исследования.

В число опрошенных вошли 17 пациенток основной группы, у которых производился наружный поворот плода на головку, и 9 пациенток группы сравнения, у которых операция не применялась. При этом среди опрошенных пациенток основной группы операция была эффективна в 58,82% случаев.

Пациентками основной группы операция была расценена как безболезненная чаще (58,82%), чем как болезненная (41,18%), что является значимым клиническим показателем так, как применение анестезии при беременности не желательно, поскольку связано с риском развития осложнений, как со стороны матери, так и плода. Операция чаще расценивалась как безболезненная повторнородящими, чем первородящими пациентками, что, вероятно, можно связать с меньшей ригидностью мышц передней брюшной стенки у повторнородящих женщин, чем у первородящих, и, в свою очередь, приводит среди них к большей частоте успешных попыток проведения операции наружного поворота плода на головку. Пациентки, у которых операция была эффективна, считали, что роды у них протекали легко в 60% случаев. Абсолютное большинство всех опрошенных женщин, у которых проводилась операция наружного поворота плода на головку, оценили свой опыт от её проведения как положительный. При этом все пациентки, у которых операция была эффективна, были удовлетворены лечением, а также считали правильным предлагать беременным с тазовым предлежанием плода проведение наружного акушерского поворота и согласились бы еще раз на проведение операции. Интересно отметить, что большинство пациенток (71,43%), у которых операция была не эффективна, также оценили свой опыт, как положительный. Большинство пациенток (76,92%), участвовавших в опросе, считали правильным предлагать беременным при наличии тазового предлежания плода проведение операции наружного поворота плода на головку.

Выводы: большинство пациенток, вошедших в исследование, были удовлетворены предложенным им методом лечения; большинство пациенток расценили проведение операции как безболезненное, при этом чаще операция признавалась безболезненной повторнородящими пациентками; хотя родоразрешение через естественные родовые пути является несомненно физически и эмоционально более трудным для пациентки, чем оперативное родоразрешение, женщины, у которых наружный поворот был эффективен и роды происходили через естественные родовые пути, были чаще удовлетворены методом родоразрешения, чем те у которых манипуляция не удалась и родоразрешение проводилось путем опера-

ции кесарева сечения; большинство пациенток, вошедших в исследование, считали правильным предлагать беременным с тазовым предлежанием плода проведение наружного поворота плода на головку и были удовлетворены предложением проведения данной акушерской манипуляции.

ОСОБЕННОСТИ РЕРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОК С НАЛИЧИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Каюкова С.И., Макаров О.В.

*Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «РГМУ» Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
ГУ «ЦНИИТ» РАМН*

Актуальность исследования: В настоящее время в России эпидемическая ситуация с туберкулезом продолжает оставаться напряженной. Туберкулез женских половых органов составляет в структуре общей заболеваемости туберкулезом 0,8-1,1%, а в структуре внелегочного туберкулеза – 44%. Среди больных хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы генитальный туберкулез диагностируется в 10-15% случаев, а среди женщин, страдающих бесплодием, достигает 15-25%.

Цель настоящего исследования – изучить особенности репродуктивного здоровья у пациенток с наличием туберкулеза женских половых органов на современном этапе.

Материалы и методы: За период 2004-2008гг. на базе гинекологического отделения Московского областного стационара внелегочного туберкулеза было проведено обследование и лечение 130 пациенток. Выделены две группы: 1-ая группа – 79 пациенток с наличием туберкулеза женских половых органов; 2-ая группа – 51 женщина, у которых туберкулезная этиология гинекологической патологии не подтвердилась. Всем пациенткам было проведено традиционное и специализированное обследование, включающее: изучение данных анамнеза, гистеросальпингографию, определение уровня женских половых гормонов в сыворотке крови, выявление урогенитальных инфекций (УГИ) методом ПЦР.

Результаты и обсуждение: При анализе структуры гинекологического анамнеза установлено, что пациентки 1-ой группы чаще страдали бесплодием – 51(64,6%) и хроническим сальпингитом – 29 (36,7%) по сравнению с женщинами 2-ой группы – 24 (47,1%) и 15 (29,%) соответственно. Анализ гистеросальпингограмм среди женщин 1-ой группы показал, что тяжелые функционально – анатомические изменения маточных труб чаще выявлялись среди женщин 1-ой группы – 25 (31,6%) по сравнению с таковыми во 2-ой группе – 9 (17,6%).

Среди женщин 1-ой группы нарушение менструального цикла чаще развивались по типу «олигодисменореи» – 8 (42,1%). Причинами подобных нарушений являлись гиперандрогения – 15 (78,9%) с повышенным содержанием общего тестостерона (до

10,91±1,8 нмоI/л) в сыворотке крови – 10 (52,6%) и андрогенных фракций в стероидном профиле мочи – 5 (26,3%), а также недостаточность лютеиновой фазы – 5 (НЛФ) (26,3%) с низким уровнем прогестерона (0,7±0,1 нмоI/л). У пациенток 2-ой группы нарушение менструального цикла чаще проявлялось в виде «гиперполименореи» – 10 (83,3%).

В структуре УГИ среди больных 1-ой группы преобладали *Gardnerella vaginalis* (22,2%), *Candida albicans* и HSV II типа (по 18,5% соответственно). В структуре УГИ пациенток 2-ой группы чаще регистрировались: *Ureaplasma urealyticum* (46,2%), *Gardnerella vaginalis* (30,8%), *Chlamidia trachomatis* (23,1%).

Выводы:

1. У женщин, больных генитальным туберкулезом отмечается отягощенный гинекологический анамнез в виде: длительного бесплодия; наличия хронических воспалительных заболеваний придатков матки, плохо поддающихся неспецифической антибактериальной терапии.

2. Установлены возможные клинические и лабораторные маркеры генитального туберкулеза: нарушение менструального цикла по типу олигодисменореи, развившееся на фоне гиперандрогении и сочетание туберкулезного процесса с микст – инфекцией урогенитального тракта (*Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, HSV II, HPV 16-18 типов). Выявленные маркеры целесообразно учитывать в диагностике туберкулеза женских половых органов.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Кесова М.И., Климанцев И.В., Мартынов А.И.,
Болотова О.В., Санникова М.В.,
Амирасланов Э.Ю., Кан Н.Е.**

*ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии
и перинатологии им. В.И. Кулакова*

Особенностью современного акушерства является значительный рост абдоминального родоразрешения. Так, в России частота кесарева сечения в среднем составляет 15–16%, достигая 30–40% в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению. В последние годы все большее значение в развитии патологических состояний и заболеваний отводится недифференцированным формам дисплазии соединительной ткани (нДСТ), представляющей собой многоуровневый процесс, связанный как с количественными, так и с качественными изменениями основных ее структур. Последняя, несомненно, отрицательно сказывается на течении беременности, родов и послеродового периода, что обуславливает актуальность проведения исследований по изучению особенностей течения беременности и родов при нДСТ и рубце на матке.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных у женщин с нДСТ и рубцом на матке.

Материал и методы исследования:

В исследование были включены 90 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет с рубцом на матке после операции кесарева сечения, которые были разделены на I (основную) и II (сравнения) группы. Критериями включения в основную (45 пациенток) группу были наличие признаков нДСТ. Группа сравнения была сформирована из 45 пациенток без или с минимальными проявлениями нДСТ.

Результаты исследования: Большинство беременных, включенных в исследование, были в возрасте от 24 до 35 лет; средний возраст по группам составил соответственно $33,0 \pm 6,2$ и $34,1 \pm 8,3$ лет. Анализ массо-ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявил. В соматическом анамнезе у беременных обеих групп отмечена высокая частота перенесенных вирусных инфекций с преобладанием сочетания последних во II группе ($P > 0,05$).

У пациенток обеих групп отмечены в анамнезе перенесенные ранее гинекологические заболевания. У пациенток основной группы чаще отмечались эктопия шейки матки ($32,8 \pm 6,2\%$ и $25,0 \pm 7,7\%$, соответственно, $P < 0,05$) и кольпит ($17,2 \pm 4,9\%$ и $3,1 \pm 3,0\%$, $P < 0,05$), а в группе сравнения – аднексит ($25,0 \pm 7,6\%$ и $10,3 \pm 3,9\%$, $P < 0,05$), и эндометриоз ($12,5 \pm 5,8\%$ и $6,9 \pm 3,2\%$, соответственно). При проведении бактериологических и молекулярно-биологических методов исследования было установлено достоверное превалирование среди возбудителей ВПГ ($18,8 \pm 6,9\%$ и $10,3 \pm 3,9\%$, соответственно), и ЦМВ ($12,5 \pm 5,8\%$ и $3,4 \pm 2,4\%$, соответственно) во II группе, в то время как в основной группе чаще выявляли уреоплазмы ($8,6 \pm 3,7\%$ и $6,3 \pm 4,3\%$, $P > 0,05$). Все обследованные женщины были повторнородящими, что было обусловлено критериями включения в исследование. В обеих группах каждая третья пациентка указывала на искусственное прерывание беременности в анамнезе. Однако поздние самопроизвольные выкидыши отмечались только у пациенток с нДСТ ($5,2 \pm 2,9\%$, $P < 0,01$). Угроза прерывания в I триместре достоверно чаще осложняла течение беременности у пациенток с нДСТ ($34,5 \pm 6,2\%$ и $25,0 \pm 7,6\%$, соответственно), кроме того отслойка хориона имела место только у пациенток с нДСТ. Также достоверно чаще угроза прерывания в III триместре, преэклампсия и плацентарная недостаточность ($P < 0,05$) отмечались в основной группе. Следует отметить более высокую частоту патологии околоплодных вод (многоводие) при нДСТ. У всех пациенток имелся рубец на матке после операции кесарева сечения, что и явилось критерием включения их в исследование. Следует отметить, что при ультразвуковом исследовании признаки несостоятельности рубца матке в виде истончения до 1-1,5 мм чаще выявляли в группе нДСТ ($36,2\%$ и $21,9\%$, соответственно).

У всех женщин родоразрешение произошло путем операции кесарева сечения. Течение послеоперационного периода у пациенток с нДСТ достоверно чаще осложнялось гематометрой по поводу чего проводилась вакуум-аспирация полости матки с назначением антибактериальной терапии.

Гестационный возраст к моменту рождения колебался в пределах 37-40 недель. Масса доношенных новорожденных I и II групп составила соответствен-

но $3121,4 \pm 124,0$ г и $3230,1 \pm 134,3$ г, длина $49,7 \pm 1,2$ и $50,3 \pm 1,4$ см. Массо-ростовые показатели новорожденных с нДСТ были несколько ниже, в отличие от группы сравнения, однако соответствовали норме. Осложненное течение периода адаптации наблюдалось нами у большинства новорожденных с проявлениями нДСТ. У 1/3 новорожденных этой группы имела место желтуха. В 2 раза чаще отмечался кожно-геморрагический синдром ($P < 0,05$). Также чаще отмечались гемолитическая болезнь новорожденных и патологические проявления со стороны ЦНС гипоксически-ишемического генеза.

Из вышеизложенного следует, что у пациенток с клиническими проявлениями нДСТ отмечаются достоверно более частое осложненное течение беременности и раннего неонатального периода. Выявленная высокая частота несостоятельности рубца на матке у пациенток с нДСТ обуславливает целесообразность выделения последних в группу риска, и диктует необходимость дальнейших исследований по выявлению прогностических критериев несостоятельности рубца на матке.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОВЕДЕНИЯ СЫВОРОТЧНОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

Кирилюк И.Н., Воронин С.В., Захарова Е.Н., Пугачева Н.М.

Россия, г. Владивосток, ГУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (материнства и детства) ДЗ ПК, ООО «Юнилаб» независимая лаборатория

В 2008 году по данным государственной статистики на территории Приморского края количество родов составило 22 511. Удельный вес хромосомной патологии (ХП) и врожденных пороков развития (ВПР) был около 1,7%.

В независимой лаборатории «Юнилаб» пренатальный биохимический скрининг проводится на автоматическом иммунохемилюминесцентном анализаторе «Immulite-2000», для оценки риска патологии плода используется сертифицированная компьютерная программа «Prisca». За 6 месяцев 2009 г. в лаборатории обследовано 2 680 беременных женщин и по результатам исследований были выявлены: 2 плода с трисомией по 18 паре хромосом, 2 плода – с трисомией по 21 паре хромосом (синдром Дауна (СД)), 2 плода с ВПР центральной нервной системы, 2 плода с множественными ВПР. Все случаи подтверждены инвазивными методами пренатальной диагностики.

Однако пренатальная диагностика СД по-прежнему остаётся самой сложной в условиях биохимического скрининга. Пациентка Ш., 29 лет прошла комплексное обследование в I и II триместрах беременности: в 13 недель – PAPP – 0,9 МОМ, В-ХГЧ свободный – 3,28 МОМ – биохимический риск СД 1/328; во II триместре показатели биохимических маркеров следующие: В-ХГЧ свободный – 2,87 МОМ, АФП – 1,2 МОМ, свободный эстриол – 0,9 МОМ – биохимический

риск СД 1/434. При УЗИ обследовании в I и II триместрах беременности эхомакеры хромосомных аномалий не выявлены. В данном случае постнатально выявлен аномальный транслокационный кариотип СД 46, ХУ, del (14, 21) (q10; q10) +21. Анализ этого случая полностью подтверждает рекомендации НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта (Современные алгоритмы пренатальной диагностики наследственных болезней, 2009 г.) о том, что пациентам с пограничными значениями риска СД в ходе II триместра беременности должно быть обязательно предложено УЗИ 2-го уровня (специализированное, или экспертное УЗИ). Ультразвуковая корректировка риска ХП в данном случае основана на поиске, как основных аномалических дефектов, так и вспомогательных маркеров анеуплоидий, а также выявлении стойких функциональных нарушений.

Повысить эффективность пренатального биохимического скрининга удастся при соблюдении следующих правил: в лаборатории по каждому из показателей проводится не менее 3 тыс. исследований в год у женщин с точно определенным сроком беременности, что позволяет оценить правильность (стабильность) используемых медиан; проведение ежедневно внутрилабораторного контроля качества с использованием как контрольных материалов производителя, так третьей стороны (Bio-Rad). Обязательное участие во внешних программах оценки качества измерений – ФСВОК, EQAS; анализ случаев пре- и постнатального выявления хромосомной патологии, врожденных пороков развития.

Таким образом, биохимический скрининг позволяет эффективно выявлять плоды с хромосомной патологией и врожденными пороками развития, только при использовании анализаторов закрытого типа с автоматизированной оценкой риска (что позволяет снизить долю ложноположительных и ложноотрицательных результатов), обязательно проведение мониторинга эффективности скрининга, тесное взаимодействие всех служб (клинико-лабораторной, ультразвуковой диагностики, акушерско-гинекологической, медико-генетической и других).

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО АПОПТОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ

**Кирсанов А.Н., Посисеева Л.В.,
Анциферова Ю.С., Сотникова Н.Ю.**

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия

Известно, что одними из основных причин нарушения репродуктивной функции женщин являются трубно-перитонеальный фактор и наружный генитальный эндометриоз. По данным литературы у 30-

85% женщин, страдающих бесплодием, имеет место трубно-перитонеальный фактор, а наружный генитальный эндометриоз диагностируется у 30-40% женщин с бесплодием неясной этиологии. Показано, что нарушение апоптоза оказывает негативное влияние на течение различных этапов репродуктивных процессов, включая фолликулогенез, оплодотворение, развитие эмбриона, формирование плаценты и т.д. К настоящему времени получены данные, свидетельствующие об угнетении апоптоза эндометриальных клеток аутопического и эктопического эндометрия у женщин с наружным генитальным эндометриозом. Однако остается не изученным, в какой мере эти изменения апоптоза при наружном эндометриозе связаны с нарушением репродуктивной функции женщин. Нет данных о характере регуляции апоптоза у бесплодных женщин, причиной нарушения фертильности у которых является трубно-перитонеальный фактор. Показано, что данная форма бесплодия связана с хламидийным инфицированием женщин, которое приводит к нарушениям апоптоза инфицированных клеток. Развитие бесплодия во многих случаях связано с иммунными изменениями, поэтому изучение особенностей иммунного апоптоза может дать важную информацию о патогенетических механизмах, определяющих нарушение фертильности. В связи с этим, целью данной работы было установить закономерности изменения иммунного апоптоза и его регуляции на системном и локальном уровне у бесплодных женщин с наружным генитальным эндометриозом и трубно-перитонеальным фактором. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь и перитонеальная жидкость 27 женщин с бесплодием, ассоциированным с трубно-перитонеальным фактором, 37 бесплодных женщин с наружным генитальным эндометриозом, 15 женщин с наружным эндометриозом и ненарушенной фертильностью (группа сравнения) и 28 здоровых фертильных женщин (контрольная группа). Уровень экспрессии CD95 и CD95L молекул на поверхности лимфоцитов и моноцитов/макрофагов периферической крови и перитонеальной жидкости оценивали с помощью моноклональных антител методом проточной цитометрии. Параллельно оценивали содержание трансформирующего фактора роста $\beta 1$ (TGF $\beta 1$) в сыворотке крови и в перитонеальной жидкости методом ИФА. Было установлено, что для женщин с бесплодием, обусловленным как трубно-перитонеальным фактором, так и наружным генитальным эндометриозом, было характерно повышение в перитонеальной жидкости содержания макрофагов, экспрессирующих на своей поверхности Fas молекулы. Отличительной чертой группы женщин с трубно-перитонеальным бесплодием явилось повышение количества CD95+ перитонеальных лимфоцитов. У женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом, также как и у женщин с эндометриозом и ненарушенной фертильностью, нами отмечалось значительное снижение уровня периферических CD95+ лимфоцитов. Кроме того, у данных пациентов было выявлено угнетение экспрессии CD95L молекул на поверхности фагоцитарных клеток периферической крови и перитонеальной жидкости. Женщины с наружным генитальным эндометриозом вне зависимости от состояния их репродуктивной

функции характеризовались достоверным повышением по сравнению с показателями здоровых фертильных женщин сывороточного содержания одного из важных регуляторов апоптоза – TGFβ1. Значительных изменений продукции TGFβ1 у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием нами выявлено не было. Таким образом, развитие бесплодия при трубном факторе и наружном генитальном эндометриозе происходит на фоне изменения функционального состояния перитонеальных макрофагов, что проявляется повышением их готовности к апоптозу и может быть следствием высокого уровня активации данной клеточной популяции. При трубно-перитонеальном бесплодии на локальном уровне активированы не только макрофаги, но и лимфоциты, что позволяет говорить об активации реакций как врожденного, так и адаптивного иммунитета на локальном уровне при данной форме бесплодия. У женщин с наружным генитальным эндометриозом отмечаются значительные нарушения иммунного апоптоза и его регуляции, которые в одинаковой степени проявляются как у бесплодных, так и у фертильных женщин. Для всех пациенток с наружным генитальным эндометриозом вне зависимости от состояния их репродуктивной функции характерно снижение апоптоз-индуцирующей функции периферических и перитонеальных фагоцитов и повышенное содержание TGFβ1 в сыворотке крови. Выявленные изменения могут приводить к нарушению распознавания и элиминации измененных аутологических клеток фагоцитами и лежать в основе механизмов формирования эндометриоидных очагов, но не нарушения репродуктивной функции женщин с наружным генитальным эндометриозом.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕСТОЗА И ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ

**Кичеева В.А., Кипяткова Н.Г.,
Овчинникова А.Н., Денисова Т.Б.**

Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов

Гестоз и задержка развития плода (ЗРП) – основные причины материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В отношении прогностической значимости изменений кровотока в маточных артериях (МА) высказываются противоположные мнения. Подвергается большому сомнению ценность доплерометрии во втором триместре беременности для определения групп высокого риска для определения групп высокого риска развития гестоза и ЗРП, вследствие появления информации о самопроизвольной нормализации кровотока в МА по мере увеличения срока гестации.

Цель исследования: оценить возможность прогнозирования гестоза и ЗРП с помощью доплерометрического исследования кровотока в МА.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 80 женщин, средний возраст которых колебался от 25 до 34 лет. Наибольший процент составили женщины старше 30 лет (80,1 %). Ультразвуковое исследование проводилось трансабдоминальным датчиком в 11 – 13 недель и 19 – 22 недели с использованием УЗ – аппарата ALOKA SSD-1700 с доплерометрическим блоком. Допплерометрическая оценка кровотока осуществлялась в обеих маточных артериях. Критериями нарушения маточно-плацентарного кровотока (МПК) определены значения индекса пульсации (ИП) МА и наличие диастолической выемки в фазу ранней диастолы.

Результаты. В первом триместре снижение ИП и наличие диастолической выемки в фазу ранней диастолы наблюдались у женщин, впоследствии развивших гестоз с ЗРП – 7 женщин (8,75 %), гестоз без ЗРП – 6 женщин (7,5 %) и задержку развития плода – 3 женщины (3,75 %). В контрольную группу вошли 64 женщины с физиологически протекающей беременностью. В группах с осложненной беременностью наиболее часто наблюдалась персистенция диастолической выемки (30 % случаев), тогда как в группе контроля она выявлена в 8 % случаях. Нарушение кровотока в первом триместре и его улучшение во втором были отмечены при беременности, осложненной ЗРП и гестозом в 14 % случаев, при нормально протекающей беременности эти изменения отмечены в 4 %. Нормальные показатели кровотока, зарегистрированные в 1-м триместре ухудшились во втором при патологически протекающей беременности в 13 % случаев и при физиологической беременности в 4 %. Персистенция патологического ИП в 1-м и во 2-м триместрах позволила определить группу высокого риска по развитию акушерских осложнений.

Закключение. Последовательный анализ изменений кровотока в маточных артериях в 1-м и во 2-м триместрах коррелирует с последующим развитием гестоза и ЗРП. Раннее выявление беременных высокого риска позволит своевременно начинать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение маточно-плацентарного кровотока, что в свою очередь, даст возможность улучшить исходы родов.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

**Климанцев И.В., Кесова М.И., Болотова О.В.,
Мартынов А.И., Кан Н.Е.**

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова

В последнее время все больший интерес вызывает проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ), что обусловлено увеличением выявляемости пациентов с данной патологией. Так, по данным Г. И. Нечаевой и соавт. (1997), от 74 до 85% детей школьного возраста имеют различные признаки ДСТ. Следует отметить, что принято различать две группы патологии соеди-

нительной ткани. К первой группе относят дифференцированные ДСТ, имеющие определенный тип наследования, чаще – аутосомно-доминантный, и четко очерченную клиническую симптоматику: синдром Марфана, Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез и др., встречающиеся редко и относящиеся к коллагенопатиям. Ко второй – недифференцированные дисплазии соединительной ткани (НДСТ), которые выделяют как нозологически самостоятельный синдром ДСТ полигенно-мультифакториальной природы. Последний проявляется внешними фенотипическими признаками и диспластическими изменениями соединительной ткани с клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов. Причиной развития ДСТ могут быть как генетические дефекты, так и нарушения онтогенеза, вызванные воздействием внешних мутагенных факторов во время беременности.

Большое значение в современном акушерстве имеет плацентарная недостаточность (ПН), представляющая собой симптомокомплекс, при котором возникают различные нарушения как со стороны плаценты, так и плода вследствие различных заболеваний и акушерских осложнений. На начальном этапе развития ПН перечисленные клинические признаки могут быть выражены слабо или отсутствовать. ПН является частым осложнением беременности, сопровождается гипоксией, задержкой развития плода, нарушением функции и структуры его жизненно важных органов и является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Разнообразие вариантов проявления плацентарной недостаточности, частота и тяжесть осложнений для беременной и плода, преобладающее нарушение той или иной функции плаценты зависят от срока беременности, силы, длительности и характера воздействия повреждающих факторов, а также от стадии развития плода и плаценты, степени выраженности компенсаторно – приспособительных возможностей системы мать-плацента- плод. Как известно, уже начиная со второй недели беременности в первичные ворсины врастает соединительная ткань с формированием вторичных ворсин. А с третьей недели происходит васкуляризация ворсин и превращение последних в третичные, содержащие сосуды. Соединительнотканная же строма ворсин представлена сетью коллагеновых волокон и клеточных элементов в виде фибробластов и гистиоцитов.

Принимая во внимание вышеуказанное, а также системность проявлений нДСТ, актуальным является проведение работ по изучению особенностей состояния ФПК у пациенток нДСТ.

НАРУШЕНИЕ ПРОДУКЦИИ ФАКТОРОВ РОСТА ПРИ ФПН

Климов В.А.

Украина, Луганск, Луганский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Факторы роста – биологически активные соединения, стимулирующие или ингибирующие деление и дифференцировку различ-

ных клеток и являющиеся основными переносчиками митогенного сигнала клетки. Такие важные физиологические процессы, как рост, дифференцировка, инвазия и миграция трофобласта, регулируются местными факторами роста. Основными факторами роста в системе мать – плацента – плод являются фактор роста плаценты (ФРП), инсулиноподобный фактор роста (ИФР), сосудисто – эндотелиальный фактор роста (СЭФР).

Цель исследования – изучение значения нарушения продукции факторов роста в развитии плацентарной недостаточности в различные сроки беременности.

Материалы и методы исследования. В основную группу вошли 225 беременных с плацентарной недостаточностью (ПН). Диагноз плацентарной недостаточности устанавливался на основании клинического, лабораторного, инструментального и морфологического исследования. У пациенток основной группы проведено исследование уровня факторов роста (фактор роста плаценты, сосудисто – эндотелиальный фактор роста, рецепторы к сосудисто – эндотелиальному фактору роста 1- го и 2 – го типа, ангиогенин, ангиопоэтин – 2, инсулиноподобный фактор роста) в сыворотке крови с использованием метода твердофазного иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител фирмы “Amersham pharmacie biotech” (Великобритания). Контрольную группу составили 50 пациенток с физиологическим течением беременности.

Результаты исследования. ФРП обладает ангиостимулирующим, пролиферативным и миграционно – стимулирующим эффектами, оказывает выраженный пролиферативный эффект на эндотелиоциты, обеспечивает пролиферацию вневорсинчатого трофобласта. Уровень фактора роста плаценты в основной группе – $192,6 \pm 24,7$ пг/мл, в контрольной группе – $444,5 \pm 33,5$ пг/мл. Обращает на себя внимание наиболее низкий уровень ФРП при первичной ПН, диагностируемой с 20 – 24 недель гестации. СЭФР является потенциальным митогеном для эндотелиоцитов, оказывает сильное влияние на проницаемость сосудов, является мощным ангиогенным белком, принимает участие в процессах неоваскуляризации при гипоксии. Содержание СЭФР в основной группе – $5,3 \pm 0,2$ пг/мл, в контрольной группе – $3,8 \pm 0,3$ пг/мл. Достоверное увеличение уровня СЭФР представляется возможным объяснить компенсаторной реакцией, направленной на усиление процессов ангиогенеза в системе мать – плацента – плод. Система сосудисто – эндотелиального фактора роста неоднородна. Существует два типа рецепторов к сосудисто – эндотелиальному фактору роста. При стимуляции рецепторов 1 – го типа происходит стимуляция процессов ангиогенеза, роста и функции эндотелия. Концентрация рецепторов к СЭФР 1-го типа в основной группе – $10,0 \pm 1,5$ пг/мл, в контрольной группе – $15,4 \pm 2,3$ пг/мл. Это представляется возможным объяснить компенсаторной реакцией в ответ на нарушения кровообращения в системе мать – плацента – плод. Стимуляция рецепторов 2 – го типа приводит к ингибированию ангиогенеза, развитию эндотелиальной дисфункции. Концентрация рецепторов к СЭФР 2 – го типа в основной группе – $126,4 \pm 6,3$ пг/мл, в контрольной группе – $94,8 \pm 3,1$ пг/мл. Посредником между СЭФР и рецепторами 1 – го типа выступает бе-

лок ангиопоэтин – 2, являющийся инициатором ангиогенного сигнала. Уровень ангиопоэтина – 2 в основной группе – $645,9 \pm 42,4$ нг/мл, в контрольной группе – $356,8 \pm 34,1$ нг/мл. Достоверное увеличение ангиопоэтина – 2 связано с активацией системы СЭФР, направленной на компенсацию эндотелиальной дисфункции в фетоплацентарном комплексе. Посредником между СЭФР и рецепторами 2 – го типа выступает протеин ангиогенин, связывающийся с актином клеток и способствующий разрушению базальной мембраны эндотелиоцитов протеинкиназами. Содержание ангиогенина в основной группе – $6871,2 \pm 453,3$ нг/мл, в контрольной группе – $2478,3 \pm 254,2$ нг/мл. ИФР I типа во время беременности оказывает два типа эффектов – быстрые (метаболические, инсулиноподобные) и медленные (ростостимулирующие, митогенные). Необходимо отметить, что основным источником синтеза ИФР I типа во время беременности является плацента (вне беременности – печень), поэтому нарушение функции плаценты приводит к снижению его продукции и нарушению реализации его биологических эффектов в фетоплацентарном комплексе. Особенно велика роль ИФР I типа в ранние сроки беременности, когда он совместно с СЭФР являются единственными стимуляторами роста эмбриона. Показатели инсулиноподобного фактора роста I в основной группе – $300,5 \pm 31,8$ пг/мл, в контрольной группе – $457,7 \pm 28,9$ нг/мл. Большинство биологических эффектов ИФР I типа реализуется через модуляцию активности лизосомальных ферментов внутри клетки.

Обсуждение полученных результатов. Секреция фактора роста плаценты и сосудисто – эндотелиального фактора роста гигантскими клетками трофобласта является сигналом, который индуцирует и координирует васкуляризацию в decidua и плаценте. Эндотелий сосудов и клетки вневорсинчатого цитотрофобласта являются мишенью для действия фактора роста плаценты. Пролиферация, миграция и инвазия клеток трофобласта регулируется местными факторами роста. Фактор роста плаценты, как и сосудисто – эндотелиальный фактор роста, с одной стороны, является стимулятором ангиогенеза и повышает проницаемость сосудов внутри плацентарного ложа, с другой – регулирует инвазию, дифференцировку и метаболическую активность трофобласта в момент плацентации. Нарушение продукции факторов роста приводит к неполноценной инвазии ворсин трофобласта, развитию эндотелиальной дисфункции в системе мать – плацента – плод, патологии формирования компонентов фетоплацентарной недостаточности.

Выводы. Нарушение продукции факторов роста в системе мать – плацента – плод является одним из патогенетических факторов развития плацентарной недостаточности. Дальнейшее исследование динамики факторов роста при физиологической и осложненной беременности способствует разработке критериев прогнозирования развития плацентарной недостаточности.

КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Климова Л.Е., Осипова Л.Е., Севостьянова О.Ю., Цывьян П.Б., Маркова Т.В., Шабунина-Басок Н.Р.
Россия, г. Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Актуальность ранней диагностики плацентарной недостаточности у беременных с врожденными пороками сердца (ВПС) не вызывает сомнений. Развитие беременности в условиях аномального сердца сопровождается не только недостаточностью различных систем организма беременной, но и недостаточностью плацентарной системы. У беременных женщин с ВПС частота различных вариантов дистресса плода (гипоксия, гипотрофия) составляет от 29% до 58%. Показатель перинатальной смертности остаётся высоким и достигает 50-150 %, частота асфиксии новорожденных – 20% и более. Поэтому для формирования прогноза беременности является актуальным обоснование новых методов диагностики плацентарной недостаточности у женщин с врожденными пороками сердца.

Целью настоящего исследования явился поиск нового метода диагностики плацентарной недостаточности у женщин с врожденными пороками сердца на основе измерения дополнительного неинвазивного доплерометрического критерия плацентарной недостаточности – времени изоволюмического расслабления миокарда левого желудочка внутриутробного плода в сроке беременности 20-24, 28-32, 36-38 недель. Материалы и методы исследования. Основную группу составили 107 беременных женщин, из них 38 пациенток – с неоперированными и 69 – с оперированными врожденными пороками сердца. Структура пороков включала открытый артериальный протоком (23,4%), дефект межпредсердной перегородки (28%), дефект межжелудочковой перегородки (19,6%), стеноз легочной артерии (4,5%), комбинированный порок и стеноз аортального клапана (15,1%), коарктацию аорты (9,1%). Для сравнения использовали результаты 127 беременных женщин контрольной группы. На первом этапе пациенткам выполняли стандартную ультразвуковую биометрию и плацентометрию, оценку количества околоплодных вод по амниотическому индексу в сроке беременности 20-24, 28-32, 36-38 недель. Допплерография проводилась в импульсном режиме с соблюдением принципов ALAR (as low as reasonable achievable). При качественной оценке кривых скоростей кровотока использовали углозависимые показатели: индекс резистентности, систолодиастолическое соотношение. Затем измеряли время изоволюмического расслабления (ВИР) миокарда левого желудочка в соответствии с методикой, разработанной в ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий». Диагноз хронической плацентарной недостаточности был верифицирован при обзорном гистологическом исследовании плаценты у 85,9% женщин с врожденными пороками сердца. Полученные результаты исследования ВИР у пациенток основной группы

сопоставляли со значениями этого показателя при неосложнённом течении беременности в аналогичные сроки.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ проведенного исследования показал, что у женщин с врожденными пороками сердца значения ВПР достоверно выше ($p < 0,05$), чем при неосложнённом течении беременности в сроке 20-24, 28-32 и 36-38 недель на 12,2%, 19,3%, 13,6% соответственно. Показатели ВПР в 20-24 недели составили $43,1 \pm 0,41$ мс и $38,2 \pm 0,44$ мс, в 28-32 недели $47,7 \pm 0,37$ мс и $40,4 \pm 0,44$ мс, 36-38 недель – $53,6 \pm 0,43$ мс и $47,3 \pm 0,53$ мс соответственно в группе беременных с ВПС и в контрольной группе. При этом величина индекса резистентности крупных сосудов (маточная артерия, артерия пуповины) не превышала доверительного интервала, характерного для данного срока беременности. Одновременно в каждом исследуемом сроке беременности значения времени изоволюмического расслабления левого желудочка были достоверно выше, чем при неосложнённом течении беременности ($p < 0,05$). Таким образом, у женщин с ВПС значение ВПР является диагностическим критерием плацентарной недостаточности при отсутствии патологических значений других фето- и доплерометрических показателей.

ВНЕКЛЕТОЧНАЯ ДНК КАК МАРКЕР ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

Ковалёва Ю.А., Туаева Н.О., Хасанов А.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМУ, Кафедра биохимии КГУ, г.Казань, Россия

Осложнения, возникающие в перинатальном периоде, могут приводить к широкому спектру последствий – от лёгкой задержки психомоторного развития ребёнка, до детского церебрального паралича и даже летального исхода. Иногда едва заметные отклонения (лёгкая асфиксия или недоношенность) могут сказаться в будущем более серьёзными нарушениями, чем грубые осложнения, например, родовая травма. Это определяет необходимость поиска новых, скрытых маркеров повреждения нервной и иммунной систем плода в перинатальном периоде. В настоящее время проводятся исследования по использованию внеклеточной ДНК (внДНК) в качестве прогностического и диагностического критерия при различных заболеваниях. внДНК плода возможно обнаружить в плазме крови беременной женщины, где она появляется в результате апоптоза трофобласта уже начиная с 3 – 5 недель гестации, причем количество ее линейно возрастает с увеличением срока беременности. Учитывая возможность супрессорного влияния низкомолекулярной ДНК на иммунную систему, можно предположить, что она, наряду с другими факторами обеспечивает толерантность иммунной системы матери по отношению к плоду. В то же время резкое нарастание количества фетальной внДНК ведет к повреждению эндотелия сосудов матери и является прогностическим признаком надвигающейся преэклампсии. Максимальные концентрации фетальной внДНК наблюдаются перед родами, и часто резкий скачок концентрации внДНК

предвещает преждевременные роды. Не исключено, что наличие апоптотической ДНК может быть признаком начавшейся внутриутробной гипоксии плода, начальные признаки которой не выявляются общедоступными клиническими методами.

Целью нашего исследования явилось определение количественного соотношения внДНК во втором периоде родов в плазме крови матерей, в околоплодных водах и в плазме крови новорождённых. Задачи исследования: 1) Подобрать оптимальный метод выделения и определения концентрации внДНК в плазме крови и в амниотической жидкости. 2) Определить концентрации внДНК в плазме крови матерей, их новорожденных детей и в амниотической жидкости. 3) Провести сравнительный и корреляционный анализ полученных данных, с учётом патологии беременности и родов.

Проведено обследование 100 рожениц и их новорожденных. Все учтенные роды завершились рождением живых детей через естественные родовые пути. Во втором периоде родов производился забор 5 мл венозной крови матери, после рождения плода проводилось взятие 5 мл задних околоплодных вод и 5 мл пуповинной крови в стерильные пробирки с 1% р-ром ЭДТА-Na2 в соотношении 9:1. Центрифугирование при комнатной температуре с последующей заморозкой жидкой фракции при -18°C . Выделение внДНК из подготовленных образцов проводилось двумя методами – модифицированным методом Кибри (с использованием фенола) и с применением набора для выделения ДНК из биопроб «Литех» (Россия). Измерение концентраций выделенных внДНК проводилось также двумя методами – флуоресцентный метод с использованием спектрофотометра Hitachi MPF-4 и спектрофотометрическим методом на спектрофотометре NanoDROD 1000. В зависимости от модификации метода исследования, значения концентрации внДНК могут значительно различаться, но результаты показали, что во всех случаях показатели в амниотической жидкости близки по значению к показателям в плазме крови как матери, так и ребёнка, измеренных соответствующими методами. В результате исследования выявлено, что оптимальным методом оценки концентрации внДНК является выделение ДНК с помощью набора «Литех» и последующая спектрофотометрия на приборе NanoDROD 1000. Именно этот метод дает значения концентраций внДНК, наиболее соответствующие современным данным литературы. При использовании этого метода получены средние значения внДНК в плазме новорожденных $9,64 \text{ нг/мкл}$, в плазме матерей $9,02 \text{ нг/мкл}$, в амниотической жидкости $9,79 \text{ нг/мкл}$. В результате проведенного анализа выявлена зависимость концентрации внДНК в плазме крови новорожденного с внДНК в плазме крови матери ($r=0,659$, $p < 0,05$) и с внДНК в амниотической жидкости ($r=0,593$, $p < 0,05$). Значения внДНК значительно увеличиваются при высокой пренатальной степени риска, оцененной при доношенной беременности в баллах ($r=0,318$, $p < 0,05$); при хронической внутриутробной гипоксии плода ($r=0,277$, $p < 0,05$); при гестозе ($r=0,363$, $p < 0,05$); при хронической фетоплацентарной недостаточности ($r=0,274$, $p < 0,05$); при острой внутриутробной гипоксии плода с низкой оценкой по Апгар при рождении и с наличием мекония в околоплодных водах ($r=0,413$, $p < 0,05$).

Проведённые исследования показали, что околоплодные воды и кровь матери могут использоваться как доступный биологический материал для исследования вДНК с целью диагностики патологии беременности, родов и оценки состояния плода для своевременного назначения лечения, что позволит снизить перинатальную заболеваемость.

ИНТРАНАТАЛЬНАЯ АМНИОИНФУЗИЯ – РОЛЬ И МЕСТО В ПЕРИНАТАЛЬНОМ АКУШЕРСТВЕ

Ковалёва Ю.А., Хасанов А.А., Залалдинов А.Р.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Казанский Государственный Медицинский Университет, г.Казань, Россия

Синдром мекониальной аспирации (СМА) осложняет от 1,7 до 35,8% родов, при этом летальность новорождённых от СМА составляет 5-40%. Целью нашего исследования явилось определение влияния интранатальной амниоинфузии при обнаружении мекония в околоплодных водах на течение родов, на частоту и тяжесть СМА, на характер перинатальной заболеваемости.

Проведён анализ 20 историй родов с ранним излитием мекониальных околоплодных вод без использования амниоинфузии в родах (1 группа) и 20 – с использованием интранатальной амниоинфузии (2 группа). Интранатальная амниоинфузия проводилась по следующей методике – медленное трансцервикальное введение от 800 до 1200 мл стерильного физиологического раствора комнатной температуры, до получения чистых околоплодных вод при свободном оттоке.

Группы были однородны по паритету, возрастно-му составу, экстрагенитальной патологии. В группах рожениц были выявлены следующие осложнения беременности и экстрагенитальные заболевания: хронический пиелонефрит 4 (10%), заболевания ССС 3 (7,5%), заболевания ЖКТ 1 (2,5%); гинекологическая патология в анамнезе- мед.аборты 14 (35%), самопроизвольный аборт 2 (5%), хронический аднексит 1 (2,5%), эрозия шейки матки 2 (5%), хроническая уреоплазменная инфекция 5 (12,5%), хроническая ЦМВИ и ВПГ инфекция 4 (10%); осложнения настоящей беременности – угроза прерывания 12 (30%), анемия 18 (45%), отёки беременных 3 (7,5%), ХФПН 18 (45%), ЗВУР 6 (15%), маловодие 2 (5%); осложнения в родах – первичная слабость родовой деятельности 8 (20%), патологический прелиминарный период 2 (5%), обвитие пуповины вокруг шеи плода 7 (17,5%).

В 1 группе роды завершились через естественные родовые пути у 14 (70%) рожениц, путем операции кесарево сечение у 6 (30%) рожениц (показания: острая гипоксия плода – 4, упорная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии). Дети матерей 1 группы родились: в асфиксии тяжёлой степени 4 (20%), из них с СМА 2 (10%), в асфиксии средней степени 2 (10%), лёгкой степени 3 (15%). Церебральная ишемия выявлена у 5 (25%), неонатальная желтуха у 3 (15%), ВУИ у 2 (10%).

Во 2 группе роды у всех 20 рожениц завершились через естественные родовые пути. В данной группе

асфиксии тяжелой степени и СМА у детей не было, в асфиксии средней степени родился 1 ребенок (5%), легкой степени – 2 (10%). Церебральная ишемия выявлена у 2 (10%), неонатальная желтуха у 2 (10%). На фоне проведения амниоинфузии отмечено укорочение первого периода родов с 8 – 10 часов до 5 – 6 часов, определено улучшение показателей КТГ уже через 10 – 15 минут после начала амниоинфузии, не отмечено каких-либо ухудшений в течении послеродового периода.

Таким образом, по нашим предварительным данным своевременная интранатальная коррекция состава околоплодных вод путем амниоинфузии, создание плоду более комфортных условий позволит уменьшить частоту и тяжесть СМА, уменьшить перинатальные потери и снизить частоту кесаревых сечений, производимых по показаниям в интересах плода.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ковалева Л.А., Балан В.Е.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

В современной литературе, посвященной патогенезу развития недержания мочи (НМ) во время беременности, много внимания уделяется изменению уровня релаксина. Релаксин синтезируется в тканях яичников и плаценте. Рецепторы релаксина (белки LGR7 и LGR8) были обнаружены в органах репродуктивной системы, сердечно-сосудистой системе, мозге, почках, респираторном тракте и соединительной ткани. Во время беременности происходит физиологическое повышение уровня релаксина, который к 12 неделям достигает максимальных значений, а в 17 недель происходит снижение его концентрации на 50%. Протективное влияние релаксина на нижние отделы мочевого тракта обусловлено следующими эффектами: стимуляцией роста эпителиальных клеток влагалища, гладкомышечных клеток, сосудов; вазодилатирующим эффектом на микроциркуляторное русло, что ведет к повышению максимального давления закрытия уретры; предотвращением ремоделирования соединительной ткани в области шейки мочевого пузыря при активном росте матки.

Цель исследования: Изучить уровень сывороточно-го релаксина у беременных с различными типами нарушений мочеиспускания и у здоровых женщин.

Материалы и методы: В отделении патологии беременности ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» обследовано 140 беременных в возрасте от 19 до 44 лет (средний возраст $32,4 \pm 4,1$ года). Клинико-лабораторное обследование включало оценку анамнеза (в т.ч. семейного), данные осмотра, проведение функциональных проб, оценку параметров урофлоуметрии, трехмерного УЗИ оси и сфинктера уретры, определение значений сывороточного релаксина методом иммуноферментного анализа с использованием наборов № 473-9210 (R&D Systems, Inc.,

USA) на приборе «Immunolite». Симптомы нарушения мочеиспускания оценивались на основании жалоб пациенток, анализа дневников мочеиспускания и данных объективного обследования. Статистические расчеты производились с помощью пакета «Analysis Tools Pack», «Statistica» v 7.0.

Результаты исследования: Установлено, что 98 (70%) беременных предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание (более 8 раз в день), 124 (88,6%) женщины отмечали появление частых ночных мочеиспусканий (более 1 раза за ночь), 104 (74,3%) пациентки указывали на возникновение безотлагательных позывов. НМ при позыве выявлялось у 12 (8,6%) пациенток, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря – у 75 (53,6%) беременных. 60 (42,9%) женщин из исследуемой группы предъявляли жалобы на НМ при кашле, чихании, физической нагрузке, из них у 50 (35,7%) пациенток выявлялось сочетание стрессового НМ и симптомов ГМП.

Забор крови для определения уровня сывороточного релаксина проводился на 20 и 36 неделях беременности у женщин с различными формами нарушения мочеиспускания (n = 70) и группы контроля (n = 10). Средние значения релаксина в группе беременных с нарушениями мочеиспускания составили $372,3 \pm 53,1$ пг/мл, в группе контроля – $643,6 \pm 87,9$ пг/мл. Установлено снижение уровня релаксина в сыворотке крови у беременных с нарушениями мочеиспускания на сроке беременности 20 недель, по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). При оценке уровня релаксина у женщин на сроке беременности 20 недель в группе больных со стрессовым НМ выявлялись самые низкие показатели ($428,9 \pm 45,2$ пг/мл), при смешанном НМ этот показатель составил $433,8 \pm 48,1$ пг/мл, при симптомах ГМП – $506,2 \pm 51,3$ пг/мл.

Выявлена обратная корреляционная зависимость средних значений релаксина у беременных всех групп и наличия беременностей ($r = -0,54$; $p = 0,02$) и родов ($r = -0,41$; $p < 0,02$) в анамнезе. Так, в группе повторнородящих женщин с нарушениями мочеиспускания средние значения релаксина составили $342,2 \pm 44,5$ пг/мл; у первородящих – $394,7 \pm 84,5$ пг/мл. В контрольной группе у повторнородящих женщин уровень релаксина достигал $574,4 \pm 37,2$ пг/мл; у первородящих – $712,8 \pm 31,4$ пг/мл. У рожавших беременных с нарушениями мочеиспускания средние значения уровня релаксина достигали $249,7 \pm 21,9$ пг/мл; у нерожавших – $419,2 \pm 37,1$ пг/мл. В контрольной группе женщин эти значения составили $597,3 \pm 44,7$ пг/мл и $674,5 \pm 52,8$ пг/мл, соответственно. Показано, что средние значения уровня релаксина у беременных, имеющих роды через естественные родовые пути в анамнезе, достоверно ниже, чем у пациенток, родоразрешенных ранее путем операции кесарева сечения: $264,7 \pm 43,5$ пг/мл и $602 \pm 73,5$ пг/мл, соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: Проведенное исследование показало, что у женщин с нарушениями мочеиспускания на сроке беременности 20 недель определяется статистически значимое снижение уровня сывороточного релаксина. У пациенток со стрессовым и смешанным НМ этот показатель снижается в 1,8 раз, при симптомах ГМП – в 1,5 раза. Снижение протективного влияния релаксина на нижние отделы мочевого тракта, обу-

словливает развитие патогенетических механизмов НМ во время беременности. Полученные результаты позволяют предположить, что оценка уровня сывороточного релаксина на 20 неделе беременности позволит выделить женщин группы риска развития нарушений мочеиспускания и рекомендовать комплексную поведенческую терапию.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПУТЕМ СОЧЕТАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

Коваленко Т.С., Петрухин В.А., Ахведиани К.Н., Капустина М.В., Магилевская Е.В.

Россия. г.Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Минздравмедпрома Российской Федерации

Современные методы подготовки к родам должны обеспечивать рождение не только живого, но и здорового ребенка. Успешность подготовки к родам является одной из наиболее важных предпосылок неосложненного их течения. Для прогнозирования нормальной родовой деятельности одним из важных условий является наличие «зрелой» шейки матки, что отражает готовность организма матери и плода к родам. При «незрелой» шейке матки возникает риск развития нарушения сократительной деятельности матки, возникновения гипоксии и травмы плода, рост оперативных вмешательств.

Целью нашего исследования явилась снижение частоты кесарева сечения, путем комбинированного применения мифепристона и простагландинов для подготовки беременной к родоразрешению, при различном исходном состоянии родовых путей.

Материалы и методы: Нами проанализированы 78 историй родов. Показаниями к назначению подготовки явились неготовность родовых путей при пролонгировании беременности в 25,6 % случаев и необходимость досрочного родоразрешения по сочетанным показаниям в 74,4% случаев. Возраст беременных варьировал от 18 до 37 лет. У 35,8% женщин роды были повторными, 38,4% были первородящими. У 41,0 % беременных в анамнезе имелись искусственные или самопроизвольные аборты с выскабливанием полости матки. Состояние шейки матки оценивалось по шкале Bishop: у 61,5% беременных она составляла 0-3 балла, и у 38,4% -4-5 баллов. Мифепристон назначался по 200 мг в день перорально с интервалом 24 часа в течение 2-х дней. Через 48-72 часа проводилась повторная оценка состояния родовых путей. Методика системного применения энзапроста состояла в следующем: через 30 минут после предварительной премедикации седативными и спазмолитическими препаратами (реланиум 10 мг, димедрол 0,02г и дроверин 0,08г) начиналось внутривенное капельное введение простагландина F₂ (энзапроста), разведенного в 500 мл. физиологического раствора. Доза препарата подбиралась в зависимости от массы тела беременной: при массе до 75 кг. вводится 0,3 мл. энзапроста (1,6 мг.), свыше 75 кг. – 0,5 мл.(2,5мг.). Начальная скорость

введения составляла 8-10 капель в минуту, затем она увеличивалась до 20 капель максимально. Во время инфузии производилась оценка состояния плода с помощью кардиотокографии (КТГ). В течение инфузии производилось введение спазмолитических препаратов с периодичностью 1,5 – 2 часа.

Критериями эффективности подготовки являлись развитие регулярной родовой деятельности или наличие достаточной биологической готовности организма к родам (наличие условий для последующей амниотомии).

Результаты: В 37,8% случаях на фоне приема мифепристона в 1-2-ые сутки отмечено самостоятельное развитие родовой деятельности. Все случаи спонтанной родовой деятельности закончились самопроизвольными родами. Условия для амниотомии были у 29,7% женщин. В 24,3% беременных произошло родовое излитие околоплодных вод. 22,5% родоразрешены путем операции кесарева сечения при исходном состоянии шейки матки 0-3 балла и в 9,1% при состоянии шейки матки 4-6 баллов. Комбинированное применение мифепристона в сочетании с энзапростом потребовалось 37(47,4%) беременным. 29,7% беременным при достаточной биологической готовности организма к родам – проведены программированные роды. Течение родов осложнилось слабостью родовой деятельности у 21,6% рожениц. Впервые трое суток самостоятельно родовая деятельность развилась у 37,8% беременных. У 3 беременных эффект был недостаточный, что потребовало дальнейшей подготовки и все они были родоразрешены путем операции кесарева сечения. В 16,2 % случаев произведено родоразрешение путем операции кесарева сечения, при исходном состоянии шейки матки на 0-3 балла, и в 5,4% -при состоянии шейки матки 4-6 баллов. 90 % детей родились в удовлетворительном состоянии. 13,7% новорожденных – в состоянии асфиксии при рождении, что потребовало в дальнейшем перевода одного ребенка в клинику патологии новорожденных.

Заключение: согласно проведенного нами анализа степень эффективности зависит от исходного состояния родовых путей беременной. Комбинированное применение мифепристона и энзапроста снижает частоту оперативного родоразрешения у беременных при неготовности родовых путей, особенно при исходном состоянии родовых путей на 0-3 балла по шкале Bishop.

ДЕФИЦИТ МАГНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Козинова О.В., Савинова А.В.

Россия, г. Москва, ММА им. И.М.Сеченова

Актуальность. Проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в акушерстве весьма актуальна, поскольку среди больных преобладают женщины репродуктивного возраста.

Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на течение беременности и родов. Последнее время нарушению магниевого обмена уделяется большое внимание как существенному фактору многих патологических состояний, включая НДСТ и ряд акушерских осложнений.

Цель: изучение обмена магния у женщин с НДСТ при физиологически протекающей беременности и плацентарной недостаточности (ПН).

Материалы и методы: объектом исследования явились 200 беременных с НДСТ (средний возраст $29,5 \pm 0,5$ лет), из них у 110 диагностировали ПН. Клиническими проявлениями ПН явились: хроническая внутриутробная гипоксия плода у 85 (43,6%) беременных и внутриутробная задержка роста плода у 25 (12,8%) женщин. Определяли магний в сыворотке крови и суточной моче. Метод определения магния основан на реакции с ксилединовым голубым, выполнялся на биохимическом анализаторе Конелаб 60 i.

Результаты: при физиологически протекающей беременности у женщин с НДСТ уровень магния в сыворотке крови составил в I триместре $0,779 \pm 0,02$ ммоль/л, во II триместре $0,776 \pm 0,021$ ммоль/л, в III триместре $0,772 \pm 0,018$ ммоль/л ($p > 0,05$). Уровень магния в суточной моче у этой группы пациенток составил в I триместре $5,28 \pm 0,5$ ммоль/л, во II триместре $5,22 \pm 0,4$ ммоль/л, в III триместре $5,18 \pm 0,4$ ммоль/л ($p > 0,05$). При беременности, осложненной ПН, в I и II ее триместрах, нами не выявлено достоверной разницы в уровне содержания магния в сыворотке крови и суточной моче, по сравнению с физиологической беременностью. При развитии ПН в III триместре беременности отмечалось достоверно меньшее содержание магния в сыворотке крови ($0,75 \pm 0,008$ ммоль/л) и суточной моче ($4,38 \pm 0,02$ ммоль/л), т.е. в условиях дефицита магния снижается его выведение из организма мочой ($p < 0,05$).

Выводы: у беременных с НДСТ при развитии ПН выявлялось выраженное нарушение обмена магния. Дефицит магния при беременности может играть определенную роль в развитии ПН.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМФОРТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ФАКТОР БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ

Козинова О.В., Савинова А.В.

Россия, г.Москва, ММА им.И.М.Сеченова

Актуальность. Во время беременности в организме женщины происходят значительные физиологические изменения, которые обеспечивают правильное развитие плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению. Однако изменения затрагивают также и психическое состояние. Для максимально комфортного протекания беременности, родов и послеродового периода особенно важна профилактика стрессогенных факторов.

Цель: изучение возможных стрессогенных факторов у женщин клиники акушерства и гинекологии для разработки научного обоснования организационно-медицинских технологий по снижению рисков в акушерско-гинекологическом стационаре.

Материалы и методы: объектом исследования явились 107 женщин, находящихся в послеродовом отделении (до 22 лет – 9,3%, в возрастной группе от 22 до 30 лет – 50,4%, от 31 до 45 лет – 40,1% от общего числа участвующих в исследовании женщин). Изучались наличие факторов риска неблагоприятного психического состояния во время беременности по данным опроса.

Результаты: Возможность свободного выбора врача довольны 86,9%, не совсем довольны 8,4%, недовольны 4,7%, что не соответствует положению прав пациента на свободный выбор врача. Количеством времени, которое уделяет врач пациенту во время приема, довольны 93,5% женщин, не совсем довольны 6,5%. Объяснения врача по поводу состояния (заболевания) пациента и лечения были доступны и понятны 97,1% опрошенных. Советами врача или медсестры о том, как предотвратить возможные проблемы со здоровьем в будущем довольны 84,1%, не совсем довольны 13%, недовольны 2,9% пациенток. Неудовлетворенность возможно связана с советами, ради которых стоит менять свой привычный образ жизни и более частыми посещениями врача. Обходительность и вежливость медицинского персонала удовлетворяет 81,3% женщин, не совсем довольны 15,8%, недовольны 2,9%. Опрятностью и профессиональным видом медицинского персонала 95,3% довольны, не совсем довольны 2,8%, недовольны 1,9%. Соблюдением конфиденциальности во время осмотра или процедур отмечают (89,7%), однако 10,3%, из числа опрошенных отмечают недостаточную конфиденциальность по отношению к ним, что может быть связано с тем, что на базе клиники находится учебная база и студенты иногда присутствуют во время осмотров и медицинских процедур. Неразглашение личной информации пациентов медицинским персоналом удовлетворяет 93,4%, не совсем удовлетворяет 4,6%, не удовлетворяет 2%.

Выводы: удовлетворенность пациента качеством медицинского обслуживания является важной составляющей психологического комфорта беременной женщины и залогом благоприятного исхода беременности.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ГЕРПЕСВИРУСАМИ

Колобов А.В., Королева Л.И., Соколов Д.И.

Россия, Санкт – Петербургский Государственный университет, Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта Северо-Западного отделения РАМН

Известна роль герпесвирусов в формировании хронической плацентарной недостаточности (ПН), про-

являющейся у новорожденных детей в виде синдрома задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода. Однако до сих пор остаются неясными вопросы, касающиеся роли этих вирусов в нарушениях васкуло- и ангиогенеза плаценты, составляющих основу патогенеза ПН.

Цель работы – изучить роль герпесвирусов в нарушениях про- и антиангиогенных факторов, а также регуляторов апоптоза в формировании плацентарной недостаточности в условиях инфекционного поражения, вызванного вирусами семейства герпеса – вирусом простого герпеса (ВПГ) и цитомегаловирусом (ЦМВ).

Для оценки функциональной активности плацент были изучены: ростовые факторы ангиогенеза (ангиогенные) на примере VEGF (фактор роста эндотелия сосудов), антиангиогенные факторы – тромбоспондин (Tsp-1), который синтезируется эндотелиальными клетками и макрофагами и может индуцировать апоптоз через активацию проапоптотических белков, таких как p53. Также изучались ингибиторы апоптоза, к которым относится белок Mcl-1.

Исследована 61 плацента. В зависимости от клинического состояния детей были сформированы три группы. 1-я группа состояла из 31 плаценты, которым соответствовали дети с асимметричной формой ЗВУР, инфицированные ДНК – вирусами ВПГ – 13 наблюдений, ЦМВ – 15 наблюдений, сочетание ВПГ и ЦМВ – 3 наблюдения. 2-ю группу составили 10 плацент, относящиеся к ним дети с асимметричной формой ЗВУР не имели внутриутробной инфекции (ВУИ). У всех детей с асимметричной формой ЗВУР имелся резкий дефицит массы тела (<5%) при нормальном росте и окружности головы для данного гестационного возраста. В 3-ю, контрольную группу, вошли 20 плацент без ПН и инфекционной патологии, которым соответствовали здоровые доношенные дети без признаков ЗВУР.

Результаты гистологического исследования показали, что дети 1-й и 2-й групп (в 100% случаев) развивались в условиях хронической субкомпенсированной ПН. При этом во всех плацентах 1-й группы были выявлены признаки ДНК- вирусного поражения: гигантоклеточный метаморфоз за счет гиперхромных ядер клеток, мелкоглыбчатый распад, мононуклеарные инфилтраты. Иммуногистохимический анализ показал, что происходит увеличение экспрессии p53 и снижение экспрессии Mcl-1 в плацентах 1-й группы по сравнению с контролем ($p < 0,05$). В плацентах 2-й группы экспрессия p53 не отличалась от таковой в контроле, тогда как экспрессия белка Mcl-1 была выше, чем в контроле ($p < 0,05$). Экспрессия VEGF в плацентах 1-й группы не отличалась от таковой в контроле ($p < 0,05$), а во 2-й – была снижена. При этом в плацентах 1-й и 2-й групп отмечено увеличение фактора Tsp-1 по сравнению с контролем ($p < 0,05$).

Можно заключить, что герпесвирусная инфекция в плаценте способствует формированию ПН через усиление экспрессии проапоптотического белка p53. В то же время, в случае хронической ПН без инфекции ведущим патогенетическим механизмом является нарушение процессов ангиогенеза и недостаточная активность процессов апоптоза вследствие повышения экспрессии антиапоптотических белков. Это в свою очередь приводит к патологии формирования сосудистого русла, гипоксии и нарушению функции эндоте-

лиальных клеток. Очевидно, что выявленные нарушения в плацентах 1-й и 2-й группах влекут за собой снижение поступления питательных веществ к плоду и способствуют формированию ЗВУР.

К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Котельников А.В.

Россия, Краснодар, МУЗ РОДДОМ

Актуальность проблемы. Доказательная медицина («evidence-based medicine») – это технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации медицинской информации, позволяющая принимать научно доказательные решения по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и организации здравоохранения.

В концепции доказательной медицины теоретические представления о патогенезе (обычно неполные), мнения авторитетных специалистов, традиции, личный опыт, соображения приоритетности не считаются убедительными, научными основаниями для использования того или иного медицинского вмешательства. Каждое клиническое решение врача должно базироваться на научных фактах, а «вес» каждого факта становится тем больше, чем строже методика исследования, в ходе которого этот факт получен.

Несмотря на значительное распространение принципов доказательной медицины в странах Западной Европы и США, развитие этой современной концепции в России существенно сдерживается, что приводит к публикации массы исследований, которые базируются лишь на «собственном видении проблемы», а статистический анализ представляет собой лишь указание в скобках на то, что « $p < 0,05$ », в которых статистические манипуляции с одними и теми же данными приводят к прямо противоположным выводам и, как правило, неизменно смещают результаты исследования в пользу предлагаемого автором метода.

Цель исследования. Показать важность соблюдения некоторых этапов статистического анализа на конкретных частных примерах установления достоверности значимости некоторых факторов риска повышенной кровопотери в родах.

Материалы и методы. Был проведен статистический ретроспективный анализ всех 1826 историй родов (т.е. методом сплошной выборки), проведенных консервативно в одном родильном стационаре в течение 2 календарных лет, при этом протокол ведения родов никак не менялся.

Объектом исследования являлся объем кровопотери в родах, с момента рождения плода и до окончания раннего послеродового периода. Учет объема кровопотери проводился гравиметрическим методом. Статистический анализ проводился с использованием пакета анализа данных MS Excel 2003.

Как известно из центральной предельной теоремы, независимо от распределения исходной совокупности, из которой извлечены выборки, выборочные средние при достаточно большом объеме выборки имеют приближенно нормальное распределение, поэтому в данном исследовании возможно применение параметрических методов оценки достоверности полученных результатов.

Для проверки гипотезы о равенстве средних для двух альтернативных выборок данных использовались гомоскедастический (т.е. не учитывающий разность дисперсий выборок) и гетероскедастический (учитывающий эту разность) двухвыборочный t-тест Стьюдента. Для снижения вероятности статистических ошибок I рода и повышения надежности полученных результатов уровень значимости α для доверительного интервала в данном исследовании был принят за 0,01 (т.е. 99,0-процентный уровень надежности). t-критерий (tэксп, или t_{α}) вычислялся для каждой пары противопоставляемых выборок и для окончательного суждения о достоверности или недостоверности полученных результатов сравнивался с табличными данными критерия Стьюдента (по J.H.Zar, 1984). Выводы проводились в соответствии с общепринятыми в медицинских исследованиях критериями надежности полученного результата (95 – 99%).

Результаты исследования и обсуждение.

Для выяснения роли исходного перерастяжения беременной матки за счет сопутствующего многоводия или наличия крупного плода в возникновении патологической кровопотери было проведено следующее сравнение.

У пациенток с крупным плодом ($n=205$) объем кровопотери составил $266,07 \pm 30,82$ мл, дисперсия выборок – 28808,89, у пациенток с массой плода менее 4000 г ($n=1621$) объем кровопотери составил $215,82 \pm 7,3$ мл, дисперсия выборки – 12999,94. При использовании гомоскедастического t-теста $t_{\text{эксп}} = 5,58$. При использовании гетероскедастического t-теста $t_{\text{эксп}}$ оказалось равным 4,12. То есть, невзирая на то, какой из подвидов t-теста был применен, а также на наличие разницы дисперсий выборок (F при проведении двухвыборочного F-теста составило 2,22), вывод однозначен: при наличии крупного плода кровопотеря в родах будет больше, причем надежность сделанного вывода практически 100-процентна, поскольку $P \leq 0,001$.

При анализе роли многоводия были получены, на первый взгляд, аналогичные результаты. У пациенток с многоводием ($n=32$) объем кровопотери составил $297,03 \pm 127,17$ мл, дисперсия выборки – 68723,97, у пациенток без многоводия ($n=1794$) объем кровопотери составил $220,11 \pm 7,2$ мл, дисперсия выборки – 13987,76. При шаблонном подходе и трафаретном использовании гомоскедастического t-теста $t_{\text{эксп}} = 3,53$, то есть напрашивается якобы лежащий на поверхности вывод, имеющий к тому же явные теоретические предпосылки: пациентки с многоводием имеют больший риск повышенной кровопотери. Причем надежность данного вывода, поскольку $P \leq 0,001$, приближается к 99,9%. Однако при углубленном анализе выяснилось, что применять в данном случае гомоскедастический t-тест абсолютно некорректно, так как дисперсии слишком разнятся (F при проведении двухвыборочно-

го F-теста составило 4,91). При использовании гетероскедастического t-теста таксп оказалось равным всего лишь 1,66 (то есть $0,1 \leq P \leq 0,2$)! Таким образом, окончательный вывод, сделанный в результате соблюдения правильности методологического подхода, оказался прямо противоположным: в данном исследовании нулевая гипотеза не исключена, статистически достоверных различий, несмотря на кажущуюся достаточно большой разницу средних объемов кровопотерь в исследуемых группах (выборках) пациенток, не выявлено.

Выводы. История медицины учит, что выбор клинического решения, основанный только на теоретических данных, ненадежен. В связи с этим решение врача по возможности должно опираться на результаты хорошо спланированных и проведенных на высоком методологическом уровне контролируемых исследований. Соблюдение базовых правил статистического анализа сводит к минимуму вероятность возникновения ошибок, характерных для неконтролируемых исследований. Приведенные выше частные примеры подтверждают этот основополагающий принцип доказательной медицины.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Кох Л.И., Назаренко Л.П.,
Цуканова Ж.В., Сатышева И.В.**

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, Сибирский
государственный медицинский университет, Томск, Россия*

Основной причиной прерывания беременности во втором триместре является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), частота которой составляет 14,3 – 42,7%. Учитывая, что в шейке матки в отличие от тела и дна преобладает соединительная ткань, целесообразно изучить данную патологию с позиции дисплазии соединительной ткани, что и явилось целью настоящего исследования.

Нами обследовано 100 беременных женщин в возрасте 18 – 40 лет, у которых в сроке 13 – 30 недель была диагностирована ИЦН. Изучение состояния соединительной ткани проводилось на основании тщательного сбора анамнеза, определения индекса Варги [ИВ = (масса тела в граммах/рост см²) – (возраст/100)], стигм дисэмбриогенеза, исследования оксипролина в суточной моче по методу Н. Stegemann в модификации (n=38).

Результаты исследования. Перворекоменных было 30% пациенток, повторнорекоменных – 70%. Течение предыдущих беременностей у обследованных женщин имело осложненное течение в 55% случаев: родовое излитие вод – 9%, быстрые и стремительные роды – 15%, слабость родовой деятельности – 9%, разрывы мягких тканей, эпизиотомия – 13%, преждевременная отслойка плаценты, гипотонические кровотечения –

6%. Подобные осложнения, по данным Смольновой М.Ю. (2005) и др., являются признаками «слабости» соединительной ткани.

Различную экстрагенитальную патологию перенесли 70% беременных. Экстрагенитальная патология, связанная с дефектом коллагеновых структур, была представлена хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта в 40% случаев, заболеваниями сердечно-сосудистой системы – в 28%, болезнями опорно-двигательного аппарата – в 7%, миопией слабой, средней и тяжелой степени тяжести – в 30%. Вовлечение 2-3 систем в процесс встречалось у 21% обследованных, 3-4 – у 23%.

Результаты объективного исследования показали, что пациентки с ИЦН имели выраженное снижение массы тела (индекс Варги до 1,5) в 5,4% случаев, умеренное (индекс Варги 1,5-1,7) в 14%, т.е. в 19,4% имелся дефицит массы тела.

Оценка стигм дисэмбриогенеза выявила наличие до 4 маркеров патологии соединительной ткани у 51,6%, 5 – 7 – у 26,6%, 8 и более – у 15,6%. Чаще всего встречались следующие маркеры: нарушение прикуса – 21,9% ($p < 0,05$), приращенная мочка уха – 23,4%, плоскостопие – 17,2%, хронический тонзиллит – 15,6% ($p < 0,05$), миопия легкой и средней степени – 28,1%, хронический холецистит – 34,4%, хронический гастродуоденит – 32,8%, хронические запоры – 17,2%, варикозная болезнь – 17,2%, головные боли на погоду – 17,2% ($p < 0,05$), сколиоз – 20,3% ($p < 0,05$), боли в суставах на погоду – 23,4% ($p < 0,05$), тест большого пальца – 18,8%, тест запястья – 18,8%.

Одним из биохимических маркеров состояния соединительной ткани является оксипролин. Показатели концентрации оксипролина в моче были следующими: норма (16 – 27 мг/сут) у 52,6% обследованных, повышен (> 27 мг/сут) у 23,7%, снижен (< 16 мг/сут) у 23,7%. Изучение состояния здоровья показало, что экстрагенитальную патологию с дефектом коллагеновых структур имели все беременные. Однако при низкой концентрации оксипролина преобладали заболевания сердечно-сосудистой (77,8%), мочевыделительной (44,4%) систем, заболевания опорно-двигательного аппарата (66,7%, $p < 0,05$). Сумма сочетаний заболеваний на одну беременную при нормальном уровне оксипролина составила 2,4, при высоком – 1,1, при низком – 3,4.

Анализ репродуктивной функции показал, что выкидыши в анамнезе достоверно чаще встречались у беременных с низким уровнем оксипролина – 100% ($p < 0,001$), с высоким – у 22,2%, с нормальным – у 30%.

Настоящая беременность имела осложненное течение (ОПП – гестоз, анемия беременных, хроническая фетоплацентарная недостаточность) у всех обследованных. По сумме перечисленных осложнений при нормальном уровне оксипролина их было на 1 беременную 1,2, при высоком – 1,8, при низком – 2,3.

В течении родового акта обращает на себя внимание частота выполнения эпизиотомии и разрывов мягких тканей родовых путей: при нормальном уровне оксипролина в 40% случаях, при высоком – в 33,3%, при сниженном – в 77,8% ($p < 0,05$). И так, наибольший интерес в плане ДСТ у беременных с ИЦН представляет низкий уровень оксипролина.

Таким образом, наши данные позволяют считать, что в развитии ИЦН определенное значение имеет

патология соединительной ткани, что проявляется в дефиците массы тела, наличии стигм дисэмбриогенеза и заболеваний, имеющих отношение к патологии соединительной ткани, а также изменение концентрации оксипролина в суточной моче в сторону понижения.

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Кохно Н.И., Кира Е.Ф.

Россия, г. Москва, Институт усовершенствования врачей ФГУ «Национальный медико-хирургический центра им. Н.И. Пирогова, кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья

Одной из актуальных проблем перинатальной медицины является выявление инфекционных поражений в системе мать-плод. По данным современных исследований имеется многолетняя тенденция к возрастанию частоты рождения детей с внутриутробной инфекцией. Предлагаемые сегодня научно-обоснованные клинико-лабораторные методы диагностики внутриутробного инфицирования не всегда могут быть применены в. Прогнозирование состояния новорожденного потребовало разработки неинвазивных методов пренатальной диагностики.

Целью нашего исследования был поиск достоверных клинико-анамнестических факторов риска и ультразвуковых диагностических критериев развития внутриутробной инфекции у плода.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 697 беременных женщин. Для определения факторов риска развития и эхографических признаков внутриутробной пневмонии в 1 группу были выделены 56 беременных, родивших детей с внутриутробной пневмонией. Необходимость дифференцированного подхода к ультразвуковым критериям внутриутробного воспалительного поражения легких потребовала проведения анализа данных беременных, родивших детей с признаками внутриутробного инфицирования плодов без признаков заболеваний легких (173 беременные – 2 группа). Выделение в отдельную группу исследования беременных с патологическим течением беременности, родивших детей без признаков внутриутробной инфекции и с неосложненным течением неонатального периода (365 женщин – 3 группа), вызвано поиском факторов риска развития внутриматочного инфицирования плода. При ретроспективном анализе полученных сведений были использованы данные анамнеза и следующих методов исследования: клинико-лабораторных, функциональных (УЗИ, КТГ, доплерометрия), патоморфологических. Верификация внутриутробного инфекционного поражения плодов и новорожденных проводилась по данным клинико-лабораторного обследования новорожденных и патоморфологического исследования абортусов и погибших новорожденных.

Группу проспективного наблюдения составили 103 беременные, которым на основании клинико-лабораторного и ультразвукового обследования было назначено лечение инфекции родовых путей и/или воспалительного процесса в экстрагенитальных органах. Критерием исключения в этой группе являлось наличие признаков интранатальной патологии.

Результаты исследования. Рождение детей с внутриутробной инфекцией возможно у беременных любой возрастной группы. Анамнестические факторы риска возможного инфицирования плода: хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов и мочевыделительной системы, частые респираторные заболевания и ангины в анамнезе, хронические воспалительные заболевания гениталий и ИПШП, более 3-х родов в анамнезе, самопроизвольные выкидыши, пороки развития в предыдущих беременностях, дети, погибшие в неонатальном периоде. Факторами риска развития внутриутробной инфекции являются следующие осложнения течения исследуемой беременности: острая или рецидивирующая вирусная инфекция с I триместра, обострение хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов и мочевыделительной системы, инфекции родовых путей.

Многофакторный статистический анализ данных показал, что риск внутриутробной пневмонии более 90% существует при наличии 3 и более ультразвуковых признаков внутриутробной инфекции: плацентомегалия, недифференцированность и неоднородность структуры плаценты, утолщение пуповины, гепатомегалия в сочетании с усилением сосудистого рисунка, кардиомегалия в сочетании с экзогенными включениями, пневмомегалия в сочетании с повышением экзогенности и усилением сосудистого рисунка, выпоты в полостях (гидроперикард, гидроторакс, асцит), повышение экзогенности кишечника, вентрикуломегалия в сочетании с экзогенными включениями в мозге плода, нарушение количества околоплодных вод.

В группе проспективного наблюдения назначаемые этиологически и патогенетически обоснованное лечение инфекций экстрагенитальных очагов и инфекции мочеполовых путей (микоплазмоза, уреоплазмоза, хламидиоза, цистит, пиелонефрит), санация половых путей при дизбиозе влагалища и неспецифическом вагините, дотация лактобактерий при дизбиозе влагалища, копростазе и на этапе восстановительного лечения после антибиотикотерапии, показали эффективность такого подхода к ведению беременности. Критерием эффективности явились отсутствие или невыраженность ультразвуковых, клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в организме беременной, а также состояние новорожденных. В этой группе все новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

Выводы. Пути профилактики врожденной инфекционной патологии плода:

- настороженность врача, патронирующего беременность, при наличии высокого риска внутриутробного инфицирования, на выявление активации инфекционного процесса в организме беременной
- нацеленность врача УЗИ на прицельное изучение структуры плаценты, пуповины, легких, печени, сердечно-сосудистой системы и головного мозга плода на ранних этапах развития
- сопоставление данных клинико-лабораторного и ультразвукового обследования беременной
- назначение этиологически и патогенетически обоснованного лечения инфекции у беременной, санация родовых путей минимум дважды в течение беременности, восстановление дизбиоза влагалища и кишечника, сохранение нормоценоза влагалища беременной женщины.

ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ПРИНЦИПОВ ХИРУРГИИ В СОВРЕМЕННОМ ОПЕРАТИВНОМ АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Краснопольский В.И.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ
акушерства и гинекологии

Основные проблемы оперативной гинекологии и эндохирургии в текущем десятилетии заключаются в необходимости проведения хирургических вмешательств высокой или максимальной степени риска у пациенток пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (в первую очередь, сердечно – сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, метаболическим синдромом). Пролапс и недержание мочи стали заболеваниями XXI века. Только в Московской области с населением 6 млн. 800 тыс. человек более 120.000 женщин нуждаются в реконструкции тазового дна. Анализ послеоперационных осложнений и летальности (данные гинекологической клиники МОНИИАГ) за последние 10 лет показал, что, несмотря на сложный контингент больных с сочетанной патологией, число послеоперационных осложнений варьировалось от 0,1% (2004 г) до 0,7% (2002г), составив в среднем 0,3%. В 1999 – 2001 гг имелось по одному летальному исходу (0,1%) от тромбоэмболических осложнений, в 2002 году – от кровотечения. В 2003 – 2006 гг и 2008 г летальных осложнений в клинике не было (в 2007г – летальный исход от острой сердечно-сосудистой недостаточности). Минимальное число осложнений связано с минимизацией операционной травмы (операции производились в условиях восстановленных анатомических взаимоотношений, использовался щадящий подход к тканям, тщательный гемостаз и перитонизация, применялся антисептический шовный материал, создавались адекватные условия для оттока раневого отделяемого). Широко использовалась регионарная анестезия. Следует отметить, что за последние 10 лет в клинике наблюдались только 2 случая гнойно-септических осложнений (в 1999г – перитонит и 2001 г – раневая инфекция), что подтверждает практическую значимость разработанной в клинике системы рациональной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии. Отсутствие тромбоэмболических осложнений за последние 6 лет также является следствием разработанной программы, включающей предоперационную подготовку, преимущественное использование регионарной анестезии, применение манжеточной компрессии, раннюю активизацию пациенток, использование антикоагулянтов и инфузионной терапии в послеоперационном периоде. Отдельный интерес представляет использование хирургических синтетических протезов: широкое внедрение в гинекологическую практику сетчатых протезов, с одной стороны, значительно повысило эффективность лечения, с другой – привело к появлению специфических осложнений, (обширные гематомы, повреждение нервных стволов, массивные кровотечения). МОНИИАГ традиционно активно разрабатывает многочисленные вопросы урогинекологии, имеет центр по лечению урогинекологических

больных, где за год все виды диагностической и лечебной помощи получают более 1000 женщин. Формы обучения в МОНИИАГ в настоящее время: ежегодная школа-семинар по хирургии тазового дна, однодневные семинары по новым технологиям в урогинекологии, стажировка на рабочем месте (постоянно). По нашим данным (гинекологическая клиника МОНИИАГ) тяжелых и летальных осложнений не было. Установка синтетического протеза Prolift anterior осложнилась формированием гематом объемом до 300 мл у 3,1% больных. Отсроченные осложнения – эрозии стенки влагалища с частичным пролабированием сетчатого протеза – наблюдались у 4,6% больных. Методика Prolift posterior была более безопасна – осложнений не было. Не имея тяжелых осложнений, мы, тем не менее, считаем, что операции с использованием синтетических протезов должны использоваться, только когда отсутствует возможность адекватной коррекции собственными тканями или изначально имеется высокий риск рецидива (наличие обширных дефектов лобково-шеечной и ректовагинальной фасций, особенно «высоких» дефектов, рецидивных форм пролапса гениталий).

Послеродовый период даже при физиологическом течении является благоприятным для развития инфекционных осложнений. Важным является выбор адекватного разреза – именно разреза с минимальной травмой – по Дерфлеру, который исключает рваную рану матки и связанные с ней осложнения: кровоизлияния – основу инфицирования и тромбоза, разрыв тканей нижнего сегмента (иногда с переходом на сосудистые пучки), что требует дополнительного гемостаза и приводит к репарации в худших условиях. Зашивание разреза на матке: мы считаем неоправданным использование любого непрерывного (в том числе по Ревердену) шва, оптимально наложение отдельных мышечно – мышечных швов, с обязательной перитонизацией за счет пузырно-маточной складки. Методика чревосечения – по Пфанненштилю, в исключительных случаях – нижнесрединное. Исключаем чревосечение по Черни, а также широко используемое в некоторых стационарах чревосечение по Джозэл – Кохену как неанатомичные и опасные с точки зрения формирования гематом, в том числе массивных. Регионарная анестезия – метод выбора обезболивания акушерских операций. Оптимальна спинально – эпидуральная анестезия, которая обеспечивает снижение общей дозы местных анестетиков и стабильную гемодинамику. Оптимальное послеоперационное обезболивание – контролируемая пациенткой эпидуральная анестезия (РСЕА).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Краснопольский В.И., Шугинин И.О., Бирюкова Н.В.,
Аксенов А.Н., Витушко С.А., Жарова А.А.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ
акушерства и гинекологии

Пренатальная диагностика нарушений, которые могут оказать влияние на развитие плода, приобретает все большее значение в свете усовершенствования методик обследования. Наиболее информативным и значимым методом антенатальной диагностики нарушений фетоплацентарного комплекса (ФПК) является определение уровня плацентарных гормонов.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение особенностей гормональной функции ФПК у беременных с бронхиальной астмой (БА) и разработка прогностических критериев перинатальной патологии у этих пациенток.

Чтобы понять природу нарушений деятельности системы мать – плацента – плод и с целью уточнения риска развития перинатальной патологии, мы исследовали в динамике плацентарные и плодовые гормоны в динамике: плацентарный лактоген (ПЛГ), прогестерон (ПГ), эстриол и кортизол у 130 беременных, страдающих БА различной степени тяжести. Проведена перцентильная оценка гормональной функции ФПК.

В процессе исследования было отмечено, что динамика концентрации ПЛГ в процессе гестации имела существенные различия в зависимости от перинатальных исходов. У пациенток, родивших здоровых детей, концентрация ПЛГ в 28-32 нед беременности была достоверно выше ($p < 0,05$), чем у женщин, родивших детей с перинатальной патологией. При этом у четверти беременных с благополучным перинатальным исходом в эти же сроки гестации наблюдалось напряжение продукции ПЛГ (концентрация ПЛГ была выше 75 перцентиле и соответствовала 88,5 перцентиле) и наблюдалась тенденция к истощению функции ФПК при доношенном сроке беременности (концентрация ПЛГ была ниже 25 перцентиле и соответствовала 6,25 перцентиле). Это свидетельствует о том, что у наблюдаемых беременных не всегда нарушение функции ФПК обусловлено влиянием БА.

Одним из проявлений ухудшения гормональной функции, отражающей развитие фетоплацентарной недостаточности (ФПН) у пациенток с перинатальной патологией, является снижение концентрации ПЛГ. Если в 28-32 нед беременности эти показатели в пределах нормальных значений были у 75% пациенток, то в 37-40 нед соответствующие значения были в пределах нормы лишь у четверти беременных. У пациенток с обострением БА в первые месяцы беременности и у беременных, не получавших адекватную базовую терапию БА, определялись наиболее низкие значения ПЛГ: 4(1-5) перцентиль в 28-32 нед гестации и 18,5(10,25-25,25) перцентиль при доношенной беременности. Причиной снижения гормональной функции плаценты у беременных с БА, по нашему мнению, является гипоксия вследствие нарушения функции внешнего дыхания (ФВД).

Таким образом, гипоксия, перенесенная беременными с длительно некорригированными нарушениями ФВД, в первые месяцы гестации приводит к серьезным нарушениям метаболизма и к формированию ФПН.

Продукция ПГ у беременных с БА не была нарушена в связи с особенностями материнского иммунного гомеостаза по типу ТН2 ответа. Статистически значимых различий продукции ПГ в зависимости от перинатальных исходов не отмечено.

Также мы обратили внимание на то, что уровень эстриола в 28-32 нед и при доношенной беременности существенно менялся в зависимости от перинатальных исходов. У беременных, родивших здоровых младенцев, содержание эстриола существенно не изменялось на протяжении беременности и соответствовало популяционной норме. У 75% пациенток, родивших детей с перинатальной патологией, продукция эстриола в 28-32 нед беременности была ниже 25 перцентильного уровня. У четверти пациенток рассматриваемой группы это снижение наблюдалось и в конце третьего триместра. Уровень содержания эстриола в 37-40 нед беременности у пациенток, родивших детей без перинатальной патологии, был достоверно выше, чем аналогичный показатель в группе беременных с неблагоприятным перинатальным исходом.

Концентрация кортизола у беременных с БА также имела существенные различия в зависимости от перинатальных исходов. У беременных, родивших здоровых младенцев, в 28-32 нед гестации концентрация уровня кортизола соответствовала 77(49-94) перцентиле, что достоверно выше ($p < 0,05$) соответствующего показателя у пациенток, родивших детей с перинатальной патологией – 23(18-35).

Учитывая данные проведенного исследования гормональной функции ФПК, на основании детерминационного анализа было выявлено, что при снижении концентраций ПЛГ, эстриола и кортизола ниже 40 перцентильного уровня в 28-32 недели беременности у пациенток с БА следует прогнозировать рождение детей с перинатальной патологией.

МАССА ПЛОДА – ПРОГНОЗ И РЕАЛЬНОСТЬ

Кривушина И.В., Иозефсон С.А., Плоткин И.Б.,
Димова О.И., Хавень Т.В.

Россия, г. Чита, акушерское отделение краевой
клинической больницы

Определение предполагаемой массы плода играет важную роль в выборе оптимальной тактики ведения родов и метода родоразрешения. В арсенале акушера-гинеколога имеется ряд простых методик определения предполагаемой массы плода (классическое акушерство), таких как формула Жордания, Ланковица, Джонсона, Рудакова.

Современное акушерство не обходится без традиционного ультразвукового обследования, при котором проводится фетометрия с подсчетом предполагаемой массы плода. Скрининговая фетометрия включает измерение четырех размеров: 1). БПР (бипариетальный размер головки плода); 2). ОГ (окружность голов-

ки плода); 3). ОЖ (окружность живота плода); 4). ДБ (длина бедренной кости плода). На основании данных измерений разработаны математические уравнения и формулы, используемые в современных УЗ-сканерах (M. Shepard; F. Hadlock; S. Campbell).

Целью нашей работы явилось определение наиболее точного метода прогнозирования массы плода.

Проведен ретроспективный анализ историй родов (139) по данным акушерского отделения краевой клинической больницы за январь 2009 г.; статистический подсчет средней ошибки в определении массы плода различными методами.

По срокам гестации беременные распределились следующим образом: 38-40 нед. – 100 (71%); 37-35 нед. – 26 (19%); менее 35 нед. – 13 (10%). Из них первородящих было 65 (47%); повторнородящих – 74 (53%). Пациентки были разбиты на группы по весу и росту: 60-70 кг – 48 (34%); 71-80 кг – 41 (29%); более 80 кг – 36 (26%); менее 60 кг – 14 (11%). Ростовой показатель: 160-170 см – 102 (73%); менее 160 см – 25 (18%); более 170 см – 12 (9%). По количеству околоплодных вод по данным УЗИ пациенты распределились следующим образом: нормальное количество вод – 78 (56%); маловодие – 35 (25%); многоводие – 26 (19%). Локализация плаценты была различной: передняя стенка матки – 65 (47%); задняя – 38 (27%); боковые – 22 (16%); дно – 14 (10%).

Средняя ошибка между объективным исследованием (классическое акушерство) и при рождении составила ± 452 г; средняя ошибка между данными УЗИ и при рождении составила ± 374 г; средняя ошибка между данными УЗИ и объективным исследованием составила ± 278 г.

Таким образом, наиболее точным методом определения массы плода является УЗИ.

Погрешность зависит от роста и веса роженицы. При росте более 170 см и весе более 80 кг отмечена наибольшая ошибка как объективно, так и при УЗИ.

На точность определения массы плода влияют количество околоплодных вод, локализация плаценты. Наибольшая ошибка при объективном методе отмечена при многоводии и локализации плаценты по задне-боковой стенке, а при УЗИ – при многоводии и локализации плаценты по передней стенке.

Определенную роль при определении массы плода методом УЗИ играет человеческий фактор (у разных врачей УЗИ – различная погрешность: ± 230 г).

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЭМА) В АКУШЕРСТВЕ: БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ЭМА ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ

**Крюкова И.Г., Джобавя Э.М., Данелян С.Ж.,
Судакова Г.Ю., Ордынский В.Ф., Клековкина О.Ф.,
Доброхотова Ю.Э.**

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ

Актуальность: Первое сообщение об эмболизации маточных артерий было сделано в 1979 году, который с успехом применил ЭМА в ургентной ситуации

для остановки послеродовых и послеоперационных кровотечений. Логическим продолжением этой темы явились работы в 1991 году – ЭМА в качестве планового предоперационного лечения, направленного на уменьшение кровопотери в ходе гистерэктомии или миомэктомии. С 1997 года началось стремительное внедрение ЭМА в повседневную клиническую практику. К 2000 году в мире было выполнено уже более 10 000 вмешательств, к 2002 году – более 50 000, а прогнозируемая потребность метода в 2003 году составила 100 000 эмболизаций.

Цель: изучить течение беременности и родов у пациенток, перенесших ЭМА по поводу миомы матки, поскольку в подавляющем большинстве случаев женщины идут на ЭМА с целью дальнейшего восстановления или реализации репродуктивной функции.

Материалы и методы: На базе родильного дома при ГКБ №1 и родильного дома №5 нами было проведено 12 беременностей и родов у пациенток, перенесших ЭМА по поводу миомы матки. Необходимо отметить, что у 6 женщин беременность была первая, и миома матки у них являлась причиной бесплодия первичного, у остальных – предстояли повторные роды, и у них миома являлась причиной вторичного бесплодия, поскольку проведенное обследование не выявило других факторов бесплодия и невынашивания. При этом необходимо отметить, что у всех пациенток после ЭМА до наступления беременности отмечался существенный регресс узлов.

Результаты: беременность у всех пациенток после ЭМА протекала с незначительными нарушениями гемостаза, не потребовавшими серьезной антикоагулянтной терапии, хотя при этом проводилась курсовая терапия эскузаном, аспирином и пиявитом под контролем показателей гемостаза. Течение беременности в целом характеризовалось как физиологическое. Также у всех пациенток отмечались с 32-34 недель доплерометрические нарушения кровотока в средней мозговой артерии плода, внутренней сонной артерии плода, которые при этом не сопровождалось нарушениями кровотока в плаценте, в маточной артерии и в пуповине. У всех пациенток вес детей не превышал 3200 грамм, но при этом и не выявлялась гипотрофия плода при рождении (самый низкий вес 2900 грамм). Надо отметить, что при этом проводилась 3-х кратная курсовая профилактика плацентарной недостаточности – элькар, хофитол, лимонтар, актовегин. Течение родов у пациенток проходило по общим принципам, однако, у 1 роженицы с локализацией миоматозного узла в нижнем сегменте во II периоде родов выявились симптомы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, которые мы в дальнейшем связали с абсолютной короткостью пуповины. Однако роды были завершены консервативно, без применения оперативных методик и пособий с рождением девочки весом 3100 грамм, ростом 51 см с оценкой по Апгар 8/8 баллов. У всех пациенток длительность родов не превысила 7 часов. В 1 случае потребовалось проведение операции кесарево сечение ввиду шеечного расположения узла размерами 6-8 см. В III и раннем послеродовом периоде не было выявлено ни одного случая разрыва матки, а так же развития коагулопатического или гипотонического кровотечения, о которых имеются упоминания в зарубежных литера-

турных источниках. В позднем послеродовом периоде не отмечалось субинволютивных изменений матки, однако в 2 случаях на 12 и 20 сутки после родов произошло рождение миоматозных узлов диаметром до 2 см, при этом гистологическое исследование показало изменения характерные для узлов после ЭМА.

Выводы: ЭМА – является высокоэффективным методом восстановления репродуктивной функции, а беременность и роды после ЭМА характеризуются в целом физиологическим течением.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Крюкова Н.И., Кулавский В.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО башкирского государственного медицинского университета, республиканский перинатальный центр, г. Уфа

Актуальность проблемы врожденных пороков новорожденных определяется высоким уровнем данной патологии в структуре перинатальной и младенческой смертности.

Одним из путей решения данной проблемы является проведение своевременной пренатальной диагностики с целью выявления врожденной патологии несовместимой с жизнью плода, что способствует снижению показателей младенческой смертности, инвалидности и значительному сокращению количества случаев вторичной патологии у детей. Необходимым условием реализации этой задачи является планирование беременности и раннее взятие на учет беременных женщин, максимальный охват их уз – скринингом в оптимальные сроки 10 – 14 недель. За период 2008 года в республике Башкортостан показатель раннего взятия на учет по беременности составил 88%, охват уз – скринингом в сроке 10-14 недель составил 89,3%. В результате выявлено 137 пороков развития до 22 недель (31,5%), из их числа 62 (45,0%) выявлено в сроках до 14 недель. Срок беременности от 10 до 14 недель взят для анализа в связи регламентированными сроками проведения первого ультразвукового скрининга.

В структуре выявленных пороков развития плода ведущее место занимает кистозная гигрома с неизменной водянкой – 22 случая (35,5%), экзенцефалия – 7 случаев (12,3%), множественны пороки развития плода – 6 случаев (9,7%), анэнцефалия и омфалоцеле – по 5 случаев (8,1%), экзенцефалия – 7 случаев (12,3%), спинномозговая грыжа, большие белые почки, мегацистик – по 2 случая (3,2%), и, наконец, бифефалия, лучевая косорукость, редукция нижних конечностей, клешнеобразная кисть, варусные стопы, гастрошизис, гидроцефалия, гипоплазия легкого, единственный желудочек сердца – по 1 случаю (1,6%).

Нами проведен клинико-статистический анализ 62 случаев врожденных аномалий по данным амбулаторных карт, протоколов консультаций врачей акушеров-гинекологов, врачей генетиков медико-генетической консультации республиканского перинатального цен-

тра. Средний возраст обследованных составил 27,8 6,5 года, а мужей – 30,4 6,8 года. Кроме того, доля беременных в возрасте 17 – 25 лет составила 57,1% (35 случаев), а старше 35 лет – 29% (18 случаев). Это не согласуется с существующими представлениями о преобладании врожденных пороков развития у женщин позднего репродуктивного возраста. У обследованных пациенток был выявлен высокий инфекционный индекс. Практически у всех женщин имелись хронические воспалительные заболевания: хронический бронхит, тонзиллит, пиелонефрит, гастрит, холецистит. Обострение хронических воспалительных процессов во время беременности отмечалось у 17,8% женщин, 28,5% беременных при сроке 3-8 недель перенесли острую респираторную инфекцию с подъемом температуры до 37-38 градусов.

Анализ гинекологической заболеваемости исследуемого контингента женщин выявил высокую частоту хронических воспалительных процессов гениталий в анамнезе – 34 случая (54,8%). В это число вошли хронические сальпингоофариты, эндометриты, патология шейки матки. Первородными были 38,7% женщин, медицинскими абортами предыдущие беременности закончились у 17,8%, самопроизвольные выкидыши и замершие беременности в анамнезе в ранние сроки произошли у 25,0%, в 2 случаях в анамнезе беременные наблюдались по поводу бесплодия. Из обследованных беременных у 30,1% выявлена урогенитальная инфекция (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз и трихомоноз). О высоком инфекционном индексе также свидетельствует частота носительства антител к вирусу простого вируса и цитомегаловирусу – 29% пациенток.

С учетом наличия выявленных ультразвуковых маркеров проведено цитогенетическое исследование материалов хориона, полученные методом биопсии и исследование abortивного материала. Всего получено 19 кариотипов, из них 11 (57,8%) составили хромосомные аномалии. На 1 месте синдром дауна (-6 случаев), на 2 – синдром эдвардса (2 случая), 3 месте – синдром (шерешевского-тернера – 2 случая), триплоидия – 1 случай. Данные хромосомные аномалии встречались как в молодом, так и в позднем репродуктивном возрасте. С учетом тяжести выявленной патологии все указанные случаи патологической беременности были прерваны.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать заключение, что формирование врожденных пороков развития в раннем сроке не зависит от возраста беременной. Раннее выявление ВПР во многом определяется своевременностью взятия на учет по беременности и обследования на хронические инфекции, санации хронических очагов инфекции, своевременного проведения УЗ – скрининга 1 триместра. Структура выявленной врожденной патологии позволяет говорить о больших возможностях ранней диагностики летальных форм аномалий в сроке до 14 недель с учетом существующего оснащения современной ультразвуковой аппаратуры. Частота аномалий 1 триместра зависит от наличия экстрагенитальных и хронических воспалительных заболеваний, обострение в раннем сроке беременности, то есть в периоды формирования органов и систем у эмбриона. К группе риска по формированию врожденных аномалий относятся беременные, имеющие в анамнезе медицинские

аборты, самопроизвольные выкидыши, замершие беременности. Чаще всего данный контингент относится к беременным позднего репродуктивного возраста. Врожденные пороки развития имеют высокую частоту сочетания с хромосомными aberrациями.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кудинова Е.Г., Кутенёва В.В., Шилкина М.В.

Россия, Алтайский край, МУЗ Ключевская ЦРБ им. Антоновича И.И.

Группа заболеваний, в основе которых лежит наследственная коллагенопатия, объединяется термином «дисплазия соединительной ткани». Многообразие и разнообразное сочетание клинических симптомов и синдромов при ДСТ связано с наличием соединительной ткани во всех органах и проявляется как на экстрагенитальном уровне, так и в органах репродуктивной системы. Морфологическими критериями плацентарной недостаточности у женщин с ДСТ являются патологические изменения плаценты, характеризующиеся нарушением маточно-плацентарной и плодовой гемодинамики. Недостаточный рост плода с признаками внутриутробной гипоксии, перинатальные потери у женщин с недифференцированными ДСТ являются результатом нарушений плацентарной микроциркуляции, поэтому актуально рассмотрение данного вопроса.

Целью исследования явилась оценка морфологических изменений в плацентах родильниц с недифференцированными признаками дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы исследования. Для проведения анализа были исследованы плаценты у 117 родильниц. Основную группу составили 91 пациентка с недифференцированными признаками дисплазии соединительной ткани. В группу сравнения были включены 26 пациенток без признаков ДСТ. Все пациентки в возрасте 15-24 лет имели срок беременности при родоразрешении 39-40 недель. Плаценты женщин исследовали с помощью визуальных и микроскопических методик.

Результаты исследования. Во время беременности частота нарушений по типу фето-плацентарной компенсированной недостаточности была идентичной у женщин основной и группы сравнения. Субкомпенсированные и декомпенсированные формы ФПН встречались только среди женщин основной группы в 12,1%. Перинатальные потери (мертворождение и ранняя неонатальная смертность), как маркер декомпенсированной фето-плацентарной недостаточности, встречались в 3,3% случаев в группе пациенток с признаками ДСТ. При идентичной частоте (13,4% и 7,6%) признаков инфицирования плаценты и оболочек вирусами и бактериями (серозный хориодециду-

ит, серозный виллузит, серозный мембранит, наличие мекониефагов), в два раза чаще выявлялись дистрофические изменения синцитиокапиллярных мембран, стенок сосудов (ангиоматоз) и фиброз ворсин (29,9% и 14,9%) у пациенток с недифференцированными ДСТ. Проявления компенсаторно-приспособительных механизмов (гипертрофическая гиперваскуляризация плаценты, гиперплазия и полнокровие терминальных ворсин хориона, полнокровие межворсинчатого пространства) наиболее часто ($p < 0,001$) встречались у женщин основной группы (50,0% и 11,5%). Более, чем в 2,5 раза чаще ($p < 0,05$) в основной группе установлена облитерационная ангиопатия сосудов створчатых ворсин хориона (18,7% и 7,6%) и признаки хронической плацентарной гипертензии первой и второй стадии (32,6% и 11,5%). В плацентах основной группы ($p < 0,0001$) отмечены нарушения ветвления, созревания ворсин, диссоциированное созревание, морфология незрелой плацентарной ткани, незрелость промежуточных ворсин (53,9% и 3,8%). Отмечено более, чем в два раза ($p < 0,05$) увеличение частоты инволютивно-дистрофических изменений плаценты, проявляющихся наличием фибриноида в межворсинчатом пространстве, очаговой фибриноидной альтерации хориального синцития, истончением покровного хориального синцития и дистелектазами ворсин хориона (40,9% и 19,1%) в группах женщин с ДСТ. Таким образом, морфологические исследования плаценты у женщин с недифференцированными дисплазиями соединительной ткани позволили выявить изменения, характерные как для первичной (аномалии развития сосудов плаценты и признаки незрелости ворсинчатого дерева), так и вторичной (воспалительные, циркуляторные и инволютивно-дистрофические изменения) хронической плацентарной недостаточности. Течение инфекционных заболеваний генитального тракта, вызванных вирусно-бактериальными возбудителями, у этих женщин привело к более выраженным изменениям в плаценте, распространённый характер которых сочетался с признаками незрелости структуры плацентарной ткани, реализовавшимися в последующем во внутриутробном страдании плода и нарушении процессов адаптации. Патологические изменения в плаценте, характеризующие снижение компенсаторно-приспособительных реакций у женщин с недифференцированными признаками дисплазии соединительной ткани, явились структурной основой для развития плацентарной недостаточности субкомпенсированной и декомпенсированной формы, что привело к ухудшению состояния плода при рождении.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ

Кузьмина Л.А., Иоцефсон С.А., Батоева В.В., Нужных С.Н., Хавень Т.В.

Россия, г. Чита, акушерское отделение краевой клинической больницы

Осложнения гестационного периода – гестоз, фето-плацентарная недостаточность, гипоксия плода, перенашивание беременности ставят акушера-гинеколога перед выбором метода родоразрешения: индукции родов или оперативного родоразрешения.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Кулавский Е.В.

*Кафедра акушерства и гинекологии института
последипломного образования
Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Россия*

Нами проведен анализ эффективности подготовки беременных к родам препидил-гелем и мифепристоном.

Обследовано 60 женщин при сроке гестации 37-40 недель. Первую группу составили 30 беременных, получавших мифепристон, вторую группу – 30 беременных, получавших препидил-гель интрацервикально. Средний возраст женщин был одинаков в обеих группах – 25,6±4,8 лет, достоверных различий в анамнезе и наличии экстрагенитальной патологии не было. Показаниями для индуцированных родов в первой и второй группах явились: прогрессирующее течение гестоза – у 3 (10%) и – у 2 (6,6%); субкомпенсированная плацентарная недостаточность – у 18 (60%) и – у 21 (70%); перенашивание – у 6 (20%) и – у 6 (20%); многоводие – у 3 (10%) и – у 1 (3,4%), соответственно.

Оценка «зрелости» шейки матки к родам проводилась по шкале А.П. Голубева (1970). До начала подготовки к родам в обеих группах шейка матки была «незрелой» (0-5 баллов) или «дозревающей» (6-8 баллов) у 100% беременных.

В первой группе мифепристон назначали в дозе по 200 мг 1 раз в сутки в течение двух дней (через 24 часа); во второй группе препидил-гель вводился интрацервикально в дозе 0,5 мг динопростона, при необходимости с повторным введением через 24 часа.

После проведения подготовки к родам мифепристоном шейка матки оценена «зрелой» у 24 (80%) беременных; с использованием препидил-геля – у 25 (83%) беременных. Средний период подготовки родовых путей в первой группе (мифепристон) составил 2,7±0,3 суток, во второй (препидил-гель) – 2,8±0,4. Самостоятельная родовая деятельность развилась в первой группе у 16 (53%); эффективность родовозбуждения (амниотомия, при необходимости с последующей родостимуляцией) отмечена у 9 (30%) беременных. Средняя продолжительность родов составила 9,1±1,2 часа. Родоразрешены путём операции кесарева сечения 6 (20%) женщин. Показаниями к оперативному родоразрешению были первичная родовая слабость – 3 (10%) и гипоксия плода – 3 (10%).

После применения препидил-геля самостоятельно вступили в роды 15 (50%) женщин; эффективность родовозбуждения отмечена у 10 (33%) беременных. Средняя продолжительность родов составила 10,2±1,8 часов. Пять женщин родоразрешены путём операции кесарева сечения – 3 (10%) – по поводу слабости родовой деятельности; 2 (6,6%) – по поводу гипоксии плода.

Различий в оценке новорожденных по шкале Апгар практически не выявлено в обеих группах – средний балл составил 7,6±1,2.

Таким образом, проведенный анализ показал достаточно высокую эффективность применения для преиндукции родов как мифепристона, так и препидил-геля. Выбор препарата во многом зависит от индивидуальных противопоказаний.

Врожденные пороки развития (ВПР) стабильно занимают одно из ведущих мест в структуре причин перинатальной и младенческой смертности. В соответствии с данными ВОЗ ежегодно с врожденными пороками развития рождается 4-6% детей. Специфических профилактических мер для предупреждения развития большинства ВПР плода не существует, поскольку они имеют спорадический характер. Однако в последние годы в связи с улучшением диагностики врожденной патологии плода и расширением медицинских показаний для искусственного прерывания беременности во II триместре остро встает проблема безопасности подобного вмешательства. Это связано в первую очередь с высокой частотой осложнений позднего аборта. Все используемые методики прерывания беременности могут быть разделены на две большие категории: 1) хирургическое удаление плодного яйца из матки (кюретаж или гистеротомия) и 2) индукция сократительной деятельности матки (различные пути и методы введения простагландинов). В настоящее время наибольшее распространение в мире получило использование простагландинов. Целью настоящего исследования явилось изучение наиболее оптимального метода прерывания беременности во II триместре для повышения степени его безопасности и снижения частоты осложнений. Всего для прерывания беременности во II триместре по медицинским показаниям было обследовано 150 женщин с врожденными пороками развития плода находящихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова с января 2008 года по май 2009 года. Для его успешного проведения необходимым было обеспечение двух последовательных этапов: 1) подготовка (созревание) шейки матки; 2) возбуждение сократительной деятельности матки. Возраст беременных колебался от 15 до 40 лет и в среднем составил 27,5 лет. Срок гестации во всех случаях был подтвержден или установлен с помощью ультразвукового исследования. До поступления в клинику всем пациенткам проводилось полное клинико-лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, влагалищный мазок, анализы крови на RW, ВИЧ и HbsAg). Ультразвуковое исследование позволяло уточнить срок беременности, размеры плода, расположение плаценты, пороки развития. По показаниям осуществлялась дополнительная консультация генетика. Сроки беременности распределились следующим образом: 14-15 недель- 2 пациентки; 19-20 – 15; 21-22- 36; 23-24- 58; 25-26- 28; 27 недель- 11. В структуре врожденных пороков развития плода по данным ультразвукового метода исследования преобладали следующие: пороки центральной нервной системы– у

51 беременной; сердечно-сосудистой системы- 33, множественные врожденные пороки- 29, мочевыделительной системы- 9, желудочно-кишечного тракта- 9, другие (легких- 6, челюстно-лицевой области- 5, опорно-двигательного аппарата-4, хромосомная патология- 3, водянка плода-1). Из существующих на сегодняшний день методов прерывания беременности в поздние сроки нами были использованы: интрацервикальное введение ламинарий (количество и размер зависели от проходимости цервикального канала)- 35 беременным, трансвагинальный амниоцентез с интраамниальным введением препарата «Энзапрост» 25 мг (утеротоническое средство, препарат простагландин F2)- 44 женщинам, введение ламинарий и амниоцентез- 28 женщинам, введение препидил-геля и амниоцентез- 13, введение ламинарий и препидил-геля- 16 беременным, введение ламинарий, препидил-геля и амниоцентез- 14 женщинам. Время с момента начала манипуляций до начала сократительной деятельности матки колебалось от 6 до 53 часов. После выкидыша производилась инструментальная ревизия полости матки; обезболивание операции (внутривенная анестезия) осуществлялось анестезиологом. В течении первых двух суток после рождения плода проводилась утеротоническая терапия (5 ЕД окситоцина на 400 мл физиологического раствора внутривенно капельно), физиолечение (электростимуляция матки). С целью подавления возможной лактации (при начальных признаках лактостаза) назначался бромкриптин по 2,5 мг 2 раза в сутки в течение недели. По показаниям производилась антибактериальная терапия (длительный безводный промежуток, хориоамнионит). В послеабортном периоде по данным ультразвукового исследования у 9 женщин были обнаружены остатки плацентарной ткани в полости матки. Им была произведена вакуум-аспирация содержимого полости. Средний койко-день составил 9 ± 2 суток. Таким образом, существует достаточно широкий арсенал способов прерывания беременности в поздние сроки. Индивидуальный подбор метода с учетом срока беременности и подготовки женщины позволяет существенно снизить характер возможных осложнений. В выборе метода прерывания беременности нужно отдавать предпочтение тому, который менее травматичен и сравнительно часто приводит к плодоизгнанию с учетом возраста, наличия детей, срока беременности, противопоказаний к данному вмешательству.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Куликова Г.В., Бубнова Н.И., Узбеков М.Г.

Патологоанатомическое отделение, Федеральное государственное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова», Москва, Россия

По признанию международных организаций (ФАО, ВОЗ), соединения свинца в условиях крупных городов и развитых сельскохозяйственных районов являются фактором экологического риска. Согласно

последним данным, влияние на женский организм низких концентраций свинца (на уровне ПДК для факторов окружающей человека среды) сопровождается нарушением зачатия, течения беременности и родов. Отмечено изменение росто-весовых характеристик новорожденных, наличие расстройств со стороны дыхательной и др. систем организма. Ведущая роль плаценты в реализации влияния разнообразных факторов на рост и развитие плода обусловила необходимость изучения состояния плаценты в условиях свинцовой интоксикации. Исследование проведено на крысах Вистар. В ходе эксперимента половозрелые нормально циклирующие самки получали в качестве единственного источника жидкости раствор нитрата свинца. Применялись две концентрации свинца (по иону): низкая – 10 ПДК (0,3 мг/л) и высокая -100 ПДК (3,0 мг/л) для питьевой воды. Воздействие осуществляли в течение пяти месяцев до наступления беременности и во время всей беременности. Контролем служили самки, не получавшие свинец в питьевой воде. На 21-й день беременности у самок под общим комбинированным наркозом (калипсол – 30 мг/кг массы тела и реланиум 2 мг/кг) забирали кровь из сердца для определения концентрации свинца. Плаценты (всего- 212) подвергали комплексному исследованию с применением гистологического, гистостереометрического, гистохимического и статистических методов.

Согласно результатам непламенной атомно-абсорбционной спектроскопии, поступление в организм самок крыс раствора нитрата свинца (как низкой концентрации -НКС, так и высокой -ВКС) приводит к достоверному увеличению концентрации свинца в крови (Pbc) животных, по сравнению с контролем ($p < 0,05$). В условиях воздействия ВКС уровень Pbc повышается значительно, чем у крыс, потреблявших в аналогичные сроки НКС ($p = 0,05$).

На гистологических препаратах плацент, окрашенных гематоксилином и эозином, при воздействии НКС и ВКС отмечалось сужение слоя гигантских клеток (ГК), гидропическая дистрофия, гиперхроматоз и разрушение их ядер, определялись участки некроза, очаговые кровоизлияния.

Спонгиозный слой плаценты был истончен, по сравнению с контролем, а количество гликогенных островков и клеток в них – уменьшено. Основная масса негликогенных клеток (НК) в спонгиозной зоне имела мелкие размеры и пикнотичные ядра. Наряду с этим, отмечались гипертрофия некоторых НК и наличие в них гиперхромных ядер, неравномерное кровенаполнение сосудов в спонгиозной зоне. В лабиринте плаценты у крыс, получавших НКС, выявлялось неравномерное кровенаполнение лакун: большое количество заполненных кровью широких лакун сочеталось с наличием резко суженных лакунарных пространств, которые практически не содержали крови. В целом имелось статистически значимое снижение объёмной плотности материнских лакун ($p = 0,01$) и сосудистого русла лабиринтных балок ($p = 0,048$), а также увеличение объёмной плотности цитоплазмы трофобласта лабиринтных балок ($p = 0,0017$). В условиях влияния ВКС в лабиринте плаценты наблюдалось сужение материнских лакун и как следствие – уменьшение количества материнской крови и площади её соприкосновения с балками лабиринта. Отмечалось увеличение

количества цитотрофобластических клеток и их гипертрофия, выявлялась десквамация эпителия балок.

Гистостереометрически установлено снижение объёмной плотности сосудистого русла эпителиальных балок ($p = 0,05$) в лабиринте, увеличение объёмной плотности ядер трофобласта ($p < 0,025$) и эпителия трофобластических балок ($p = 0,005$).

При гистохимическом исследовании в условиях влияния свинца выявлено уменьшение интенсивности реакций энергетического обмена и деградации биогенных аминов, представленное снижением активности Г-6-ФД и МАО в большинстве структурных элементов плаценты.

Таким образом, в условиях длительного воздействия НКС и ВКС в плаценте установлены: нарушение циркуляторных процессов, дистрофические, некробиотические и некротические изменения. В лабиринте плацент зарегистрировано достоверное уменьшение, по сравнению с контролем, объёмной плотности плодовых сосудов и увеличение объёмной плотности эпителиальных структур. В сочетании со снижением плотности материнских лакун это свидетельствует об увеличении толщины плацентарного барьера и уменьшении объёма циркулирующей крови, следствием чего является нарушение обменных процессов в плаценте. Комплекс отмеченных изменений мы оцениваем как проявление хронической клеточно-паренхиматозной недостаточности плаценты, которая может стать причиной нарушения роста и развития плода.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКОЙ И ПРОТИВОГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ ВОРСИН ХОРИОНА

Кунешко Н.Ф.

*Россия, Московская область, г.Одинцово,
«МУЗ Одинцовский родильный дом»*

Отслойка ворсин хориона и, как следствие, преждевременное прерывание – одно из наиболее частых осложнений беременности. Кровянистые выделения из половых путей в I и II триместрах беременности являются отражением проблем в процессах имплантации и плацентации и независимо от причины требуют срочного назначения терапии.

Цель исследования: Изучить роль генетической тромбофилии и циркуляции АФА в развитии отслойки ворсин хориона и обосновать противогеморрагическую и противотромботическую терапию при возникновении отслойки ворсин хориона.

Материал и методы: В исследование вошло 157 беременных с отслойкой хориона на сроке от 4 до 12 недель гестации. Диагноз «отслойка хориона» ставился на основании клинических проявлений и данных ультразвукового исследования. У 80% пациенток отслойка хориона сопровождалась кровянистыми выделениями. Ультразвуковым признаком отслойки являлось наличие ретрохориальной гематомы, размер варьировал от 3 мм до 40 мм.

Всем пациенткам проводилось расширенное гемостазиологическое исследование (с определением молекулярных маркеров тромбофилии – ТАТ, Д-димера), определение антифосфолипидных антител и генетических форм тромбофилии.

С гемостатической целью назначался Транексам по 1-2 табл. (250 мг) 4 раза в день в зависимости от клинической картины до прекращения кровянистых выделений. Противотромботическая терапия включала низкомолекулярный гепарин (Фраксипарин) – от 0.3 до 0.6 подкожно, в зависимости от функции тромбоцитов назначался Тромбо АСС (от 25 до 100 мг).

Результаты: Циркуляция антифосфолипидных антител была выявлена у 102 (64,9%) пациенток, генетические формы тромбофилии – у 134 (85,4%). 86 (54,8%) имели сочетание генетических форм и циркуляции АФА. Мутация FV Leiden была обнаружена у 21 (13,4%) пациентки (у 7 (4,5%) гомозиготная, у 14 (8,9%) гетерозиготная форма), мутация MTHFR C677T – 75 (47,8%) (у 33 (21,0%) гомозиготная, у 42 (26,8%) гетерозиготная форма), полиморфизм фибриногена – у 17 (10,8%) (у 5 (3,2%) гомозиготная, у 12 (7,6%) гетерозиготная форма). Полиморфизм «5032 C/G» в гене CD 46 имели 94 (59,9%) женщины. Полиморфизмы «-31 T/C» в гене интерлейкина 1 (IL-1) и «-174 G/C» в гене интерлейкина 6 (IL-6) – 115 (73,2%), полиморфизм «308 G/A» в гене фактора некроза опухоли (TNF- α) – 27 (17,2%).

При лабораторном исследовании обнаруживалась хронометрическая гиперкоагуляция, незначительное снижение функции тромбоцитов, повышение маркеров активации системы гемостаза (ТАТ, Д-димер), РКМФ (от + до +++).

Проводимая терапия способствовала значительно уменьшению объема гематом. Стадия организации составила от 3 до 7 дней. Успешное пролонгирование беременности наблюдалось в 94,3% случаев.

Заключение: Генетические формы тромбофилии и циркуляция антифосфолипидных антител имеют важное значение в развитии отслойки хориона. Совместное применение Транексама и низкомолекулярного гепарина при отслойке хориона позволяют в большинстве случаев сохранить беременность и избежать неблагоприятного ее исхода

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И МИКРОНУТРИЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

**Курмачева Н.А., Живоглазова Л.Н.,
Рогожина И.Е., Харитоновна О.М.**

Россия, г. Саратов, ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции», ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Недостаточное потребление микронутриентов беременными и кормящими женщинами наносит существенный ущерб здоровью матери и ребенка, увеличивает риск патологического течения беременности и родов, перинатальной и младенческой смертности, яв-

ляется одной из причин недоношенности, нарушений физического и умственного развития детей.

Целью исследования было изучение фактического рациона питания, а также микронутриентного статуса у женщин с патологическим течением беременности.

Материалом для исследования была случайная выборка из 62 женщин в конце III триместра беременности и послеродовом периоде (основная группа), находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности крупного межрайонного перинатального центра Саратовской области. Группу сравнения составила случайная выборка из 55 женщин, обученных принципам рационального питания и непрерывно получавших с момента постановки на учет по поводу беременности витаминно-минеральные комплексы (ВМК).

Методы исследования: Изучение фактического рациона питания всех беременных проводили методами анкетирования и регистрации количества потребленной пищи. Микронутриентный статус женщины оценивали по содержанию витаминов А, С, Е, В1, В2 и эссенциальных минералов (кальция, магния, железа, меди, селена, цинка) в сыворотке крови. Йодное обеспечение изучали по медиане йодурии. Содержание витаминов А и Е в сыворотке крови определяли одновременно флюорометрическим методом. Концентрацию витамина С определяли методом визуального титрования реактивом Тильманса, витамина В2 – по Берчу, Бессею и Лоури, витамина В1 – по Вангу и Харрису. Исследование витаминов в крови проведено на кафедре биохимии и биофизики Саратовского государственного университета. Содержание минералов в крови женщин изучалось в Центре Биотической Медицины (директор – проф. А.В.Скальный, Москва) методами атомно-эмиссионной спектрометрии и масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой. Экскреция неорганического йода в разовой порции мочи определялась церий-арсенидовым методом и оценивалась спектрофотометрически по результатам реакции Saundell-Kolthoff в лаборатории клинической биохимии ЭНЦ РАМН (Москва). Оптимальными значениями медианы йодурии у беременных считали ее диапазон в пределах 150-250 мкг/л мочи.

У женщин основной группы исследование содержания микронутриентов в крови и йодурии проводили однократно во время пребывания в стационаре. У беременных группы сравнения – дважды, при постановке на учет, до назначения ВМК, а также в динамике, на фоне приема ВМК в конце III триместра беременности. Ретроспективно анализировалось течение беременности и родов в зависимости от характера питания и микронутриентной обеспеченности женщин.

Результаты: Анкетирование показало, что практически всем женщинам (96,8%) врачи давали советы по питанию. Однако 77,4% респондентов указали, что эти рекомендации носили общий, неконкретный характер, вероятнее всего, в связи с нехваткой времени у акушера-гинеколога на амбулаторном приеме. Установлено, что 59,7% женщин основной группы не употребляли достаточного количества белковых продуктов, а 80,6% – овощей и фруктов.

При постановке на учет в женской консультации беременные в 98,4% случаев получали от врачей рекомендации принимать различные ВМК. Фактически

принимали ВМК 90,3% женщин основной группы. Остальные 9,7% беременных не получали ВМК. Только 33,9% обследованных получали ВМК непрерывно, а 56,4% считали целесообразным делать перерывы в приеме ВМК. Прегравидарно и в первом триместре беременности ни одна беременная основной группы не принимала ВМК. Ни одна из женщин основной группы не принимала ВМК и не получала йодную профилактику во время пребывания в стационаре.

При изучении микронутриентного статуса установлено, что у большинства женщин основной группы, а также в группе сравнения до приема ВМК содержание витаминов в крови было ниже нормы: витамина А – у 53,2%, витамина Е – у 85,5%, витаминов группы В – у 92%, витамина С – у 82,3%. Концентрация магния в крови была снижена у 83,9%, селена – у 30,6%, меди – у 25,8%, цинка – у 14,5%, кальция – у 4,8% беременных. Достоверных различий в содержании микронутриентов в крови женщин основной группы и группы сравнения до приема ВМК не получено.

Поскольку постоянство содержания кальция в крови обеспечивается за счет снижения депонирования этого макроэлемента в костной ткани, при дефиците его потребления с пищей беременные имеют высокий риск развития остеопенического синдрома и остеопороза. Медиана потребления кальция с пищей женщинами основной группы составила 452 мг/сутки. Таким образом, дефицит алиментарного потребления кальция достигал 62,4% от минимальной потребности 1200 мг/сутки.

Медиана йодурии у женщин основной группы составила 116 мкг/л, что существенно ниже целевого уровня для беременных (150-250 мкг/л).

80,6% женщин основной группы получали лечение по поводу железодефицитной анемии, однако, у 25,8% беременных уровень сывороточного железа оставался ниже 11 мкмоль/л. Суточные дозы элементарного железа в составе препаратов, которые получали эти пациентки, составляли 50-100 мг и были существенно ниже оптимальных (не менее 200 мг/сутки).

У женщин группы сравнения содержание микронутриентов в крови на фоне рационального питания и непрерывного приема ВМК было нормальным, частота осложнений беременности и родов существенно ниже, чем в основной группе. Расчет относительного риска позволил уточнить, что сочетанные полигиповитаминозы и микроэлементозы в гестационном периоде значительно повышают вероятность развития гестоза II (ОР=3,99; 95%ДИ 1,44-11,08; p=0,0056), железодефицитной анемии (ОР=3,92; 95%ДИ 2,35-6,53; p=0,0000), угрозы прерывания беременности (ОР=2,58; 95%ДИ 1,44-4,61; p=0,0008), хронической внутриутробной гипоксии плода (ОР=2,28; 95%ДИ 1,03-5,05; p=0,032).

Выводы: У женщин с патологическим течением беременности установлена высокая распространенность дефицита потребления витаминов А, С, Е, группы В (52,3-92%), а также магния, кальция, йода, меди, цинка, селена. У 25,8% пациенток, получавших лечение по поводу железодефицитной анемии, выявлен низкий уровень сывороточного железа, обусловленный недостаточными дозами железосодержащих препаратов. Установлена существенная взаимосвязь недостаточного содержания микронутриентов в крови женщин

с осложнениями течения беременности – гестозом II, анемией, угрозой прерывания, хронической внутриутробной гипоксией плода (ОР=2,28-3,99; $p < 0,05$).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ОПИОИДНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИПОКСИИ

Курчишвили В.И., Киселев А.Г.,
Абрамченко В.В., Кинтрыя П.Я.

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродук-
тологии ФППО врачей ММА им. Сеченова И.М.

Концентрация эндорфинов в крови плода является чутким индикатором появления и развития стрессовой ситуации, особенно гипоксии и болевого ощущения. Обезболивание родов опиатными анальгетиками представляется физиологичным, так как в динамике родов у плода активизируется эндогенная опиоидная система, способствуя возникновению адаптационной реакции на стрессовые ситуации, заключающуюся в создании охранительного режима головного мозга, вследствие снижения реакции на болевые ощущения (физиологическая эндогенная опиоидная депрессия). Тем самым повышается толерантность организма плода к возможным нарушениям гомеостаза в процессе родов. Однако обезболивание опиатами при гипоксии плода считается недопустимым из-за усугубления дыхательной депрессии. Применение же антагонистов опиатов становится более обоснованным.

Без обезболивания наивысшие концентрации β , α и γ -эндорфинов в крови из вены пуповины плодов, взятой сразу же после рождения, обнаружены в случаях острой гипоксии (соответственно: $297,1 \pm 25,8$ пг/мл; $156,4 \pm 13,4$ пг/мл и $26,1 \pm 2,3$ пг/мл), что статистически достоверно выше ($p < 0,01$) по сравнению с концентрацией эндорфинов в крови у плодов как после физиологических родов (β -эндорфины – $199,4 \pm 18,1$; пг/мл; α -эндорфины – $51,1 \pm 4,8$ пг/мл; γ -эндорфины – $9,1 \pm 2,8$ пг/мл), так и по сравнению с концентрацией β , α и γ -эндорфинов в плазме пуповинной крови у плодов, перенесших сочетанную и хроническую гипоксию, соответственно: β -эндорфины – $231,5 \pm 22,9$ пг/мл и $222,1 \pm 19,9$ пг/мл; α -эндорфины – $148,4 \pm 14,1$ пг/мл и $94,4 \pm 8,7$ пг/мл; γ -эндорфины – $19,8 \pm 2,4$ пг/мл и $18,4 \pm 2,9$ пг/мл. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что компенсаторные способности плода лучше сохранены при острой гипоксии плода; при сочетанной же и хронической гипоксии эти компенсаторные возможности истощены. Это и подтверждается наиболее частым развитием патологической эндогенной опиоидной депрессии плода (ЭОДП) именно при острой гипоксии, которая сама по себе является фактором риска поражения мозга плода и новорожденного, несмотря на относительную кратковременность гипоксического эпизода.

При развитии острого критического состояния плода в родах (при постановке диагноза острой гипоксии плода) это состояние не было вызвано истинной гипоксией в 30,8% случаев (показатели КОС крови

из вены пуповины, взятой сразу же после рождения плода – в пределах нормы), а было обусловлено патологической ЭОДП. При сочетанной гипоксии это несовпадение (т.е. низкая оценка по шкале Апгар сразу же после рождения и в то же время показатели КОС крови, не выходящие за пределы нормы) выявлено в 11,4% случаев, а при хронической гипоксии плода – в 13,8% случаев (и в этих случаях критическое состояние плода объясняется лишь патологической ЭОДП). В остальных случаях истинная гипоксия сочеталась с патологической ЭОДП.

Реактивность ЭОС плода статистически достоверно находится в прямой корреляции со степенью тяжести перенесенной гипоксии. Наиболее высокие концентрации β , α и γ -эндорфинов в крови из вены пуповины зарегистрированы у плодов, родившихся в состоянии асфиксии средней тяжести и в тяжелой асфиксии, получивших оценку по шкале Апгар 5-4 балла и ниже (концентрация β -эндорфинов составила $284,3 \pm 23,4$ пг/мл; α -эндорфинов – $111,6 \pm 13,9$ пг/мл; γ -эндорфинов $21,1 \pm 3,0$ пг/мл); у плодов, родившихся в легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар 6-7 баллов), концентрация β -эндорфинов составила: $237,5 \pm 19,9$ пг/мл; α -эндорфинов – $99,9 \pm 8,7$ пг/мл и γ -эндорфинов $18,0 \pm 3,5$ пг/мл. У детей, родившихся вне асфиксии (оценка по шкале Апгар 8-10 баллов), эти показатели соответствовали: β -эндорфины – $207,9$ пг/мл, α -эндорфины – $72,7 \pm 6,1$ пг/мл и γ -эндорфины – $10,0 \pm 3,2$ пг/мл.

При тяжелых асфиксиях и асфиксиях средней тяжести из-за высокой концентрации эндогенных опиоидов в крови родившегося ребенка, с возникновением замкнутого патологического круга, процесс адаптации затруднен, включение спонтанного дыхания и других жизненных функций запаздывает, в ряде случаев создается критическое положение, опасное для жизни новорожденного.

Применение в комплексе реанимационных средств таких блокаторов опиатов как налоксон или налорфин у детей (перенесших патологическую ЭОДП) сразу же после рождения с целью купирования критического состояния дает положительный эффект: Укорачивается продолжительность асфиксии, что позволило снизить перинатальную смертность при этой патологии в 1,4 раза, а число новорожденных детей с тяжелыми поражениями ЦНС – в 1,7 раза по сравнению с новорожденными детьми, также перенесшими патологическую ЭОДП на фоне различного характера гипоксии, но реанимированных традиционными способами.

Применение при критических состояниях плода и новорожденного разработанного реанимационного комплекса, включающего антагонисты эндогенных опиоидов, имеет значительный эффект.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КИСТОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ ЛЕГКИХ У ПЛОДА

**Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Жиркова Ю.В.,
Хаматханова Е.М., Подуровская Ю.Л.,
Машинец Н.В., Сепбаева А.Д.**

ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: оптимизировать тактику ведения беременности при выявлении врожденных кистозных мальформаций легких у плода. Проведен проспективный анализ медицинской документации беременных женщин и новорожденных детей.

За период с 2005 по 2009 год в ходе работы консилиума по пренатальной диагностике врожденных пороков развития было проведено обследование и наблюдение 17 беременных женщин с признаками кистозной мальформации легких у плода. После рождения все дети были обследованы в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Диагноз устанавливали на основании обзорной рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) грудной полости.

Пренатальные признаки кистозной мальформации легкого в виде множественных крупных кист с неровными контурами впервые были обнаружены на 16-22 неделях гестации в 76,5% случаев, среди них синдром внутригрудного напряжения обнаружен у 2 плодов (11,8%). В 1 наблюдении кистозная мальформация легкого обнаружена на 32 неделе гестации в структуре множественных врожденных пороков развития (МВПР (5,9%)). Признаки секвестрации легочной ткани в виде участка ткани повышенной эхогенности в плевральной полости и забрюшинном пространстве обнаружены у 3 плодов (17,6%), впервые на 20-25 неделях. Динамическое сонографическое наблюдение состояния легких плодов показало регресс патологического процесса в 64,7% наблюдений к поздним срокам беременности в виде уменьшения количества и размера кист, увеличения объема легких. Отсутствие динамики обнаружено в 35,3% наблюдений.

После рождения признаки прогрессирующей дыхательной недостаточности выявлены только у 2 детей (11,7%). При обследовании и гистологическом исследовании операционного материала выявлены: кистозный аденоматоз легкого у 6 (35,3%), секвестр легочной ткани у 8 (47,1%). Трое детей родились здоровыми (17,6%). Летальный исход наблюдали в 1 случае у ребенка с МВПР. 16 детям выполнены операции по резекции патологических очагов в периоде новорожденности с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

На основании полученных результатов прогноз жизни новорожденного благоприятен при своевременном обследовании и лечении. Неблагоприятным прогностическим признаком является наличие МВПР. Таким образом, считаем ранее принятую тактику прерывания беременности при сонографическом выявлении признаков кистозной мальформации легкого у плода необоснованной.

УПРАВЛЯЕМАЯ ГЕМОДИЛЮЦИЯ КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЛАНОВОМ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ

Кучерова О.Н.

Россия, г.Ставрополь, ГУЗ «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»

Кровотечения во время и после операции кесарева сечения остаются одной из основных организационных, клинических и социальных проблем, что связано с увеличением частоты выполнения данного оперативного вмешательства. К методам бескровной хирургии, принцип которой – сберечь как можно больше крови человека, оказавшегося на операционном столе, относятся гипероволемическая и нормоволемическая гемодилюция.

С целью изучения использования методов гемодилюции как наиболее экономически выгодных, безопасных и легко выполнимых методов кровесбережения, нами обследовано 100 женщин, родоразрешенных оперативным путем в плановом порядке на базе ГУЗ «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (СККПЦ) в 2008 – 2009 гг., относящихся к группе высокого риска по развитию интраоперационного кровотечения. Показаниями к операции явились: полное предлежание плаценты, беременность после ЭКО и ПЭ, миома тела матки, рубец на матке после операции кесарева сечения, многоплодная беременность.

Основную группу составили 50 беременных женщин, родоразрешенных путем плановой операции кесарева сечения, которым в качестве кровесберегающей методики применяли нормоволемическую гемодилюцию. В группу сравнения вошли 50 беременных, родоразрешенных путем операции кесарева сечения без использования методов гемодилюции. Эффективность кровесберегающей методики оценивали с учетом интраоперационной кровопотери, количеству использованных препаратов донорской крови, а также путем динамического определения параметров гемодинамики, свертывающей системы крови, гематокрита, гемоглобина, эритроцитов, биохимических констант крови, параметров кислородного баланса.

Объем кровопотери в основной группе составил 658+/-143 мл, в группе сравнения – 776+/-125 мл. Использование донорской плазмы от 0 до 250 мл в основной группе, от 250 до 600 мл в группе сравнения. При исследовании показателей гемодинамики в основной группе отмечалось увеличение ударного объема, сердечного индекса, снижение АД, не выходящие за рамки нормы, ЧСС не изменялось. Это приводит к увеличению коронарного кровотока, вызывает снижение сопротивления легочных сосудов, на фоне разведения крови улучшается почечная перфузия и клубочковая фильтрация. В группе сравнения сердечный индекс (СИ) увеличивался при сниженном ударного объема (УО). Системный транспорт кислорода не претерпевает существенных изменений при проведении гемодилюции. Несмотря на разведение крови при

гемодилуции опасного состояния гипокоагуляции не возникало, повышенной кровоточивости клинически не наблюдалось. Послеоперационная анемия в основной группе встречается в 2 раза реже, чем в группе сравнения. В основной группе послеоперационных осложнений не выявлено.

Методы гемодилуции позволяют уменьшить абсолютную операционную кровопотерю, тем самым доказав экономический эффект, связанный с уменьшением и отказом от применения препаратов донорской крови, способствуют восстановлению параметров периферической крови и благоприятному течению послеоперационного периода. Разработка программы использования и внедрения гемодилуции при плановом абдоминальном родоразрешении в акушерском стационаре любого уровня позволит снизить акушерскую кровопотерю, тем самым предотвратив материнскую смертность.

РЕЗЮМЕ

Кровотечения во время и после операции кесарева сечения остаются одной из основных организационных, клинических и социальных проблем, что связано с увеличением частоты выполнения данного оперативного вмешательства. Методы гемодилуции являются наиболее экономически выгодными, безопасными и легко выполнимыми методами кровесбережения. Проведенное нами исследование показало, что применение методов гемодилуции приводит к снижению абсолютной операционной кровопотери, а, следовательно, к уменьшению и отказу от применения препаратов донорской крови.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Лазарева Н.В., Кривошеева Г.Н., Мариенко Т.Ф., Петров М.Г., Ларина Т.С., Ломовская Т.Н.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования, ММУ ГКБ 1 им. Н.И. Пирогова

В структуре причин акушерских кровотечений ведущие позиции все чаще занимают преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. В этом случае кровопотеря в сравнении с другими причинами характеризуется более значительным объемом, худшим прогнозом и требует более интенсивной помощи.

Акушерские кровотечения по данным Государственной статистики занимают второе место среди причин материнской смертности, на их долю приходится 12,5 – 18,2%. В последние годы существенно изменилась структура акушерских кровотечений, возросла частота кровотечений, обусловленных патологией плаценты и нарушениями в системе гемостаза.

Особую опасность возникновения массивных акушерских кровотечений представляет острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что и явилось поводом для проведения данного анализа.

Цель работы: явилось выявление факторов риска развития акушерских кровотечений при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Нами проведен анализ 28 историй родов с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, родоразрешенных в специализированном родильном отделении ММУ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова. На родоразрешение поступили женщины с прогрессирующей острой преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, ее частота составила 0,98% (по данным литературы 0,5 – 1,5%). 67,8% женщин госпитализированы в дежурное время, 82,1% доставлены машинами скорой помощи. Все женщины родоразрешены путем операции кесарева сечения. Продолжительность предоперационной подготовки в среднем составила 16 – 20 минут. По сроку гестации акушерское кровотечение возникло у 19% женщин в 24 – 27 недель, у 59,6% – в 28 – 36 недель, у 21,4% – при доношенной беременности. Средняя кровопотеря составила 805 мл и колебалась от 600 мл до 1400 мл. Объем операции у 2 женщин (7,1%) был расширен до надвлагалищной ампутации матки в связи с развитием матки Кювелера.

Восполнение кровопотери осуществлялось за счет инфузии компонентов крови, кровезамещающих растворов, коллоидных растворов и др. Качественный состав и объем инфузионной терапии определялся величиной кровопотери, состоянием женщины и показателями системы гемостаза в соответствии с разработанным протоколом. В среднем общий объем пред- и интраоперационной инфузии на одну роженицу составил 1500 – 1700 мл.

Аntenатально наступила смерть плода у 4 женщин при сроке гестации до 27 недель и у одной – при доношенной беременности. Родилось 23 живых ребенка. Показатель перинатальной смертности – 41,7%. 70,6% детей были недоношенными, каждый третий из них имел массу тела до 1500 г. 82,4% детей имели признаки асфиксии среднетяжелой и легкой степени. Для реабилитационного лечения 30,4% детей переведены в ОРИТ, 52,1% – в специализированные отделения городской детской больницы, 17,4% – выписаны домой.

Все родильницы выписаны домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение специалистов женской консультации. Среднее пребывание их в родильном отделении составило 8,1 койко-дня.

Клинико-анамнестические данные свидетельствовали, что развитию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у женщин во время беременности предшествовали острые инфекционные заболевания: заболевания почек (33,0%), ЗППП, в том числе ВИЧ-инфекция, сифилис, кандидоз (27,1%), угроза прерывания беременности (39,2%), гестоз среднетяжелой формы (21,4%), анемия беременных, преимущественно легкой формы (32,8%).

Существенное влияние на течение беременности оказали социальные факторы: каждая пятая женщина не наблюдалась в женской консультации, 60,7% – встали на учет по беременности в поздние сроки и не были оздоровлены, 10,7% – имели хроническую наркотическую зависимость, не состояли в браке 57,1%. Первородящие составили 60,7%.

Заключение: Таким образом, наши исследования подтверждают литературные данные о причинах и факторах развития кровотечений при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Снижение риска развития массивных акушерских

кровотечений возможно при планировании беременности и оздоровлении женщин до и во время беременности. Данное обстоятельство диктует необходимость дальнейшего совершенствования взаимодействия в оказании медицинской помощи беременным женщинам на этапах женской консультации, службы скорой медицинской помощи и акушерского стационара.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Лазарева Н.В., Мельников В.А.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Кафедра акушерства и гинекологии №1

В настоящее время здоровье женщин репродуктивного возраста, наиболее подвержено негативному влиянию окружающей среды и общества. Воздействие факторов неблагоприятия на плод осуществляется через организм женщины, что приводит к росту осложнений беременности, перинатальной, младенческой и детской патологии.

Особо следует отметить высокую частоту осложнений во время беременности, в родах и, в первую очередь, отмечена взаимообусловленность состояния нормоценоза влагалища, как до беременности так и во время беременности и особенности течения беременности.

Известно, что даже незначительные изменения биоценоза влагалища могут явиться причиной невынашивания беременности или негативно отразиться на развитии внутриутробного плода. В связи с этим как с научной, так и с практической точки зрения важно иметь маркеры прогноза течения беременности.

Целью работы явилась оценка состояния исходного репродуктивного потенциала и разработка прогностических критериев осложнений беременности в I триместре.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 48 женщин при взятии на учет по беременности в I триместре гестации. Диагностические и лечебные мероприятия проводились согласно разработанному нами алгоритму. Нами проведен анализ течения беременности. Все обследуемые женщины были разделены на две группы: контрольную – 27 беременных женщин с нормоценозом, основную – 21 беременные женщины с дисбиозом и вагинитом.

Результаты исследования и обсуждение. Состояние биотопа влагалища у наблюдаемых женщин было оценено как нормоценоз у 34,8%, промежуточный тип у 15,6%, дисбиоз влагалища 10,3%, вагинит у 27,3% беременных.

Бактериальный вагиноз диагностирован у 10,3% беременных. Кандидозный вагинит обнаружен у 26,2% женщин, а специфический – 2,1% пациенток.

Сравнительная оценка данных, полученных в I триместре беременности, свидетельствует о том, что преобладают дисбиотические нарушения влагалища с резким увеличением условно-патогенной флоры у 54,1% женщин. Распространенное мнение о преобла-

дании инфекции, передающейся половым путем, в наших исследованиях не подтвердилось. Так, специфические вагиниты выявлены лишь у 2,5% беременных. Таким образом, в первом триместре беременности имеет место высокая частота вагинальных инфекций, и есть основание полагать, что с восходящим инфицированием могут быть связаны нарушения гестационной перестройки спиральных артерий, патология плаценты, внутриутробное инфицирование плода, потеря беременности уже на ранних её сроках.

Среди осложнений беременности в I триместре в обеих группах женщин были: угроза прерывания (20%), ранний токсикоз (14,2%), самопроизвольный аборт (8,5%), неразвивающаяся беременность (5,6%), гестационный пиелонефрит (7,7%).

У всех 27 женщин контрольной группы состояние микробиоценоза влагалища было расценено как нормоценоз, а показатели колонизационной резистентности слизистых оболочек при этом были оценены как высокие. Вышеперечисленные осложнения беременности первого триместра встретились соответственно у 3 (11,1%), 2 (7,4%), 2 (7,4%), 2 (7,4%), 2 (7,4%).

В основной группе женщин отмечено преобладание кандидозного вагинита (каждая третья беременная) и бактериального вагиноза (каждая восьмая беременная). Соответственно доля осложнений I триместра беременности в этой группе пациенток резко возросла: угроза прерывания беременности отмечена у 6 (28,7%), ранний токсикоз – 3 (14,2%), самопроизвольный аборт – 3 (14,2%), замершая беременность – 2 (9,5%), гестационный пиелонефрит – 2 (9,5%).

Таким образом, проведенные исследования показали, что микробиоценоз влагалища у беременных является фактором риска развития гестационных осложнений. У беременных с дисбиозом и вагинитом чаще и в большом количестве выделяются условно-патогенные микроорганизмы. Влагалище является входными воротами для оппортунистических инфекций, что определяет осложнения беременности: угроза невынашивания беременности, внутриутробное инфицирование плода, возникновение гестационного пиелонефрита, послеродовых инфекционных заболеваний матери и новорожденного. Это обосновывает необходимость коррекции дисбиотических состояний вагинального биотопа на ранних сроках беременности.

Преградивная подготовка и планирование беременности с использованием предложенного алгоритма позволили на 50% снизить частоту осложнений гестационного периода, предупредить внутриутробное инфицирование плода, уменьшить перинатальную заболеваемость и смертность.

На данном этапе развития акушерства все современные перинатальные технологии, направленные на диагностику и лечения внутриутробного плода, применяются в основном во II и III триместрах беременности. В первом триместре беременности строго ограничен набор перинатальных технологий и методов лечения. Возникает парадокс: зачатие, нидация бластоцисты, формирование плаценты, период эмбриогенеза протекают без внимания акушера-гинеколога. Однако большая часть патологии беременности, плода, новорожденного и ребенка первого года жизни формируется в первом триместре беременности.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА (ФРАГМИНА) ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Лаура Н.Б., Ковалёва А.В., Леденева Е.Ю.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС

Антитела к фосфолипидам – гетерогенная популяция аутоантител, реагирующих с отрицательно заряженными (реже нейтральными) фосфолипидами и/или фосфолипидсвязывающими сывороточными белками. Данные антитела являются серологическим маркером своеобразного симптомокомплекса, включающего венозные и/или артериальные тромбозы, различные формы акушерской патологии, тромбоцитопению, а также неврологические, кожные, сердечно-сосудистые и гематологические нарушения, который принято обозначать как антифосфолипидный синдром (АФС). Одним из наиболее характерных признаков АФС является акушерская патология: привычное невынашивание беременности, задержка развития и внутриутробная гибель плода, гестоз, преждевременные роды. Среди женщин с АФС частота акушерской патологии достигает 80%.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения низкомолекулярного гепарина (НМГ) – дельтапептида натрия (фрагмина) у беременных женщин с АФС (подтвержденным данными гемостазиограммы) и отягощенным акушерским анамнезом (привычное невынашивание беременности, внутриутробная гибель плода или сверххранние и ранние преждевременные роды).

Под наблюдением находилось 60 беременных, средний возраст которых составил $26 \pm 0,4$ лет. На начало исследования срок гестации всех пациенток составлял 6-8 недель. При исследовании системы гемостаза были выявлены следующие нарушения: фибриноген $7,4 \pm 1,3$ г/л, Д-димер – $596 \pm 2,1$ Мкг/л, АЧТВ $25 \pm 0,7$ секунд, РФМК $27,0 \pm 1,7$ Мг/100м. В связи с выявленными тромбогенными нарушениями гемостаза нами применялся НМГ дельтапептида натрия (фрагмина) по 2500-5000 ЕД с учетом массы тела и тяжести гемостазиологических нарушений один раз в сутки под кожу живота в течение всей беременности до срока родов. Эффективность терапии оценивалась нами по показателям гемостаза (контрольные исследования проводились один раз в месяц), по частоте развития осложнений (тромботических, геморрагических), а также по течению беременности. Использование фрагмина позволило улучшить показатели гемостаза. При проведении лечения фрагмином у беременных отмечалось снижение концентрации фибриногена до $2,9 \pm 0,9$ г/л, Д-димера – $284 \pm 3,6$ Мкг/л, РФМК – $4,0 \pm 1,6$ Мг/100м, уменьшение растворимого фибрина. Клинически значимые геморрагические и тромботические осложнения, а также развитие гепарин-индуцированного остеопороза при применении НМГ – фрагмина нами не зарегистрированы. Пролонгирование беременности до срока родов наблюдалось в 98% (в 2 случаях – преждевременные роды в сроках 35 и 36,4 недель).

Роды через естественные родовые пути протекали у 54 женщин (90%), у 5 – было выполнено плановое кесарево сечение: 4 – в связи с сопутствующей экстрагенитальной патологией, 1 – в связи с рубцом на матке от предыдущего кесарева сечения, при этом фрагмин был отменен за 24 часа до оперативного вмешательства, у 1 пациентки произведено экстренное кесарево сечение, так как в процессе родов был диагностирован клинически узкий таз.

Выводы: проведенные исследования показали, что использование НМГ дельтапептида натрия (фрагмина) у беременных с антифосфолипидным синдромом и отягощенным акушерским анамнезом, позволило улучшить показатели гемостаза, избежать осложнений и добиться благополучного завершения беременности.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА

Лепилова И.Б., Борзова Н.Ю., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В.

ФГУ «Ивановский НИИ МиД им. В.Н. Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

Невынашивание беременности (НВ) на современном этапе является актуальной медицинской и социальной проблемой. Несмотря на достигнутые успехи, самопроизвольными абортми заканчивается 10-15% беременностей, частота преждевременных родов составляет в развитых странах 5-9%, в РФ до 12 %, определяя до 75 % перинатальных потерь. Доказана важная роль иммунных механизмов в развитии и прогрессировании беременности. Невынашивание беременности сопровождается изменениями, как популяционного состава, так и функциональной активности естественных киллеров (ЕК). В механизмах самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках важную роль отводят популяции CD56+CD16- ЕК. С целью уточнения патогенетических механизмов угрозы прерывания беременности у женщин I триместра при невынашивании беременности ранних сроков нами определялись особенности параметров активации ЕК на системном уровне и в децидуальной оболочке плаценты. В условиях акушерской и гинекологической клиник ФГУ «ИвНИИ МиД им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий», и ГУ «8-ой городской клинической больницы» г.Иванова обследованы 50 беременных женщин с гестационным сроком 6-12 недель, которые были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 23 пациентки с самопроизвольным выкидышем, в контрольную -27 женщин, идущих на медицинский аборт по желанию, при неосложненном течении беременности. Всем беременным проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование. Критерием исключения для проведения исследований

служило наличие у обследуемых женщин антифосфолипидного синдрома, аномалий развития матки, гиперандрогении, заболеваний, передающихся половым путем. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь и децидуальная ткань плаценты, полученная при выскабливании полости матки. Методом двухцветной проточной цитофлюориметрии определяли внутриклеточную экспрессию ИЛ-2 и ИФН γ в популяции CD56+ лимфоцитов, а также количество клеток с фенотипом CD56+CD25+ и CD56+CD119+. Обследуемые женщины не отличались между собой по возрасту и паритету. Случаев привычного невынашивания беременности в анамнезе у женщин обеих групп не было. Из полученных нами данных видно, что развитие самопроизвольного выкидыша происходило на фоне значительного повышения в периферической крови уровня ЕК с фенотипом CD56+ ((23,11 \pm 0,67) и (9,61 \pm 1,22)) ($p < 0,001$) по сравнению с показателями женщин с неосложненным течением беременности. При изучении экспрессии рецепторов к цитокинам на поверхности периферических лимфоцитов у женщин с самопроизвольными выкидышами (СВ) было выявлено значительное повышение количества CD56+ ЕК, несущих на своей поверхности рецепторы к ИЛ-2 (CD56+CD25+ клетки) ((4,64 \pm 0,43 и 2,57 \pm 0,22), $p < 0,001$). Также установлено, что при СВ в периферической крови резко возрастал уровень CD56+ лимфоцитов, экспрессирующих рецепторы к ИФН γ (CD56+CD119+ клетки) ((4,18 \pm 0,58 и 2,24 \pm 0,30), $p < 0,05$), а также количество CD119+ клеток в общей популяции лимфоцитов: ((6,85 \pm 0,48 и 2,14 \pm 0,39), $p < 0,001$). С целью изучения особенностей функциональной активности ЕК периферической крови при самопроизвольном выкидыше I триместра нами была проведена оценка внутриклеточной экспрессии ИЛ-2 и ИФН γ лимфоцитами. В ходе исследования было установлено, что у женщин с НБ уровень CD56+ЕК, внутриклеточно продуцирующих ИЛ-2 и ИФН γ был достоверно выше, чем в контрольной группе (CD56+ИЛ-2+: (15,22 \pm 1,44 и 10,58 \pm 1,36), $p < 0,05$); (CD56+ИФН γ +: (12,84 \pm 1,22 и 7,27 \pm 0,94), $p < 0,01$). При СВ отмечался более высокий уровень внутриклеточного синтеза ИЛ-2 и ИФН γ и в общей популяции периферических лимфоцитов по сравнению с показателями контрольной группы (ИЛ-2+: ((17,93 \pm 1,66 и 13,27 \pm 1,06), $p < 0,05$) и (ИФН γ +: ((16,40 \pm 1,19 и 9,94 \pm 0,85), $p < 0,001$). Выводы. При развитии самопроизвольного выкидыша в периферической крови женщин увеличивалось количество CD56+ лимфоцитов, клеток с рецепторами к ИЛ-2 и ИФН γ , внутриклеточный синтез ИЛ-2 и ИФН γ как CD56+ лимфоцитами, так и в общей популяции CD45+CD14- лимфоцитов по сравнению с аналогичными параметрами контрольной группы, но при этом, не было выявлено различий в содержании сывороточных ИЛ-2 и ИФН γ . В децидуальной оболочке плаценты при НБ происходило снижение количества ЕК с фенотипом CD56+, увеличение числа CD56+ децидуальных лимфоцитов, внутриклеточно экспрессирующих ИЛ-2 и ИФН γ , а также повышение количества ЕК с рецепторами к ИЛ-2 при неизменном количестве CD56+CD119+ лимфоцитов по сравнению с показателями контрольной группы. В целом для децидуальных лимфоидных клеток при самопроизвольном выкидыше было характерно повышение экспрессии

поверхностных CD25 и CD119 молекул и усиление внутриклеточной экспрессии ИЛ-2 и ИФН γ в сравнении с неосложненной беременностью. Проведенное исследование позволяет раскрыть роль ЕК с фенотипом CD56+ в патогенезе угрозы прерывания беременности на ранних сроках гестации, что позволит проводить более эффективную терапию с целью благоприятного течения беременности и улучшения ее исходов.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО РОЛЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Лившиц Н.В., Кравчук Н.В.

Кафедра акушерства и гинекологии,
Медицинский Университет, Иркутск, Россия

Нарушение баланса между рождаемостью и смертностью, отсутствие тенденции к снижению количества самопроизвольных аборт и преждевременных родов остаётся одной из актуальных проблем сегодняшнего дня.

С целью оценки эффективности влияния санаторно-курортного лечения на течение беременности, родов и состояние новорожденных проведено анкетное, ретроспективное исследование 242 историй беременности и родов. Из них 121 (основная группа) - после реабилитации в условиях курорта «Ангара» и 121 (контрольная группа) – работающие женщины, не прошедшие санаторно-курортного лечения при беременности. Курс лечения составил 21 день при сроках гестации от 12 до 30 недель.

У 68 женщин период восстановительного лечения пришелся на срок 12-16 недель беременности, у 24 – на 17- 21 неделю, 16 женщин восстанавливали здоровье в 22-25 недель, и 13 человек – в 26-30 недель.

В комплекс оздоровления наряду с лечебно-охранительным режимом, полноценным дробным питанием, климатотерапией была включена физиотерапия: лекарственный электрофорез на воротниковую зону, область солнечного сплетения или эндоназально, дарсонвализация волосистой части головы, гальванический воротник, центральная электроанальгезия. Из водных процедур – душ дождевой, ароматические ванны. Кроме этого, проводились энтеральная оксигенация и посещение солевой шахты, психотерапия, массаж воротниковой зоны, ЛФК. Подбор процедур осуществлялся в соответствии со сроком и особенностями течения беременности, а также учитывались сопутствующие соматические проблемы.

В основную группу вошли работающие женщины от 18 до 41 года (средний возраст 25 \pm 5.2 лет). У 47 женщин (38.6%) беременность была первая, 9 (7.4%) - ожидали 2-е роды при 2-ой беременности. У 42 (34.8%) - 2-ая беременность и 1-е роды, 23 (19%) отнесены в группу повторнобеременных повторнородящих. В анамнезе у 6 (5%) отмечены по 1-2 эктопические беременности. Прерывали предыдущие беременности от 1 до 3-х раз - 47 женщин (38.6%), из них 30- до 1-х родов. В анамнезе у 33 (27%) пациенток были 1- 3 самопроиз-

вольных выкидыша в сроках от 5 до 20 недель, из них у 26- до 1-х родов.

Показания для направления беременных женщин групп риска на долечивание условно можно разделить на 2 группы: 1-неосложненное течение беременности на фоне сопутствующей гинекологической и соматической патологии; 2- долечивание после стационара при осложненном течении данной беременности. Показания в 40% случаев были комплексными. В частности, у 76 женщин (62.8%) беременность сочеталась с отягощенным акушерским анамнезом, невынашиванием, бесплодием. У 15(12.4%) -с миомой, рубцом на матке, пороками развития матки. У 12(10%) была выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность, 37(30.6%) беременных, имели гормональные нарушения, в т.ч. синдром гиперандрогении, гипотиреоз, компенсированный сахарный диабет. Лечение анемии (гемоглобин не менее 100 г\л) проведено 34(28%) женщинам. Дефицит массы тела (ИМТ=17±1) отмечен у 15(12.4%) –из них 12 человек потеряли от 6 до 8 кг в связи с тяжелой рвотой в 1-ом триместре.

Сочетание беременности с миомой или эндометриозом было у 15 (12.4%), ХВЗМТ- у 63 (52%). Бесплодием страдали 28 женщин (23.1%), из них 12 проведено ЭКО. 34 беременные (28%) имели экстрагенитальную патологию, в том числе 15 (44%)- заболевания мочевыводящей системы (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь), патологию ЖКТ-9(26%) и сердечно-сосудистые заболевания – 8(22%).

Выявлена большая частота осложнений у работающих женщин, не прошедших реабилитацию. Преждевременные роды в основной группе составили 6.6%, в контрольной -24.7% ($p < 0.05$). Аномалии родовой деятельности чаще встречались у женщин, не получивших санаторного лечения -26.4% и 13.2% соответственно ($p < 0.01$). Доля поздних гестозов в основной группе составила 6.6%, причем почти во всех случаях, кроме одного, имела место легкая степень тяжести. В контрольной группе выявлены 14% гестозов, из которых половина – средней тяжести и 1 случай – тяжелой. Осложнения родов (ПОНРП, кровотечения) после курса реабилитации были лишь в 3.3%, в то время как в группе сравнения- в 12%.

Процент оперативных родоразрешений в группах оказался идентичен- по 26%. Однако, если в основной группе в плановом порядке операции кесарево сечение были выполнены у 59 % женщин, то в контрольной- лишь в34% случаев. У женщин, прошедших курс реабилитации, большинство детей – 92%- родились доношенными, с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов. В группе сравнения эти показатели были гораздо ниже — 56,1% ($p < 0.01$). Реже после санаторного лечения встречались случаи гипотрофии детей: 6 (4.8%) в сравнении с 30 (24,7%) в контрольной.

Таким образом, санаторно-курортное лечение позволяет улучшить исходы беременности и родов для матерей и новорожденных.

ПРОФИЛАКТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Логутова Л.С., Петрухин В.А., Ахвледiani К.Н., Коваленко Т.С., Башакин Н.Ф.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Железодефицитная анемия (ЖДА) – патологическое состояние, характеризующееся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающееся на фоне различных патологических или физиологических (беременность) процессов. По данным ВОЗ, частота ЖДА у беременных достигает 80–90%. По данным МЗ РФ за последние 10 лет ее частота увеличилась более, чем в 6 раз.

Целью исследования явилась оценка эффективности железосодержащих препаратов в профилактике фетоплацентарной недостаточности и перинатальных осложнений у беременных с анемией.

Под наблюдением находились 115 беременных с ЖДА. Пациентки были разделены на две группы: 1 группа – 75 беременных, у которых анемия была диагностирована во II триместре гестации, 2 группа (группа сравнения) – 40 женщин с анемией, которые поступили в институт в 35-40 недель гестации. Лечение ЖДА проводилась препаратом Сорбифер Дурулес: в 1 группе в непрерывном режиме (по 1таб. в сутки со II триместра), во 2 группе с момента поступления (по 1таб. 2 раза в день).

Диагностика анемии основывалась на определении содержания гемоглобина, количества эритроцитов, сывороточного железа. Исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока проводилось на ультразвуковом приборе Voluson-730. Для верификации ультразвуковых признаков плацентарной недостаточности проведено исследование гормональной функции плаценты, а также изучение морфологического состояния плацент после родов.

На фоне лечения прирост среднего значения гемоглобина в 1-й группе после лечения по отношению к исходному уровню составил 23,2г/л, сывороточного железа –11,6 мкмоль/л, тогда как во 2 группе прирост гемоглобина составил 5г/л, а уровень сывороточного железа оставался, практически, на исходном уровне. Показатели объемного маточно-плацентарного кровотока свидетельствовали о снижении васкуляризации плаценты у пациенток 2 группы во всех зонах, тогда как в 1 группе незначительные снижения показателей регистрировались лишь в периферических зонах. Во 2 группе нарушения плацентарного кровообращения коррелировали с изменениями материнской и плодовой гемодинамики: повышение резистентности в спиральных артериях, в сосудах пуповины и аорте, а показатели систолидиастолического соотношения в спиральных артериях имели линейный вид.

При включении в терапию препаратов, направленных на улучшение функции ФПК, а также же-

лезосодержащего препарата, отмечена положительная динамика в показателях объемного кровотока в плаценте у пациенток обеих групп по сравнению с исходными данными, однако у беременных 2 группы они оставались несколько выше показателей пациенток 1 группы и нормативных. При исследовании гормональной функции плаценты у 38,0% женщин 1 группы и 25,0% 2 группы она была нормальной. У 22,0% и 25,0% беременных соответственно она была напряженной, а у 12,0% и 20,0% пациенток 1 и 2 групп имело место истощение гормональной функции плаценты.

В 1 группе через естественные родовые пути были родоразрешены 63 (84%) беременные, кесарево сечение произведено 12 (16%) пациенткам, во 2 группе – 15 (37,5%) и 25 (62,5%) соответственно.

У 67,5% новорожденных период ранней неонатальной адаптации протекал удовлетворительно, эти дети были выписаны своевременно домой. Все новорожденные от матерей с ЖДА средней и тяжелой степени, диагностированной в конце беременности, имели СЗРП (масса и длина тела соответствовала 3-10 перцентильному уровню). 6 (15%) новорожденных переведены на второй этап лечения и 7 (17,5%) – в отделение реанимации. Наиболее часто отмечались синдром дыхательных расстройств и инфекционные осложнения. Характерной особенностью группы новорожденных от матерей с ЖДА среднетяжелого течения была задержка заживления пупочной раны, что свидетельствует о снижении регенеративных процессов.

При изучении морфологического состояния плацент выявлено, что в 1 группе наблюдается большая масса и размеры плаценты, полнокровие ворсин, сохранность синтициотрофобласта, компенсаторные изменения митохондрий, что обеспечивало улучшение обмена в плаценте и сохранение ее синтетических свойств, для 2 группы было характерно увеличение склерозированных и фибриноидизмененных ворсин и их патологическое сближение, облитерация сосудов, скопление эритроцитов в межворсинчатом пространстве, микроинфаркты.

Таким образом, развитие анемии во время беременности отрицательно влияет на течение гестационного процесса, является серьезным фактором торможения постнатальной адаптации. В связи с этим, своевременное и адекватное лечение, профилактическое применение антианемических препаратов с ранних сроков гестации, является залогом благополучного завершения беременности, как для матери, так и для новорожденного, улучшая перинатальные исходы.

СЕЗОННАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНАМИ НОВОРОЖДЕННЫХ (г. СЕВЕРОДВИНСК)

Ломакина А. Н., Титова О. Е., Бичкаева Ф. А.,
Чумакова Г. Н.

Россия, г. Архангельск, СГМУ,
кафедра неонатологии и перинатологии

Актуальность настоящей работы обусловлена недостаточным отражением в современной литературе сведений о состоянии гомеостаза витаминов у новорожденных.

Цель настоящего исследования – определить влияние сезона рождения и фотопериодичности на витаминный статус новорожденных.

На базе МУЗ «Родильный дом» г. Северодвинска Архангельской области в период с февраля 2006 по февраль 2008 гг. было проведено поперечное обследование 148 новорожденных детей. Критерии включения: одноплодная беременность; возраст матери 19-35 лет; срочные роды сроком 37 – 41 неделя гестации; роды через естественные родовые пути. Критерии исключения: наличие у беременной алкогольной и наркотической зависимости; наличие декомпенсированных хронических заболеваний беременных; тяжелое состояние новорожденного при рождении.

Определены уровни витаминов А, Е, В1, В2 пуповинной крови, забор крови для исследования проводился сразу после рождения ребенка из материнской части пуповины в объеме 5 – 10 мл, исследование уровня витаминов проведено в лаборатории Института физиологии природных адаптаций УрО РАН, г. Архангельска.

Статистический анализ данных проводился в программном пакете «SPSS for windows», версия 15,0.

Уровни витаминов А и Е определены у 105 новорожденных, уровни витаминов В1 и В2 у 148 новорожденных.

Уровень витамина А в пуповинной крови (N=105): Md=1,0 (0,72-1,44), мкмоль/л.

Уровень витамина Е в пуповинной крови (N=105): Md=7,77 (4,19-14,23), мкмоль/л.

Уровень витамина В1 в пуповинной крови (N=148): Md=1,03 (0,95-1,11), мкмоль/л.

Уровень витамина В2 в пуповинной крови (N=148): Md=217,5 (140,9-300,8), мкмоль/л.

Выявлена достоверная разница в содержании уровней витаминов В1 ($p < 0,001$), А ($p < 0,001$), Е ($p = 0,005$) в зависимости от сезона рождения. При этом по витамину В1 достоверная разница выявлена в сезонах: зима-весна ($p < 0,001$) и зима-лето ($p = 0,05$), по витамину А в сезонах зима-весна ($p < 0,001$) и зима-лето ($p < 0,001$), по витамину Е в сезонах зима-весна ($p = 0,046$) и зима-лето ($p = 0,002$).

Для определения влияния фактора фотопериодичности были выделены следующие периоды: спада и подъема, максимального и минимального светового дня, выявлены достоверные различия в содержании витаминов А ($p < 0,001$), Е ($p = 0,019$), В1 ($p = 0,047$) в зависимости от фотопериода. При этом различия имели место по витамину В1 в парах: период подъема – период максимального светового дня ($p = 0,047$), период подъема – период минимального светового дня ($p =$

0,036); по витамину А: период подъёма- период минимального светового дня ($p < 0,001$); период максимального светового дня- период минимального светового дня ($p < 0,001$); по витамину Е период максимального светового дня- период минимального светового дня ($p = 0,006$).

Выводы

Содержание витаминов В1 и А в пуповинной крови новорожденного выше в весеннее- летний период, а витамина Е в зимний.

Фактор фотопериодичности влияет на содержание жирорастворимых витаминов и не оказывает влияния на уровень витамина В2.

ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Лукашенко Ю.В., Матвеев С.А., Кира Е.Ф.

Россия, г.Москва, Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова

Проблема течения и ведения беременности и родов у пациенток с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), особенно перенесших операцию на сердце или магистральных сосудах, по-прежнему крайне актуальна из-за высокой частоты летальных исходов, как матери, так и новорожденного. В связи с этим крайне необходима разработка системы мониторинга состояния ССС, алгоритма прегравидарной подготовки этой категории женщин с целью определения индивидуальной тактики ведения беременности, родов и послеродового периода.

Проведено комплексное клиническое обследование 64 женщин репродуктивного возраста (от 17 до 45 лет) с врожденными пороками сердца (в т.ч. оперированными), находившихся на лечении в Центре грудной хирургии Национального медико-хирургического Центра имени Н.И.Пирогова в период с 2005 по 2008 гг.

В анамнезе отмечалось наличие клинических симптомов сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) до беременности в 95% случаев. В 5% случаев патология ССС была впервые диагностирована во время беременности. У таких пациенток наблюдалось ухудшение по основному заболеванию на фоне беременности. Две женщины перенесли операцию на клапанах сердца во время беременности с благоприятным исходом, как для матери, так и для ребенка. Две женщины были прооперированы на сердце сразу после родов. При этом у них отсутствовала прегравидарная подготовка. Одна женщина прооперирована в раннем послеродовом периоде с летальным исходом.

На основании проведенного исследования разработан практический алгоритм прегравидарной подготовки женщин с патологией ССС, включающий раннее комплексное диагностическое обследование, с использованием стандартных и специализированных методов (ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, велоэргометрический тест, некоторые специализированные и лабораторные исследования и др.) при первичном обращении женщин в консультацию по поводу планирования беременности. Определены кри-

терии отбора и выделены группы пациенток с повышенным риском осложненного течения беременности.

Разработанная система мониторинга ССС и алгоритм прегравидарной подготовки пациенток с врожденными пороками сердца могут быть использованы для выработки врачебных рекомендаций и стандартов по планированию беременности, ведению беременности, родов и послеродового периода с целью снижения частоты осложнений беременности, материнской летальности, перинатальной заболеваемости и смертности.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ К БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Луминица Михалчан

Молдова, г.Кишинев, ГУМиФ имени „Николая Тестемицану“

Несмотря на большое количество публикаций касающихся неразвивающейся беременности (НБ), её уровень остаётся высоким, особенно в развивающихся странах. Удельный вес НБ составляет 10-20% из общего числа родов и имеет тенденцию к повышению. Все социально-экономические изменения в обществе за последние десятилетия, особенно в развивающихся странах неблагоприятно влияют на репродуктивное здоровье. Неразвивающаяся беременность, наряду со снижением уровня рождаемости и повышением числа абортот является одним из патогенетических вариантов репродуктивных потерь.

Цель: Оценка репродуктивной функции женщин с НБ до 21 недели в анамнезе и патогенетическое обоснование подготовки к беременности.

Материалы и методы исследования: С целью подготовки к беременности было обследовано 65 женщин, обратившихся в Клиническую Муниципальную Больницу № 1 г.Кишинёв, Р. Молдова по схеме: измерение базальной температуры в течении 3 менструальных циклов, бактериологический посев из цервикального канала, анализ крови на содержание гормонов по циклу (пролактин, ЛГ, ФСГ, тестостерон, ТСГ, Т4), анализ крови на наличие аутоантител (ВА, антикардиолипиновые), гистеросальпингография по показаниям, спермограмма мужа, кармотипирование родителей, определение сахара в крови и моче, полимеразная цепная реакция. Пациентки были разделены на 2 группы: в группу А 51 пациенток которые с целью подготовки к беременности получили комплексное патогенетическое лечение и в группу Б было включено 14 пациенток которые не принимали лечение для подготовки к следующей беременности (контрольная группа).

Результаты обследования: Было выявлено, что в 41,7±9,5% случаев ($p < 0,001$) у пациенток гинекологический анализ был отягощён: фоновые заболевания шейки матки – 10,8±11,3%, воспалительные заболевания – 24,6±10,8 ($p < 0,05$), миома – 4,6±12,1% и аномалии развития матки – 1,5±1,5% случаев. У женщин с НБ в анамнезе в 55,4±8,3 ($p < 0,001$) случаев были роды в анамнезе, медицинские аборты в 60,0±7,8%, ($p < 0,001$), спонтанные аборты – 30,8±10,3%, повторные НБ –

10,8±11,3%, внематочные беременности 1,51,5% и 2 и более кесарево сечения – 3,1±12,3% случаев. Показатель соотношения всех прервавшихся беременностей к общему числу родов составил 0,7. Клинико-лабораторное обследование направленное на выявление основных звеньев патогенеза НБ позволило установить, что в 55,2±1,9% случаев ($p < 0,001$) были выявлены вирусные и/или бактериальные инфекции; в 18,5±4,8% – антифосфолипидный синдром; в 7,7±3,3% – хромосомная аномалия, в 6,2±2,9% – патология щитовидной железы и в 6,2±2,9 – структурные аномалии матки. При гистологии плаценты при беременности которая замерла в анамнезе были выявлены в 63,1±5,3% ($p < 0,001$) случаев признаки хромосомной патологии, из которых в 56,9±6,1 случаев ($p < 0,001$) беременности замерли в первом триместре.

Подготовка к планируемой беременности у женщин группы А проводилась на протяжении нескольких месяцев (как правило от 3 до 6 мес.) и была выбрана, в зависимости от выявленного фактора который привёл к замиранию беременности из анамнеза. Женщины из группы А получали антибиотикотерапию в зависимости от результатов антибиотикограммы, антивирусную, иммуномодулирующую терапию. Пациентки группы А с инфекцией и/или антифосфолипидным синдромом получали витаминотерапию направленную на коррекцию энергетического обмена; аспирин в малых дозах в случае антифосфолипидного синдрома, нормализовался уровень гормонов щитовидной железы, были санированы хронические очаги инфекций; при необходимости, проводилось лечение партнёров.

Из общего числа пациенток вошедших в группы обследования, остались беременными 94,1±3,4% женщин из группы А и 78,8±12,3% из группы Б. Было выявлено, что у женщин из группы А в 11,7 раз чаще беременность протекала без осложнений. Анализ исходов беременности и родов показал, что в группе А беременность завершилась благополучно у 97,9±2,1% пациенток, а в группе Б в 81,8±12,9%. Беременность в группе А реже чем в группе Б закончилась спонтанным аборт (2,1±14,3% и соответственно 9,1±23,3%). В группе А повторных замерших беременностей не было выявлено по сравнению с 9,1±23,0% случаев в группе Б.

Заключение: комплексное обследование женщин с НБ в анамнезе вне беременности позволило установить причину невынашивания, что помогло в определении методов лечения что в конечном счёте привело к улучшению течения и исходов беременности и улучшению перинатальных индексов.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОГО СТАТУСА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Магомедова З.М.; Омаров С-М. А.; Кантаева Д.К.

Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Россия

Для изучения гормонального статуса девушек-подростков мы исследовали концентрацию гормонов путем определения их в сыворотке крови. С этой целью было обследовано 54 девушки в возрасте от 16 до 19 лет. Забор крови осуществлялся утром натощак из локте-

вой вены с учетом фаз менструального цикла (на 5-7 или 20 день цикла). Концентрация ЛГ, ФСГ и пролактина выражалась в единицах МЕ/л., с помощью радиоиммунологических наборов фирмы «ORION» (Франция). Для определения концентрации эстрадиола, прогестерона, кортизола и тестостерона использовались диагностические наборы «Ymmunotech» (Чехия). Эстрадиол, прогестерон, тестостерон и АКТГ выражались в нг/мл, а кортизол нМоль/л.

Секрецию гонадотропинов у больных СПКЯ оценивали по содержанию фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ) и пролактина (ПРЛ) в динамике менструального цикла. Полученные данные сравнивались с аналогичными показателями практически здоровых девушек.

Содержание ФСГ в крови у этих девушек в раннюю фолликулиновую фазу составляло в среднем 16,0±2,2 мМЕ/мл. Четко выявлялся овуляторный пик (21,0±3,3 мМЕ/мл). Характерным для ФСГ являлось снижение его базальной секреции перед овуляторным пиком. В течение лютеиновой фазы количество ФСГ постепенно снижалось, составляя в раннюю лютеиновую 6,2±1,1 мМЕ/мл, а в позднюю – 12,2±2,4 мМЕ/мл.

Соотношение ЛГ/ФСГ в фолликулиновой фазе соответствовало 0,5, которое постепенно повышалось накануне овуляции. Наиболее высоким индекс ЛГ/ФСГ был в период овуляции (2,2), после чего наблюдалось его снижение (1,1).

У девушек с типичной формой СПКЯ содержание ЛГ в крови на 7-8 день после менструальноподобного кровотечения было в 2,4 раза выше, чем у здоровых сверстниц (в среднем 19,5±3,0 мМЕ/мл), к 12-13 дню – 2,7 раза превышало нормальные значения (89,2±4,0 мМЕ/мл), а в дни, соответствующие лютеиновой фазе, в 3,5 раза было выше нормы (51,2±4,4 мМЕ/мл).

Средние показатели секреции ЛГ у девушек с центральной формой СПКЯ несколько превышали показатели здоровых, однако, были значительно ниже уровня, характерного для типичной формы СПКЯ.

У девушек (3) с большей продолжительностью заболевания, секреция ЛГ значительно снижена на фоне повышенного содержания пролактина.

У девушек страдающих сочетанной формой СПКЯ повышенная секреция ЛГ наблюдалась на протяжении всего исследования.

Пиковой секреции ЛГ не было выявлено ни при одной из клинических форм.

Секреция ФСГ при всех клинических формах СПКЯ приближалась к нормальным параметрам, исключая овуляторный период, где содержание ФСГ было достоверно ниже нормы при всех клинических формах СПКЯ.

Индекс ЛГ/ФСГ был высокий у девушек страдающих типичной и сочетанной формами СПКЯ. При центральной форме он также был выше показателя здоровых девушек, но ниже, чем при сочетанной и типичной формах СПКЯ, что, вероятно, обусловлено низкими показателями секреции ЛГ у 3-х девушек с гиперпролактинемией.

Содержание ПРЛ при всех клинических формах СПКЯ соответствовало нормальным значениям, за исключением 3-х девушек с центральной формой, у которых показатели секреции ПРЛ были повышены и достигали 790±4,8 мМЕ/мл.

При изучении содержания АКТГ в крови были выявлены высокие показатели у девушек с центральной

формой СПКЯ содержание АКТГ соответствовало нормальным значениям.

Таким образом, секреция ЛГ при всех клинических формах СПКЯ повышена, наиболее значительно при типичной форме. При центральной форме СПКЯ отмечает снижение показателей содержания ЛГ у девушек с большей длительностью заболевания. Секреция ФСГ не отличается от параметров здоровых сверстниц при всех формах СПКЯ, а соотношение ЛГ/ФСГ достоверно высокое.

Содержание пролактина в крови в пределах нормальных значений у большинства больных. Содержание АКТГ незначительно повышено у девушек, страдающих центральной формой СПКЯ.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ

Макаров И.О., Куликов И.А.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ

Актуальность. Для необходимости оптимизации ведения беременных с заболеваниями шейки матки, требуется разработка универсальных и общих методов диагностики данной патологии.

Цель. Разработка принципов ведения, ранней диагностики заболеваний шейки матки у беременных и предупреждение осложнений беременности, обусловленных этой патологией.

Материалы и методы исследования. Проспективно обследовано 140 пациенток. Основная группа – 90 пациенток, у которой до настоящей беременности была выявлена и сохраняется патология шейки матки или диагностирована при установлении факта беременности. Контрольная группа – 50 пациенток, без патологии шейки матки. Всем пациентам проведены общеклинические исследования, бактериоскопические и бактериологические исследования отделяемого из канала шейки матки и заднего свода влагалища, простая и расширенная кольпоскопия ежемесячно, на протяжении всей беременности и троекратно в послеродовом периоде; цитологическое исследование мазков-отпечатков из влагалищной части шейки матки и нижней трети цервикального канала с оценкой по Папаниколау; ПЦР для выявления ИППП и обследование на Точ-инфекции; по показаниям – морфологическое исследование биоптатов шейки матки.

Полученные результаты. При изучении биоценоза влагалищного содержимого отмечены патологические виды микробной флоры, характерные для неспецифического вагинита, генитального кандидоза, бактериального вагиноза. При исследовании содержимого цервикального канала методом ПЦР получены положительные результаты в группе с патологией шейки матки – у 30%; в контроле – у 26% беременных ($p < 0,01$).

При цитологическом исследовании у 71,4% беременных клеточный состав мазков особенностей не представлял и соответствовал первому типу. У 28,6% беременных с воспалительными заболеваниями шей-

ки матки и влагалища выявлена цитогрaмма воспалительного процесса, соответствующая второму типу цитогрaмм. Кольпоскопическая картина цервицита обнаружена у 25(27,7%) беременных основной группы и у 9(18%) беременных контрольной группы; в сочетании с вагинитом – у 27(30%) беременных основной группы и у 13(26%) беременных контрольной группы. Во время настоящей беременности у пациенток с патологией шейки матки отмечались: угроза прерывания беременности 21,1% ($p < 0,05$); плацентарная недостаточность 12,2% (в 2 раза чаще в сравнении с контрольной группой), преждевременные роды (16,6%), несвоевременное излитие околоплодных вод (32,2%), аномалии родовой деятельности (13,3%). Частота разрывов шейки матки I-II степени в группе родильниц с патологией шейки матки 14,4% (в контрольной группе 6%). Кесарево сечение выполнено у 12,2% пациенток с патологией шейки матки, а у беременных в группе контроля – 4% ($p < 0,01$). Наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению явились: патология родовой деятельности на фоне несвоевременного излития околоплодных вод и нарастающей гипоксии плода.

Выводы (заключение)

Фоном для развития заболеваний шейки матки при беременности являются хронические воспалительные процессы, вирусные инфекции и гормональные нарушения.

Ведение беременных с патологией шейки матки обязательно должно включать лечение хронических инфекций.

Для дифференциальной диагностики заболеваний шейки матки необходимо динамическое кольпоскопическое наблюдение.

Выбор способа лечения заболеваний шейки матки при беременности должен быть дифференцированным.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Макаров О.В.¹, Волкова Е.В.¹, Березина Н.А.²,
Кожаткина М.А.², Конотопов В.А.², Майорова В.В.²,
Пониманская М.А.¹**

¹ Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава кафедра акушерства и гинекологии

² Россия, г. Москва, Городская больница №8 ДЗ г. Москвы

Введение: проблема артериальной гипертензии во время беременности, остается актуальной и нерешенной. В настоящее время ведется дискуссия об отмене или снижении дозы антигипертензивных препаратов, используемых до беременности, так как все антигипертензивные препараты в той или иной степени проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и/или дальнейшее развитие ребенка. Поиск критериев назначения антигипертензивной терапии у беременных с различными формами артериальной гипертензии, ее положи-

тельных и отрицательных сторонах, влиянии на беременную и плод является основной проблемой в настоящее время.

Цель работы: провести сравнительный анализ показателей доплерометрии, частоты операций кесарева сечения, массо-ростовых показателей новорожденных у пациенток с мягкой ХАГ, получавших и не получавших антигипертензивную терапию во время беременности и соматически здоровых беременных.

Материалы и методы: нами были обследованы 174 беременных при сроке гестации 34-41 неделя. I группу (основную) составили 54 беременных с мягкой ХАГ, получавших антигипертензивную терапию во время беременности. II группу (основную) составили 54 беременных с мягкой ХАГ, не получавших антигипертензивную терапию. III группу (контрольную) составили 66 соматически здоровых беременных. Всем беременным были проведены стандартные клинико-лабораторные методы обследования, а также доплеровское исследование маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и внутриплодового кровотоков.

Результаты и обсуждение: нарушения кровотока IA степени выявлены у 8 (14,8%) беременных в I группе, у 2 (3,7%) беременной во II группе ($p < 0.05$). Нарушения кровотока IB степени выявлены у 4 (7,4%) беременных в I группе, у 1 (1,9%) во II группе ($p < 0.05$). Нарушения кровотока II степени выявлены у 17 (31,4%) беременных в I группе, у 1 (1,9%) беременной во II группе ($p < 0.05$). Критические нарушения кровотока выявлены только в I группе у 3 (5,5%) беременных. Нарушений кровотока в III группе выявлено не было. Частота кесарева сечения в I группе была достоверно выше, чем во II и III группах. Путём операции кесарева сечение были родоразрешены 33 (61,1%) беременных I группы, во II группе 13 (24,1%) беременных, в III группе 13 (19,7%) беременных. В I группе масса новорожденных составила $2491,0 \pm 186,0$ г. Во II группе масса новорожденных составила $3511,2 \pm 117,4$ г, рост $51,3 \pm 1,9$ см. В контрольной группе масса новорожденных составила $3487,3 \pm 299,7$ г. Рост новорожденных во II и контрольной группах достоверно не отличался и составил $51,8 \pm 1,8$ см и $51,4 \pm 1,6$ см, соответственно. Наряду с этим, в I группе рост детей был достоверно ниже, чем в остальных группах и составил $46,7 \pm 3,4$ см (от 40,0 до 52,0 см) ($p < 0,05$). Частота СЗРП была достоверно выше среди новорожденных I группы. СЗРП I степени наблюдался у 16 (29,6%) новорожденных I группы, 1 (1,9%) новорожденного II группы. СЗРП II степени имел место у 7 (12,9%) новорожденных I группы и 1 (1,9%) новорожденного II группы. СЗРП III степени наблюдался только у 10 (18,5%) новорожденных I группы.

Выводы: агрессивная антигипертензивная терапия приводит к нарушению кровотока в системе «мать-плацента-плод», что в свою очередь обуславливает синдром задержки роста плода, ухудшение функционального состояния плода и досрочное родоразрешение, чаще путем операции кесарева сечение. Таким образом, при назначении антигипертензивной терапии контроль над ее эффективностью необходимо осуществлять не только по уровню адекватности снижения артериального давления, но и по сохранению на должном уровне маточно-плацентарной перфузии, основным методом оценки которой является доплеро-

ровское исследование. Некоторое повышение артериального давления у беременных с ХАГ носит компенсаторный характер и направлено на сохранение маточно-плацентарной перфузии на должном уровне для благополучного развития плода.

ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Макаров Р.А., Кинжалова С.В., Давыдова Н.С.
ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», Россия, Екатеринбург

Артериальная гипертензия (АГ) в период гестации наблюдается у 5-15% беременных в мире и 7 – 29% беременных в различных регионах России и не имеет тенденции к снижению. В настоящее время АГ является одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, приводит к увеличению риска осложнений, как у матери, так и у плода. При беременности, осложненной артериальной гипертензией может произойти значительное снижение резервов компенсации системы кровообращения. Регуляторные механизмы гемодинамики страдают раньше изменений привычных параметров и тем самым эти сдвиги можно назвать предклиническими.

Целью работы явилось изучение параметров центральной гемодинамики и особенностей её ауторегуляции у пациенток с неосложненной беременностью и при беременности на фоне гипертензивных расстройств.

Проведено комплексное обследование центральной гемодинамики у 50 пациенток в третьем триместре беременности, родоразрешенных путем кесарева сечения, и оценка состояния их новорожденных детей. Оценка состояния гемодинамики беременных женщин проводилась на момент родоразрешения, с помощью неинвазивной биоимпедансной технологии мониторинговой системой «МАРГ 10-01» на базе компьютера «Pentium IV».

I группу составили 20 соматически здоровых пациенток с физиологически протекающей беременностью, родоразрешенные в сроке $39,19 \pm 0,2$ недель (здесь и далее все средние численные значения даны как $M \pm m$). Во II группу вошли 15 беременных с хронической артериальной гипертензией, в сроке $37,57 \pm 0,7$ недель гестации. III группу составили 15 пациенток с беременностью, осложнившейся гестозом тяжелой степени, родоразрешение которых проведено в сроке $33,43 \pm 1,03$ нед.

Средний возраст женщин I и II групп не отличался ($29,86 \pm 1,08$ и $31,23 \pm 2,25$ соответственно). Пациентки III группы (гестоз) были достоверно моложе – $25,25 \pm 1,58$ лет ($p < 0,05$).

Выявлены достоверные различия основных параметров центральной гемодинамики во всех группах исследования. В группе пациенток с хронической АГ (II группа) в сравнении с I группой достоверно выше отмечались значения АДс и АДд (на 22,6% и 22,3%) и ОПСС – на 25,5%, параметры сердечного выброса

(МОК, СИ) и ИДК не претерпевали достоверных отличий. У беременных с гестозом (III группа) наряду с возрастанием АДс и АДд (на 19,5% и 25,1%) и значительным увеличением ОПСС – на 63,8%, отмечалось достоверное снижение МОК на 21,4%, СИ – на 20,5% и ИДК – на 12%, в сравнении с контрольной группой. При сравнении основных параметров центральной гемодинамики II и III групп выявлены достоверные различия: у беременных с гестозом отмечалось урежение ЧСС (на 21,8%), снижение МОК (на 19,2%), СИ (на 14,7%) и ИДК (на 17,6%) и возрастание ОПСС (на 30,5%).

Также выявлены значительные отличия параметров ауторегуляции гемодинамики беременных с гипертензивными расстройствами (II и III группы) в сравнении с I группой. Отмечалось возрастание не только матожидания (M) и дисперсии (S), но и мощности всего спектра колебаний (P) показателей АД (на 187% и 115%, соответственно), ударного выброса (на 36,1% и 36%), сердечного индекса (на 64% и 89%) и пульсации микрососудов пальца (на 227% и 246%). Это свидетельствует об увеличении энергозатрат на регуляцию этих параметров и напряжении всех систем регуляции. Однако при гестозе происходит прирост мощности всего спектра в основном за счет самых медленных регуляторов – метаболитических (P1) и, в меньшей степени, гуморальных (P2) (ренин-ангиотензиновая система и вазопрессин), т.е. наблюдается переход от барорегуляции к гуморально-метаболическому влиянию.

У беременных с гипертензивными расстройствами происходят значительные изменения основных параметров центральной гемодинамики и ауторегуляции. Наиболее выраженные изменения выявлены при гестозе, кроме повышенной энергетики присутствует сдвиг энергии колебаний в более медленноволновую сторону, т.е. дизрегуляция кровообращения.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОПОСРЕДОВАННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Мальцева Л.И., Павлова Т.В.

Россия, г. Казань, кафедра акушерства и гинекологии № 1 КГМА

Гестоз остается наиболее тяжелым осложнением беременности с неизученными до конца этиологией и патогенезом, отсутствием радикальных методов лечения. Хорошо известна достаточно большая группа риска по развитию гестоза (гипертензивные состояния, болезни почек, ожирение). К генетическим факторам, с которыми может ассоциироваться гестоз, относят гены MTHFR, его вариант MTHFR-C677T, AGT-M235T, ACE I/D, ген протромбина, NO-синтетаза, мутация V фактора Лейдена, дефицит протеина C, S и др. Описано две разновидности гена метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR – обозначаемые как мутация C677T. Наличие данной мутации сопровождается повышением уровня гомоцистеина крови, что является риском развития нефропатии у беременных. Другой важный аспект мутации MTHFR-C677T –

фолат-дефицитная анемия, которая усугубляет диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови и тяжесть гестоза. Большое значение в развитии гестоза могут иметь генотипы ангиотензиногена – AGT-M235T. Мутация существенно меняет взаимодействие ангиотензиногена с ренином и ангиотензинпревращающим ферментом, что может вызвать развитие гестоза у беременных – носителей мутации. В последние годы открыто существование вариантов генотипа ангиотензинпревращающего фермента – ACE I/D, что может быть фактором риска развития гипертензии у беременных. Эндотелиальный гипотензивный фактор – оксид азота (NO) является продуктом эндотелиальной NO – синтазы, которая кодируется геном NOS3. Аллельные варианты этого гена приводят к снижению уровня экспрессии NO – синтазы и, как следствие, снижению устойчивости организма к гипертензивным влияниям со стороны внешней и внутренней среды. Особенно непредсказуем гестоз у первородящих женщин и его связь с генетическими факторами чрезвычайно интересна. В связи с этим, целью исследования явилось изучение роли некоторых генетических отклонений в развитии гестоза у первородящих женщин. Материал и методы: проведено обследование 69 первородящих женщин. Основную группу составили 32 больные с разной степенью тяжести гестоза (15 – с легкой, 10 – средней, 7 – с тяжелым гестозом). В группу риска вошли 22 первородящие женщины, имеющие антифолиевый (АФЛ) синдром (3), ожирение (3), нейроциркуляторную дистонию по гипертоническому типу и гипертоническую болезнь (4), пиелонефрит (12). Контрольная группа состояла из 15 практически здоровых первородящих женщин. У всех пациенток кроме общеклинического обследования с оценкой гемостазиограммы, исследовали кровь для определения вариантов полиморфизма генов AGT-M235T, ACE I/D, MTHFR-C677T, NOS3-E298D,4a/4b, уровня фолиевой кислоты, ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и ренин – ангиотензина. Отклонений в изучаемых параметрах не было выявлено у женщин контрольной группы. При обследовании женщин из группы риска у больных с АФЛ-синдромом были выявлены нормальные варианты исследуемых генов, но при этом снижено содержание фолиевой кислоты и повышен уровень АПФ. У больных с ожирением установлен мутантный вариант полиморфизма гена MTHFR-T677T, нормальное содержание фолиевой кислоты и АПФ. У всех этих женщин в гемостазиограмме было выявлено: снижение активности AT-III, повышение уровня протеина C, S, плазминогена, фибриногена, D-димера, что свидетельствовало о хроническом ДВС-синдроме. Остальные пациенты из группы риска (с пиелонефритом, гипертензивными состояниями) имели нормальные варианты генов, кроме 8 женщин, у которых выявили мутантный вариант полиморфизма гена ACE D/D; 2 из них имели сочетание мутантного варианта полиморфизма генов ACE D/D и MTHFR-T677T; ACE D/D и NOS3-D298D, повышенное содержание ренин – ангиотензина. В гемостазиограмме беременных с пиелонефритом и гипертензивными состояниями отмечено незначительное повышение плазминогена и фибриногена. В основной группе среди больных с легким гестозом полиморфизм исследуемых генов выявлен у всех, причем у 7 обнаружены мутантные гены: у 3 из них MTHFR-T677T в сочетании с нормаль-

ным содержанием фолиевой кислоты и АПФ, хронической формой синдрома ДВС; у 4 – АСЕ D/D и резко сниженный уровень фолиевой кислоты, что сопровождалось начальными признаками синдрома ДВС. Среди женщин с гестозом средней степени тяжести обнаружены мутантные варианты полиморфизма генов: у 6 – АСЕ D/D, у 4 – МТНFR-T677T, при исследовании гемостаза выявлено незначительное повышение Д-димера, фибриногена, плазминогена. Все женщины с тяжелым гестозом имели сочетание двух мутантных вариантов полиморфизма генов АСЕ D/D и МТНFR-T677T с трехкратным увеличением Д-димера, гиперфибриногенемией, значительной гиперагрегацией тромбоцитов, гиперкоагуляцией, снижением АТ-III, что подтверждало активно текущий ДВС-синдром. Уровень фолиевой кислоты у всех женщин, имеющих гестоз средней и тяжелой степени, оказался значительно сниженным по сравнению со здоровыми, тогда как АПФ не отличался от контроля; а так же повышенное содержание ренин-ангиотензина. У пациенток, имеющих мутации в гене МТНFR, помимо гестоза клинически определялся ЗВУР плода.

Таким образом, развитие гестоза у первородящих женщин, вероятнее всего, генетически детерминировано; фолатдефицитные состояния являются дополнительными факторами риска. Выявленные особенности определяют особые подходы к профилактике и лечению гестоза у первородящих женщин.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Мамытбекова З.М.

Республика Казахстан, г. Алматы, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

Доказано, что от 30 до 80% женщин, перенесших кесарево сечение, могут рожать через естественные пути с благоприятным исходом как для матери, так и для плода. Возможность родов через естественные родовые пути при рубце на матке определяется состоятельностью рубца на матке. Эндотелин-1 (Э-1) является диагностическим маркером процессов инволюции, реорганизации и деструкции коллагенов и эластонов соединительной ткани рубца. Клиническая значимость Э-1 и разнообразие реакций определяется наличием соответствующих рецепторов в эндотелии большинства тканей и органов и сопряженностью его действия с разнообразными физиологически активными соединениями, мы посчитали интересным исследовать значение Э-1 на активность репаративных процессов у беременных с рубцом на матке.

Цель исследования: Обосновать прогностические и диагностические критерии альтернативного родоразрешения у беременных с рубцом на матке.

Материалы исследования: 90 беременных с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенные повторно оперативным путем, 30 – беременные с руб-

цом на матке родоразрешенные через естественные родовые пути, 30- беременные без рубца на матке впервые родоразрешенные с помощью операции кесарева сечения, 30- беременные без рубца на матке с физиологическим течением беременности, родов и послеродового периода. Материалом исследования служила кровь, забор которой проводили на 37-38 недели беременности, во время родоразрешения и на 5-е сутки после родоразрешения.

При выполнении работы проводили: общеклиническое обследование, лабораторные методы диагностики, ультразвуковое исследование, КТГ плода, статистическую обработку полученного материала. Эндотелин-1 определяли на иммуноферментном анализаторе «Autos» «Biomedica» ENDOTELIN, Канада и выражали в фмоль/мл Патоморфологическому исследованию подлежали участки миометрия с нижнего сегмента матки при иссечении рубца размером 0,4 x 0,6 см, фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина окрашивали гематоксилин эозином, по Ван-Гизону и по Маллори в комбинации с метиловым кармином Орта.

Результаты исследования: У 75% пациенток с рубцом на матке повторная беременность имеет осложненное течение. Наиболее частым осложнением является угроза прерывания беременности (37,3%), которая требует проведения дифференциальной диагностики с несостоятельностью рубца на матке для выбора оптимальной тактики ведения данной беременности

Результаты эхоскопии совпали с морфологическими данными в 76,6% случаев. Ложноположительные результаты составили 24,5% случаев. Ложноотрицательные – 10,5%. Выявлена прямая корреляционная зависимость ($r+0,7$) между уровнем эндотелина-1 в плазме крови и степенью несостоятельности рубца.

Проведенные исследования показали достоверное ($p<0,001$) существование тесной отрицательной корреляционной связи ($r=-0,79$) между отношением объема мышечной ткани к фиброзной ткани при патоморфологической оценке биоптата с области рубца и содержанием эндотелина -1 в крови пациенток с рубцом на матке в сроке 36-38 недель беременности.

При состоятельном рубце на матке во время беременности на сроках 37-38 недель уровень Э-1 в крови в 6 раз ниже, чем при несостоятельном рубце на матке. Выявлена обратная корреляционная зависимость между уровнем Э-1 в крови и степенью мускуляризации рубцовой ткани на матке.

Таким образом, использование критериев оценок показателя эндотелина-1 будет способствовать повышению качества диагностики несостоятельного рубца на матке во время беременности.

АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Маринкин И.О., Пушкарев Г.А., Пивень Л.А.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирская государственная областная клиническая боль-
ница, Новосибирск, Россия*

Увеличение возраста рожаящих женщин, «омоложение» больных с миомой тела матки высветило в последнее десятилетие проблему «Миома матки и беременность». Внедрение в акушерскую практику УЗИ, в том числе доплеровского исследования, способствовало оптимизации дифференцированного подхода к миомэктомии при беременности. Мы придерживаемся мнения, что при сочетании желанной беременности и миомы матки лучшая тактика – консервативная. Имея 20-летний опыт ведения беременных с миомами, за последние 10 лет мы не производили миомэктомию до доношенного срока, не смотря на «быстрый» рост и проявления нарушения питания узлов.

Миомэктомия во время кесарева сечения. Наличие миомы матки у беременных в последнее время все чаще является основным показанием к абдоминальному родоразрешению. При решении вопроса о способе родоразрешения у пациенток с миомой матки следует учитывать возраст беременной, характер и расположение узлов, состояние плода, акушерско-гинекологический анамнез женщины. Многолетние наблюдения позволяют считать, что при проведении консервативной миомэктомии во время кесарева сечения возможно удаление миоматозных узлов из полости матки, перешейка, шейки матки, расположенных на сосудистых пучках и требующих их перевязки.

Миомэктомия при операции кесарева сечения относится к разряду органосохраняющих операций и требует дифференцированного подхода в анестезиологическом обеспечении оперативного вмешательства. В дооперационном периоде необходима оценка показателей клинических анализов крови, биохимических параметров, отражающих функцию печени, почек и в целом определяющих реакцию организма пациентки на анестезию, объемную кровопотерю и инфузионно-трансфузионную терапию. Врожденные и приобретенные нарушения в сосудисто-тромбоцитарном и коагуляционном звеньях гемостаза (тромбоцитопатии, тромбоцитопении, гемофилические коагулопатии) могут послужить основанием для отказа от миомэктомии при операции кесарева сечения. При синдроме гестационной дизадаптации гемостаза операция возможна при соответствующем трансфузиологическом обеспечении. Если беременной проводится профилактическая дезагрегационная и антикоагулянтная терапия, то дезагреганты отменяются не менее чем за 24-48 часов до операции, а антикоагулянты не менее чем за 12-24 часа до операции. Выбор метода анестезиологического пособия определяется общими принципами регионарной или общей анестезии, объемом оперативного вмешательства и степенью риска массивной кровопотери. При удалении субсерозных миоматозных узлов и предполагаемом объеме кровопотери не более 1% от массы тела (до 15% ОЦК) возможно проведение регионарной анестезии, предпочтительнее продленная эпидуральная анестезия. При интрамуральных

узлах в области перешейка, шейки матки, узлах, расположенных на сосудистых пучках, высока вероятность расширения объема операции и массивной кровопотери. В данном случае целесообразна тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ.

В дооперационном периоде необходимо предпринять ряд мер, которые смогут обеспечить успешную терапию возможной массивной кровопотери – катеризация центральной и периферической вен катетерами больших диаметров, обеспечение запаса эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, коллоидных растворов, иметь технические средства для проведения интраоперационной реинфузии отмытых эритроцитов. При проведении регионарной анестезии проводится преинфузия из расчета 10,0-15,0 мл/кг веса кристаллоидов и коллоидов. Во время операции кроме основного мониторинга (АД, пульс, Sat O₂, диурез) обязателен динамический контроль за объемом кровопотери. При проведении регионарной анестезии и кровопотере, превышающей 20% ОЦК, возникают показания к тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ. Независимо от вида анестезиологического пособия при указанном объеме кровопотери проводится интраоперационный анализ гемограммы, коагулограммы (скрининговый тест), для определения показаний к проведению гемо-и плазмотрансфузий. Дополнительный мониторинг ЦВД, ЭКГ. Миомэктомия при абдоминальном родоразрешении не должна выполняться при отсутствии достаточного запаса компонентов крови и коллоидных кровезаменителей. Непременным условием является владение оперирующими хирургами методиками гистерэктомии и перевязки внутренних подвздошных артерий.

Заключение.

Достижения медицины позволяют проводить органосохраняющие операции при абдоминальном родоразрешении женщин молодого возраста с множественными и «гигантскими» миомами матки с сохранением не только менструальной, но и детородной функций, что расширяет возможности реабилитации пациенток с такой частой патологией, которой является миома матки.

ДОБРАЧНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПРЕГЕСТАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ПАР – ПРОСТОЙ И НА- ДЕЖНЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ПЛОДА

Маркарян Д.С., Кадошникова М.А., Мельникова Т.Б.
Россия, г.Москва, Медцентр «Линия жизни»

Профилактика наследственной и врожденной патологии у потомства, самоабортов.

мертворождений и невынашивания имеет огромное социальное, демографическое и экономическое значение и для семьи и для государства. Есть все основания для утверждения – чем лучше общее и репродуктивное здоровье родителей, тем меньше у них факторов риска, тем больше шанс получить здоровое

потомство. Большая часть этих факторов риска уже хорошо известна.

Во-первых, это качество гаметогенеза. В первую очередь это касается сперматогенеза у мужчин. Чем лучше спермограмма, чем выше процент спермиев с нормальной морфологией головки, шейки и хвоста- тем выше шанс получения здорового потомства. С точки зрения мутационной генетики изменения морфологии головки, шейки, хвоста- это результат генных, хромосомных и эпигеномных мутаций. И эти мутации в спермиях являются причиной пороков развития, генных и хромосомных болезней, самоабортов, невынашивания и гибели плода. Таким образом, факторы мутагенеза в процессе сперматогенеза вносят свой значительный вклад в патологию беременности и родов. Как результат, подавляющая часть наследственной и врожденной патологии у плода -это не передача признака по вертикали, а результат мутаций *de novo*, возникших в гаметогенезе отца. Отсюда первое правило для получения здорового потомства – спермограмма отца должна соответствовать высоким критериям нормы. Предложенное генетиками правило, что если в популяции спермиев более 50% из них имеют видимую при световой микроскопии патологию головки, шейки, хвоста, то это основания для ограничений на планирование потомства. Поэтому, следует очень осторожно смотреть на перспективы широкого использования ЭКО/ ИКСИ, когда спермограмма мужчины имеет выраженную патологию, а спермий выбирается на глаз и может нести какую-либо мутацию, которая проявится на каком-то этапе жизни. В рекомендациях ВОЗ отсутствуют четкие критерии морфологических параметров сперматозоидов, позволяющих оценить степень риска для плода. Поэтому, для оценки качества спермиев, качества спермограммы, мы широко используем строгие критерии, предложенные Крюгер в 1980 г., с дополнениями на основании нашего опыта. Наш многолетний опыт показал, что использование строгих критериев оценки качества спермиев, в разы повышает шанс получения гарантированно здорового потомства.

Во-вторых, хорошо известна роль физических, химических и биологических факторов внешней и внутренней среды, с мутагенным, тератогенным и эмбриотоксическим действием на гаметогенез и на плод. Это опыт и был положен нами в основу добрачного консультирования и прегестационной подготовки семейных пар. Поток пациентов на добрачное консультирование и прегестационную подготовку формируется через ЗАГС, женские консультации и роддома, через урологов, венерологов и других специалистов. Контингент обращающихся можно разбить на три группы:

1. Ответственная молодежь планирующая брак и деторождение.
2. Семьи уже столкнувшиеся с бесплодием.
3. Семьи в которых уже имели место самоаборты и пороки развития, другая перинатальная патология.

Вся Программа складывается из нижеследующих разделов:

а) Медико-генетическое консультирование, поиск и устранение вероятных мутагенов и тератогенов- физических, химических, биологических.

б) Поиск и устранение урогенитальных инфекций у обоих членов семьи, *Torch*-инфекций, нормализация

микроценоза влагалища (доминирование лактобацилл, рН <5.0) устранение инфекций из матки и придатков, с крайней плоти мужчин, уретры, простаты семенных пузырьков и т.д.

в) Нормализация овогенеза, цикла и гормонального баланса.

г) Нормализация сперматогенеза. Диагностика, профилактика и консервативное лечение нарушений сперматогенеза. Использование широкого спектра физических и лекарственных средств, биологически-активных добавок для устранения инфекционно-токсических и других причин нарушений сперматогенеза, устранения вредных привычек и нормализация образа жизни будущего отца. (Тер-Аванесов Г.В. 2007, Божедомов В.А., Сухих Г.Т. 2009).

При этом наш опыт показал, что будущие отцы как правило ответственно подходят и к лечению нарушений сперматогенеза, и к отказу от алкоголя, курения и других вредных привычек. При этом, даже в случаях выраженных патозооспермий, нормализации сперматогенеза, а заодно и нормализации половой функции, удается добиться в 70-80 % случаев. А в остальных случаях рекомендовать ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии).

С 2006 по 2008 г. через Программу в Московском микрорайоне Солнцево прошло 189 семейных пар. Родилось 34 здоровых ребенка. Еще у 17 беременностей протекает нормально. Это первые положительные результаты Программы. Вторым положительным моментом является то, что все большее число семейных пар просит проверить их и подготовить к рождению здорового ребенка. Третьим положительным моментом следует считать то, что сходные Программы прегестационной подготовки уже используются и в других центрах, что позволяет надеяться на все более быстрое накопление ценного опыта.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Марусов А.П., Ляличкина Н.А., Тарасова Е.П.

ГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», г. Саранск

Хроническая плацентарная недостаточность на протяжении многих лет остается одним из наиболее распространенных осложнений процесса гестации, частота которого у женщин с неосложненным течением беременности составляет 4-5%, а при экстрагенитальных заболеваниях матери, инфекционных заболеваниях, поздних гестозах, многоплодии, длительно протекающей угрозе срыва беременности достигает 80-100%.

Проведенные нами исследования были направлены на изучение состояния системы «мать-плацента-плод» и кардиодинамики плода у инфицированных беременных с фетоплацентарной недостаточностью.

Для выполнения поставленной цели были обследованы 50 женщин со сроком беременности 36 – 40 недель в возрасте от 16 до 36 лет с хронической плацентарной недостаточностью (ХПН). В первую группу вошли 16 беременных с цитомегаловирусной и гер-

петической инфекцией, во вторую – 18 беременных с хламидиозом и в третью – 16 пациенток с сифилисом. Контрольную (четвертую) группу составили 10 женщин на аналогичных сроках с физиологически протекающей беременностью.

По возрасту, акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу обследованные группы были сопоставимы.

При анализе кардиограмм в контрольной группе базальная частота сердечных сокращений (БЧСС) составила в среднем $134,2 \pm 2,92$ уд./мин., при этом преобладал ундулирующий тип базального ритма (80 %). Стабильность ритма составила $62,6 \pm 3,4\%$. Выявлено преобладание спорадических акцелераций, количество децелераций в свою очередь было минимальным с преобладанием ранних форм. При компьютерной обработке по Фишеру конечный результат исследования составил $8,3 \pm 0,41$ баллов, что свидетельствует об удовлетворительном состоянии плода. Показатель состояния плода (ПСП) по Кребсу был $10,3 \pm 0,41$ баллов.

У инфицированных беременных с ХПН БЧСС плода достоверно не отличалась от показателя контрольной группы, однако имела место монотонность ритма. Амплитуда осцилляций была в пределах $7,2 \pm 0,64$ уд./мин. в 1 группе; $7,2 \pm 0,32$ уд./мин. во 2 группе и $7,0 \pm 0,35$ уд./мин. в 3 группе, что было достоверно ниже показателя в контрольной группе. По частоте осцилляции составили, в среднем, $6,4 \pm 0,39$ уд./мин. в 1 группе; $6,9 \pm 0,28$ уд./мин. во 2 группе и $7,0 \pm 0,28$ уд./мин. в 3 группе и оказались ниже, чем при физиологически протекающей беременности.

Число акцелераций уменьшалось в первой группе, что может свидетельствовать о наиболее неблагоприятном влиянии вирусной инфекции на состояние внутриутробного плода. Количество децелераций существенно не отличалось; в группе беременных с сифилисом их не было зарегистрировано вообще. Среди децелераций преобладали переменные, указывающие, скорее всего, на прижатие пуповины во время обследования. Двигательная активность плода, оценивавшаяся по количеству шевелений, достоверно уменьшалась в группе инфицированных ЦМВ и ВПГ.

При анализе ПСП по Фишеру в большинстве случаев выявлены начальные признаки гипоксии плода в первой и третьей группах. Аналогичные изменения отмечены и при оценке по Кребсу. У инфицированных беременных с ХПН ПСП по Фишеру $7,7 \pm 0,3$ балла в 1 группе, $8,2 \pm 0,3$ балла во 2 группе и $7,0 \pm 0,3$ балла в 3 группе. По Кребсу – $9,7 \pm 0,3$ балла в 1 группе, $10,2 \pm 0,3$ балла во 2 группе и $9,0 \pm 0,3$ балла в 3 группе.

При анализе данных ультразвукового сканирования отмечено отставание фетометрических параметров на 1 – 2 недели у 3(19%) беременных из 1 группы, 3(17%) беременных из 2 группы и у 4(25%) беременных из 3 группы, что соответствует синдрому задержки роста плода I степени, у остальных параметры соответствовали норме.

Выявлено, что при ХПН у инфицированных беременных чаще всего наблюдалось наличие пептификатов, которые препятствуют полноценному функционированию маточно-плацентарного комплекса. Состояние маточно-плодово-плацентарного кровообращения (МППК) изучалось с помощью артерии пуповины в сроке гестации 36-40 недель.

Использовались качественные параметры кровотока, характеризующие периферическое сосудистое сопротивление (ПСС): систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ).

Значение ИР у беременных контрольной группы составило $0,51 \pm 0,01$, ПИ – $0,71 \pm 0,03$, СДО – $2,03 \pm 0,06$. При присоединении инфекционных осложнений и развитии ХПН значения индексов ПСС повышались. Так, значения СДО колебались в пределах от $2,45 \pm 0,11$ до $2,85 \pm 0,15$; ИР – от $0,58 \pm 0,02$ до $0,74 \pm 0,08$; ПИ – от $0,85 \pm 0,05$ до $1,03 \pm 0,10$ в 1 группе обследованных. СДО от $2,15 \pm 0,07$ до $2,51 \pm 0,07$; ИР – от $0,53 \pm 0,03$ до $0,65 \pm 0,02$; ПИ – от $0,73 \pm 0,03$ до $0,87 \pm 0,03$ во 2 группе беременных. СДО от $2,41 \pm 0,10$ до $2,62 \pm 0,08$; ИР – от $0,57 \pm 0,03$ до $0,66 \pm 0,03$; ПИ – от $0,84 \pm 0,05$ до $0,98 \pm 0,05$ в 3 группе беременных. У 11(69%) беременных из 1 группы; 13(72%) беременных из 2 группы; 12(75%) беременных из 3 группы было выявлено нарушение маточно-плацентарного кровообращения I-A степени; у 2(13%) беременных из 1 группы; 2(11%) беременных из 2 группы и у 2(13%) беременных из 3 группы – I-B степени; а у 3(18%) беременных из 1 группы; 3(17%) беременных из 2 группы; 1(6%) беременной из 3 группы и 10(100%) беременных из 4 группы – на доплерограмме изменения отсутствовали, и лишь у одной (6%) женщины из 3 группы выявлена II степень нарушения маточно – плацентарного кровообращения.

На основании этого можно сделать вывод, что у 18% беременных из 1 группы, 17% беременных из 2 группы и 6% беременных из 3 группы ХПН имеет компенсированное течение, а в 81% случаев в 1 группе, 83% случаев во 2 группе и 88% случаев в 3 группе – субкомпенсированное, так как нарушение маточно-плацентарного кровообращения свидетельствует о недостаточности компенсаторно-приспособительных процессов в плаценте, что в свою очередь вызывает изменения сердечной деятельности плода и подтверждает результаты, полученные при КТГ. Полученные данные указывают на мобилизацию реакций адаптации.

Таким образом, в плаценте процесс развития сопровождается формированием компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих потребности плода. При изменениях в структуре плаценты, вызванных ХПН, усиливаются имеющиеся компенсаторные реакции и возникают новые, что обеспечивает на определенный отрезок времени достаточно высокую функциональную активность этого органа. В связи с этим, плацентарную недостаточность следует рассматривать с учетом двух процессов – деструктивных и компенсаторных процессов. Степень сохранности последних определяет дальнейшее развитие и состояние плода, позволяет более объективно определиться с тактикой ведения беременной и выбором метода родоразрешения.

ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТОЗОМ

Марусов А.П., Федоткина Е.П.

Россия, г. Саранск, ГОУВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»

В основе патогенеза гестоза лежат сосудистые нарушения, приводящие к расстройству гемореологии, микроциркуляции, что в конечном итоге повышает риск развития кровотечения у рожениц в родах и при операции кесарево сечение.

Целью исследования явилось изучение влияния инфузионной терапии на объем кровопотери у родильниц с гестозом легкой, средней и тяжелой степени тяжести.

Материалы и методы исследования: нами обследованы 193 беременные (28-40 недель гестации) с гестозом легкой, средней и тяжелой степени тяжести.

Беременные с гестозом получали комплексное лечение с проведением инфузионно-трансфузионной терапии. Все обследованные женщины были разделены на 2 группы: основная – 97 беременных, получавших в составе инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) препараты гидроксипрохлорид крахмала (Рефортан 6% и 10%) и контрольная – 96 беременных, получавших стандартные коллоидные растворы (альбумин, СЗП, декстраны).

Кровопотеря у беременных с гестозом легкой степени тяжести, родоразрешенных через естественные родовые пути составила в I группе 152,5±4,8 мл, что на 16,1% (p<0,05) меньше, чем во II группе (181,7±9,8). Кровопотеря у беременных с гестозом чаще была обусловлена травмами мягких тканей родовых путей и гипотонией матки. Средняя величина кровопотери у беременных с гестозом средней степени тяжести, родоразрешенных через естественные родовые пути составила в I группе 196,1±3,8 мл, что на 22,3% (p<0,001) меньше, чем во II группе (252,4±3,3 мл). У беременных с гестозом тяжелой степени тяжести объем кровопотери в родах в I группе был на 17,4% меньше (238,2±8,8 мл (p<0,001)), чем во II группе (288,5±8,3 мл).

Во время операции кесарево сечение кровопотеря в I группе при гестозе легкой, средней и тяжелой степени тяжести была меньше, чем во II группе соответственно на 5,9% (631,8±7,1 мл (p<0,001)), 6,6% (664,5±7,1 мл (p<0,001)) и 15,9% (694,8±6,7 мл (p<0,001)).

В I группе беременных с гестозом легкой степени тяжести кровопотеря не превышала допустимую норму и не требовала трансфузий препаратов и компонентов донорской крови. Во II группе 1 (3,0±3,0%) больной с гестозом легкой степени тяжести потребовалась трансфузия 150,0 мл СЗП. Инфузии кристаллоидов для восстановления ОЦК в I группе проведены 2 (6,1±4,2%) женщинам (819,2±2,8 мл (p<0,001)), во II группе – 3 (9,1±5,0%) роженицам (892,3±7,0 мл). Общий объем ИТТ при гестозе легкой степени тяжести в I группе составил 987,4±24,9 мл, во II группе – 1067,6±33,2 мл.

С целью восполнения кровопотери при гестозе средней степени тяжести потребовалась трансфузия эритроцитарной массы 1 (3,0±3,0%) родильнице (150,0 мл) I группы и 2 (6,1±4,2%) (349,1±3,9 мл) – II груп-

пы; трансфузия СЗП – 6 (18,2±6,7%) родильницам (367,3±5,0 мл) I группы и 5 (15,2±6,2%) (405,8±8,7 мл) – II группы. Инфузии кристаллоидов проводились 8 (24,2±7,5%) родильницам (995,2±15,5 мл) I группы и 11 (33,3±8,2%) (1221,5±24,7 мл) – II группы. Общий объем заместительной ИТТ составил в I группе 1084,2±17,7 мл, во II группе – 1632,1±7,9 мл.

Гестоз тяжелой степени тяжести сопровождался кровопотерей, потребовавшей коррекции с применением эритроцитарной массы в 2 (6,5±4,4%) случаях (264,9±7,3 мл) в I группе и в 4 (13,3±6,2%) (378,5±7,0 мл) – во II группе. Трансфузия СЗП проводилась 8 (25,8±7,9%) родильницам (454,2±7,5 мл) I группы и 9 (30,3±8,4%) (419,4±5,0 мл) – II группы. Кристаллоиды применялись при гестозе тяжелой степени тяжести в I группе 10 (32,3±8,4%) родильницам (1046,4±21,6 мл), во II группе – 11 (36,7±8,8%) (1264,2±16,0 мл). Общий объем ИТТ при гестозе тяжелой степени тяжести в I группе составил 1388,8±7,4 мл, во II группе – 1787,9±8,5 мл.

Таким образом, включение препаратов гидроксипрохлорид крахмала (Рефортан 6% и 10%) в программу комплексной терапии гестоза способствует уменьшению кровопотери в родах и при операции кесарево сечение, что соответственно позволяет уменьшить общий объем заместительной инфузионно-трансфузионной терапии.

АНТЕНАТАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ГЕСТОЗА

Мельникова А.С., Степанова Р.Н.

ФГОУ «Орловский государственный университет»,
Медицинский институт, Орел, Россия

В значительном числе случаев смерть матери является следствием индуцированных беременностью гипертензивных расстройств. Среди последних доминируют тяжелые формы гестоза, что в свою очередь предрасполагает к преждевременной отслойке плаценты, церебральной геморрагии, коагулопатическому кровотечению, острой почечной недостаточности, отеку легких и т.д. Кроме того, гестоз способствует формированию плацентарной недостаточности, задержке роста плода, мертворождению, повышает неонатальную заболеваемость. При тяжелых клинических формах гестоза возрастают частота оперативного родоразрешения, увеличиваются материальные затраты и продолжительность госпитализации. Ранняя диагностика, своевременная и современная терапия женщин с тяжелым гестозом редуцируют материнскую заболеваемость и смертность. Но все же наиболее перспективным является предупреждение развития гестоза антенатальным прогнозированием путем отбора матерей в группу высокого риска с последующей разработкой для каждой индивидуальной стратегии, включающей мероприятия для контролирования управляемых факторов риска, и тем самым устранение их вообще или хотя бы снижение степени их влияния на развитие тяжелых клинических форм гестоза.

С целью определения факторов, ассоциирующихся с высоким риском развития гестоза, проведен ретроспективный анализ 1014 историй родов, случившихся

ся в Орловском городском родильном доме с 1 января по 31 декабря 2008 года, у 9 из них гестация осложнилась тяжелыми формами гестоза (нефропатия III, преэклампсия). В зависимости от наличия или отсутствия факторов риска сравнивали частоты развития тяжелого гестоза в группе, подверженных влиянию фактора и неподверженных. Для определения достоверности различий между группами использовали критерий хи-квадрат. При исследовании историй родов и индивидуальных карт развития беременности оценивали относительный риск (ОР), 95% доверительный интервал (95% CI), чувствительность (ЧВ), специфичность (СП), положительную ценность прогноза (ПЦП) и отрицательную ценность прогноза (ОЦП) для следующих факторов риска: возраст матери < 19 лет (ОР 12,64; 95% CI 8,25 – 20,08; ЧВ 33,33%; СП 96,20%; ПЦП 30%, ОЦП 96,72%), возраст матери ≥ 35 лет (ОР 1,53; 95% CI 1,17 – 3,67; ЧВ 22,2%; СП 84,24%; ПЦП 8,45%; ОЦП 95,68%), первородящая (ОР 1,26; 95% CI 1,23 – 3,03; ЧВ 66,67; СП 38,59%; ПЦП 5,04%; ОЦП 95,95%), интервал между родами > 5 лет (ОР 1,64; 95% CI 1,32-4,06; ЧВ 33,33%; СП 76,63%; ПЦП 6,52%; ОЦП 95,92%), многоплодная беременность (ОР 5,63; 95% CI 5,20 – 9,68; ЧВ 11,11%; СП 97,83%, ПЦП 20%; ОЦП 95,74%), индекс массы тела ≥ 35 накануне беременности (ОР 3,74; 95% CI 2,27 – 6,82; ЧВ 22,20%; СП 92,40%; ПЦП 12,5%; ОЦП 96%), диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст., регистрируемое до зачатия (ОР 7,86; 95% CI 4,86 – 13,46; ЧВ 33,33%; СП 94,02%; ПЦП 21,43%; ОЦП 96,65%), артериальная гипертония (ОР 7,22; 95% CI 5,26 – 11,94; ЧВ 22,22%; СП 96,20%; ПЦП 22,22%; ОЦП 96,20%), хронический пиелонефрит (ОР 1,74; 95% CI 1,25 – 2,5; ЧВ 44,4%; СП 68,5%; ПЦП 6,45%; ОЦП 96,2%).

Таким образом, наличие у беременной изученных факторов повышает риск развития тяжелых форм гестоза в 1,26 – 12,64 раза. Именно для беременных с этими факторами риска необходима разработка индивидуальной превентивной стратегии.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПЕРЕХОДНОМ ПЕРИОДЕ И РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

**Мельникова Г.Г., Хамошина М.Б.,
Невмержицкая И.Ю.**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии,
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия
Курс акушерства и гинекологии ФПК и ППС, Владивостокский
государственный медицинский университет,
Владивосток, Россия*

Ввиду прогрессивного старения женского населения проблема сохранения здоровья, трудоспособности и повышения качества жизни женщин, вступивших в период климактерия, в настоящее время приобрела чрезвычайную актуальность. Особое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы (ССЗ),

заболеваемость которыми в старшем возрасте резко возрастает, а медико-социальная значимость определяется ограничением возможности применения заместительной гормонотерапии (ЗГТ) менопаузальных расстройств. По прогнозам Госкомстата РФ, численность лиц, выходящих за пределы трудоспособного возраста, в России к 2050 году почти вдвое превысит численность лиц, достигших 16 лет, а увеличение продолжительности жизни женщин до 80 лет повлечет за собой более чем трехкратный (в сравнении с 1990 годом) рост частоты переломов шейки бедра. В сложившейся социально-демографической ситуации чрезвычайно важное значение имеет костнопротективный и антиостеопоретический эффект ЗГТ, раннее начало которой снижает риск развития остеопороза (ОП) в постменопаузе на 20-50%. Однако вопрос об особенностях ведения периода климактерия у женщин, имеющих относительные или абсолютные противопоказания к применению ЗГТ, в том числе по причине ССЗ, остается открытым. Все еще дискутируется целесообразность применения в этой когорте женщин и альтернативной терапии менопаузальных расстройств, в том числе фитоэстрогенов. С целью обоснования необходимости ЗГТ и терапии фитоэстрогенами, как ее альтернативы у женщин, страдающих ССЗ, в период климактерия, изучена распространенность факторов риска развития ОП у 534 женщин в возрасте 36-60 лет, сотрудниц Московского ГТУ Банка России и ГУ Центробанка по Приморскому краю, находящихся в переходном периоде и ранней естественной или искусственной постменопаузе. Данные были получены путем анкетирования с помощью унифицированной анкеты-опросника, обобщающей рекомендации Всероссийского федерального центра остеопороза и Международного фонда остеопороза и включающей информацию о наличии у респондентки 44 факторов, доказывающих риск развития ОП, и выкопировки из первичной медицинской документации. Для статистической обработки результатов исследования в качестве основного программного обеспечения использовали пакет прикладных программ STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США). Достоверность различий между сравниваемыми величинами оценивали с помощью однофакторного дисперсионного анализа и дифференциального теста для пропорций и средних, признавали достоверным при $p < 0,05$. В результате исследования наличие ССЗ установлено у 114 (21,3%) женщин, в том числе ишемической болезни сердца у 10 (1,9%), артериальной гипертонии – у 87 (16,3%), они вошли в основную группу. Респондентки, не имеющие ССЗ, составили группу сравнения, после исключения 7 женщин – статистически сопоставимую по возрасту. В результате исследования установлено, что в основной группе какие-либо факторы риска развития ОП имели все респондентки (100,0%), в то время как в контрольной группе – лишь 88,3% ($p = 0,001$). В ходе сравнительного анализа распространенности факторов риска между группами выявлено различие ($p = 0,039$). У женщин основной группы чаще встречались сахарный диабет (8,5% против 3,9% в контрольной группе ($p = 0,04$), прием диуретиков (10,6% против 0,8%, $p = 0,001$), малая продолжительность ежедневной ходьбы пешком (72,3% против 61,7%, $p = 0,037$), светлые волосы (55,3% против 40,8%, $p = 0,005$), и

реже – болезни желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся мальабсорбцией (27,5% против 51,0% в контрольной группе, $p=0,001$), овариэктомия в анамнезе (4,2% против 12,7%, $p=0,01$), паритет родов более 3 (2,1% против 7,4%, $p=0,039$). При этом такие факторы, как гипотериоз, потребовавший терапии препаратами тиреоидных гормонов (24,0% против 22,8% в контрольной группе, $p=0,78$), курение (21,3% против 20,5%, $p=0,85$), частое потребление алкоголя (12,8% против 14,5%, $p=0,64$), голубой цвет радужки глаз (46,8% против 40,8%, $p=0,25$) и гипокальциемия (70,2% против 71,0%, $p=0,86$) в сравниваемых группах встречались одинаково часто. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности ССЗ у женщин перименопаузального и раннего постменопаузального возраста – ими страдает каждая пятая (21,3%). Пациентки этой когорты формируют контингент высокого риска развития ОП в постменопаузе ввиду высокой частоты встречаемости среди них таких факторов, как сахарный диабет, прием диуретиков, малая продолжительность ежедневной ходьбы пешком, светлые волосы, прием препаратов тиреоидных гормонов, курение, частое потребление алкоголя, голубой цвет радужки глаз и гипокальциемия. Это требует дальнейших исследований, посвященных разработке оптимальной тактики ведения этих женщин в климактерии, направленной на предупреждение развития поздних менопаузальных расстройств, в том числе ОП в постменопаузе и его осложнений.

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВАКУУМНОЙ СИСТЕМЫ KIWİ

**Миров И.М., Шевлякова Т.В.,
Леонова И.В., Ляхова Т.С.**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПДО,
Государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова. Рязань, Россия*

Применение вакуумной системы (ВС) Kіwі было начато в клиническом родильном доме № 4 г. Рязани с конца 2006 г. – 2 наблюдения из 10 (0,37% на 2660 родов) эпизодов вакуум-экстракции. До этого в 2003–2005 гг. вакуум-экстракция плода проводилась модифицированным аппаратом Мальмстрема всего лишь 1-2 раза в год: 3 операции (0,04%) на 7499 родов, кесарево сечение (КС) за эти 3 года выполнено у 891 роженицы (11,88%). В 2007 г. врачи роддома начали активно осваивать применение удобной в исполнении, хотя и достаточно дорогой ВС Kіwі (ВСК). Пионерами и наставниками в использовании этой новации стали врачи со стажем работы 15-20 лет и более, имевшие ранее достаточный опыт применения вакуум-экстрактора Мальмстрема, который после 2006 года уже не использовался. В 2007 г. ВСК была применена 36 раз (1,34%) на 2685 стационарных родов, в 2008 г. – 63 раза (2,08%) на 3020 родов, что было в 1,6 раза чаще, чем в 2007 году. Среди 99 пациенток преобладали первородящие – 86,9%; повторные роды были у

13 (13,1%). Все они перенесли ранее от 3 до 9 соматических заболеваний (в среднем $3,8 \pm 0,3$ на одну). Гинекологические заболевания имелись у 46 (46,5%) женщин, преимущественно воспалительного характера (у 40 – 40,4%). Различные осложнения беременности наблюдались у 85 (85,9%) пациенток. Чаще всего это были кольпит (у 41 – 41,4%) и гестоз (у 40 – 40,4%): I – II степени – у 36 (36,4%), III степени – у 4 (4,04%).

Акушерские щипцы за эти 2 года в роддоме не применялись (в предыдущие годы их накладывали не более 3-4 раз в год), кесарево сечение было выполнено в 15% родов в 2007 г. и в 16% – в 2008 г. Показаниями для наложения ВСК за 2007 – 2008 годы (99 операций) были: гипоксия плода – у 43 (43,43%) рожениц, слабость родовой деятельности у 23 (23,23%), гестоз в умеренно тяжелой форме – у 3 (3,03%). У остальных 30 (30,31%) рожениц имелись сочетанные показания: гипоксия плода и слабость родовой деятельности у 22 (73,3%); у 8 (26,67%) рожениц имелось сочетание гипоксии плода или слабости родовых сил с гестозом чаще в форме средней тяжести.

По данным 2008 г. при наложении ВСК головка находилась в широкой части малого таза всего у 4 (6,45%) рожениц, в узкой части – у 18 (29,03%), в выходе таза и на тазовом дне – у 40 (64,52%). Наиболее длительными были тракции при нахождении головки в широкой части малого таза и стойкой слабости схваток и потуг (до 5 тракций).

У одной роженицы при стойкой слабости родовых сил и нарастающей гипоксии плода чашечка ВСК была наложена на переднюю ягодицу, ребенок извлечен в умеренной гипоксии и успешно выведен из нее. Общая длительность родов составили у первородящих от 4 час. 50 мин. до 18 час., в среднем $10,07 \pm 0,66$ часа; у повторнородящих от 4 час. 35 мин. до 10 час. 35 мин., в среднем $5,9 \pm 1,59$ час.

При наиболее длительных тракциях новорожденные имели оценку по Апгар на 1-й минуте от 2-4 до 6 баллов, а один ребенок родился мертвым (роды в 2007 г. при тяжелой гипоксии не крупного плода, потуги у роженицы практически отсутствовали), еще один новорожденный – единственный при исходной оценке 1 балл (2008 г.) – умер через 13 часов после родов от родовой травмы (повторное наложение ВСК у первородящей с ожирением, тяжелой иммунной патологией, гестозом, стойкой слабостью родовых сил). Перинатальная смертность составила 20,2‰, что явно ниже цифр при таких отдельных видах патологии как гипоксия плода в родах, тяжелый гестоз и стойкая слабость родовых сил. Оценку от 2 до 4 баллов в 1-ю мин. имели 3 (3,06%) из 98 живорожденных, 5 баллов – 7 (7,14%), 6 баллов – 21 (21,43%), 7 баллов – 51 (52,04%), 8 баллов – 12 (12,25%) и 9 баллов – 4 (4,08%), т.е. у большинства живорожденных – у 67 (68,37%) оценка при рождении была 7-9 баллов. На 5-й минуте после рождения оценку 3-4 балла имели только 4 (2,04%) живорожденных, 6-7 баллов – 26 (26,5%), 8-9 баллов – преобладающее большинство – 70 (71,4%) из них. Масса тела детей варьировала от 2460 до 4500 гр. (в среднем 3570 ± 69 гр.). Признаки преходящей церебральной ишемии I степени выявлены у 48 (49,5%) новорожденных, II степени – у 15 (15,5%), III степени – только у одного (1,03%). Кефалогематома обнаружена у 21 (21,65%) ребенка; причем в 2007 г. этот диа-

гноз установлен у 9 (25,71%) детей, а в 2008 г. – у 12 (19,35), т.е. в 1,32 раза реже. Случаев травмы кожных покровов головки, как это описывалось ранее при использовании аппарата Мальмстрема, не наблюдалось.

У подавляющего большинства новорожденных в первые 2-4 дня произошла достаточная нормализация состояния, что позволило выписать в основном на 5-7 дни от рождения: в 2007 г. – 25 (71,43%) детей, в 2008 г. – 51 (82,3%) ребенок. Переведены в детский стационар на 2 этап выхаживания (в т.ч. и недоношенные) в 2007 г. – 10 (28,57%) детей, в 2008 г. такой перевод имел место в 1,61 раза реже: 11 (17,74%). Тенденцию к снижению числа кефалогематом и перевода детей в детскую больницу можно рассматривать как результат совершенствования врачебного подхода к своевременному определению показаний к вакуум-экстракции и самой техники ее проведения. Несложность в исполнении вакуум-экстракции плода с помощью ВС Kiwi, ее меньшая длительность и травматизация новорожденных позволяют считать ее перспективной для дальнейшего применения. Целесообразно дальнейшее изучение данного метода родоразрешения.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ НАДЕЖНОЙ ТРУБНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Миров И.М.

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПДО,
Государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова. Рязань, Россия*

Проведение трубной стерилизации оправдано при втором и более кесаревом сечении (КС) у женщин в возрасте 30-35 лет и старше, имеющих 1-2-х здоровых детей и не планирующих более деторождение (В.И. Кулаков и соавт., 2004). Обязательным условием является письменное заявление женщины о проведении стерилизации.

Именно хирургическая стерилизация является наиболее эффективным методом контрацепции, однако до настоящего времени наблюдаются неудачи при ее проведении – наступление беременности – встречается у 0,3-1% оперированных (В.И. Кулаков и соавт., 2006).

В родильных домах г. Рязани с 1995 по 2008 г. проведено 11 операций повторной трубной стерилизации при третьем и четвертом КС после неудачного выполнения ее ранее: беременность наступила в сроки от 3-4 до 12 месяцев после операции. Следует указать, что у 9 женщин первая стерилизация выполнялась врачами первой и высшей категории в роддомах г. Рязани и ЦРБ (n = 7) и г. Москвы (n = 2) и ближнего зарубежья (n = 2).

Во время повторной стерилизации визуально изменений состояния труб, по крайней мере одной из них, или не наблюдалось или находилось уплотнение в зоне вмешательства на трубе (склерозированная и осумкованная лигатура), или лигатура с узлом располагалась над стенкой трубы в ее серозном покрове. Нельзя исключить, что одной из причин восстановления про-

ходимости трубы являлось исходное соединение медиальной и латеральной культей ее при остановке кровотечения или при “кисетной” (противопоказанной) перитонизации обеих культей. При выгнаивании нерассасывающихся лигатур (шелк, капрон и др.) и могла наступить реканализация пересеченной маточной трубы. Следует особо подчеркнуть, что и в настоящее время остается неизменным классическое положение академика Л.С. Персианинова (1971) о том, что для предотвращения неудач стерилизации необходимо не допускать сближения культей пересеченной трубы. Надежное предупреждение неудач стерилизации может быть достигнуто применением предложенного способа с неустрашимым разъединением культей яйцеводов, описанного ранее (И.М. Миров, 2008 – патент на изобретение № 2336837 от 27.10.2008 г.), который применяется теперь в усовершенствованном виде. Представляем этапы выполнения данного способа трубной стерилизации.

Этап 1. Сердцу истмической части маточной трубы захватывают зажимом и поднимают вверх в виде петли (данный этап совпадает с началом проведения стерилизации по методу Мадленера). Затем на 1,5-2 см ниже верхушки петли ее пережимают вторым зажимом. Этап 2. После снятия данного зажима, непосредственно под верхушкой петли, сквозь листки мезосальпинкса проводят спереди назад иглу с двумя саморассасывающимися нитями (кетгут, капроаг и др.). Этап 3. Зажим, поднимавший середину трубы, снимают. Затем соединяют раздельно концы каждой кетгутовой нити над трубой, и смещением петель данных нитей в разные стороны на 2-3 см между ними, до пережатых участков трубы (одну петлю нити сдвигают в сторону ампулы трубы, другую – в сторону угла матки), тупо отделяют срединный участок трубы от мезосальпинкса, десерозируя его. Этап 4. Поочередно перевязывают сдавленные ранее зажимом участки трубы и срединный участок яйцевода (около 2 см) иссекают на 0,5 см от узлов лигатур. Именно это дополнение обеспечивает надежную фиксацию лигатур на культях трубы. Этап 5. Потягиванием за лигатуру смещают медиальную культю трубы в сторону матки и одной из перевязавших ее нитей подшивают данную культю к нижне-заднему отделу интактной части яйцевода. Затем той же нитью двумя-тремя швами перитонизируют эту культю листками мезосальпинкса, находящимися над трубой и ниже ее. Концы нитей, которой была перевязана латеральная культя, отсекают над узлом и эта культя самостоятельно еще дальше смещается в сторону от перитонизированной медиальной культи не менее, чем на 4-5 см. При этом полностью исключается самопроизвольное восстановление проходимость маточных труб после произведенной стерилизации.

Описанный метод тубарной стерилизации применен у 52 пациенток, как правило при повторном (в т.ч. третьем и четвертом) КС и при наличии письменного заявления женщины о его выполнении. У 7 рожениц в возрасте 37-41 года стерилизация произведена при 1-м КС при наличии противопоказаний (выраженные формы экстрагенитальной патологии) к дальнейшему вынашиванию беременности или при продуманном отказе от дальнейшего деторождения с учетом возраста. У 39 пациенток произведено последующее на-

блюдение в сроки от 10 до 50 месяцев после выписки домой: при продолжении половой жизни без контрацепции наступления беременности у них не отмечалось. Усовершенствованная методика стерилизации с предварительным пережатием участков трубы в месте их лигирования, применена у 10 пациенток, случаев «соскальзывания» лигатур не отмечено, что позволяет сократить время операции. В целом описанный способ трубной стерилизации несложен в исполнении, менее длителен (выполняется обычно в 2 раза быстрее в сравнении с другими методами), надежно предупреждает наступление беременности, что и позволяет рекомендовать его к дальнейшему применению.

К ВОПРОСУ О ПРОНИКНОВЕНИИ ДНК ПЛОДА В КРОВОТОК МАТЕРИ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Михайлин Е.С., Иващенко Т.Э.

Россия, г. Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта СЗО РАМН

Механизм появления свободной фетальной ДНК в кровотоке матери при беременности до настоящего времени остается неясным. Существует мнение, что источником этой ДНК являются клетки трофобласта, подвергающиеся апоптозу (Orozco et al., 2006). Хотя апоптоз клеток трофобласта необходим и для нормального развития плаценты, его выраженность существенно возрастает при ишемии.

Показано повышение концентрации внеклеточной ДНК в материнской плазме, как при гестозе, так и при беременности с хромосомной патологией плода (Новик и соавт., 2001). Кроме того, отмечена корреляция накопления циркулирующей фетальной ДНК со степенью тяжести гестоза (Павлов и соавт., 1999).

Также показано, что при гестозе клетки трофобласта могут быть обнаружены в материнском кровотоке, ткань трофобласта найдена в легких женщин, умерших от эклампсии (Милованов, 1999).

В настоящее время в литературе существуют данные о том, что при гестозе, в результате ишемии плаценты, усиливается апоптоз клеток трофобласта, что ведет к повышенному проникновению плодового генетического материала в кровоток матери (Orozco et al., 2006).

Для проверки гипотезы проникновения плодового материала в материнский кровоток, мы провели модельный эксперимент с определением частоты встречаемости гомологичной последовательности Y хромосомы в кровотоке женщин, родивших мальчиков.

Материалы и методы. Из группы с гестозом и группы здоровых женщин были отобрано 48 образцов ДНК женщин, которые родили мальчиков. Контрольную группу составили 20 образцов ДНК женщин, родивших девочек.

Мужской пол плода определялся по наличию как Y специфичной, так и X специфичной последовательности Y/X гомологичного региона амелогенинового гена.

Женский пол плода определялся по отсутствию Y специфичной последовательности гена, и наличию X специфичной последовательности гена.

Результаты. Выявлено достоверное повышение частоты проникновения фетальной ДНК в кровоток матери у беременных с гестозом (72,73%), по отношению к группе здоровых женщин (19,23%) ($p=0,0006$).

В контрольной группе женщин, родивших девочек, Y специфичной последовательности амелогенинового гена не выявлено.

Выводы. Полученные нами результаты подтверждают роль плацентарной ишемии в генезе гестоза. По всей видимости, повышение проницаемости синцитиотрофобласта при гестозе может приводить к поступлению в кровоток матери не только биологически активных веществ плацентарного происхождения, но и иммунологически чужеродного для матери генетического материала плода.

ЧАСТОТА АСФИКСИИ СРЕДИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Михайлов А.В., Шман В.В., Смирнова Т.В., Кянксеп А.Н., Данилов Ф.П., Чирина П.Л.

Россия, Санкт-Петербург, СПбГУЗ «Родильный дом №17», СПбГУ, СПбГМА

Частота преждевременных родов при многоплодной беременности составляет от 40 до 60%, при этом частота асфиксий при многоплодии достигает 25%. Рождение одновременно двух недоношенных детей в состоянии асфиксии предъявляет высокие требования к количеству и квалификации медицинского персонала принимающего участие в родоразрешении, наличию специализированного оборудования для осуществления адекватной реанимационной помощи новорожденным. Проведение адекватной профилактики РДС глюкокортикоидами улучшает прогноз в отношении состояния новорожденных при одноплодной беременности.

В период с 01.01.2004 по 31.12.2008 г.г. проведено 302 родов двойнями. Профилактика РДС, при отсутствии показаний к экстренному родоразрешению, проводилась с применением бетаметазона или дексаметазона по 12 мг внутримышечно с интервалом 24 часа дважды с последующим 24-часовым интервалом после второй инъекции до развития ожидаемого эффекта. Профилактика глюкокортикоидами проводилась у пациенток при угрожающих преждевременных родах, при преждевременном излитии околоплодных вод, преэклампсии тяжелой степени, нарушении плодово-плацентарного кровотока 2-3 степени 33 недель и 6 дней в случаях планируемого родоразрешения через естественные родовые пути и при сроке беременности до 35 недель и 6 дней при планируемом оперативном родоразрешении. В случае преждевременных родов до завершения курса профилактики РДС проводился токолиз бета-адреномиметиками в стационарных условиях при динамическом контроле за состоянием плодов. Частота преждевременных родов за полный

год варьировала от 41,7% до 57,9% среди всех многоплодных родов. Средний срок родоразрешения в группе беременных с преждевременными родами двойней постепенно уменьшился с 34,1 недели в 2004 году до 32,9 недель в 2008 году. Несмотря на это, общая частота развития асфиксии среди недоношенных новорожденных снизилась с 27,5% в 2004 году до 8,2% в 2008 году.

В группе беременных двойней, которым было показано проведение профилактики РДС новорожденных, она была выполнена: в 2004 году – в 27,5%, в 2005 году – в 25%, в 2006 году – в 47,3%, в 2007 году – в 51,4%, в 2008 году – в 73,9% случаев. Частота развития асфиксии среди живорожденных недоношенных в этих группах составила: в 2004 году – 61%, в 2005 году – 33%, в 2006 году – 32,3%, в 2007 году – 22%, в 2008 году – 11,1%, соответственно. Случаев антенатальной гибели плодов в период проведения профилактики РДС зарегистрировано не было.

Таким образом, при адекватном наблюдении за состоянием плодов отсрочка родоразрешения, необходимая для антенатальной профилактики РДС новорожденных, не ухудшает перинатальные исходы, что позволяет расширить круг пациенток, которым профилактика РДС глюкокортикоидами может быть проведена в полном объеме, а также, при необходимости, позволяет обеспечить осуществление пренатального транспорта в целях родоразрешения пациенток высокого риска по развитию перинатальных осложнений в условиях специализированного перинатального центра.

Своевременная антенатальная профилактика РДС глюкокортикоидами при многоплодной беременности является эффективным методом снижения частоты рождения новорожденных в состоянии асфиксии, что позволяет улучшить состояние новорожденных и снизить экономические и человеческие затраты на обеспечение раннего неонатального периода.

СЕКРЕЦИЯ ЦИТОКИНОВ И ХЕМОКИНОВ ТКАНЬЮ ПЛАЦЕНТЫ И АДГЕЗИЯ МОНОНУКЛЕАРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Михайлова В.А., Соколов Д.И., Сельков С.А.

Россия, г. Санкт-Петербург, НИИАГ им.Д.О.Отта СЗО РАМН

Одним из распространенных осложнений беременности является гестоз, частота которого достигает 6-8% в развитых странах и превышает 20% в развивающихся (Айламазян Э.К., 2008). В научной литературе нет однозначного и общепризнанного мнения по поводу причин развития и патогенеза гестоза. Предполагают, что при гестозе происходят нарушения секреции цитокинов и хемокинов. Вероятно, эти нарушения оказывают влияние на взаимодействие лейкоцитов с эндотелием сосудов.

Цель

Изучение влияния продуцируемых тканью плаценты цитокинов TNF α , IFN γ , IL-12p70, IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-5, IL-10 и хемокинов IL-8, IP-10, MCP-1, MIG, RANTES на функцию адгезии мононуклеаров

периферической крови к эндотелиальным клеткам при физиологическом течении беременности и при гестозе.

Материалы и методы исследования

Обследовано 146 женщин: 47 женщин с физиологическим течением беременности на сроке 38-39 недель и 79 женщин с гестозом. Контрольную группу составили 14 небеременных женщин. Материалом для исследования функции адгезии служила периферическая кровь. При изучении секреции цитокинов и хемокинов тканью плаценты материалом служила плацента, в контрольную группу вошло 20 плацент, полученных при искусственном аборте у женщин с физиологическим течением беременности на сроке 9-11 недель. При исследовании продукции цитокинов и хемокинов кусочки ворсинчатого хориона культивировали в питательной среде DMEM\F12 с добавлением 10% эмбриональной телячьей сыворотки в течение 24 часов. Затем кусочки взвешивали для пересчета концентрации продуцируемых цитокинов на 1 мг ткани плаценты. В полученных кондиционированных средах определяли содержание хемокинов – IL-8, IP-10, MCP-1, MIG, RANTES и цитокинов – TNF α , IFN γ , IL-12p70, IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-5, IL-10 при помощи проточной цитофлуориметрии с использованием тест-систем BD Cytometric Bead Array (BD, США) и проточного цитофлуориметра FACScan (BD, США).

Для исследования функции адгезии мононуклеары периферической крови выделяли методом центрифугирования в градиенте плотности фиколл-верографин (Sigma, США). На монослой интактных и активированных TNF α эндотелиальных клеток наслаивали полученные мононуклеары в концентрации 1 \times 10⁶ клеток на лунку в 500 мкл теплой культуральной среды DMEM/F12 с добавлением 10% эмбриональной телячьей сыворотки («ICN», США), 50 мкг/мл сульфата гентамицина, 2 мМ L-глутамина, («ICN», США) и культивировали во влажной атмосфере с 5% CO₂ при 37 $^{\circ}$ C в течение 30 минут. Мононуклеары, адгезировавшие к монослою эндотелиальных клеток, переводили в суспензию путем 5-минутной инкубации в растворе версена. Для оценки популяций мононуклеаров, адгезировавших к эндотелию, использовали антитела: анти-CD3, анти-CD16+56, анти-CD4, анти-CD8, анти-CD14, анти-CD16 (BD, США) в различных комбинациях, анализ проводили при помощи проточного цитофлуориметра FACScan (BD, США).

Результаты

Нами обнаружена повышенная секреция IL-8 и IL-6, и сниженная секреция цитокинов IFN γ , IL-2, IL-4, IL-5, IL-10 и хемокинов IP-10, MCP-1, MIG, RANTES в первый триместр беременности. К третьему триместру происходило снижение секреции IL-8, IL-6 и повышение секреции IFN γ , IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IP-10, MCP-1, MIG, RANTES. При гестозе наблюдалось увеличение секреции тканью плаценты IL-8, IL-6, и снижение секреции IFN γ , IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IP-10, MCP-1, MIG, RANTES. IL-12p70 не был выявлен ни в одной из групп. Достоверных различий концентраций IL-1 β и TNF α обнаружено не было. При изучении функции адгезии установлено, что лимфоциты беременных с гестозом обладают пониженной адгезией к интактному эндотелию и повышенной адгезией к активированному TNF α эндотелию. Моноциты беремен-

ных с гестозом обладают высокой степенью адгезии к интактному эндотелию и еще более высокой степенью адгезии к активированному TNF эндотелию.

Выводы

Выявленный высокий уровень секреции IL-8 тканью плаценты на ранних сроках отражает инвазивные процессы, миграцию и пролиферацию клеток при перестройке спиральных артерий плаценты. Снижение секреции IL-8 и IL-6 к третьему триместру связано со стабилизацией сосудистого русла плаценты. Секреция IL-6 увеличивается при гестозе, что, вероятно, связано с нарастанием процессов апоптоза в ткани плаценты, поглощением апоптотического материала плацентарными макрофагами, и усилением цитотоксических реакций. Повышение концентрации IL-6 и IL-8 при гестозе, вероятно, приводит к активации эндотелиальных клеток плаценты, а также лимфоцитов и моноцитов при прохождении ими маточно-плацентарного кровотока. В результате происходит усиление функции адгезии лимфоцитов и моноцитов периферической крови к эндотелию сосудов, что в итоге может приводить к нарушению микроциркуляции как в ткани плаценты, так и в области маточно-плацентарного ложа.

Работа поддержана грантами Президента РФ № НШ-1066.2008.7, МК-1355.2007.7.

и грантом для студентов, аспирантов вузов и академических институтов, расположенных на территории Санкт-Петербурга, 2009 год

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ВОРСИНЧАТОГО ДЕРЕВА

**Михайлова О.И., Лукьянова Е.В.,
Огай О.Ю., Тютюнник В.Л.**

Россия, г. Москва, ФГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Актуальность: До настоящего времени роль нарушений развития ворсинчатого дерева плаценты в формировании плацентарной недостаточности изучена слабо. Известно, что различные типы ворсин обладают существенными отличиями в способности к транспорту кислорода и питательных веществ. При нарушении нормальных этапов развития ворсинчатого дерева транспорт питательных веществ и кислорода из материнской крови к плоду существенно затрудняется, что приводит к формированию плацентарной недостаточности и ее проявлениям – гипоксии и задержке внутриутробного развития плода.

Цель: Сравнить результаты функциональных методов исследования фетоплацентарного комплекса при нормальном строении ворсинчатого дерева и нарушениях его строения.

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное изучение основных показателей функции фетоплацентарной системы и вариантов строения ворсинчатого дерева, установленного на основа-

нии морфологического исследования последа, у 123 беременных. Группу 1 (группа контроля) составили 35 женщин с нормальным строением ворсинчатого дерева. В группу 2 (группа сравнения) включено 46 наблюдений с нарушением формирования терминальных ворсин. Группа 3 (группа сравнения) включала 42 женщины с незрелостью ворсинчатого дерева. С целью изучения особенностей состояния фетоплацентарной системы у беременных при различных вариантах строения ворсинчатого дерева проводился анализ результатов ультразвукового исследования, доплерометрии и кардиотокографии.

Результаты: В результате исследования кровотоков в системе мать-плацента-плод при помощи доплерометрического метода не было выявлено случаев существенных нарушений в показателях кровотока в маточных артериях, патология формирования ворсинчатого дерева характеризовалась повышенной частотой нарушения кровотока в артерии пуповины. Снижение в ней кровотока отмечено у каждой третьей из обследованных женщин группы 2, однако различия при этом были статистически недостоверными. Во всех случаях группы 3 пульсационный индекс в артерии пуповины оказался сниженным, что свидетельствует о том, что нарушение кровотока в артерии пуповины отражает недостаточное формирование и васкуляризацию терминальных ворсин. Данные ультразвуковой оценки степени зрелости плаценты показали, что этот метод не позволяет оценить степень зрелости ворсинчатого дерева, а отражает зрелость плаценты как органа в целом (формирование котиледонов, септ, базальной пластинки и других структур). В то же время, была выявлена тенденция к повышению частоты III степени зрелости плаценты в группе 2 и снижению ее в группе 3 (группа незрелости ворсинчатого дерева). Результаты кардиотокографического исследования показали, что признаки незначительного и умеренного нарушения состояния плода наблюдались во всех исследованных группах. Случаи выраженной гипоксии с оценкой по КТГ 4-5 баллов наблюдались только при патологии формирования ворсинчатого дерева. В группе с нормальным строением ворсинчатого дерева при отсутствии серьезных нарушений материнского кровотока случаев тяжелой внутриутробной гипоксии нами выявлено не было.

Выводы: Ультразвуковое исследование плаценты не позволяет диагностировать нарушения формирования ворсинчатого дерева. В то же время наличие определенных различий в плацентах с разной степенью зрелости при разном их строении свидетельствует о возможности дальнейшего поиска ультразвуковых признаков нарушений созревания ворсинчатого дерева. Одним из признаков, часто сочетающимся с нарушением созревания ворсинчатого дерева, явилось нарушение кровотока в артерии пуповины.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Можейко Л.Ф., Вербицкая М.С., Вербицкий В.С.

Беларусь, г. Минск УО «Белорусский
государственный медицинский университет»
Кафедра акушерства и гинекологии, зав. кафедрой д.м.н.,
проф. Можейко Л.Ф., г. Минск, Беларусь

Актуальность: В современном акушерстве многими исследователями установлено большое значение психосоматического статуса в течение беременности и родов. Прежде всего, нас интересовало изучение влияния психосоматического статуса с точки зрения прогнозирования осложнений беременности, родов и послеродового периода. Наши исследования показывают, что влияние данного фактора является значимым. Нами также было определено влияние различных признаков среди групп женщин с различным психосоматическим статусом.

Материалы и методы: Предметом нашего изучения явились результаты клинико-лабораторного обследования и наблюдения 106 женщин в возрасте 18-40 лет, состоявших на учете по беременности в женских консультациях №6 и №21 г. Минска в 2005-2006 гг., которым проводилось психологическое тестирование в 3-ем триместре беременности по общепринятым методикам. Нами за основу нами был взят тест отношений беременной (ТОБ) (Добряков И.В. 1996 г), для определения типа психологического компонента гестационной доминанты, как наиболее простой для практической деятельности и адаптированный к состоянию гестации, по которому женщин можно разделить на группы, в зависимости от типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Для упрощения мы на основании этого теста выделили группу женщин с оптимальным типом (ОТ) ПКГД (n=30) и другими типами – “группа риска” (n=76) (в основном эти испытуемые не могли быть отнесены ни к одному из перечисленных типов). Результаты исследования с использованием однофакторного ANOVA показали, что имеется взаимосвязь между психическим состоянием женщины и следующими особенностями течения беременности, родов и послеродового периода (P<0,0001).

Результаты исследований: Нами была выявлена взаимосвязь между имеющейся экстрагенитальной патологией у женщины и общим числом осложнений во время беременности, доля влияния которых составила соответственно 12,4% и 11,2 %. Тогда, как доля влияния психосоматического статуса на такие осложнения беременности, как гестозы и анемия была равна 99,8 %.

Доля влияния такого фактора, как половой дебют составила 95,3 %, количество беременностей в анамнезе женщины – 95,3%.

Исследуя течение родов у женщин 1 и 2 групп, нами было выявлено, что имеется влияние психосоматического статуса на общее количество осложнений (доля влияния – 10,63%, P=0,0029), доля влияния на такие

как акушерский травматизм и безводный промежуток составили 14,7% и 99,9%. Анализируя течение послеродового периода у женщин исследуемых групп, нами отмечено, что доля влияния психосоматического статуса на эндометрит после родов составила 12,74% (P=0,0008).

Выводы: Результаты исследований показали, что имеется взаимосвязь между психическим состоянием женщины и некоторыми особенностями течения беременности, родов и послеродового периода.

Так как доля влияния психосоматического статуса на эти параметры значительна, необходимо учитывать его при прогнозировании и профилактике осложнений беременности и родов, послеродового периода.

THE PSYCHOSOMATIC STATUS OF WOMEN WITH VARIOUS COURSES OF PREGNANCY, LABORS AND THE POSTNATAL PERIOD

Mozeiko L.F., Verbitskaja M.S., Verbitskij V.S.

URGENCY: In a modern obstetrics many researchers fix the big value of the psychosomatic status during pregnancy and labors. First of all, we were interested in studying influence of the psychosomatic status from the point of view of forecasting complications of pregnancy, labors and the postnatal period. Our researches show, that influence of the given factor is significant. We also determined influence of various attributes among groups of women with the various psychosomatic status.

MATERIALS AND METHODS: Subject of our studying were results of clinical and laboratory inspection and observation of 106 women in the age of 18-40 years consisting on the pregnancy account in female consultations №6 and №21 in Minsk during 2005-2006, with whom a psychological standard technique testing in 3 trimester of pregnancy was carried out.

To define a psychological component of a gestational majorant we took the test of a pregnant woman relations (TPWR) (Dobryakov I.V. 1996) as the most simple for practice and adapted to a condition of gestation. With it help women can be divided into groups according to their type of a psychological component gestational majorant (PCGM). For simplification we allocated a group of women with optimal type (OT PCGM) (n=30) and with other types – “the group of risk” (basically these examinees could not be referred to any of the listed types) (n=76). The results of our research using one-factorial ANOVA have shown, that there is an interrelation between a psychological condition of a woman and the following features of course of pregnancy, labors and the postnatal period (P <0,0001).

THE RESULTS OF OUR RESEARCH WORK: We revealed interrelation between an existing extragenital pathology and the general number of complications during pregnancy, the share of influence accordingly came to 12,4 % and 11,2 %. While the share of influence of the psychosomatic status on such complications of pregnancy as gestosis and the anemia was peer 99,8 %. Share of influence of such factor as a sexual debut has made

95,3 %, the amount of pregnancies – 95,3 %. Researching the course of labors among women of 1 and 2 groups, we revealed, that there is an influence of the psychosomatic status on the total of complications (a share of influence – 10,63 %, $P=0,0029$), a share of influence on obstetrical traumatism and an anhydrous interval have made 14,7 % and 99,9 %. Analyzing the course of the postnatal period among women of researched groups, we found that a share of influence of the psychosomatic status on postnatal endometritis was 12,74 % ($P=0,0008$).

CONCLUSIONS: Results of researches have shown, that there is an interrelation between a psychological condition of a woman and some features of course of pregnancy, labors and the postnatal period.

As the share of influence of the psychosomatic status on these parameters is considerable, it is necessary to take it into account during forecasting and prophylaxis of complications of pregnancy, labors and the postnatal period.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕГКИМ ГЕСТОЗОМ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И НАРУШЕННОЙ АДАПТАЦИИ МАТЕРИ И ПЛОДА К РОДОВОМУ СТРЕССУ

Мороз М.В., Мамиев О.Б., Мамиев В.О.

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, Россия

По данным ранее проведенным исследований нами установлено наличие в популяции беременных женщин 4-х типов адаптации матери и плода к родовому стрессу (О.Б. Мамиев, 1998, 2006). 1-й тип – удовлетворительная адаптация с нормальным исходом родов для матери, плода и новорожденного, выявляется в популяции беременных с частотой – 22%. 2-й тип – состояние стабильного напряжения адаптационных механизмов с явлениями декомпенсации и осложнениями в родах только у плода и (или) новорожденного (18%), или только у матери (14%). 3-й тип – неудовлетворительная адаптация в условиях нестабильного напряжения адаптационных механизмов, декомпенсированной реакцией на родовой стресс и осложнениями в родах одновременно у матери и плода (36%). 4-й тип – срыв адаптации (10%). Наиболее неблагоприятным является 4-й тип, при котором наблюдается высокий риск перинатальных и материнских потерь. Нами также было изучено распределение типов адаптации матери и плода к родовому стрессу среди беременных с легким гестозом. Установлено, что 1-й тип адаптации у них отмечается в 13 % наблюдений, 2-й тип – у 38 % с неблагоприятным исходом родов только для плода, и у 24% только для матери; 3-й тип – у 15% и 4-й тип – у 10%.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей вегетативной регуляции у беременных женщин с начальными проявлениями гестоза, относящихся к 1-му и 3-му типам адаптации.

Обследовано 56 беременных в III триместре беременности с легким гестозом и средним показателем степени его выраженности по шкале Goeck в модификации Г.М. Савельевой $4,2\pm 0,34$ балла. Использовали кардиоинтервалографию (КИГ) по Р.М. Баевскому с функциональной пробой Даньини –Ашнера. Учитывали параметры КИГ: М0 в сек., АМ0 в %, ΔX в сек., ИН в условных единицах. ИН вычисляли по формуле: $ИН = АМ0 / (М0 * \Delta X)$

У 24 из 56 обследуемых роды протекали без осложнений (1-я группа, 1-й тип адаптации), а у 32 (2-я группа, 3-й тип адаптации) с осложнениями одновременно для матери и плода.

Средний возраст обследуемых 1-й группы составлял $26,7\pm 0,5$ года, во 2-й группе, соответственно, $27,2\pm 0,8$ лет ($p>0,05$). Соматическая патология выявлена у 42,7% женщин 1-й группы и у 76,5% 2-й группы. Акушерские и фетальные осложнения во время настоящей беременности у женщин с 1-м типом адаптации наблюдались в 2,5 раза реже по сравнению с обследуемыми 2-й группы, клинически проявлялись в виде начальных нарушений в рамках одной конкретной нозологии, легко, как и гестоз, корректировались и в родах не рецидивировали. Напротив, гестоз у беременных с 3-м типом адаптации, как правило, устойчиво прогрессировал несмотря на лечение, в ряде наблюдений до средней и тяжелой степени. У женщин 2-й группы нередко отмечались трудно корректируемые или некорректируемые осложнения в родах (прогрессирующий гестоз, слабость родовой деятельности, преждевременные роды, травмы мягких тканей родовых путей, кровотечения, гипоксия и асфиксия новорожденного и др.). Частота оперативного родоразрешения в основном по совокупности показаний достигала у них 53%.

Результаты анализа КИГ показали, что исходная средняя величина М0 в 1-й группе составляла $0,65\pm 0,02$ с, а на фоне пробы возросла до $0,78\pm 0,03$ с ($p<0,05$), АМ0, соответственно, $19,58\pm 1,8\%$ и $20,2\pm 2,4\%$, ΔX – $0,17\pm 0,02$ с и $0,25\pm 0,04$ с, ИН – $117,8\pm 15,7$ у.е. и $103,06\pm 18$ у.е. У женщин 2-й группы аналогичные показатели были равны: М0- $0,66\pm 0,02$ с и $0,68\pm 0,017$ с, АМ0- $22,5\pm 0,77\%$ и $17,7\pm 1,1\%$ ($p<0,001$), ΔX – $0,12\pm 0,05$ с и $0,15\pm 0,05$ с, ИН – $191,02\pm 20,7$ у.е. и $92,6\pm 16,5$ у.е. ($p<0,001$).

Приведенные данные показывают, что наиболее существенные различия между группами до пробы Даньини-Ашнера отмечались по АМ0, ΔX и, особенно, по ИН ($p<0,001$), а во время пробы – по М0 ($p<0,001$). В целом, можно считать, что вегетативные адаптационные механизмы у беременных с 3-м типом адаптации находятся в состоянии выраженной, но нестабильной гиперэргии, которая на фоне пробы резко снижается. Такое состояние регуляторных механизмов приводит в последующем к более или менее выраженным децентрализации и дезинтеграции вегетативной регуляции гестационного процесса, устойчивому прогрессированию гестоза и других осложнений, особенно во время родов. Поэтому беременные женщины с 3-м типом адаптации к родовому стрессу при наличии у них гестоза легкой степени требуют более тщательного индивидуального подхода к тактике ведения беременности на самых начальных этапах развития этого осложнения и выбора оптимального срока и метода родоразрешения.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНОЙ АМНОРЕЕЙ И ОЛИГОМНОРЕЕЙ

Московкина А.В., Бичуль О.К., Андреева В.О.

Ростовский НИИ акушерства и педиатрии,
Ростов-на – Дону, Россия)

Роль условно-патогенной микрофлоры в развитии воспалительных заболеваний генитального тракта в подростковом возрасте представляет особый интерес, в связи с тем, что данная возрастная категория в большей степени подвержена воздействию разнообразных факторов негативного характера, а некоторые патологические изменения, особенно в половой системе девушки, препятствуют осуществлению репродуктивной функции

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение микробного спектра цервикального канала у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла.

Нами обследовано 40 девочек-подростков с вторичной аменореей (I группа) и 42 пациентки с олигоменореей (II группа). В свою очередь, обследуемые I группы были разделены на 2 подгруппы: с длительностью аменореи до 1 года (I-а подгруппа) и длительностью более 1 года (I-б подгруппа). Оценка микробного спектра цервикального канала проводилась на основании комплексного микробиологического обследования, включающего культуральное исследование с определением количественного и видового состава микроорганизмов.

В результате проведенного исследования нами выявлено, что, снижение колонизационной резистентности влагалища, обеспечивающей стабильность нормального микробиоценоза, способствует распространению инфекционного процесса на верхние отделы генитального тракта. В процессе обследования подростков с нарушениями менструального цикла было установлено, что развитие цервицита характеризовалось угнетением резидентной лакто- и бифидофлоры на фоне чрезмерной колонизации исследуемого биотопа условно-патогенными микроорганизмами. При этом количество последних, значительно превышало численность облигатной микрофлоры.

Определение этиологии инфекционно-воспалительных изменений в цервикальном канале показало, что у пациенток с олигоменореей лидирующие позиции сохранились за облигатными анаэробами. В 2 раза реже в клинических образцах этой группы встречались коринебактерии, стрептококки и энтерококки (30,00%). Лишь у 2 пациенток из 10 (20,00%) выделялись стафилококки и дрожжеподобные грибы. Участие представителей семейства Enterobacteriaceae в развитии цервицитов по сравнению с облигатными анаэробами отмечалось в 1,5 раза реже и составило 40,00 %.

В отличие от этого, основными этиологическими агентами инфекционного поражения шейки матки у пациенток с аменореей явились стрептококки и представители семейства Enterobacteriaceae. Данные микроорганизмы в I-а и I-б подгруппах выделялись

практически с одинаковой частотой (42,86% и 50,00%, 57,14% и 62,50%, соответственно и превышали показатели, полученные у подростков с олигоменореей в 1,4 и 1,6 раза. Обращает на себя внимание факт, что частота встречаемости энтерококков и коринебактерий в отделяемом цервикального канала у пациенток с аменореей уменьшилось в 1,3 раза и практически сравнялась с данными, полученными при обследовании подростков II группы. Вместе с тем, у пациенток с аменореей отмечено вытеснение из состава микробиоценоза цервикального канала облигатных анаэробов. Выделение микроорганизмов этой группы у обследуемых подростков было в 1,4 – 2 раза реже, чем в группе с олигоменореей. Частота регистрации кандидозов при аменорее также была снижена. Дрожжеподобные грибы в отделяемом цервикального канала пациенток I-а и I-б подгрупп регистрировались в 1,4 и 1,6 раза реже по сравнению со II группой.

Таким образом, проведенное нами изучение этиологической структуры отделяемого цервикального канала у девочек-подростков показало, что снижение колонизационной резистентности слизистых генитального тракта на фоне гормональной дисфункции приводит к развитию выраженных нарушений микробиоценоза, вызванных эндогенными микроорганизмами. У большинства пациенток наблюдалась полимикробная инфекция, обусловленная в большей степени в группе с олигоменореей – облигатными анаэробами, у подростков с аменореей – стрептококками и представителями семейства Enterobacteriaceae. Наряду с этим установлено, что длительные нарушения гормональной функции у пациенток с дисбиозом влагалища, являются фактором риска в плане последующего развития восходящей инфекции.

АУДИТ МЕРТВОРЖДЕНИЙ: КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ?

Моторнюк Ю.И., Ковалев В.В., Башмакова Н.В.,
Жилин А.В., Зильбер Н.А.

ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» Екатеринбург, Россия

В ФГУ НИИ ОММ г. Екатеринбурга был произведен разбор случаев антенатальной гибели плодов (238 случаев), произошедших в 2008г. в родильных домах Свердловской области (79 случаев в г. Екатеринбурге и 159 в Свердловской области).

Антенатальная гибель плода является не только тяжелейшим осложнением беременности, но и основным показателем качества оказания амбулаторной и стационарной помощи беременным.

В большинстве случаев (79%) беременные с произошедшей антенатальной гибелью плода наблюдались в женских консультациях. В категории нерегулярно посещающих женскую консультацию (17,2%) или не состоящих на учете по беременности (21%), чаще выявлены наркотические, алкогольные зависимости и социально значимые инфекции.

Количество первородящих и повторнородящих распределилось практически поровну: 43,7% было первородящих; 46,3% – повторнородящих. Отягощенный акушерский анамнез имели 37% беременных.

Гестоз, по данным женской консультации, был диагностирован в 36,6% случаев (у 87 беременных) у 26,5% (63 беременных) – хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), в 37% (88 беременных) выявлена инфекция. На плановую госпитализацию в акушерские стационары были направлены лишь 38,2% беременных (91).

Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что во многих случаях были недооценены симптомы гестоза и ХФПН. Так, ЗВРП не была диагностирована у 45 беременных (18,9%). В последующем антенатальная гибель плода в сроке беременности 28-36 недель произошла у 56,7% беременных, в доношенном сроке – у 43,3%.

По данным патологоанатомических заключений вскрытий плодов, погибших антенатально, наиболее частой причиной смерти явилась внутриутробная асфиксия на фоне гестоза и ХФПН (97 случаев – 48,7%).

Принимая во внимание произошедшую антенатальную гибель плодов, можно утверждать, что у беременных ПН была длительной и носила декомпенсированный характер. Однако в женской консультации диагноз ХФПН был выставлен только четверти беременным (26,5%). В стационаре, также не всегда проводится необходимая в данном случае терапия. Чаще при выявлении ХФПН кроме инфузионной терапии, проводят гепаринотерапию в течение 5-10 дней, которая может активировать появление антифосфолипидных антител и вызвать гепарининдуцированную тромбоцитопению. В настоящее время общепризнанным в лечении ПН является назначение низкомолекулярных гепаринов, которые могут быть продолжены в амбулаторных условиях и не требуют, в отличие от гепарина, тщательного контроля за гемостазом.

Длительно существующая ХФПН, неадекватное лечение гестоза и запоздалое родоразрешения таких пациентов, привело к таким грозным осложнениям беременности, как отслойка нормально расположенной плаценты, требующей часто оперативного родоразрешения и расширения объема операции в зависимости от объема кровопотери и (или) формирования матки Кювелера. Так, у 16 беременных (8%) причиной внутриутробной асфиксии, по данным патологоанатомических заключений, явилась острая ПН на фоне отслойки нормально расположенной плаценты. 6 беременным (3%) в этих случаях произведена экстирпация матки, еще трем (1,5%) надвлагалищная ампутация матки. Ведение этих случаев потребовало привлечения специалистов Медицины катастроф, последующей длительной реабилитации этих пациенток.

Учитывая высокий удельный вес антенатальной гибели плодов, обусловленный нарушением маточно-плацентарного кровотока (48,7%), необходимо улучшить наблюдение беременных на этапе женской консультации (УЗИ, доплерометрия, КТГ), выявлять начальные признаки гестоза, ХФПН. Существующая в настоящее время программа терапии ФПН не может обеспечивать адекватную поддержку развития внутриутробных плодов. Лечение с применением высокотехнологичных методов и своевременное родоразрешение женщин с субкомпенсированной и декомпенсированной ФПН

в условиях перинатального центра может изменить ситуацию с мертворождением в этой группе беременных.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА (МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ)

**Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П.,
Фёдорова С.И., Торшина З.В.**

МОНИИАГ, МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Целью исследования явилась комплексная оценка сложившихся и вновь предлагаемых подходов к ведению и родоразрешению беременных с пороками сердца на основе трёхступенчатой стратификации материнского риска.

Обследовано 175 женщин с врождёнными или приобретенными пороками сердца, направленных в МОНИИАГ для решения вопроса о возможности prolongирования беременности и/или родоразрешения. У всех беременных проводились клиническое обследование, эхокардиография с оценкой общепринятых показателей гемодинамики и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Беременные с низким риском кардиологических осложнений (септальные дефекты до 2 см в диаметре без высокой лёгочной гипертензии, умеренный стеноз аорты и выраженный стеноз лёгочной артерии, аортальная недостаточность до 2 степени, гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) с умеренной обструкцией выносящего тракта, радикальные операции на сердце с хорошим результатом) составили 1 группу (125 пациенток). Они были однократно консультированы кардиологом в МОНИИАГе с определением функционального класса сердечной недостаточности (СН) и оценкой ЭхоКГ-параметров. Пациентки 1 гр. были в 94,9% самостоятельно родоразрешены на сроке 38-40 недель беременности. У остальных женщин родоразрешение осуществлялось в эти же сроки кесаревым сечением (КС) по акушерским показаниям. Функциональный класс СН в среднем составил 1,3±0,3. Беременные с промежуточным риском кардиологических осложнений (большие септальные дефекты, выраженные клапанные и подклапанные стенозы, клапанная недостаточность 2 степени, умеренно выраженный митральный стеноз) составили вторую группу (45 пациенток). Первая консультация беременных с промежуточным риском осуществлялась кардиологом на возможно наиболее раннем сроке беременности. При высоком функциональном классе СН или субъективном неблагополучии осуществлялась госпитализация в отделение патологии беременных специализированного стационара. Начиная с 26-ой недели беременности (1 раз в 2 недели), проводилось амбулаторное наблюдение кардиологом, и при отсутствии факторов риска (нарастание СН, градиента давления, объёмных параметров ЭхоКГ) пациентки этой группы продолжали консультироваться амбулаторно. Родоразрешение осуществлялось путем операции КС на доношенном сроке в 70,2% (за исключением одной пациентки с дородовым излитием околоплодных вод на сроке 30 недель беременности). В

20% произошли самопроизвольные роды, в 9,8% проведено КС по комплексу показаний. Наблюдение за 5 пациентками из группы высокого риска (с сочетанием стеноза и выраженной недостаточностью аортального клапана) осуществлялось по индивидуальной программе, а родоразрешение проводилось оперативным путём. Вышеизложенное обусловило благоприятные перинатальные исходы (у 2,9% детей оценка по Апгар составила 6-7 баллов, у остальных – 8-9 баллов).

Использование предложенной схемы ведения пациенток с пороками сердца позволяет избежать ранее рекомендуемой и часто необоснованной трехкратной госпитализации всех женщин на заранее определённых сроках беременности, их раннего родоразрешения, существенно улучшить перинатальные исходы, снизить затраты на их стационарное лечение и обследование, оптимизировать порядок наблюдения за беременными с промежуточным и высоким рисками кардиологических осложнений. Следует признать несостоятельными тезисы о сниженной функциональной способности миокарда у всех женщин, перенесших операцию на сердце, о расширении показаний к оперативному родоразрешению у большинства беременных с пороками сердца, а также о неудовлетворительных у них перинатальных исходах. Важным остаётся вывод об опасности прерыванию беременности у женщин промежуточного или даже высокого риска на сроках более 14 недель, чем правильно проводимая беременность.

Прогностически неблагоприятно протекающей и требующей динамического наблюдения является аортальная недостаточность выше 2,5 степени. Высокая вероятность кровопотери и гиповолемии во время оперативного родоразрешения ограничивает использование КС у женщин с пороками сердца, сопровождающимися сниженными возможностями изменения сердечного выброса (аортальный стеноз, ГКМП). Эпидуральная анестезия у женщин с ДМПП больших размеров (особенно в сочетании со стенозом лёгочной артерии) является относительно противопоказанной из-за опасности развития гипотензии, снижения давления в левых отделах сердца и реверсии шунта (нарастание цианоза).

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мысяков В.Б., Фатеева Л.В., Осокин П.Н., Архарова И.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Росздрава, Пенза, Россия

Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности, составляя в ее структуре в чистом виде 20 – 25%, как конкурирующая причина – 42%, а как фоновая – до 78%. В России доля массивных акушерских кровотечений в структу-

ре материнской смертности составляет 14,7% (2006 г.). В среднем в России умирает одна женщина в сутки от причин, связанных с беременностью и родами, причем каждая седьмая из них — от кровотечения.

Акушерские кровотечения всегда были основной причиной материнской летальности, поэтому знание этого осложнения беременности является обязательным для любого человека, имеющего лечебный диплом.

В Пензенской области за последние пять лет (2004 г. – 2008 г.) не отмечено ни одного случая материнской смертности от акушерских кровотечений, хотя их процент остается на стабильном уровне (1,3% от общего количества родов).

С 2004 г. в регионе организован Перинатальный центр (ПЦ) на базе ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова». Все беременные группы риска по развитию кровотечения заранее госпитализируются в ПЦ. О всех случаях массивных кровотечений (1 л и более) лечебные учреждения I и II уровня незамедлительно докладывают в Дистанционный консультативный центр ПЦ ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» для корректировки лечения и возможного выезда акушерско-гинекологической бригады для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Министерством здравоохранения и социального развития Пензенской области совместно с ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Росздрава издано учебное пособие «Общие принципы терапии акушерских кровотечений», в котором прописан четкий алгоритм организационных действий и лечебных мероприятий (консервативная терапия и оперативная тактика).

Алгоритм действий при акушерских кровотечениях разделен на два этапа: до лапаротомии и после лапаротомии. На первом этапе осуществляется следующая последовательность действий при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий: наружный массаж матки, мягкий массаж матки на чуть разогнутом кулаке, введение внутриматочного баллона и/или наложение клем по Бакшееву. Если кровотечение превышает 1300 — 1500 мл или вышеперечисленные мероприятия не эффективны, приступают ко второму этапу — лапаротомии. Далее осуществляется следующая последовательность действий при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий: введение в мышцу матки простенона, наложение зажимов и лигатур на сосудистые пучки маточных и яичниковых артерий, наложение гемостатических компрессионных швов по Линчу или Перейра, перевязка внутренних подвздошных артерий (при наличии сосудистого хирурга или акушера-гинеколога, владеющего этой методикой). Только после проведения всех мероприятий принимается решение об удалении матки. Параллельно проводится инфузионно-трансфузионная терапия с применением свежезамороженной плазмы, гидроксипрохлоридов («Рефортан», «Стабизол») и кристаллоидов по общепринятым стандартам, эритроцитарная масса переливается при гемоглобине 70 г/л и менее, гематокрите 25% и менее. С 2005 г. в практику лечения массивных кровотечений внедрено применение Транексама и Новосевена. С 2007 г. в ПЦ при массив-

ных кровотечениях используется аппарат для реинфузии аутоэритроцитов (технология cell save).

Все случаи массивных кровотечений подвергаются аудиту, где строго контролируется выполнение организационных и лечебных мероприятий.

Практически все учреждения родовспоможения оснащены внутриматочными баллонами для остановки кровотечений и морозильными камерами для хранения необходимого количества свежезамороженной плазмы.

В каждом родовспомогательном учреждении имеются алгоритмы действий при массивных кровотечениях, проводятся регулярные учения, тренинги (особенно с начинающими специалистами, акушерами-гинекологами, акушерками, анестезиологами-реаниматологами, анестезистками) по проблемам акушерских кровотечений.

Таким образом, концентрация беременных с выявленными нарушениями в системе гемостаза и их родоразрешение в условиях ПЦ, применение современных подходов при лечении акушерских кровотечений и четкое выполнение организационных мероприятий позволило избежать случаи материнской смертности от этого грозного осложнения в течение пяти лет.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Нарзуллаева Е.Н., Рабеджанова М.М.
НИИ АГиП г. Душанбе Республики Таджикистан

Синдром поликистозных яичников является одной из наиболее актуальных проблем гинекологической эндокринологии. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты СПКЯ в структуре нарушений менструальной и генеративной функции.

Частой причиной бесплодия является синдром поликистозных яичников, который встречается у 50-60% женщин.

Отдельное рассмотрение СПКЯ обусловлено тем, что в основе формирования и развития синдрома могут лежать нарушения различных звеньев репродуктивной системы: центральных структур, яичников, надпочечников.

Проблема лечения больных с синдромом поликистозных яичников уже несколько десятилетий продолжает привлекать внимание исследователей. Совершенствование методов лечебного воздействия развивается в двух направлениях. С одной стороны, это модернизация способов хирургического лечения данного контингента больных, с другой стороны, успехи клинической фармакотерапии, которые стимулируют попытки индуцирования овуляции.

С целью изучения результатов консервативного лечения СПКЯ нами обследованы 50 женщин репродуктивного возраста, обратившиеся в гинекологическое отделение Худжандского Городского родильного дома по поводу первичного и вторичного бесплодия. Продолжительность наблюдения колебалась от 6 месяцев до 1 года. Среди них у 11 (22%) пациенток, на основании совокупности клинико-лабораторных сим-

птомов, диагностирован симптом поликистозных яичников. Из анамнестических данных у 8 (72,7%) пациенток первичное, а у 3 (27,2%) – вторичное бесплодие. У 5 (45%) пациенток выявлено нарушение менструального цикла по типу олигоменореи. Результаты тестов функциональной диагностики, в частности измерение базальной температуры, показали, что почти у всех больных отмечается монофазный цикл. Среди обследуемой группы у 4 (36,4%) пациенток выявлена избыточная масса тела (ИМТ > 26). Определением гирсутизма выявлен у 5 (45%) пациенток. По имеющимся требованиям проводилось исследование уровня половых гормонов (ФСГ, ЛГ, прогестерон, тестостерон, эстроген, пролактин). Повышенный уровень тестостерона у 5 (45%) пациенток, у всех исследуемых уровень прогестерона характерен для ановуляции, низкие показатели ФСГ и ЛГ отмечались у 4 (36,4%), гиперпролактинемия у 3 (27,2%).

По данным ультразвукового исследования, яичниковая структура и двустороннее увеличение объема яичников встречалось у 7 (63,3%) пациенток, уменьшение размеров матки у 4 (36,6%).

Беременность наступила у 6 пациенток, что составило 54%, возраст которых составлял от 23 до 30 лет, т.е. активный репродуктивный возраст. Одной из причин резистентности к клостилбегиту является наличие метаболических нарушений – инсулинорезистентности у пациенток с СПКЯ независимо от массы тела, поэтому первым этапом лечения явилось коррекция метаболических нарушений. Больным, с избыточной массой тела рекомендовали диету (уменьшение количества углеводов, жиров, увеличение белков), и физические нагрузки. Для повышения чувствительности периферических тканей к инсулину назначали сиафор по 500 мг 2 раза в сутки в течение 3 – 6 месяцев.

Вторым этапом терапии исследуемой группы было проведение стимуляции овуляции клостилбегитом, который назначали по общепринятой схеме с 5 по 9 день цикла по 50-100 мг, под контролем базальной температуры. Увеличение дозы клостилбегита свыше 100 мг не повышало эффективность стимуляции овуляции. При диаметре преовуляторных фолликулов менее 18 мм с 10 по 14 день цикла под контролем УЗ мониторинга однократно вводили препараты хорионического гонадотропина 5000 ЕД. Показано, что при стимуляции овуляции синтез прогестерона желтым телом снижен, поэтому назначали с 16 по 25 день цикла утрожестан. Пациенткам, предъявлявшим жалобы на гирсутизм, назначали Диане-35, Жанин. Большинству больных назначали верошпирон по 25мг 2-3 раза в день непрерывно в течение 5 месяцев, учитывая его антиандрогенное действие. Пациенткам со смешанной формой гиперандрогении назначали дексаметазон 0,25 мг в сутки на ночь. С точки зрения ряда авторов при наступлении беременности терапия дексаметазоном необходимо продолжить для уменьшения сочетанного действия андрогенов на развитие эмбриона. Гиперандрогения нарушает развитие эмбриона, и поэтому при яичниковой форме гиперандрогении лечение дексаметазоном может быть прекращено после 16 недель, а при смешанной форме продолжено до 35 недель беременности. Пациенткам, которым консервативная терапия не дала положительного эффекта, было рекомендовано оперативное лечение.

Подводя итоги результатов проведенного исследования больных с СПКЯ, следует отметить высокую эффективность консервативной стимуляции овуляции при нормализации метаболических нарушений. Однако, следует отметить что и консервативное и оперативное лечение улучшает, но не излечивает эндокринологические нарушения при СПКЯ.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОТИВАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Нелидова Н.Э., Агаркова Л.А., Гуткевич Е.В*.,

Бухарина И.Ю., Габитова Н.А.

Томск, ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМН,

*Томск, ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН**

Проведено определение психоэмоционального статуса 150 беременных (срок беременности 28 – 34 недели в возрасте 18-35 лет): 100 – с гиперандрогенией (ГА) и угрозой преждевременных родов (I группа), получавшие «сохраняющую» терапию и 50 соматически здоровых женщин с не осложненным течением беременности (II группа). Критерием включения в I группу служил повышенный уровень ДГЭАС и тестостерона.

Психологическое исследование проводили с помощью тестов-опросников, измеряющих уровень мотивации достижения и уровень мотивации одобрения в баллах.

Результаты исследования женщин в группах с гиперандрогенией и угрозой преждевременных родов выявили, что только 55,6% женщин, имеют преимущественно оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты – ОПКГД.

Преимущественно эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты – ЭПКГД наблюдается у 36% женщин, причем в группе с гиперандрогенией таких беременных было в два раза больше, чем в группе с угрозой преждевременных родов.

При этом у 39% всех обследованных женщин наблюдаются указания на некоторые проявления тревожного типа ПКГД, когда наблюдается повышенный уровень тревоги, а у 6 беременных – депрессивного типа психологического компонента гестационной доминанты (ДПКГД), который проявляется, прежде всего, сниженным настроением.

В группе женщин с гиперандрогенией преобладали эйфорический и оптимальный тип ПКГД. Однако у большинства женщин есть указания на тревожный и даже депрессивный типы ПКГД. У женщин с угрозой преждевременных родов у 30 – ОПКГД, у 10 – ЭПКГД. При этом у 35 женщин есть некоторые признаки гипогестозического и тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты.

Таким образом, исследования психоэмоционального статуса женщин показали, что только у половины беременных (55,6%) наблюдается преимущественно оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты. Вторую часть обследованных

женщин следует отнести в «группу риска» отклонений в психическом здоровье. Преимущественно эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты ЭПКГД наблюдался у 36% женщин, у 5,6% определено равное количество баллов по оптимальному и эйфорическому типам ПКГД, гипогестозический тип ПКГД обнаружен у 2,8%. У 39% всех обследованных наблюдались указания на некоторые проявления тревожного типа ПКГД, а у 14% беременных – депрессивного типа психологического компонента гестационной доминанты. Отклонения в психическом здоровье наблюдались, прежде всего, в группе беременных с гиперандрогенией, затем по частоте отклонений от оптимального типа ПКГД находятся беременные женщины с угрозой преждевременных родов. Все эти особенности будут учтены в дальнейшей работе для разработки дифференцированных лечебно-профилактических программ улучшения здоровья беременных женщин и членов их семей.

ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ

Нередько Е.Г., Зубенко Н.В., Нередько С.А.

ГУЗ «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», г. Ставрополь, Россия

Проблема послеродовых инфекционных осложнений у родильниц занимает лидирующую позицию в материнской заболеваемости и смертности, продолжая оставаться актуальной. Частота инфекционных заболеваний варьирует в пределах 5 – 26%. Очень важна своевременная диагностика и адекватно назначенная терапия послеродовых инфекционных заболеваний. Немаловажная роль в клинике послеродовых осложнений принадлежит наличию в матке различного рода материальных частиц – остатков некротической децидуальной ткани, сгустков крови, частей плаценты. Своевременное удаление из матки любого содержащегося в ней материального субстрата благотворно сказывается на состоянии родильницы и способствует скорейшему выздоровлению. В нашем стационаре с ранних проявлений осложнений у родильниц применяется активная хирургическая тактика. Среди методов хирургической обработки широко используются метод вакуумаспирации электрическим отсасывателем, выскабливание стенок полости матки, метод ручной вакуумной аспирации шприцами фирмы «Ипас» с гибкими пластиковыми канюлями. Предпочтительным мы считаем метод ручной вакуумной аспирации, который широко применяется нами в течение последних 2-х лет.

Цель работы состояла в определении преимуществ метода ручной вакуумной аспирации у родильниц с различными формами осложнений послеродового периода перед другими хирургическими методами опорожнения матки.

Исследованы 52 родильницы с осложнениями послеродового периода. Среди исследуемых послеродовый эндометрит зарегистрирован в 5,7% случаев.

Преобладали такие осложнения: гематометра – 42,3% случаев, лохиометра в 38,5% случаев, инфицированная субинволюция матки в 13,5% случаев. Из них родоразрешены путем операции кесарева сечения 22 роженицы (42,3%), через естественные родовые пути 30 рожениц (57,7%). Среди исследованных 85 пациенток имели высокий риск развития гнойно-воспалительных осложнений, обусловленными гинекологическими воспалительными заболеваниями в анамнезе (25%); осложнениями беременности, в виде гестоза, фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности (30%); экстрагенитальной патологией (15%). Роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод у 27,5%, аномалиями родовой деятельности — у 5,2%, задержкой частей последа – у 3% рожениц. Ранней диагностике этих осложнений наряду с клиническими проявлениями способствовали данные УЗИ с доплерометрией кровотока в маточных артериях. В комплексном лечении всем пациенткам использовали метод ручной вакуумной аспирации. Операция ручной вакуумной аспирации в большинстве случаев (96%) проводилась через сутки после постановки диагноза. Преимуществами этого метода являлась простота в использовании, малоинвазивность, проведение операции без усилий. С помощью применения шприца-аспиратора создавалось эквивалентное отрицательное давление, равное 610-660 мм рт.ст. Кровопотеря во время операции ручной вакуумной аспирации составляла 75 ± 20 мл, длительность операции – от 7 до 10 минут, осложнений во время проведения операции не отмечалось. Антибактериальная терапия пациенткам применялась на протяжении от 3-х до 5-ти суток. В 85% случаев использовались защищенные пенициллины (амоксиклав). Это позволяло родильницам продолжать грудное вскармливание. Гипертермия после проведения ручной вакуумной аспирации в большинстве случаев составляла в течение суток 52%. Только в 2,5% продолжительность гипертермии у родильниц сохранялась до 4-х суток. Средняя длительность пребывания родильниц в стационаре при наличии воспалительных осложнений не превышала 8 суток. Применяя в комплексном лечении операцию ручной вакуумной аспирации, мы полностью отказались от операции выскабливания стенок полости матки у родильниц с воспалительными осложнениями.

Использование операции ручной вакуумной аспирации способствовало быстрому выздоровлению, реабилитации больных и уменьшению длительности пребывания в стационаре. Ни в одном случае не отмечалось генерализации воспалительного процесса. Своевременная постановка диагноза на ранних этапах развития воспалительного процесса, раннее опорожнение матки позволило снизить частоту послеродовых гнойно-септических осложнений в 2 раза, предотвратить генерализацию процесса и ограничиться малыми формами осложнений.

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МАТКИ ПО ДАННЫМ НАРУЖНОЙ МНОГОКАНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОГИСТЕРОГРАФИИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Никаноров В.Н., Посисеева Л.В., Назаров С.Б.,
Назарова А.О.**

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Росмедтехнологий
(дир. – проф. Л.В. Посисеева)*

*ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия
Росздрава, кафедра акушерства, гинекологии и медицинской
генетики, (зав. каф. – проф. Посисеева Л.В.)*

Электрогистерография (ЭГГ) представляет собой регистрацию биоэлектрической активности матки. ЭГГ может проводиться при наложении электродов на поверхность матки (в экспериментальных исследованиях), на шейку матки или на поверхность кожи передней брюшной стенки. Исследования биоэлектрической активности матки проводятся достаточно давно, но до последнего времени исследователи были ограничены в использовании ЭГГ короткими периодами одно- или двухканальной регистрации. Вместе с тем, ЭГГ имеет медленноволновую природу с периодами колебаний от долей секунды до десятков минут, особенно вне периода родов. Изменения биоэлектрической активности матки могут иметь диагностическое значение при угрозе преждевременных родов, являющейся одной из актуальных проблем современного акушерства. Цель работы: определение отдельных показателей биоэлектрической активности матки у женщин с физиологическим течением беременности и угрозой прерывания в 22-36 недель гестации при помощи наружной многоканальной электрогистерографии. Обследовано 56 беременных с угрозой прерывания (основная группа) и 57 женщин с нормальным течением беременности (контрольная группа). В зависимости от срока гестации выделены 3 подгруппы: 22-27 недель, 28-32 недели и 33-36 недель. Исследование беременной матки проводилось на компьютерном многофункциональном комплексе «Нейрон – Спектр» (ООО «НейроСофт» г. Иваново) в положении женщины сидя, в условиях функционального покоя. Восемь наружных электродов накладывались на переднюю брюшную стенку в области проекции матки и закреплялись при помощи специальной сетки (патенты на полезную модель № 77146 от 20.10.2008 и № 77147 от 20.10.2008). Время регистрации составляло 30 минут. Оценивались средняя амплитуда (мкВ) и амплитуда спектра электрогистерограммы (мкВ/с). Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики с использованием t – критерия Стьюдента. Результаты. Величина средней амплитуды, усреднённой по отведениям, у женщин в 22-27 недель при физиологическом течении беременности и угрозе прерывания достоверно не различалась. У пациенток в 28-32 недели гестации данный показатель в основной группе был выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). В 33-36 недель беременности средняя амплитуда в исследуемых группах

достоверного отличия не имела. При определении спектральных характеристик было выявлено, что средняя амплитуда спектра, усреднённая по отведениям, в 22-27 недель у женщин контрольной и основной групп достоверно не различалась. У беременных в 28-32 недели с угрозой прерывания значения данного показателя были выше по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). В 33-36 недель этот показатель среди исследуемых женщин достоверного отличия не имел. Однако, анализ различий средней амплитуды электрогистерограммы и средней амплитуды спектра в разных отведениях показал, что исследованные показатели у женщин с угрозой прерывания беременности достоверно превышают уровень контроля и в сроке 33-36 недель. В связи с этим был проведен анализ пространственного распределения зон преобладания электрической активности матки. У беременных с угрозой прерывания в 22-27 недель электрическая активность преобладала в левом углу матки (54,6%). В отличие от них в контрольной группе очаг возбуждения локализовался в правом маточном углу (45,5%). В 28-32 недели у беременных с угрозой прерывания повышенная электрическая активность распределялась между правым и левым маточными углами (по 37,0%). У беременных контрольной группы активность преобладала в правом углу матки (40,7%). В 33-36 недель у беременных с угрозой прерывания высокая электрическая активность наблюдалась в области нижнего маточного сегмента (27,7%), а в контрольной группе очаг активности локализовался в левом маточном углу (57,9%). Заключение. Таким образом, наружная многоканальная электрогистерография даёт возможность оценить биоэлектрическую активность матки на разных сроках гестации. У беременных с угрозой прерывания электрическая активность матки выше, чем в контрольной группе. Электрогистерография информативна после 28 недель беременности. Установлены особенности пространственного распределения очагов электрической активности миометрия при угрозе прерывания беременности. Доказано преимущество многоканальной методики ЭГГ перед ранее применявшимися одно- и двухканальными.

ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА

**Никифорович И.И., Иванян А.Н.,
Литвинов А.В., Пугачева Е.С.**

Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Определение концентрации сывороточного ферритина очень важно для дифференциальной диагностики железодефицитной анемии и анемии хронических болезней (формы, сопровождающей инфекционные, ревматические и опухолевые заболевания). Перераспределение железа в клетки макрофагальной системы, активирующейся при воспалительных

(инфекционных и неинфекционных) или опухолевых процессах, является одним из основных механизмов анемии хронических болезней. Железо из погибших клеток и другого материала, подвергнувшегося деструкции, накапливается в макрофагах в виде ферритина. Снижение уровня сывороточного железа, непосредственно используемого для синтеза гемоглобина, связано с нарушением нормального процесса переноса железа от ферритина к трансферрину. Ошибочный диагноз железодефицитной анемии и назначение препаратов железа в таких случаях может привести к развитию вторичного гемосидероза и усугублению положения больного. Только при условии определения уровня сывороточного ферритина возможна дифференциальная диагностика истинного и перераспределительного дефицита железа. Определение уровня ферритина сыворотки крови в настоящее время считается «золотым стандартом» в лабораторной диагностике железодефицитной анемии, так как его снижение указывает на дефицит запасов железа в организме. Уровень ферритина ниже 15 нг/мл подтверждает наличие дефицита железа независимо от концентрации гемоглобина.

Целью настоящего исследования явилось определение уровня сывороточного ферритина для выявления дефицита железа у беременных женщин.

Всего нами обследовано 80 беременных пациенток во II и III триместре без проявлений анемии и с анемией различной степени тяжести. Гематологические показатели сравнивались с показателями у здоровых женщин репродуктивного возраста. Согласно литературным данным нормальные показатели ферритина у здоровых женщин детородного возраста составляют 15-150 нг/мл, что соответствует полученным нами данным.

В ходе проведенного исследования выявлено достоверное увеличение среднего объема эритроцитов (MCV) и ширины распределения эритроцитов (RDW) у беременных по сравнению с контрольной группой ($p_1 = 0,008$; $p = 0,00001$, соответственно), что согласуется с данными литературы. Увеличение MCV во время беременности сопровождается параллельным уменьшением диаметра эритроцита и увеличением его толщины, такая более сферическая форма объясняет меньшую осмотическую устойчивость эритроцитов во время беременности. Средний объем эритроцитов у беременных с анемией отличался от MCV у беременных без анемии, однако, находился в пределах нормы (82,75±1,8 фл (флюометр=мкм³) – у беременных с анемией II степени, 92,77±0,91 фл – у беременных без анемии).

При анализе уровня сывороточного ферритина у беременных с анемией и без анемии, выявлено достоверное снижение данного показателя только у беременных с анемией I степени по сравнению с контрольной группой (12,55±0,64 нг/мл и 22,7±4,48 нг/мл, $p = 0,0091$, соответственно). У беременных с анемией II степени по сравнению с беременными без анемии уровень сывороточного ферритина практически не отличался и был несколько выше, чем у беременных с анемией I степени (13,75±2,6 и 12,55±0,64 нг/мл). В ходе проведенного анализа группы беременных с анемией II степени выявлено достоверное снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, при этом уровень среднего объема эритроцитов, показатель анизцитоза эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроци-

тах находилось в пределах нормы у беременных. По-видимому, анемия в данной группе носит смешанный характер. Соответственно и тактика ведения данных пациентов будет отличаться.

Таким образом, исследование уровня сывороточного ферритина должно стать необходимым звеном в диагностике железодефицитных состояний в акушерской практике, особенно на ранних стадиях беременности. В противном случае назначение препаратов железа всем беременным без исключения может способствовать развитию перегрузки железом, которая в свою очередь может привести к повреждению митохондриальной ДНК и нарушению функции эндотелия.

ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПЕРВОРОДЯЩИХ

Николаева Л.Б., Ушакова Г.А., Тришкин А.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ и СР, ГУЗ КОКБ, г. Кемерово, Россия

Актуальность: В последние десятилетия Россия вышла в европейские лидеры по низкой рождаемости [Захаров С.В., 2006]. Если доля первых рождений в России – одна из самых высоких в мире, то доля вторых, третьих и последующих рождений, напротив, давно уже самые низкие [Вишневский, А.Г., 2006]. Изучение течения беременности, здоровья потомства у первородящих представляет важную медицинскую и социальную проблему.

Цель: изучить особенности состояния фетоплацентарного комплекса у первородящих женщин.

Материалы и методы: Обследовано 676 женщин (I группа 398 первородящих, II – 278 второродящих), родоразрешенных в Кемеровском областном клиническом родильном доме за период 2002-2007 гг. Для оценки состояния системы мать-плацента-плод проводилось: ультразвуковое исследование на аппарате «АЛОКА-630» (Япония); изучение биофизического профиля плода по методике Manning F.A. (1985); кардиотокография (КТГ) на аппарате «FETALGARD 3000» (Япония) с оценкой результатов по шкале W. Fischer и соавт. (1976); доплерометрическое измерение скоростей кровотока на аппаратах «АЛОКА-630» (Япония) и «НАВК-2102» (Дания); определение уровня продуктов фетоплацентарного комплекса (ФПК) в сыворотке крови беременных за 2-7 дней до родов прямым конкурентным иммуноферментным анализом.

Результаты исследования и их обсуждение: У первородящих чаще диагностировались гестоз (771,0±40‰ и 654,7±40‰, p<0,001), угроза прерывания беременности (704,9±40‰ и 675,0±40‰, p<0,001), гестационная анемия (557,8±20‰ и 554,0±30‰, p=0,049), патология амниона (508±40‰ и 460±50‰, p<0,001), синдром задержки развития плода (180±20‰ и 150±20‰, p<0,001).

Результаты фетометрии показали, что средняя окружность живота (73,4±0,3 и 90,7±0,3, p>0,001) и длина бедра (294,2±4,3 и 352,6±2,3, p>0,001) у плодов I группы оказались достоверно меньше, чем во II группе.

У плодов обеих групп, по данным БФПП, преобладало удовлетворительное состояние плода (56,7% и

59,1%, p=0,619), а предпатологическое (37,1% и 37,0%, p=1,000) и патологическое состояние (6,2% и 3,9%, p=0,293) диагностировалось в группах с одинаковой частотой. Анализ отдельных показателей биофизического профиля плода позволил установить, что в I группе достоверно чаще встречались «нулевые» значения дыхательных движений – 28,9% и 18,0% (p=0,003) и высокая частота ареактивных нестрессовых тестов – 9,6% и 4,9%, (p=0,050), чем во II группе.

По данным кардиотокограмм, базальная частота сердечных сокращений плода в 120-160 ударов регистрировалась в I группе значимо реже, чем во II группе (p=0,011), а урежение ЧСС до 100-119 или повышение базального ритма до 161-180 ударов в минуту наблюдалось в I группе чаще, чем во II – 17,1% и 8,4%, (p=0,019). У плодов I группы более 6 осцилляций в минуту регистрировалось значимо чаще (55,1% и 37,4%, p=0,001), а 2-6 осцилляций в минуту – реже, чем во II группе (42,6% и 61,5%, p<0,001).

В доношенном сроке беременности плаценты женщин I группы чаще соответствовали II степени зрелости, имели большую толщину (36,0±0,64 мм и 34,0±0,75 мм, p<0,001).

При исследовании кровотока в магистральных артериях было установлено, что индекс резистентности (ИР) в среднемозговой артерии плода (СМАП) в I группе был достоверно выше, (0,78±0,02 и 0,74±0,02, p<0,001), тогда как в артерии пуповины (0,60±0,02 и 0,60±0,03, p=1,000) не имел статистически значимых различий со II группой. Пульсационный индекс в СМАП у I группы оказался значимо ниже (1,55±0,08 и 1,78±0,12, p<0,001), а в артерии пуповины – выше (0,84±0,04 и 0,81±0,05, p<0,001), чем во II группе.

Гормональная функция фетоплацентарного комплекса характеризовалась более низкими концентрациями хорионического гонадотропина (32000,0±6287,9 и 86200,0±21305,5, p<0,001) и свободного эстриола (18,0±1,9 и 23,8±0,01, p<0,001) в сыворотке крови.

Выводы: У первородящих чаще диагностируется гестоз, угроза прерывания беременности, гестационная анемия, патология амниона, синдром задержки развития плода.

Для плодов первородящих, по данным функциональных методов исследования, характерно уменьшение окружности живота и длины бедра, средней оценки биофизического профиля за счет высокой частоты «нулевых» значений дыхательных движений и ареактивных НСТ. Плацента в доношенном сроке чаще соответствует II степени зрелости и имеет большую толщину. Гемодинамические изменения в системе мать-плацента-плод у первородящих проявляются увеличением индекса резистентности в среднемозговой артерии плода, пульсационного индекса в артерии пуповины, а также снижением пульсационного индекса в среднемозговой артерии плода. Гормональная функция плаценты у первородящих в конце беременности характеризуется более низкими концентрациями хорионического гонадотропина и свободного эстриола в сыворотке крови, в сравнении со второродящими женщинами.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Николаева Л.Б., Ушакова Г.А.,
Тришкин А.Г., Широкова Т.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ и СР, ГУЗ КОКБ, г. Кемерово, Россия

Актуальность: Рождаемость в современной России более чем на 50% поддерживается за счет первых и часто единственных детей [Вишневецкий, А.Г., 2006, Захаров С.В., 2006]. Высокая доля первенцев, в общем числе родившихся делает проблему первых родов не только медицинской, но и социальной [Малева Т.М., 2006]. Особую значимость приобретает изучение состояния здоровья потомства от первородящих.

Целью исследования явилось изучение здоровья новорожденных и детей первого года жизни у первородящих женщин.

Материалы и методы: Обследовано 676 женщин (I группа 398 первородящих, II – 278 второродящих), родоразрешенных в Кемеровском областном клиническом родильном доме за период 2002-2007 гг. Новорожденные обследованы по общепринятой методике: оценка состояния по шкале Apgar с интерпретацией результата по шкале Шабалова (2004) и антропометрия. Физическое развитие оценивалось при рождении по центильным таблицам и индексу массо-ростовых соотношений – пондеральный индекс (Ponderal Index), который рассчитывался по формуле $PII = [(Масса\ тела, г) / (длина, см)^3] \times 100$. За нормальное значение PII принимался диапазон 2,2-2,8 [J. Legercq et al, 1999, Кулаков В.И. с соавт., 2004]. Обследовано 475 детей первого года жизни. I группу составили 300 детей от первородящих матерей, II – 175 детей от вторых родов. Анализ развития детей первого года жизни проведен на основании данных амбулаторных карт детской поликлиники с учетом степени резистентности к простудным заболеваниям, которая определялась по кратности заболеваний, перенесенных в течение первого года жизни. Статистическую обработку всех полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ (ППП) «Statistica for Windows 6.0».

Результаты исследования и их обсуждение: Первые роды, в сравнение со вторыми, имели большую продолжительность (7,6±0,15 и 5,9±0,19 часа, p<0,001), часто осложнялись травмами мягких тканей родовых путей (658±70‰ и 410±80‰, p<0,001), аномалиями родовой деятельности (380±30‰ и 320±35‰, p<0,001), клинически узким тазом (50,3±1,0‰ и 38,5±1,0‰, p<0,001), утяжелением гестоза (12,6±1,0‰ и 0±1,0‰, p<0,001).

Новорожденные чаще рождались с более низкой оценкой по шкале Апгар (6,18±0,07 и 6,56±0,05 балла, p<0,001), чаще в состоянии асфиксии (123±30‰ и 105±20‰, p<0,001). Средняя масса тела (3296,8±26,5 и 3373,04±33,6, p<0,001) и окружность грудной клетки (32,65±0,13 и 32,97±0,12, p<0,001) у первенцев ниже, а период адаптации чаще имел осложненное течение за счет распространенности аспирационного синдрома (133±20‰ и 94±20‰, p<0,001), синдрома дыха-

тельных расстройств и ателектазов легких (156±15‰ и 90±15‰, p<0,001), признаков реализации внутриутробной инфекции (323±20‰ и 288±30‰, p<0,001), синдромов неврологических расстройств (442±18‰ и 279±18‰, p<0,001), задержки внутриутробного развития (70±10‰ и 43±10‰, p<0,001).

Состояние здоровья детей первого года жизни от первородящих матерей характеризовалось высокой распространенностью заболеваний различных органов и систем, среди которых на первое место выходили поражения центральной нервной системы, патогенетически связанные с перинатальным периодом (776±46‰ и 541±32, p<0,001); средней (66,2±8,9% и 38,1±9,8%, p<0,001) и низкой резистентностью (66,2±8,9% и 38,1±9,8%, p<0,001) к простудным заболеваниям. Первенцы позже начинали совершать повороты со спины на живот (2,71±0,087 и 1,64±0,028 месяцев, p<0,001), ползать (8,32±0,067 и 7,46±0,069 месяцев, p<0,001), следить взглядом за игрушкой (1,026±0,012 и 1,21±0,023 месяцев, p=0,001), улыбаться на речь (2,87±0,046 и 1,49±0,083 месяцев, p<0,001). Задержка психомоторного развития у первенцев наблюдалась чаще, чем у детей II группы – 70±34‰ и 17±6,1‰.

Выводы: Большая частота акушерских и перинатальных осложнений у первородящих в условиях сохраняющейся модели малодетной (даже однодетной) семьи выдвигает задачу сохранения здоровья первенцев в число важнейших современных медицинских и социальных проблем.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ТРОМБОФИЛИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

Николаева М.Г.¹, Григорьева Е.Е.², Сердюк Г.В.³,
Момот А.П.³

(МУЗ родильный дом № 2¹, Комитет по делам здравоохранения администрации г. Барнаул², Алтайский филиал ГНЦ РАМН³, Барнаул, Россия)

Роль тромбогенных генетически обусловленных дефектов для развития синдрома привычной потери плода и бесплодия изучена крайне мало. Это послужило основанием для проведения скрининга у женщин с данной патологией ряда известных вариантов мутаций и полиморфизмов

Цель исследования: определить встречаемость тромбогенных генетически обусловленных дефектов у женщин с крайне отягощенным акушерским анамнезом.

Материалы и методы исследования: тестирование полимеразной цепной реакцией (ПЦР) на фактор V Лейден [Arg506Gln], мутацию протромбина [20210 G/A], полиморфизм генов, кодирующих метилентетрагидрофолатредуктазу – МТГФР [Ala222Val] и ингибитор активатора плазминогена I типа (PAI-I) [-675 5G/4G], проведенное в г. Барнауле компанией «ДНК-диагностика». Результаты исследования были обработаны методом вариационной статистики для оценки непараметрических показателей групп малых выборок (пакет программ Statistica 6.0 А).

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ МАТОЧНО-ПЛОДОВО – ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

**Новикова В.А., Федорович О.К., Даурова З.А.,
Лебедеко Е.С., Иголкина М.Н., Юсупова З.С.,
Кузнецова А.В., Аутлева Ф.Р.**

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ (зав. ка-
федрой – д.м.н., профессор О.К. Федорович), г. Краснодар
Перинатальный центр МУЗ ГБ № 2, г. Краснодар
Республиканский родильный дом
Республики Адыгея (г. Майкоп)*

Результаты: обследовано 155 женщин фертильного возраста (28,1±3,8 года). Женщины были разделены на 3 группы: 1-ую группу сравнения составили 52 пациентки (средний возраст 29,5±3,8) с длительным бесплодием неясного генеза (в течение 7,4±3,0 лет), во 2-ую группу сравнения вошли 62 обследуемых (средний возраст 29,5±3,5) с синдромом привычной потери плода (среднее число потерь плода 2,58±1,8). Контрольную, 3-ую группу, составили 42 женщины без патологии репродуктивной функции (27,2±3,7 года). У всех обследованных был исключен антифосфолипидный синдром и другие гемостазиологические варианты тромбофилии.

Результаты обследования на носительство выделенных тромбогенных ДНК-полиморфизмов показали, что встречаемость последних в расчете на 1 женщину составила в группе с бесплодием- 1,5, у пациенток с синдромом привычной потери плода – 1,1, в контрольной – 0,4 ($p < 0,01$). При этом встречаемость гетерозиготных аномалий фактор V Лейден, генов, кодирующих протромбин, полиморфизм генов МТГФР и PAI-I в контрольной группе соотносилась с частотой встречаемости вышеуказанных полиморфизмов в европейской популяции. Носительство аномальных аллелей генов в группах сравнения имело достоверные отличия и составило соответственно: 1-ая группа- 26,9%, 30,8%, 23,1%, 65,4%; 2-ая группа – 16,3%, 16,3%, 25,8%, 40,3%. Мы обнаружили большие различия в числе одновременного носительства двух и более мутаций. У женщин контрольной группы носительство межгенных комбинаций не определено, тогда как у пациенток с бесплодием и с синдромом привычной потери плода они имели место в 50,0% и 32,3% наблюдений соответственно ($p < 0,001$). Гетерозиготный полиморфизм по PAI-I оказался наиболее важным критерием различия встречаемости генетических дефектов в сравниваемых группах. У женщин с бесплодием этот показатель был 4,5 раза выше по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$) и в 1,6 раза выше по сравнению с носительством последнего у пациенток с синдромом привычной потери плода ($p < 0,01$): 65,4% – 40,3% – 14,6% соответственно. Существенное отличие пациенток 2-ой группы заключалось в обнаружении более глубоких, гомозиготных вариантов мутаций, которые были идентифицированы по варианту PAI-I в 4,8% случаев и по варианту мутации фактор V Лейден в 1,6% наблюдений.

Выводы: в наших исследованиях показана важнейшая роль тромбогенных мутаций и полиморфизмов в реализации репродуктивной функции в случаях сочетания 2 и более генетических дефектов, наличия полиморфизма по PAI-I, особенно в гомозиготном его варианте. Причем суммарный индекс носительства генетических тромбогенных аллелей прямо пропорционален степени нарушения репродуктивной функции женщины. Мы считаем, что проведение генетического тестирования на детерминанты тромбофилий принципиально необходимо при анализе причин репродуктивных потерь и выбора тактики лечения.

Сахарный диабет (СД) вследствие высокой распространенности, сохраняющейся тенденцией к росту числа больных, хронического течения, определяющего кумулятивный характер заболевания, высокой инвалидизации больных представляет собой серьезную медико-социальную проблему. При современных достижениях в фармакологии, акушерстве, перинатологии и эндокринологии перинатальная смертность составляет 20 – 30%. При современном оптимальном ведении беременности и родов перинатальная смертность может многократно быть уменьшена – до 2 – 3%, когда причиной перинатальной смертности являются несовместимые с жизнью пороки плода.

Цель исследования: оценить особенности гемодинамики в маточно – плодово – плацентарном комплексе при гестационном сахарном диабете.

Материал и методы.

Исследования проводились на базе Перинатального центра МУЗ ГБ № 2, Республиканском родильном доме Республики Адыгея (г. Майкоп).

В соответствии с целью исследования и поставленными задачами за период 2004 – 2008 обследовано 825 беременных женщин с сахарным диабетом. Для достижения поставленной цели полное комплексное клинико-лабораторное обследование проведено у 134 беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД). Группу контроля составили 50 здоровых беременных.

Результаты. Нарушение гемодинамики IA (нарушение маточно-плацентарного кровотока) выявлено при ГСД у 16 (13%) женщин и у 11 (22%) женщин группы контроля ($p \geq 0,05$). Нарушение плодового кровотока (нарушение гемодинамики IB) выявлено у женщин с гестационным СД в 15 (11%) случаев: СДО а. umb. 3,3 ± 0,03 у.е. ($p \geq 0,05$). В группе сравнения нарушение гемодинамики IB выявлено у 8 (6%) женщин, СДО а. umb. 3,1 ± 0,014 у.е. Нарушение гемодинамики II степени (нарушение гемодинамики в маточном и плодовом кровотоках) выявлено при гестационном СД у 13 (10%) женщин – СДО а. uterina 2,6 ± 0,01 у.е. ($p \geq 0,05$), СДО а. umb. 3,5 ± 0,01 у.е. ($p \leq 0,05$). Критическое нарушение гемодинамики с централизацией кровотока в МППК выявлено у 5 (4%) женщин с гестационным СД, причем только при наличии диабетической фетопатии (ДФ). Проведенное сравнение результатов доплерометрии МППК с показателями углеводного обмена показало, что у женщин с нарушением гемодинамики II степени при наличии ДФ значительно повышен уровень гликемии: при ГСД – 9,07 ± 1,19

ммоль/л. Проведение исследования гемодинамики в МППК при максимальных уровнях гликемии демонстрировало наибольшие значения в показателях доплерометрии. Отмечена сильная и средняя прямая корреляционная связь между уровнем гликемии на момент исследования и показателями доплерометрии: $p = 0,0080$; $r = 0,65$.

Выявлена зависимость показателей доплерометрии от размаха гликемии в сутки. Выявлена достоверная разница и высокая положительная корреляционная связь между этими показателями: $p = 0,0074$; $r = 0,61$. Критическим для показателей доплерометрии оказался размах гликемии в сутки в IIIa $8,9 \pm 4,39$ ммоль/л ($p \leq 0,05$); в IIIb $7,77 \pm 3,32$ ммоль/л; при гестационном СД, в целом, $- 8,3 \pm 3,9$ ммоль/л ($p \leq 0,05$).

Оценка состояния новорожденного при ГСД у матери по шкале Apgar на первой минуте соответствовала 7 баллам и выше у 91 (68%) женщин. Средний балл на 1-й минуте уступал показателям в группе сравнения ($p \leq 0,05$): $6,5 \pm 0,96$. На 5-й минуте у женщин выявлена отрицательная динамика в состоянии новорожденных при наличии ДФ, средний балл на 5-й минуте по шкале Apgar для новорожденных был значительно ниже, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$): $7,44 \pm 0,83$. Состояние новорожденного было удовлетворительное при ГСД в 9 (7%) случаев. Тяжелое состояние отмечено у 17 (12%). Состояние средней тяжести отмечено у 17 (13%) новорожденных.

Выявлена альтернативная патология, способная обусловить тяжесть состояния новорожденного. При ГСД 25 (19%) новорожденных были недоношенными (гестационный срок $34 \pm 1,7$). Асфиксия при рождении выявлена у 19 (14%). У 14 (11%) женщин имелся хронический пиелонефрит; у 37 (28%) женщин выявлена в течение беременности урогенитальная инфекция с клинически значимым титром.

Наличие неврологической патологии новорожденного различной степени выраженности отмечено у 23 (17%) женщин с ГСД ($p \leq 0,05$). Несмотря на проведенный нами комплекс обследований и оптимальное родоразрешение, во втором этапе выхаживания нуждались 20 (15%) новорожденных.

Резюме. На состояние маточно – плодово – плацентарного кровотока оказывает влияние не только сахарный диабет (его тип), но степень его компенсации. При декомпенсации сахарного диабета, при гипергликемических состояниях происходила субкомпенсация и декомпенсация маточно – плодово – плацентарного кровотока. Размах гликемических показателей в сутки, превышающий 4,32 ммоль/л является настораживающим моментом при оценке антенатального состояния плода. Для ГСД средний уровень гликемии $8,3 \pm 3,9$ ($p \leq 0,05$) и суточный размах составлял 4,4 у.е. ($p \leq 0,05$) является прогностически неблагоприятным в плане суб – и декомпенсации хронической плацентарной недостаточности.

РОЛЬ ВЕНОТОНИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУБКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Новикова. В.А., Федорович О.К., Даурова З.А., Лебедеко Е.С., Зубакова Н.С., Юсупова З.С., Иголкина М.Н., Кузнецова А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ (зав. кафедрой – д.м.н., профессор О. К. Федорович), г. Краснодар
Перинатальный центр МУЗ ГБ № 2, г. Краснодар

Фундаментальной задачей акушерства является организация системы охраны материнства и детства, что гарантирует сохранение здоровья женщины, снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Исход родов зависит от функциональной оценки маточно-плодово-плацентарного кровотока. Архитектоника мышечного слоя матки, наличие рецепторов обоих отделов ВНС, способность миометрия генерировать, накапливать и распространять биопотенциал действия, автономность сократительной активности матки обеспечивают не только изгнание плода, но и оптимальное кровоснабжение маточно-плодово плацентарного комплекса. Уровень внутриматочного давления и базального тонуса миометрия влияют на регуляцию маточного кровотока. Сидорова И. С. (2006) указывает, что внутриамниотическое давление более 30 мм.рт.ст является критическим, так как препятствует кровотоку в межворсинчатом пространстве, приводит к выраженной гипоксии, вплоть до асфиксии плода. Наличие экстрагенитальной патологии является фактором риска по развитию субкомпенсации хронической плацентарной недостаточности (ХрПН).

Целью настоящего исследования явилась оценка плодового кровотока в прелиминарном периоде у женщин с сахарным диабетом 1 типа (СД) и хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей; сравнительная оценка применения традиционных подходов к профилактике субкомпенсации ХрПН и включение в терапию веноotonиков.

Материал и методы. Исследование проводилось в Перинатальном центре МУЗ ГБ № 2. Обследовано 52 женщины в III триместре беременности. Критерии включения: СД 1 типа субкомпенсированный, средней степени тяжести; ХрВН нижних конечностей. 32 женщинам перед родоразрешением проводилось лечение ХрПН по традиционной методике: пентоксифиллин (2% -5,0 в/в капельно № 5), дипиридамола (150 – 200 мг/сут), Актовегин (200 мг, в/в капельно № 10). 20 женщин альтернативно приему дипиридамола принимали Флебодиа 600 (по 1 табл. – 600 мг/сут). Всем женщинам проводилась инсулинотерапия, рекомендовался компрессионный трикотаж, местное нанесение гепарин – содержащего геля (Венолайф-гель). Перед родоразрешением оценивалась гемодинамика плодового кровотока. Ультразвуковое исследование с применением трансвагинального доступа производилось аппаратами «Cobisson 530», «B&K Medical 201», «Hewlett Packard sonos 100 S».

Результаты исследования.

У женщин с традиционным подходом в профилактике субкомпенсации ХрПН нарушение плодово-

вого кровотока выявлено у 15 (46,8%) ($p \geq 0,05$), у 12 (37,53%) из которых выявлена диабетическая фетопатия: с СДО а. umb. $3,4 \pm 0,03$ у.е. У женщин с применением веноτονика получены аналогичные результаты: нарушение плодового кровотока выявлено у 8 (40%), во всех случаях диагностирована диабетическая фетопатия – СДО а. umb. $3,32 \pm 0,05$ у.е..

Нарушение гемодинамики в маточном и плодном кровотоках выявлено: при традиционном лечении у 17 (53,1%) женщин (СДО а.uterina $2,6 \pm 0,025$ у.е. ($p \geq 0,05$), СДО а. umb. $3,7 \pm 0,02$ у.е. ($p \geq 0,05$); у женщин с применением веноτονика – в 10 (50%) случаях – СДО а.uterina $2,41 \pm 0,03$ у.е. ($p \geq 0,05$), СДО а. umb. $3,62 \pm 0,03$ у.е. ($p \geq 0,05$).

Нарушение гемодинамики с централизацией кровотока в МППК отмечено у 2 (6,3%) женщин с традиционным лечением, и у 1 (5%) женщины при использовании веноτονика ($p \geq 0,05$).

Выводы. У женщин с хронической венозной недостаточностью применение веноτονика Флебодиа 600 в среднетерапевтической дозировке (600 мг в день) является альтернативой применения других таблетированных форм препаратов, улучшающих микроциркуляторный кровоток, что предотвращает полипрагмазию.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКО

Новикова О.В., Иванян А.Н., Густоварова Т.А.,
Бельская Г.Д., Киракосян Л.С.

Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», кафедра акушерства и гинекологии
ФПК и ППС

Несмотря на значительные достижения в области репродуктивной медицины, бесплодие в браке остается актуальной медицинской и социальной проблемой. Получение беременности является только первым этапом, в то время как рождение здорового ребенка, несомненно, зависит от течения данной беременности и родов.

Нами проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 45 беременных, наблюдавшихся в лечебных учреждениях г. Смоленска. У всех пациенток беременность наступила в результате ЭКО и ПЭ. Возраст женщин колебался от 25 до 42 лет. Возраст полового партнера находился в интервале от 25 до 52 лет. 87% женщин состояли в браке, у 11% брак был не зарегистрирован, у 2% женщин отмечено отсутствие семьи. Большинство беременных (68%) имели высшее образование и высокий социальный статус.

У 35 (77,8%) пациенток исследуемой группы беременность была одноплодной, у 10 (22,2%) выявлена двойня. Таким образом, частота многоплодия составила 22,2%, что значительно превышает данный показатель в общей популяции.

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания в анамнезе имели 91% женщин. В структуре соматической патологии болезни желудочно-кишечного тракта встречались у 35,5%, заболевания органа зрения (ми-

опия средней и высокой степени тяжести) – у 35,5%, мочевыводящей системы – у 22,2%, НЦД – у 31,1%, ожирение – у 28,9% и заболевания щитовидной железы у 15,5%. Сочетанная патология наблюдалась у 60% женщин.

Анализ репродуктивной функции показал, что для 51% женщин данная беременность была первой, у 20% пациенток в анамнезе имело место искусственное прерывание беременности, у 24,4% – самопроизвольные выкидыши, роды – у 13,3%, причем у трети из них предыдущая беременность наступила также в результате ЭКО и ПЭ.

Длительность бесплодия составила от 1,5 до 15 лет, в среднем 6,9 лет.

Средний возраст менархе составил примерно 13,3 лет. При этом своевременно, в возрасте от 11 до 14 лет у 71,1%, позднее начало менструаций (от 15 до 17 лет) отмечено у 22,2%, раннее (от 9 до 11 лет) – у 6,7% женщин. Отсутствие регулярности менструального цикла выявлено в 8,9% случаев.

Гинекологический анамнез был отягощен у абсолютного большинства исследуемых пациенток (97,8%). В структуре заболеваний преобладали хронические воспалительные заболевания придатков (55,5%) и эктопия шейки матки (26,7%), поликистоз яичников диагностирован у 24,4%, оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы в анамнезе имели 66,7% женщин.

При анализе течения беременности у данной группы женщин было выявлено, что в 95,5% случаев беременность протекала патологически.

Основным осложнением явилась угроза прерывания: в 1-м триместре у 46,7%, во втором – у 48,9% в третьем – у 31,1%, на протяжении всей беременности у 13,3%. У трети пациенток течение беременности осложнилось гестозом. Железодефицитная анемия наблюдалась в 51,1% случаев. Фетоплацентарная недостаточность диагностирована у 15,5%, СЗРП – у 6,7%. Синдром гиперстимуляции яичников выявлен у 1-й женщины после ЭКО.

Обращает внимание, что генитальная инфекция в 1 триместре выявлена только у 6,7% беременных, при этом частота встречаемости вагинальной инфекции к 3 триместру увеличилась в шесть раз, достигая 44,4%. ИЦН диагностирована в 1 случае, беременной была проведена хирургическая коррекция.

Патогенетическое лечение всех пациенток с осложненным течением беременности проводилось по общепринятым схемам и включало в себя при необходимости стационарный этап.

Срочные роды произошли у 80% женщин с двойней и 88,6% случаев при одноплодной беременности. Роды были преждевременными у 20% пациенток с многоплодной беременностью, что в 2 раза чаще, чем при одноплодной – у 11,4%. Частота оперативного родоразрешения при многоплодной беременности составила 100%, при одноплодной – 94,3%. У 2-х женщин с одноплодной беременностью роды произошли через естественные родовые пути. Следует отметить, что из них 1 пациентка скрывала факт ЭКО, а 2-я родоразрешена по настойчивому требованию самой женщины.

Послеоперационный период протекал без осложнений у всех пациенток. В позднем послеродовом периоде у 1-й женщины было проведено инструментальное

выскабливание полости матки по поводу гематометры. При гистологическом исследовании получены остатки плацентарной ткани.

При анализе гистологических исследований после родов у 42,2% выявлены различной степени выраженности воспалительные изменения плаценты, у 46,7% – признаки хронической плацентарной недостаточности, у 6,7% – инволютивные изменения хориона. В 26,7% случаев установлена сочетанная патология.

Таким образом, пациенток, у которых беременность наступила после ЭКО и ПЭ следует относить к группе высокого риска по развитию осложнений течения беременности и родов, что требует тщательного обследования и наблюдения для их предотвращения и коррекции.

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПУЭРПЕРИЯ: РАННИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИ

**Новикова С.В., Логутова Л.С., Федотова А.В.,
Никольская И.Г., Климова И.В., Гусева Т.С.,
Паршина О.В.**

*Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства
и гинекологии, ГУНИИ эпидемиологии и микробиологии
им. Н.Ф. Гамалеи*

Вопросы, связанные с диагностикой, профилактикой и лечением осложнений пуэрперия имеют большое медицинское и социальное значение для всех регионов России. Круг этих вопросов включает профилактику и адекватное лечение ранних и поздних послеродовых кровотечений, анатомичное восстановление целостности промежности в случае травматических повреждений, проведение антибиотикопрофилактики послеродовых инфекционных заболеваний, а также раннюю диагностику послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний, что важно для репродуктивного здоровья женщины.

Целью настоящей работы является оптимизация течения послеродового периода путем формирования новых диагностических критериев послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний с учетом изменений иммунного гомеостаза родильницы.

Распространенность послеродовой инфекции трудно оценить, поскольку большинство женщин покидают клинику в течение нескольких суток после родов. Наиболее частыми инфекционными осложнениями пуэрперия сегодня являются гематолохиометра, послеродовый эндометрит и раневая инфекция.

Нами обследовано 102 родильницы. У 64 было осложненное течение пуэрперия: у 49 – клиническая картина субинволюции матки (первая группа) и у 15 родильниц – послеродовый эндометрит (вторая группа). Группу сравнения составили 38 родильниц с физиологическим течением пуэрперия. Наибольшее число беременных в основной и контрольной группе были в возрасте от 20 до 30 лет, средний возраст составил 26 лет.

У 58 (56,9%) родильниц в анамнезе выявлены различные экстрагенитальные заболевания. Акушерский и гинекологический анамнез характеризовался высокой частотой воспалительных заболеваний органов

малого таза и эктопии шейки матки – у 71 (69,6 %) родильниц. Родильницы с послеродовым эндометритом достоверно чаще ($p < 0,05$) имели в анамнезе гинекологические операции и вмешательства.

Срочные роды произошли у 100 (98%) родильниц, преждевременные роды на 36 неделе гестации произошли у 1 (6,7%) пациентки с послеродовым эндометритом и у 1 (2,6%) из группы сравнения. Все пациентки (102) были родоразрешены через естественные родовые пути. Самопроизвольные роды произошли у всех женщин группы сравнения (38), оперативные роды (полостные акушерские щипцы) имели место у 1 пациентки (2%) первой группы и 2 (13,3%) второй группы. Показанием для проведения операции во всех случаях явилась острая гипоксия плода. Родовой акт осложнился аномалиями родовой деятельности у 47 (46,1%) пациенток.

Для выявления ранних диагностических критериев послеродовых гнойно-септических осложнений проведено сопоставление клинического течения пуэрперия и показателей цитокинового статуса. Определяли интерлейкины (ИЛ)-1,2,4,6, ИР-10 и фактор некроза опухоли (ФНО)- в сыворотке крови и супернатантах клеток крови, спонтанную и индуцированную функции на 1-е и на 4-е сутки после родов.

Оказалось, что для родильниц с послеродовым эндометритом характерными изменениями цитокинового статуса являются высокие уровни медиаторов доиммунного воспаления (ФНО- , ИЛ-1,6), снижение ИЛ-2 и умеренное повышение ИЛ-4, являющихся регуляторами активации лимфоцитов. Наиболее существенные различия наблюдались при анализе индуцированной продукции цитокинов. Отличительными особенностями цитокинового статуса родильниц с субинволюцией матки является умеренное повышение медиаторов доиммунного воспаления и достоверное повышение регулятора активации лимфоцитов ИЛ-4 в сыворотке крови.

Таким образом, характерное изменение цитокинового статуса (повышение ФНО- , ИЛ-1,6, умеренное повышение ИЛ-4, снижение ИЛ-2) у родильниц может служить дополнительным ранним диагностическим критерием послеродового эндометрита. В связи с этим дифференцированную коррекцию иммунного гомеостаза можно рассматривать в качестве существенного резерва профилактики и терапии осложнений пуэрперия, что в конечном итоге поможет сохранить репродуктивное здоровье женщины и будет способствовать реализации демографической политики государства.

ВИФЕРОНОТЕРАПИЯ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВУИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Новикова С.В., Туманова В.А., Малиновская В.В.,
Микаелян А.В., Бочарова И.И.,
Ефанов А.А., Цивцивадзе Е.Б., Агаджанова Е.А.**
*Россия, г. Москва, ГУЗ МОНИИАГ, ГУНИИ эпидемиологии и
микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи*

Несмотря на достижения современной медицинской науки внутриутробная инфекция (ВУИ) продолжает оставаться сложной нерешенной задачей. Прежде всего это объясняется трудностями антенатальной диагностики, что связано с полиэтиологичностью патологии, отсутствием четкой взаимосвязи между выраженностью клинических проявлений инфекции у матери и степенью поражения плода, а также с многофакторным воздействием инфекционного агента на плод. Удельный вес инфекционных заболеваний в общей патологии человека составляет 70%. В последние годы резко сокращается биологический буфер, который существовал в «общении» человека с вирусами и создавался благодаря существованию человека и бактерий. Общепризнанным сегодня является рост числа вирусных заболеваний, среди которых большую актуальность имеют болезни, обусловленные вирусами семейства герпеса: генитальный (ВПГ-2) и лабиальный (ВПГ-1) герпес, цитомегалия (ЦМВ), опоясывающий лишай, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз. Характерной особенностью герпесвирусов является тропизм к эпителиальным и нервным клеткам, способность к персистенции и латенции в организме человека. Вирусы способны непрерывно или циклично размножаться (реплицироваться) в клетках тропных тканей. Значение герпесвирусных инфекций в развитии ВУИ подтверждено многочисленными исследованиями, которые доказали, что у новорожденных с перинатальной патологией, обследованных в первые дни жизни с целью выявления представительской группы вирусов, врожденная герпесвирусная инфекция выявлялась достоверно чаще (63,3%), чем у здоровых детей.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация лечебных мероприятий у беременных с герпесвирусной инфекцией. Под наблюдением находилось 150 беременных с ВПГ-2 инфекцией, 50 – с ВПГ-1 инфекцией и 120 с ЦМВ инфекцией. С целью терапии был применен генно-инженерный рекомбинантный препарат виферон, представляющий собой а-2-интерферон, ассоциированный с антиоксидантами. Виферон назначался с 14 недель беременности. Были разработаны и применены следующие схемы лечения: виферон 500000 МЕ по 1 свече через 12 часов (2 раза в день) в течение 10 дней, затем по 1 свече через 12 часов (2 раза в день) дважды в неделю – 10 свечей. Далее через 4 недели проводились профилактические интерферонстабилизирующие курсы препарата виферон 150000 МЕ по 1 свече каждые 12 часов в течение 5 дней. Профилактические курсы повторяли каждые 4 недели. Были применены общеклинические, ультра-

звуковые, вирусологические (ПЦР, RtПЦР, БКМ) и иммунологические (определение ИФН α , ИФН γ , ИЛ 1 α , ИЛ 6, ИЛ 8) методы исследования. На фоне проводимого лечения отмечено снижение общего числа случаев внутриутробной инфекции более чем в 3 раза, в том числе тяжелых ее форм (внутриутробная пневмония, сепсис) с 26,7 до 5,2%. С 25 до 11,3% уменьшилось число случаев перинатальной патологии неинфекционного генеза (ЗВУР, хроническая гипоксия, асфиксия при рождении, нарушение мозгового кровообращения). Частота перинатальных осложнений у новорожденных на фоне проведения виферонотерапии была обратно пропорциональна количеству курсов виферона. Общая частота осложнений беременности (ФПН, гестоз, угроза прерывания беременности) снизилась в 2 раза.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что применение виферона у беременных с герпесвирусной инфекцией имеет медико-социальную значимость – улучшение состояния здоровья новорожденных и снижение частоты осложнений беременности, родов и раннего неонатального периода в результате положительного воздействия антенатальной иммунотерапии на формирование иммунитета плода и новорожденного.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У МАТЕРИ И ПЛОДА

Норбаева Х.К., Пахомова Ж.Е.

Республика Узбекистан, г. Ташкент, Ташкентская медицинская академия. Городской родильный комплекс №6

Нормальное течение антенатального периода обеспечивает полноценное морфофункциональное развитие плода и, безусловно, зависит от состояния здоровья женщины. Известная патофизиологическая теория «орган к органу» прогнозирует развитие аналогичной патологии у новорожденного при наличии патологии у матери. Следует сказать, что на практике не всегда это полностью находит подтверждение. Бессимптомная бактериурия, встречающаяся у 2-10% беременных женщин, на первый взгляд не представляющая собой каких-то опасностей. Однако, во время беременности у каждой третьей женщины бессимптомная бактериурия может приводить к возникновению острого пиелонефрита со всеми вытекающими отсюда последствиями. В связи с чем, целью нашей работы явилась оценка состояния мочевых путей у плода и новорожденного в раннем неонатальном периоде при бессимптомной бактериурии (ББ) у беременных женщин. Для чего нами было проведено скрининговое обследование 200 беременных женщин при сроке беременности 37-41 нед. Возраст женщин составил 20-35 лет. Из них первобеременных было 124 (62%), повторобеременных – 76 (38%) женщин. Всем беременным проводилось традиционное клинико-лабораторное обследование, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевыводящих путей у беременной женщины и у ее плода, бактериологическое исследование и

нитритный тест мочи у беременных для установки диагноза ББ. Также, в раннем неонатальном периоде проводили исследование общего анализа мочи у новорожденных от матерей с ББ. При изучении анамнеза установлено, что 31% (62) беременных страдали железодефицитной анемией, 18%(36) -заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 4% (8) – заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Из гинекологических заболеваний имели место хронический аднексит у 46 (23%), невынашивание- у 12 (6%), бесплодие – у 18 (9%) и т.д. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности в I половине беременности у 16% (32), во II половине беременности – у 14% (28) женщин. Беременность протекала на фоне гипертензивного состояния у 10.5% (21) пациенток. После проведенного скринингового обследования беременных обнаружено количество микробов в 1 мл мочи более 100000 КОЕ у 10% (20) беременных, у которых был поставлен диагноз ББ. При УЗИ мочевыделительных путей у беременных выявлена пиелоктазия с одной стороны у 11 (5.5%), с двух сторон – у 8 (4%), утолщение стенки мочевого пузыря у 12 (6%) женщин.. При ультразвуковом исследовании состояния почек у плода при ББ у матери обнаружена внутриутробная пиелоктазия у 2(10%) новорожденных. Исследование общего анализа мочи у этих новорожденных в раннем неонатальном периоде показало, что у 4 (2%) новорожденных также были обнаружены бактерии в моче. Течение послеродового периода у рожениц с ББ осложнилось эндометритом в послеродовом периоде у одной женщины. Следует сказать, что женщина была повторнородящей, страдала хроническим аднекситом в течение 5 лет с частыми обострениями. Ранний неонатальный период протекал с транзиторной гипертермией у 2 новорожденных, в моче которых были обнаружены бактерии. Таким образом, проведенное исследование еще раз подтверждает тот факт, что наличие ББ не может оставаться без внимания у беременных. Это, безусловно, требует проведения лечебных мероприятий у данной категории беременных и строго динамического контроля за состоянием мочевыделительных путей. Кроме того, при ведении беременных с ББ необходимо контролировать состояние мочевыводящих путей и у их новорожденных еще с внутриутробного периода. Динамическое наблюдение за состоянием мочевыделительных путей в ante- и постнатальном периодах обеспечит возможность своевременно обнаружить нарушение функции мочевых путей у новорожденных. Это обеспечит возможность своевременно начать лечебные мероприятия и будет препятствовать возникновению тяжелых заболеваний мочевых путей, а также развитию хронической инфекции мочевого тракта. Скрининговое обследование состояния почек у плода не представляет собой никаких сложностей и может выполняться во звеньях амбулаторно-поликлинической службы. Тщательное обследование беременных с ББ также крайне необходимо, так как обеспечивает возможность проведения лечебно-профилактических мероприятий у беременных еще на уровне доклинических признаков, т.е. при отсутствии органических нарушений мочевых путей.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ КОЛОНИЗАЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СТРЕПТОКОККАМИ ГРУППЫ В, С НАЛИЧИЕМ ГЕНОВ sspV СЕМЕЙСТВА

Оганян К.А., Аржанова О.Н., Суворов А.Н.

Россия, г. Санкт-Петербург, НИИ Акушерства и Гинекологии им. Д.О. Отта СЗО РАМН

*Россия, г. Санкт-Петербург, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета Санкт-Петербургского Государственного Университета
Россия, г. Санкт-Петербург, ГУ НИИ экспериментальной медицины РАМН*

Стрептококки группы В (СГВ) известны в мире как возбудители тяжелой, часто смертельной инфекции плода и новорожденного ребенка. Установлено, что передача СГВ от матери к новорожденным происходит не во всех случаях, и лишь часть колонизированных детей заболевает. В последние годы различия в патогенных свойствах СГВ связывают с генами потенциальных адгезинов sspV семейства.

Целью исследования явилось влияние генов потенциальных адгезинов (sspV 1 и sspV 2) стрептококков группы В на перинатальные исходы.

Материалы и методы. Материалами для исследования у беременных и рожениц служили вагинальный секрет и средняя порция свободно выпущенной мочи. У новорожденных – отделяемое зева, полости носа, меконий, мазки с кожи вокруг пуповинного остатка, подмышечных и паховых складок. Для выделения стрептококков посев клинического материала осуществляли на Columbia агар с добавлением 5% донорской крови и Columbia бульон с селективными добавками. Выделенные стрептококки идентифицировали с помощью САМР-теста. Наличие генов sspV семейства определяли методом ПЦР.

Результаты. В родах и в послеродовом периодах наблюдались 20 женщин, колонизированных СГВ, из них у 14 в штаммах СГВ были выделены гены sspV семейства (основная группа) и у 6 женщин – гены не были выделены (группа сравнения). Из осложнений в родах наиболее часто имела место гипоксия плода в 8 случаях (57,1±13,2%) у женщин колонизированных СГВ, с присутствием генов, чем в группе без генов в 1 случае (16,7±15,2%) (p<0,05). Мы наблюдали также 20 новорожденных детей, рожденных у этих матерей. В группе женщин с наличием СГВ, содержащих гены sspV семейства, родилось 14 детей (основная группа), один ребенок умер в раннем неонатальном периоде от генерализованной внутриутробной инфекции. В группе женщин, колонизированных СГВ, не содержащих гены, родилось 6 детей (группа сравнения), все дети живы. Следует подчеркнуть, что колонизация новорожденных, внутриутробная инфекция и постнатальная гибель новорожденного произошли лишь в группе женщин, колонизированных СГВ, с наличием генов, чем в группе сравнения. Частота колонизации новорожденных составила 28,6±12,1% (4 из 14), чаще, чем в группе сравнения, у 2 из них развилась ВУИ и 1 ребенок погиб постнатально.

Заключение. Таким образом, при выявлении СГВ у беременных женщин и новорожденных детей желательное определение генов потенциальных адгезинов sspB семейства, свидетельствующих о патогенных потенциях СГВ (адгезивных и инвазивных). Для профилактики СГВ инфекций в настоящее время разрабатываются вакцины.

ПРОТЕОМНЫЙ АНАЛИЗ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

**Орлов В.И., Матишов Д.Г., Погорелова Т.Н.,
Гунько В.О., Друккер Н.А., Крукиер И.И., Авруцкая В.В.**
*ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия
Южный научный центр Российской академии наук,
Ростов-на-Дону, Россия*

Развитие современных медико-биологических технологий на рубеже XX и XXI веков позволяет выяснить ранее неизвестные механизмы нарушения молекулярных процессов, обеспечивающих развитие гестации. К числу таких технологий относятся протеомные исследования, составляющие методическую основу медицинской протеомики, ставящей задачу изучить совокупность белков клеток, тканей, биологических жидкостей и, в конечном итоге, охарактеризовать полный набор белков организма человека. Новые знания о белках того или иного биологического объекта не только углубляют представления о молекулярных механизмах развития патологического процесса, но и значительно повышают возможности его диагностики и прогнозирования. Весьма актуальным представляется получение и расшифровка протеомных карт околоплодных вод, поскольку белковый спектр этой биологической жидкости во многом отражает состояние внутриутробного плода.

Целью настоящей работы явился протеомный анализ околоплодных вод женщин с физиологической беременностью и осложненной задержкой роста плода (ЗРП). Исследовано 24 образца околоплодных вод, взятых путём трансабдоминального амниоцентеза во II триместре беременности (23-25 недель) и трансцервикального амниоцентеза во время родов (39-40 недель).

Обзорные протеомные карты амниотической жидкости были получены с помощью двумерного электрофореза в полиакриламидном геле. После визуализации белковых пятен электрофореграммы сканировали и анализировали с использованием пакета программ PDQuest (Био-Рад, США). Идентификацию белков отличия проводили методом MALDI-TOF масс-спектрометрии после вырезания белкового пятна из геля и процедуры трипсинолиза. Масс-спектры триптических пептидов получали на масс-спектрометре Autoflex II («Брукер», Германия). Для идентификации белков полученные масс-спектры анализировали с помощью программы Mascot MS Search (Matrix Science, США) и баз данных NCBI и Swiss-Prot.

Сравнительный анализ протеомных карт проводился с помощью виртуальных интегрированных «мастер-гелей» двумерных электрофореграмм (программа PDQuest).

Результаты исследований свидетельствуют о том, что в белковом спектре амниотической жидкости условно здоровых женщин с несложненной беременностью при окраске азотнокислым серебром регистрируется до 96 фракций с молекулярной массой (Mr) 12-80 кДа и изоэлектрической точкой (pI) 5,0-8,0. Пятнадцать из них были идентифицированы с использованием времяпролётной масс-спектрометрии, идентификация других требует дальнейших методических разработок. Сопоставление белкового состава амниотической жидкости в разные периоды физиологической гестации позволило выявить три белка отличия, которые отсутствовали во II триместре и появлялись в III триместре беременности: S 100-A8 (калгранулин А), S 100-A9 (калгранулин В) и транстиретин. В околоплодных водах женщин с ЗРП во II триместре обнаружено отсутствие 7 полипептидов низкомолекулярной зоны (Mr от 14 до 25 кДа), среди которых такие важные регуляторные белки, как пероксиредоксин-2, эпидермальный блок, связывающий жирные кислоты, а также гаптоглобин. В то же время при ЗРП амниотическая жидкость содержит во II триместре 10 дополнительных белков, отсутствующих при нормальной гестации. В их числе гипокальцин-подобный белок, CDC-37-подобный белок и NKG2D лиганд 2. Количество ряда неидентифицированных белков отличия было ниже порога чувствительности масс-спектрометра, но вычисленные для них Mr и pI также свидетельствуют о принадлежности этих белков к низкомолекулярным. Очевидно, именно в данной зоне находится основная часть белков, экспрессия которых различна при физиологической и осложненной беременности.

В амниотической жидкости, взятой во время родов, при ЗРП количество отсутствующих белков относительно нормального спектра превышает таковое во II триместре беременности. Кроме уже указанных белков отличия II триместра, к их числу относятся транстиретин, S 100-A8, S 100-A9. Последние три белка, как указывалось выше, появляются при нормальной беременности к её концу, в то время как при ЗРП они так и не секреторируются в околоплодные воды. Последнее, вероятно, связано с их нарушенной продукцией в фетоплацентарной системе и может иметь патогенетическое значение в развитии данной патологии. Количество дополнительных белков, присутствующих в амниотической жидкости при ЗРП во II триместре, и, очевидно, выполняющих компенсаторные функции (в частности гипокальцин-подобный белок) к концу беременности, напротив, снижается в два раза.

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что развитие ЗРП происходит на фоне изменения экспрессии ряда регуляторных белков, которые могут служить маркерами, позволяющими оценить состояние плода.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Павлова Т. В., Петрухин В.А.

Россия, г. Белгород, ГУЗ Белгородский
государственный университет
г. Москва, Московский областной НИИ
акушерства и гинекологии

При изучении как акушерской, так и перинатальной патологии прогрессивные результаты могут быть получены при комплексном подходе, особенно с использованием методов визуализации патологического процесса. Особое значение приобретает контроль за применением инновационных методов коррекции акушерской патологии.

Моделью для данного изучения был выбран гестоз, развивающийся при нескольких нозологических формах акушерской и соматической патологии. Изучено 16 беременных с сахарным диабетом 1 типа (СД) и 13 с гестационным СД (ГСД) в сочетании с гестозом. 11 и 8 беременных соответственно составили группу без гестоза. 48 беременных имели кардиоваскулярную форму гипертонической болезни (ГБ) в сочетании с гестозом, 29 – ГБ без гестоза. 75 женщин наблюдались только с гестозом. Из них 30 женщин получали Стабизола®. 30 пациентов составили контрольную группу.

Динамический контроль за состоянием фетоплацентарного комплекса осуществлялся при помощи УЗ методов исследования и непрямой кардиоотографии. Изменения в системе микроциркуляции оценивались по данным УЗ показателей кровотока в плаценте и капилляроскопии. Характер и тяжесть изменений гемодинамики оценивались по классификации (Стрижаков А.Н. и соавт., 2004 г.). ГСД ставился на основе проведения глюкозотолерантного теста со 100 г глюкозы. Диагноз гипертоническая болезнь ставился после проведения суточного мониторирования АД. Тяжесть гестоза основывалась на основе бальной оценки (Г.М. Савельевой, 2001 г.).

После родов проводился забор плаценты, а в случаях с проведением операции кесарево сечение также миометрия и эндометрия для световой и электронной (растровой и трансмиссионной) микроскопии. Для гистологического исследования материал заключался в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Образцы просматривали и фотографировали в световом микроскопе «ТОРИС-Т» СЕТИ. Для сканирующей микроскопии пробы фиксировали в стандартном глутаральдегидовом фиксаторе и затем просматривали в растровом микроскопе FE-1 Quata 200 3D. Для трансмиссионной микроскопии после стандартной фиксации образцы заливали в смесь эпон-аралдит. Срезы просматривали и фотографировали в микроскопе ЖКМ. Зондовая сканирующая микроскопия проведена на сканирующем зондовом микроскопе Ntegra-Aura. Работа выполнена в центре коллективного пользования научным оборудованием БелГУ «Диагностика структуры и свойств наноматериалов».

В развитии перинатальной патологии наиболее существенную роль играют осложнения СД и нарушения в течение беременности (угроза прерывания, гестоз,

многоводие). Течение беременности у больных с СД 1 типа и ГСД характеризуется высокой частотой осложнений: угроза прерывания – 64 и 50%, многоводие – 27 и 62,5%, преждевременные роды – 36 и 12,5% соответственно. В 12,5% при ГСД отмечалось присоединение гестационного пиелонефрита, а присоединение гестоза в данной группе больных приводило к возрастанию частоты преждевременных родов до 33%, аномалий родовой деятельности до 20% и несвоевременного излития околоплодных вод до 20%.

По данным морфологических методов исследования частота плацентарной недостаточности у беременных с СД 1 типа составила 75%, при ГСД – 50%. Присоединение гестоза обуславливало возрастание частоты данного осложнения до 100% при СД 1 типа и до 85% при гестационном СД. Выявленные ведущие механизмы поражения плаценты при различных типах СД, осложненных и не осложненных гестозом, позволяют осуществлять более дифференцированный подход к выбору лекарственной терапии для профилактики и лечения плацентарной недостаточности у данных больных. Присоединение гестоза приводило к трехкратному увеличению числа детей, родившихся с перинатальным поражением ЦНС при СД 1 типа у матери и диабетической фетопатии при гестационном СД.

Профиль осложнений при ГБ также аналогичен предыдущей группе. Развивающиеся при ГБ сосудистые поражения находят свое продолжение в изменении кровотока в стенке матки, эндометрии и плаценте, что наиболее остро проявляется при сочетании с гестозом. Данные изменения наблюдаются в виде развития склероза, фибриноидного некроза, нарушения кровообращения (полнокровие, стаз, кровоизлияния, тромбоз), деструкции ультраструктур. Все это приводит к развитию маточно-фетоплацентарной сосудистой недостаточности и сопровождается крайне напряженным состоянием гомеостаза плода.

Данные анализа особенностей кровотока в плаценте и капиллярном русле показали, что при использовании одного и того же препарата у 15% пациенток ожидаемой положительной динамики отмечено не было. Показано, что использование Стабизола® способствует улучшению состояния всех элементов цепи мать-плацента-плод со значительной стабилизацией кровообращения в маточно-плацентарной системе, устранению деструкции в сосудах эндометрия и увеличению площади обмена, что является убедительным аргументом в пользу его включения в комплексную терапию тяжелых форм гестоза, как отдельной нозологической единицы, так и осложнения СД и ГБ.

ЯВЛЯЕТСЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА?

Палади Г., Чернецки О., Илиади-Тулбуре К.

Республика Молдова, г. Кишинев, ГУМФ им. „Н. Тестемицану”

Актуальность. Среди причин перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных существенное место занимает задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП). Одним из самых важных моментов остаётся ранняя диагностика ЗВРП. Противоречивым, до сегодняшнего дня, остаётся выбор оптимального метода родоразрешения.

Исходя из выше изложенного, нами было проведено исследование, целью которого явилась оценка эффективности современных диагностических методов исследования и выбора метода родоразрешения, в зависимости от степени выраженности ЗВРП и внутриутробного страдания плода.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ 410 случаев, с доношенной беременностью, среди которых 310 — с ЗВРП. Последние были подразделены на 3 группы в зависимости от степени ЗВРП (I, II, III). Контрольную группу составили 50 женщин с массой плода более 2800 г, без признаков внутриутробного страдания плода, установленным при Допплерометрии. Каждая из групп была подразделена на подгруппы, в зависимости от метода родоразрешения: через естественные родовые пути и методом кесарево сечения (КС).

Результаты исследования и обсуждение. Наиболее информативным критерием для ЗВРП является определение биометрических параметров плода ниже 10-ой перцентили, при использовании ультразвукового исследования. В данном исследовании, в 187 случаях ЗВРП ($60,32 \pm 3,58\%$) предполагаемая масса плода находилась ниже 10-ой перцентили, окружность живота плода – в $51,61 \pm 3,95\%$; длина ножки плода – в $50,32 \pm 4,00\%$; бипариетальный диаметр – в $48,06 \pm 4,09\%$; а окружность головки – в $41,61 \pm 4,34\%$ случаях.

С целью определения степени внутриутробного страдания плода, все беременные с ЗВРП были подвержены Допплерометрии. В $85,71 \pm 2,50\%$ случаев, оно было проведено на 30-32-ой недели беременности. Параллельно с клиническим ухудшением жизнедеятельности плода, было выявлено повышение индексов резистентности и пульсатильности, до $83,8 \pm 2,10\%$ случаев при III-ей степени ЗВРП. Важно отметить наличие изменений как в пупочном, так и в маточном кровотоках в $47,45 \pm 2,84\%$ случаях. Важным критерием определения страдания плода является Допплерометрия средней церебральной артерии плода, которая в 9-ти случаях выраженной ЗВРП, выявила индекс $Arbeille < 1$.

В 164 случаях ($52,9 \pm 2,84\%$) женщины с ЗВРП родили через естественные родовые пути. Показанием для КС в интересах плода послужила более выраженная степень ЗВРП и нарушения фето-плацентарной гемодинамики в 146 случаях ($47,1 \pm 2,84\%$). Плановое КС

было проведено в 90 случаях ($29,0 \pm 2,58\%$), в срочном порядке – в 56 случаях ($18,1 \pm 2,20\%$) ($p < 0,05$).

Результаты исследования позволили установить что в большинстве случаев ($82,2 \pm 3,17\%$), новорожденные извлеченные при помощи операции КС, были оценены по шкале Апгара, ≥ 7 баллов. Гипотрофики рожденные через естественные родовые пути, в $60,36 \pm 3,82\%$ случаев были оценены 4-7 баллами что указывает на более выраженное страдание плода.

В зависимости от метода родоразрешения, уровень перинатальной смертности при родах через естественные родовые пути составило $48,8\%$ (8 случаев). После операции кесарева сечения не было зарегистрировано ни одного случая смертности новорожденного. Была отмечена разница в уровне заболеваемости детей рождённых через естественные родовые пути ($86,7 \pm 4,01\%$) в сравнении с КС ($44,7 \pm 5,88\%$) ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, наше исследование показало что ультразвуковое исследование в дополнении с Допплерометрией, осуществляемые в динамике, позволяют во время диагностировать не только ЗВРП, но и степень страдания плода и в зависимости от полученных результатов, принять решение о времени и методе родоразрешения. Операция кесарево сечение, по нашему мнению, является наиболее щадящим методом родоразрешения. Она должна осуществляться с учетом степени внутриутробного страдания плода, существующей акушерской и экстрагенитальной патологии.

РОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Палади Г.А., Чернецки О.С., Дондюк Ю.В., Тэуту Л.Л.

Республика Молдова, г. Кишинев, кафедра акушерства и гинекологии, Государственный Медицинский Университет им. Н.Тестемицану

Многоплодная беременность всегда была связана с высоким риском как для матери так и для плода. Эта тема наиболее актуальна сейчас связи с увеличением частоты многоплодных беременностей после экстракорпорального оплодотворения. В США чистота многоплодных беременностей возросла на 65% , и составляет 3% из всех родов. Такая тенденция имеет место и в Республике Молдова, где из года в год растет число женщин прибегающих к методам искусственного оплодотворения.

Всего лишь $11\%-15\%$ из многоплодных беременностей и родов протекают без никаких осложнений.

На базе первой городской клинической больницы г. Кишинева нами проводился анализ исхода родов у двух групп рожениц с многоплодными беременностями с 1996-1999 и 2000-2007 годами. Цель нашего исследования состояла в том, чтобы определить наиболее частые осложнения, оптимальную тактику родоразрешения, а также проанализировать перинатальные исходы в зависимости от метода родоразрешения.

В исследовании были включены 602 пациентки с многоплодными беременностями, разделенные на две группы. Первую группу составили 161 пациент-

ки родившие с 1996 по 1999 (за этом периоде были зарегистрированы 17109 родов), частота многоплодных беременностей составила 0.94 %. Во второй группе были включены 441 пациентки родившие с 2000 по 2007, частота многоплодия составила 1.06 %, общее число родов – 41443.

Результаты

В нашем исследовании течение родов осложнилось: ранним излитием околоплодных вод у 67,9% беременных, преждевременными родами в 48,5%, первичной и /или вторичной слабостью родовой деятельности в 10,5%, предлежанием плаценты у 1% беременных, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в 3,2% случаев, многоводием – 13,9%, выпадение пуповины в 2,26%, кровотечением в послеродовом и раннем послеродовом периодах в 4,58%.

В первой группе (1996-1999 г.) роды закончились через естественные родовые пути у 123 беременных (76,4%±3,34%), кесарево сечение проведено у 38 беременных (23,6%±3,3), в 19 случаев (47,4±8,1%) в плановом порядке, а у 20 пациенток (52,6±8,1%) в экстренном порядке.

Во второй группе (2000-2007 г.) из общего числа многоплодных беременностей 230 (51,1%±2,3%) закончились родами через естественные родовые пути, из них 121(52,6% ± 3,2%) у первородящих и 109(47,3% ± 3,2%) у многорожавших. В 211(48.3% ± 2,37%) случаев при многоплодной беременности было сделано кесарево сечение, в 92(43.6% ± 3,41%) случаев в плановом порядке и в 119(56.4% ± 3,41%) в экстренном порядке.

Таким образом во второй группе женщин (2000 – 2007 г.) операция кесарево сечение увеличилась в два раза в сравнении с первой группой что привело к значительному снижению перинатальной смертности с 97‰ до 47,3‰, это особенно было заметно среди недоношенных детей.

В первой группе в 3 случаев, во второй у 8 пациенток в конце второго триместра наблюдалось гибели одного из плодов. В двух случаях при монозиготных беременностях (монохориальная моноамнионическая и монохориальная биамнионическая) в остальных при dizиготных беременностях. В случае гибели плода при монозиготных двойнях беременность была прервана в следствие возможных осложнений. Что касается dizиготных беременностей и гибели одного из плодов как правило второй плод развивался и беременность заканчивалась рождением живого здорового ребенка

Выводы

Решение вопроса о родоразрешении при многоплодной беременности должно быть индивидуально в зависимости от срока беременности, от того являются они монозиготными или dizиготными близнецами, от расположения и состояния внутриутробного развития плодов.

Ценным фактором являются результаты УЗИ и доплерометрического исследования которые позволяют уточнить расположение плодов и состояние их развития.

Также следует учесть массу каждого плода. При массе второго плода выше чем 25% от первого даже в головном предлежании целесообразно заканчивать роды через кесарево сечение. При монозиготных двойнях (монохориальных моноамнионических и монохориальных биамнионических) и гибели одного из

плодов дальнейшая продолжение беременности представляют риски для второго плода по этому целесообразно прерывание беременности. В случае dizиготных двойнях и гибели одного из плодов беременности может быть продолжена при тщательном мониторинге плода.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КВАНТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Пальчик Е.А., Аббас Ж.Н., Митрохина Г.И.,
Сидоренко И.А.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский институт
Орловского государственного университета, Орел, Россия*

Используемые в настоящее время методы лечения анемии у беременных зачастую носят полипрагматичный характер, оказывая выраженную фармакологическую нагрузку на маточно-плацентарный комплекс, что является небезразличным для беременной и плода. (Шаповаленко С.А., 2001, Артюх Ю.А., 2007)

В связи с этим является актуальной разработка немедикаментозной терапии при анемии у беременных.

Целью работы явилось изучение возможности улучшения состояния плода у беременных с анемией при использовании квантотерапии и препарата обладающего антиапоптозной активностью.

Материал и методы исследования: Нами были обследованы 69 беременных с анемией, которые были разделены на 3 группы в зависимости от проводимой терапии. Первую группу составили 30 беременных получавших общепринятую терапию препаратами железа (сорбифер дурулес 100мг в сутки). Во вторую группу были включены 24 пациентки, которым на фоне традиционной терапии проводилась магнитолазеротерапия. Третью группу составили 15 беременных, которые на фоне применения магнитоквантотерапии назначался препарат Гинкго-билоба, обладающий выраженной антиоксидантной и антиапоптозной активностью. Антиапоптозную активность препарата Гинкго-билоба мы доказали на растительном материале. В качестве модели апоптоза мы использовали калеоптиль (от греч. koleos-ножны и ptrloh – перо), первый после семядоли лист злаков, который пропускает первый зеленый лист. Через 4-5 дней после прорастания включается программа апоптоза клеток калеоптиля и он засыхает. При ежедневном опрыскивании семян пшеницы раствором Гинкго-билоба и водой на шестой день эксперимента в контроле появлялась классическая «лесенка»-маркер апоптоза, в пробах с Гинкго-билоба апоптоз отсутствовал. Контролем эффективности проводимого лечения явились показатели гемоглобина, гематокрита; данные кислородного гомеостаза в организме у беременных с анемией; показатели биофизического профиля плода и компьютерная кардиотахография.

Магнитоквантотерапию осуществляли с помощью аппарата Алто-05м на проекцию кубитальной вены при плотности мощности 35-40 мВт/см² при экспозиции 15 минут, ежедневно, 10 сеансов на курс лечения.

Результаты исследования: Как показали полученные результаты, наиболее благоприятный эффект

при анемии у беременных (судя по повышению уровня гемоглобина, данных парциального напряжения кислорода в тканях, улучшению параметров биофизического профиля плода) наблюдается при использовании неинвазивного метода низкоинтенсивного магнитоинфракрасного лазерного воздействия на кровь в комплексе с общепринятой терапией.

Уровень гемоглобина при использовании в комплексном лечении квантотерапии был выше на 4-6 гр по сравнению с таковыми данными у беременных 1-ой группы.

При этом наши исследования доказали способность квантотерапии и препарата Гинкго-билоба улучшать кислородный гомеостаз. Применение квантотерапии и Гинкго-билоба на фоне традиционного лечения анемии у беременных при маточно-плацентарной недостаточности способствует улучшению состояния плода. Было зарегистрировано, что в третьей группе беременных по сравнению с первой имеет место достоверное увеличение базальной частоты сердечного ритма, более высокие показатели стабильности ритма и уменьшение его монотонности.

Таким образом, наши исследования показали целесообразность включения квантотерапии и препарата Гинкго-билоба в комплексное лечение анемии у беременных.

Предложенный метод оценки антиапоптозной активности Гинкго-билоба может быть использован для оценки новых лекарственных препаратов на первых этапах исследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ACARDIA ANCEPS

**Пампуло Н.С.¹, Рыжков С.В.¹, Егорова Н.П.¹,
Логвиненко Н.Е.¹, Михайлов А.В.², Каштанова Т.А.²**

¹ ГУЗ «Областная больница №2», Ростов-на-Дону, Россия

² СПб ГУЗ «Родильный дом №17», Санкт-Петербург, Россия

Многоплодная беременность является фактором риска неблагоприятных перинатальных исходов: ранних и поздних спонтанных аборт, мертворождений, перинатальной смертности (7-23%) и заболеваемости (Л.Г. Сичинава и соавт., 2003; А.Н. Стрижаков и соавт., 2004). При многоплодной беременности повышена частота рождения детей с пороками развития. В настоящее время отсутствует единая тактика ведения пациенток с наличием ВПР у одного плода при многоплодной беременности. В данной работе мы представляем случай из нашей практики ведения пациентки с двойней и синдромом *acardia anceps* у одного из плодов.

Пациентка К., 22 лет, жительница Ростовской области, наблюдалась в женской консультации по месту жительства с 7-8 недель беременности. Анамнез не отягощен, гинекологических заболеваний нет, беременность первая, наследственность у обоих супругов не отягощена, вредных привычек нет. Биохимический скрининг: АФР 2,26 МОМ, НСГб 1,25 МОМ, низкий риск рождения ребенка с синдромом Дауна 1: 27611. При ультразвуковом исследовании в 21-22 нед. гестации диагностирована двойня

монохориальная, моноамниотическая, многоводие, ВПР второго плода: *acardia anceps*.

Учитывая высокий риск прерывания беременности без коррекции данного состояния и крайнюю заинтересованность женщины в пролонгировании беременности и рождении здорового ребенка данная пациентка была направлена в СПб ГУЗ «Родильный дом №17», (г. Санкт-Петербург), где был подтвержден диагноз и выполнена операция: лазерная коагуляция сосудов пуповины и амниоредукция у плода с *acardia anceps* под ультразвуковым контролем.

После возвращения пациентка наблюдалась в Областной больнице г. Ростова-на-Дону. Ультразвуковое исследование в 25 недель выявило: здоровый плод соответствует сроку гестации, плод с *acardia anceps* уменьшился в размерах, кровоток в нем не визуализируется, признаки плацентарной недостаточности. Доплерометрия: маточно-плацентарный плодовый кровоток не нарушен. Дальнейшее течение беременности осложнилось маловодием, фето-плацентарной недостаточностью, анемией легкой степени, по поводу чего получала соответствующую терапию. В 36 недель поступила в акушерское отделение ОБ № 2 с жалобами на излитие околоплодных вод. При поступлении выставлен диагноз: Беременность 36 недель. Дородовое излитие околоплодных вод. Несостоявшаяся монохориальная моноамниотическая двойня (синдром *Acardia anceps*). Состояние после лазерной коагуляции сосудов пуповины первого плода. ФПН ст. компенсации. Родоразрешение происходило через естественные родовые пути. I период составил 7 часов 20 мин, II период – 30 мин., безводный промежуток – 13 часов 20 мин. Околоплодные воды светлые. Родилась живая девочка 30.11.08 года весом 2800 грамм, 48 см., оценка по шкале Апгар 7-7 баллов, состояние средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики и признаков морфофункциональной незрелости. С последом родилось образование желтого цвета, весом 100 грамм, размером 7 см., головной конец отсутствует, зачатки верхних конечностей, нижние конечности типичные, половая принадлежность не определяется. Послеродовый период у матери и ранний неонатальный – у новорожденной протекали благоприятно, обе выписаны на 7 сутки.

Вывод. Пациентки с многоплодной беременностью всегда относятся к группе высокого риска по развитию перинатальных осложнений. Ранняя и точная диагностика состояния плодов, своевременная коррекция их состояний позволяет избежать наиболее неблагоприятных перинатальных исходов.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА

Паншина М.В., Хадарцева К.А., Волков В.Г.

Россия, г. Тула, ТулГУ, медицинский институт,
кафедра акушерства и гинекологии

Риск развития гестоза имеет место практически у каждой беременной. При анализе каждого отдельного случая выявляются либо социально-экономические

проблемы, либо несовершенство ведения беременных с факторами риска по развитию гестоза в женской консультации.

Цель: оценить значимость факторов риска развития гестоза.

Материалы и методы: на основании ретроспективного анализа 127 историй родов с гестозами изучались факторы риска по возникновению патологии. Возраст рожениц колебался от 16 до 37 лет. Средний возраст составляет 24 года. Из них: от 16 до 18 лет - 6,85%; от 19 до 30 лет - 84%; старше 30 лет - 9,15%.

Для статистического анализа результатов исследования была создана база данных рожениц с использованием прикладной программы Microsoft Excel. Статистическая обработка результатов и разработка адекватной регрессионной модели гестоза проводилась с применением пакета статистических программ SPSS 13.0, Statistika 6.0 с расчётом критериев различия (t-критерий Стьюдента для сравнения средних величин), относительного риска, применением методов факторного анализа, корреляционного анализа и метода множественной линейной регрессии.

В результате математической обработки данных удалось достоверно выявить ряд отличительных факторов и рассчитать их относительный риск (OR): отеки, выявленные до 20 недель беременности (OR=327,9), белок в моче (OR=29,04), повышение артериального давления в ранние сроки (OR=19,73), отеки после 20 недель беременности (OR=9,37), повышение артериального давления во II триместре (OR=7,35), повышение артериального давления в III триместре (OR=7,2), заболевания почек (OR=6,84), артериальная гипертензия (OR=6,07), нейро-циркуляторная дистония (OR=5,64), индекс массы тела (OR=4,9), синдром задержки внутриутробного развития плода (OR=4,08), фето-плацентарная недостаточность (OR=2,93), анемия (OR=2,41), хламидиоз (OR=2,21), патология печени (OR=2,15), инфекционно-воспалительные процессы бронхо-легочной системы (OR=2,07), $p < 0,05$.

С целью выявления факторов, имеющих значимые связи с возникновением гестоза, был проведён корреляционный анализ. Самые сильные корреляционные связи были обнаружены у следующих факторов: повышение артериального давления в ранние сроки беременности - $r=0,32$; отеки, выявленные до 20 недель беременности - $r=0,34$; заболевания почек - $r=0,35$; артериальная гипертензия - $r=0,36$; белок в моче - $r=0,61$.

В результате факторного анализа, на основании оценки факторных нагрузок были выявлены две группы, объясняющие связи между клиническими характеристиками беременности: в первую группу входят анамнестические особенности, во вторую - особенности течения беременности. При проведении двумерного анализа данных с целью обнаружения взаимосвязи между группами факторов и возникновением гестоза был получен следующий результат: очень сильная зависимость развития гестоза от анамнестических особенностей беременных наблюдается только в 25,9% случаев, в то же время от особенностей течения беременности в 68,5% ($p < 0,05$).

При обработке выявленных признаков отличия, имеющих значимые величины корреляционной связи с возникновением гестоза, методом минимизации суммы квадратов отклонений, была получена линейная

регрессионная модель гестоза вида: $Y=0,0629 \cdot x_1 + 0,674 \cdot x_2 + 0,0935 \cdot x_3 + 0,1038 \cdot x_4 + 0,1043 \cdot x_5 + 0,1126 \cdot x_6 + 0,1261 \cdot x_7 + 0,1368 \cdot x_8 + 0,1386 \cdot x_9 + 0,1747 \cdot x_{10} + 0,2330 \cdot x_{11} + 0,4129 \cdot x_{12} + 0,9289$. В виде зависимой переменной была выбрана переменная, характеризующая наличие или отсутствие гестоза. В виде независимых переменных были выбраны факторы риска. Регрессионная модель описывает 65% выборки для доверительной вероятности 95%, $p < 0,05$. Стандартная ошибка оценки, отражающая меру рассеяния наблюдаемых значений относительно регрессионной прямой, составляет 0,27929. Анализируя значения коэффициентов, наиболее сильная зависимость наблюдается от: белок в моче - $=0,1$; повышение артериального давления в ранние сроки - $=0,1$; выявление отеков до 20 недель - $=0,11$; артериальная гипертензия в анамнезе - $=0,13$; заболевания почек - $=0,136$; отеки после 20 недель - $=0,17$; повышение артериального давления во II триместре - $=0,23$; повышение артериального давления в III триместре - $=0,41$. Это свидетельствует о высокой значимости влияния данных признаков на развитие патологии. При проведении оценки адекватности регрессионной модели методом анализа остатков были получены результаты, свидетельствующие о достаточной ее адекватности.

Полученные в результате работы данные могут использоваться для разработки программы профилактики гестоза на уровне женской консультации.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Пароконная А.А., Савельева Г.В., Нечушкин М.И., Кампова-Полевая Е.Б.

Россия, г.Москва, Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина, РАМН,

Российский государственный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

В РОНЦ им. Н.Н.Блохина с 1962 по 2008 гг находились на лечении 245 больных раком молочной железы (РМЖ), диагностированном во время беременности, лактации и в течении 1-го года после завершения беременности. Средний возраст пациенток составил $33,0 \pm 5,11$ лет. В результате исследования установлено, что срок наблюдения опухоли без лечения (от момента выявления образования до момента верификации диагноза) составил от 1 недели до 106 месяцев (в среднем 8 месяцев). В 16,3% основной жалобой пациенток была боль в поражённой молочной железе. У 6,5% болезненные ощущения были связаны с явлениями распада опухоли, либо с сопутствующим элементом воспаления (маститоподобная форма рака). В 1 (0,4%) случае отмечена флюктуация в зоне опухоли. В 8,5% ($n=21$) больные обратились с первичными жалобами на увеличение аксиллярных лимфатических узлов. Наличие пальпируемых опухолевых масс, выявленных самими пациентками и фиксированных врачом, отмечалось в 96,7% случаях. «Воспалительная форма рака» (истинная отечно-инфильтративная форма, «маститоподобная» форма без узла, «панцирный» рак без узла) отмечены в 2,9% случаев.

98 пациенткам после завершения беременности проведено маммографическое исследование. При этом диагноз «рак молочной железы» был подтвержден у 83 (84,7%) больных. В ряде случаев опухоль была «представлена в виде инфильтрата без четких границ», отмечались «участки скопления микрокальцинов, без четко определяемой опухолевой массы». При анализе цитологических исследований, выполненных установлено, что 100% цитологическая верификация диагноза «рак» перед началом лечения получена у 92,2% пациенток. В 13 (11,6%) случаях на фоне существующей беременности, когда метод сонографии с доплерографией, был единственным применяемым методом диагностики, диагноз «рак» был поставлен у 11 больных (84,6%). Инфильтративный протоковый рак преобладал среди всех гистологических вариантов опухоли: 74,3%. Размер опухоли в группе составил в среднем 4,5 см. При этом большие размеры опухоли (более 5 см) достоверно чаще встречались во время всех триместров беременности и во время лактации ($P=0,001$; $P=0,005$). Максимальный размер опухоли, отмеченный в группе, составил 27 см в диаметре. 42% больных признаны «неоперабельными» к моменту диагностики рака, из них 18 (7,3%) больных обратились за помощью с генерализацией процесса. Первичнооперабельный рак выявлен у 44% случаев. В 52,6% процесс признан местнораспространенным. Третьи стадии РМЖ достоверно чаще встречались в группе больных во II/III триместре и во время лактации ($P=0,014$; $P=0,008$).

Факт прорастания капсулы метастатических лимфатических узлов фиксирован в патоморфологическом заключении у 54 (52,9%) пациенток. Раковые эмболы в лимфатических щелях наблюдались у 77 (52,4%) Преимущественно определялась II степень злокачественности: 63,4%. «Рецептороотрицательные» опухоли составили 56,1% ($n=101$), «рецептороположительные» – 43,9% ($n=79$) ($P=0,021$). Амплификация гена HER-2/neu отмечена в 27% случаев. Медиана индекса пролиферации Ki-67 составила 25,0 (ИР от 12 до 43).

Из 227 пациенток (исключена IV стадия) за время наблюдения умерло 60 (26,4%) больных. Метастазы и рецидивы наблюдались у 76 (33,5%) пациенток. Показатели общей выживаемости достоверно ниже в исследуемой группе по сравнению контрольной ($P=0,002$). Пятилетняя общая выживаемость в исследуемой группе: $70,6 \pm 3,6\%$, в группе контроля: $84,3 \pm 2,6\%$. При анализе же показателей 5-летней безрецидивной выживаемости статистически значимых различий в двух группах не получено: $62 \pm 3,8\%$ и $67,4 \pm 3,3\%$ ($P=0,260$). Локальные рецидивы отмечены с одинаковой частотой ($P=0,383$) в обеих группах: у 22 (9,7%) и у 20 (7,5%) из контрольной группы. Локальные рецидивы возникали в первые 25 месяцев от начала болезни. Метастазы в головной мозг, легкие, кости и т.д. отмечаются в равной степени в обеих группах. Метастазы же в печень достоверно чаще встречаются в группе больных с диагностированным раком во время беременности ($P=0,008$). Смерть от метастазов в печень в исследуемой группе наступала быстрее чем в контрольной: медиана времени выживания в группе составила 24 месяца, а в контрольной - 50,3 месяца. При стратификации исследуемого материала по ста-

диям заболевания достоверных различий в показателях как общей, так и безрецидивной выживаемости в сравниваемых группах не отмечено. Исключение составляет III стадия РМЖ, при которой выявлены статистически значимые различия в показателях выживаемости.

В целом, прогноз заболевания у беременных и лактирующих больных не зависел от исхода беременности (роды/аборт), однако прерывание беременности на поздних сроках (поздний аборт или преждевременные роды) ассоциированы в нашем исследовании с более низкими показателями общей и безрецидивной выживаемости.

ФЕНОТИП И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ИНТЕРФЕРОН-А-ИНДУЦИРОВАННЫХ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Пасман Н.М., Селедцова Н.В., Тихонова М.А., Сахно Л.В., Черных Е.Р.

Россия, Новосибирск, НИИ Клинической Иммунологии СО РАМН

Актуальность. Известно, что беременность у женщин с гиперандрогенией (ГА) надпочечникового генеза часто заканчивается самопроизвольным выкидышем. Существенное значение в патогенезе самопроизвольного аборта отводится иммунным нарушениям, в частности сдвигу цитокинового баланса в сторону Th1 – медиаторов. Поскольку ДГЭАС обладает выраженной иммуностимулирующей активностью, указанные дисфункции могут быть следствием повышенного уровня гормона. Однако является ли эффект гормона прямым или реализуется с участием дендритных клеток (ДК), регулирующих Th1/Th2, остается не ясным. В последние годы ДК рассматриваются как потенциальные индукторы иммунологической толерантности при беременности. Соответственно изменение функциональной активности этих клеток при гормональных нарушениях могут быть причиной срыва иммунологической толерантности. Однако сравнительные данные, характеризующие дендритные клетки при физиологической и осложненной надпочечниковой гиперандрогенией беременности, практически отсутствуют.

Цель. Охарактеризовать дендритные клетки (фенотип, аллостимуляторную и Th1/Th2 – стимулирующую активность) женщин на фоне физиологической и осложненной надпочечниковой гиперандрогенией беременности.

Материалы и методы. В исследование были включены 55 здоровых доноров крови, 64 женщины с физиологической беременностью и 44 беременные с надпочечниковой ГА во II триместре гестации. Мононуклеарные клетки (МНК) периферической крови выделяли путем центрифугирования в градиенте

плотности фиколла-верографина. ДК получали путем культивирования прилипающей фракции МНК в течение 3 суток в среде RPMI-1640 (Sigma, США) и 10% FCS в присутствии GM-CSF (Leucosax, Шеринг-Плау, Швейцария) 1000 Ед/мл и IFN-а (Роферон-А, Roche, Швейцария) 1000 Ед/мл (IFN-DC). Для индукции созревания ДК культивировали 24 часа в присутствии LPS (10 мкг/мл, Sigma, США). Поверхностные маркеры IFN-DC определяли методом проточной цитофлюориметрии. Аллостимуляторную и Th1/Th2 – стимулирующую активность IFN-DC оценивали в смешанной культуре лимфоцитов (СКЛ). В качестве отвечающих клеток использовали МНК доноров. Стимуляторами служили ДК в соотношении МНК:IFN-DC = 10:1. Пролиферативный ответ оценивался на 5 сутки радиометрически по включению НЗ-тимидина. Для анализа Th1/Th2 – стимулирующей активности оценивали количество CD3+ клеток с внутриклеточным содержанием IL-4 и IFN-g с помощью проточной цитофлюориметрии. Статистическую обработку проводили с использованием критерия Вилкоксона-Манна-Уитни. Основные результаты исследования представлены в таблице.

приобретают способность активировать Th1-ответ, что может приводить к срыву иммунологической толерантности при беременности.

АНАЛИЗ 35-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРИЕМА БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ

Перцева Г.М., Борщева А.А., Кудинова Э.Е.,
Фадеева Т.В., Ищенко И.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО РостГМУ, ГУЗ СПК РО

Актуальность. Высокая заболеваемость (46%) и смертность (9,1%) детей от гемолитической болезни в г. Ростове-на-Дону и в Ростовской области побудила нас в 1973 году организовать на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 РостГМУ специализированный прием для беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови.

Характеристика IFN-DC небеременных женщин репродуктивного возраста и беременных с отсутствием и наличием надпочечниковой гиперандрогении			
Показатель	Небеременные	Беременные ГА (-)	Беременные ГА (+)
CD14+, %	19,9±2,7 (n=20)	16,7±2,4* (n=33)	31,1±5,8*# (n=10)
CD83+, %	25,2±3,0 (n=27)	10,7±1,2** (n=33)	25,9±1,8## (n=18)
CD25+, %	22,7±4,1 (n=17)	9,3±1,3** (n=18)	26,9±2,9## (n=13)
Аллостим. акт., ИС, расч. ед.	23,7±3,9 (n=8)	7,6±0,9* (n=13)	21,9±8,7# (n=8)
% IFN-γ + CD3+ клеток в СКЛ	5,9±0,6 (n=8)	1,5±0,3** (n=8)	2,5±0,3*** (n=8)
% IL-4 + CD3+ клеток в СКЛ	2,1±0,4 (n=8)	8,6±1,0* (n=8)	7,4±1,0* (n=8)

ПРИМЕЧАНИЕ: данные представлены в виде $M \pm S.E.$; n – количество человек в группе; ИС – индекс стимуляции (отношение уровня пролиферации МНК при стимуляции IFN-DC к уровню спонтанной пролиферации МНК), * $P < 0,05$, ** – $P < 0,01$ – достоверность различий по сравнению с группой доноров; # $P < 0,05$, ## $P < 0,01$ – по сравнению с группой здоровых беременных

Показано, что по сравнению с небеременными женщинами репродуктивного возраста IFN-DC женщин с физиологической беременностью отличаются более низким содержанием клеток, экспрессирующих CD14, CD83 и CD25-маркеры (данные в таблице). Также при физиологической беременности регистрируется сниженная способность IFN-DC стимулировать пролиферацию МНК в СКЛ. Кроме того, IFN-DC беременных в отличие от IFN-DC доноров стимулируют МНК к продукции IL-4, в то время как их способность стимулировать продукцию IFN-g снижена. IFN-DC беременных с ГА отличаются от IFN-DC здоровых беременных большим количеством CD14, CD83 и CD25-позитивных клеток, более высокой аллостимуляторной активностью и способностью стимулировать МНК как к продукции IL-4, так и IFN-g.

Закключение. По сравнению с небеременными женщинами IFN-DC при физиологической беременности характеризуются наличием незрелого фенотипа, сниженной аллостимуляторной активностью и преимущественной способностью активировать Th2-ответ. При надпочечниковой ГА дендритные клетки беременных обладают более зрелым фенотипом, повышенной аллостимуляторной активностью и наряду с Th2-стимулирующей активностью вновь

Цель работы. На основе 35-летнего наблюдения за течением беременности и родов у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови наметить новые стратегии коррекции иммунологического конфликта.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ течения беременности и родов у 16861 женщины. В первую клиническую группу вошли 10657 женщин без титра антирезус-антител. Вторую клиническую группу составили 6204 женщины, в крови которых были обнаружены антирезус-антитела в разведении 1:2-1:128. Для каждой группы были разработаны алгоритмы обследования и проведения корректирующей терапии, определены оптимальные сроки родоразрешения. В процессе наблюдения проводилось клиничко-лабораторное, иммунологическое, ультразвуковое обследование. Из 10657 женщин первой клинической группы 8367 (78,5%) были первобеременными, у 950 (8,9%) в анамнезе были аборты; у 1340 (12,6%) женщин роды были резус-положительным плодом. Всем женщинам после абортов и первых родов была проведена иммунопрофилактика иммуноглобулином отечественного производства. 35 (0,3%) первобеременным проводилась профилактика иммунологического конфликта введением гипер РОУ С/Д иммуноглобулина в сроках 28-30 недель беременности.

Результаты исследования. У всех женщин первой клинической группы в течение беременности не были обнаружены антирезусные антитела. Из 10657 женщин у 207(1,9%) беременность осложнилась ФПН, у 163(1,5%) угрозой прерывания беременности, у 155(1,5%)-анемией, у 98(0,9%) пиелонефритом, у 57(0,5%) – поздним гестозом. Самостоятельно в срок родили 10427(97,8%) женщин, у 134(1,3%), роды были в сроках 33-36 недель, у 96(0,9%), родоразрешение было путем кесарева сечения. У всех женщин первой группы дети родились без признаков гемолитической болезни (ГБ). Из 6204 женщин второй клинической группы первобеременные, первородящие составили 1104(17,8%), повторнородящие – 5100(82,2%). Иммунопрофилактика этим женщинам не проводилась. У 357(5,8%) женщин этой группы в предыдущих родах дети рождались с признаками ГБ. У женщин второй клинической группы титр антирезус-антител в течении беременности колебался от 1:2 до 1:128. Из 6204 женщин у 205(3,3%) произошел самоаборт, у 26(0,4%) беременность была прервана по медицинским показаниям (отечная форма ГБ, аномалии развития плода), у 37(0,6%) выявлено многоводие, у 30(0,5%) - ФПН, поздний гестоз развился у 161(2,6%) женщины, анемия у 203(3,35). Из 5973 женщин у 5752(96,3%) роды проведены досрочно в 36-37 недель беременности. Самостоятельно родили 5852(98%), 121(2,0%) женщине произведено кесарево сечение. Из 5973 родившихся детей здоровыми были 5091(85,2%) ребенок, у 882(14,8%) была ГБ различной степени тяжести. У 544(61,7%) детей была легкая форма ГБ, у 338(38,3%) – тяжелая. 18(2%) детей умерли, несмотря на проводимую терапию.

Выводы. Таким образом, из 16630 детей 15748(94,7%) родились здоровыми, а 882(5,3%) ребенка с признаками ГБ, то есть заболеваемость снизилась с 46% до 5,3%, а летальность с 9,1% до 2%. Все изложенное позволяет считать неинвазивные методы лечения и профилактики достаточно эффективными. Специфическая профилактика должна проводиться в обязательном порядке всем резус-отрицательным женщинам после аборт и родов, а также во время беременности при отсутствии антител, что позволит окончательно решить проблему резус-конфликтной беременности.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

**Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В.,
Юрасова Е.А., Ковалева Т.Д.**

Россия, г. Хабаровск, Дальневосточный государственный медицинский университет

Актуальность. Одной из социально значимых проблем акушерской науки и практики является снижение перинатальной смертности. Важную роль в решении этой проблемы играет разработка системы рациональной предгравидарной подготовки.

Цель исследования. Определить алгоритм предгравидарной подготовки у женщин, имеющих заболевания органов репродуктивной системы воспалительного генеза.

Материалы и методы исследования. В исследовании были включены 50 женщин, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы и предыдущие беременность и роды, завершившиеся перинатальными потерями.

Алгоритм обследования женщин высокой группы перинатального риска включал следующие этапы. I этап – проведение анализа причин перинатальной смертности по данным клинического течения беременности, родов и результаты патоморфологического исследования последа и трупа: выявление ведущей причины перинатальной смертности. II этап – проведение диагностики при установлении диагноза с оценкой дифференциального диагноза: оценка клинических данных; изучение характера вагинального и цервикального содержимого; изучение микробного спектра цервикального канала и эндометрия; оценка рН влагалищных выделений, аминного теста, лейкоцита; проведение УЗИ органов малого таза в динамике; выполнение гистероскопии и лапароскопии (по показаниям); анализ данных патоморфологического исследования (аспираты и биоптаты из цервикального канала и полости матки); изучение гемостазиограммы в динамике. III этап – диагностика в процессе проведения лечения с целью контроля за эффективностью лечения: определение продолжительности курса лечебной и реабилитационной терапии; нормализация психоэмоциональной обстановки; коррекция имеющейся гинекологической патологии; оценка в динамике результатов проведенного лечения; проведение реабилитационных мероприятий. IV этап – планирование беременности.

Результаты исследования. Верификация диагноза показала наличие хронического эндометрита у 60,00±6,93 пациенток, сальпингоофорита – у 20,00±5,66% женщин. УЗ-диагностикой было подтверждено наличие патологических образований в области придатков у 14,00±4,91% (7 чел.) женщин, в этой связи им были проведены лапароскопические операции, результатом которых было удаление эндометриодных кист яичников (6,00±3,36%) (3 чел.), проведение адгезиолизиса и фимбриопластики (8,00±3,84%) (4 чел.). Кроме этого, 24,00±6,04% (12 чел.) пациенткам была проведена гистероскопия с последующим морфологическим исследованием биоптатов эндометрия и цервикального канала. Показаниями для проведения гистероскопии было наличие выделений в межменструальный период. Результаты, полученные после проведения гистероскопии, свидетельствовали о том, что наличие хронического эндометрита было диагностировано у 24,00±6,04% пациенток (12 чел.). Данные морфологического исследования биоптатов из цервикального канала подтвердили наличие полипов с воспалительной инфильтрацией (10,00±4,24%) у 5 пациенток. При морфологическом исследовании биоптатов эндометрия наличие полипов с воспалительной инфильтрацией было отмечено у 16,00±5,18% (8 чел.). Проведение мероприятий, направленных на выявление возбудителей ИППП в цервикальном канале, показало, что у пациенток группы обследования пред-

ставители класса Mollicutes (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalis*) были выявлены в 80,00±5,66%. На втором месте по частоте определения были *Candida albicans* (40,00±6,93%). Моноинфекция была диагностирована в 20,00±5,66%, в остальных случаях (80,00±5,66%) были выявлены ассоциации микробов ($P < 0,001$). Частота обнаружения представителей класса Mollicutes (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalis*) в эндометрии у женщин соответствовала 34,00±7,00%. На втором месте, по частоте распространения, был *Cytomegalovirus* (12,00±4,60%). После обследования женщинам и их половым партнерам были назначены курсы антимикробной, этиотропной терапии макролидами (ровамицин), антимикотиками (микосист, гинофорт). Одновременно проводился курс антиагрегантной терапии (курантил N; МагнеВ6) с использованием низкомолекулярных гепаринов (фраксипарин). Вышеуказанные курсы антимикробной терапии назначались с первого дня менструального цикла, в течение 10 дней. Лечение проводилось на протяжении трех менструальных циклов. Контроль излеченности осуществлялся через 4 недели после окончания курса лечения.

Заключение. В структуре заболеваний органов репродуктивной системы у женщин, гестационный период у которых завершился перинатальными потерями, преобладала патология воспалительного генеза (вагиниты, цервициты, эндометриты, сальпингоофориты). Доказана эффективность лечебно-профилактических мероприятий с использованием антимикробных, антиагрегантных препаратов и низкомолекулярных гепаринов в предгравидарном периоде, что позволило достоверно снизить частоту ранней неонатальной заболеваемости, а также устранить развитие декомпенсированной формы плацентарной недостаточности, преждевременных родов и случаев перинатальной смертности.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

К.м.н. Печенкина Н. С., д.м.н. Хлыбова С.В.

*Кировская государственная медицинская академия, Кировский
областной клинический перинатальный центр,
главный врач – Н.В. Семеновский*

Вопрос о тактике ведения родов при тазовом предлежании плода до настоящего времени является дискуссионным в акушерстве (Савельева Г.М. 2006; Кузьмина Т.Е., 2007; Борщева А.А., Перцева Г.М., 2008). Это связано с высокой частотой перинатальных осложнений при родоразрешении через естественные родовые пути (Чернуха Е.А., Пучко Т.К., 2007; Хашаева Т.Х. и соавт., 2008), а также с риском оперативного родоразрешения для матери (Лунева И.С. и соавт., 2006). Стремление решить все проблемы при тазовом предлежании плода с помощью кесарева се-

чения несостоятельно, однако неоправданно и сокращение показаний к абдоминальному родоразрешению (Чернуха Е.А., Пучко Т.К., 2007). В настоящее время частота операций кесарева сечения при тазовом предлежании, по данным различных авторов, варьирует в широких пределах, а именно – от 46,3% до 90% (Кулаков В.И., и соавт., 2004; Hannah M., 2003; Rietberg C.C. et al., 2003).

Целью нашего исследования явился анализ показаний для оперативного родоразрешения при беременности в тазовом предлежании плода за период с 2001 – 2008 гг. и поиск путей улучшения перинатальных показателей при ведении данных родов.

Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ 1092 историй родов в тазовом предлежании, проведенных в Кировском областном клиническом перинатальном центре (КОКПЦ) за период с 2001г. по 2008г.

Частота родов в тазовом предлежании от общего количества родов была следующей: в 2001г. – 4,3% (116), в 2002г. – 3,0% (82), в 2003г. – 4,4% (112), в 2004г. – 4,4% (121), в 2005г. – 4,7% (171), в 2006г. – 4,5% (165), в 2007г. – 3,7% (141), в 2008г. – 4,1% (184). Т.о., частота родов в тазовом предлежании остается достаточно стабильной. Жительницы области составили от общего числа родов в тазовом предлежании: в 2001г. – 28,0% (33), в 2002г. – 27,0% (22), в 2003г. – 28,5% (32), в 2004г. – 21,5% (26), в 2005г. – 37% (64), в 2006г. – 26,6% (44), в 2007г. – 44,7%* (63) (* – здесь и далее различия достоверны, $p < 0,05$), в 2008г. – 28,3% (52).

Большое значение для прогнозирования исходов родоразрешения имеет вид тазового предлежания. Анализ показал, что преобладали роды в чистоягодичном предлежании: в 2001г. – 68,0% (78), в 2002г. – 80,0% (66), в 2003г. – 82,0% (92), в 2004г. – 79,4% (96), в 2005г. – 73,2% (125), в 2006г. – 76,3% (126), в 2007г. – 80,1% (113), в 2008г. – 70,1% (129). Роды в ножном предлежании наблюдались в следующем соотношении: в 2001г. – 25,0%* (29), в 2002г. – 12,0% (10), в 2003г. – 11,0% (12), в 2004г. – 7,4% (9), в 2005г. – 15,2% (26), в 2006г. – 9,7% (16), в 2007г. – 8,5% (12), в 2008г. – 15,2% (28). Роды в смешанном ягодичном предлежании наблюдались соответственно: в 2001г. – 7,0% (9), в 2002г. – 8,0% (6), в 2003г. – 7,0% (8), в 2004г. – 13,2% (16), в 2005г. – 11,6% (20), в 2006г. – 14,0% (23), в 2007г. – 11,4% (16), в 2008г. – 14,7% (27).

Большинство родов в тазовом предлежании были срочными: в 2001г. – 72,0% (83), в 2002г. – 67,0% (55), в 2003г. – 70,0% (78), в 2004г. – 74,0% (90), в 2005г. – 74,8% (128), в 2006г. – 80,6% (123), в 2007г. – 75,2% (106), в 2008г. – 74,0% (136). Преждевременные роды встречались в следующем процентном отношении: в 2001г. – 28,0% (33), в 2002г. – 23,0% (27), в 2003г. – 30,0% (34), в 2004г. – 26,0% (31), в 2005г. – 25,2% (43), в 2006г. – 19,4% (32), в 2007г. – 24,8% (35), в 2008г. – 26,0% (48).

Количество многоплодных родов (один плод или оба в тазовом предлежании) за исследуемый период оставалось стабильным, но тактика ведения данных родов при многоплодии в последние годы претерпела изменения: в 2004г. частота кесарева сечения при многоплодной беременности с тазовым предлежанием одного из плодов составила 57,2%, а в 2005г. – 90,9%*, в 2006г. – 82,4%*, в 2007г. – 95,3%*, в 2008г. – 80,6%*.

Расширение показаний к кесареву сечению при многоплодной беременности, когда один из плодов находится в тазовом предлежании, связано с анализом перинатальной заболеваемости и смертности. Так, в 2004 г. перинатальные повреждения ЦНС детей в тазовом предлежании при многоплодной беременности, в случае ведения родов через естественные родовые пути, составила 86,0%, а при выполнении кесарева сечения в последующие годы не превышала 15,0%. Это привело к изменению протокола ведения родов при многоплодной беременности.

При одноплодной беременности в тазовом предлежании частота оперативного родоразрешения была следующей: в 2001г. – 72,0% (83), в 2002г. – 76,0% (62), в 2003г. – 75,0% (84), в 2004г. – 74,0% (90), в 2005г. – 69,5% (119), в 2006г. – 67,3% (111), в 2007г. – 88,6% (125), в 2008г. – 75,8% (138). Эти показатели превышают частоту оперативных родов в тазовом предлежании, приводимую другими авторами. А именно, в муниципальном родильном доме №2 г. Махачкалы (Хашаева Т.Х., и соавт., 2008), оперативные роды выполняются в 38,3% случаев от общего количества родов в тазовом предлежании, однако другие авторы приводят аналогичные показатели и считают, что оптимальная частота кесарева сечения при тазовом предлежании находится в пределах 60-80 % (Чернуха Е.А., Пучко Т.К., 2007). У первородящих частота кесарева сечения при чисто ягодичном предлежании за анализируемый период составила в среднем 70,0%, при смешанном – 92,5%, при ножном – 100%. Это соотносится с данными других авторов (Савельева Г.М. и соавт., 2007), согласно которым частота кесарева сечения, у первородящих при чисто ягодичном предлежании составила 64%, при смешанном – 90,2%, при ножном – 100%.

От общего количества произведенных в КОКПЦ кесаревых сечений операции по поводу тазового предлежания плода составили: в 2001г. – 12,5% (115), в 2002г. – 12,8% (112), в 2003г. – 12,0% (69), в 2004г. – 13,7% (83), в 2005г. – 12,4% (114), в 2006г. – 11,0% (111), в 2007г. – 14,8% (125), в 2008г. – 10,3% (112). Это согласуется с данными других авторов (Кузьмина Т.Е., 2007; Борщева А.А., Перцева Г.М., 2008), которые отмечают, что кесарево сечение по поводу тазовых предлежаний составляет от 14,06% – 18,5%.

Ведущие показания к оперативному родоразрешению родов при тазовом предлежании плода претерпели некоторые изменения за анализируемый период. При плановых операциях преобладали сочетание тазового предлежания с рубцом на матке, аномалиями развития матки, узким тазом, наличием крупного плода. Частота рубца на матке в сочетании с тазовым предлежанием плода составила: в 2001г. – 31,0%* (10), в 2002г. – 20,0% (4), в 2003г. – 20,2% (17), в 2004г. – 7,8% (20), в 2005г. – 16,8% (20), в 2006г. – 6,3% (7), в 2007г. – 8,7% (11), в 2008г. – 8,7% (12). Сочетание тазового предлежания плода с аномалиями развития матки явилось показанием к кесареву сечению: в 2001г. – в 15,0% (12), в 2002г. – 3,0% (2), в 2003г. – 6,0% (5), в 2004г. – 5,6% (5), в 2005г. – 3,4% (4), в 2006г. – 9,0% (10), в 2007г. – 5,5% (7), в 2008г. – 7,3% (10). Кесарево сечение по поводу крупного плода при тазовом предлежании (вес более 3600) наблюдалось: в 2001г. – 15,0% (12), в 2002г. – 14,5% (9), в 2003г. – 15,5% (13), в 2004г. – 12,2% (11), в 2005г. –

9,2% (11), в 2006г. – 8,1% (9), в 2007г. – 6,3%* (8), в 2008 г. – 2,2%* (3). Снижение частоты кесарева сечения при крупных размерах плода явилось выполнением методических рекомендаций МЗ РФ, касающихся операции кесарева сечения (2007). Разгибательный тип головки плода III степени (по данным УЗИ) при тазовом предлежании стал показанием к операции: в 2001г. – 3,0% (3), в 2002г. – 10,0% (6), в 2003г. – 3,5% (3), в 2004г. – 1,1% (1), в 2005г. – 2,5% (3), в 2006г. – 3,6% (4), в 2007г. – 4,7% (6), в 2008г. – 10,2% (14). Анатомически узкий таз I и II степени в сочетании с тазовым предлежанием встречался: в 2001г. – 12,0%* (10), в 2002г. – 10,0% (6), в 2003г. – 11,0% (9), в 2004г. – 8,9% (8), в 2005г. – 2,5% (3), в 2006г. – 9,3% (19), в 2007г. – 3,1% (4), в 2008г. – 12,3%* (17). Сочетание миопии высокой степени с тазовым предлежанием плода как показание к плановому оперативному родоразрешению встречалось с частотой: в 2001г. – 3,0% (3), в 2002г. – 3,0% (2), в 2003г. – 1,1% (1), в 2004г. – 2,2% (2), в 2005г. – 1,7% (2), в 2006г. – 3,0% (4), в 2007г. – 3,9% (5). Гестоз в сочетании с тазовым предлежанием плода как показание к оперативному родоразрешению достаточно нестабилен: в 2001г. – 15,0%* (12), в 2002г. – 11,0% (10), в 2003г. – 5,0% (4), в 2004г. – 8,9% (8), в 2005г. – 13,5% (16), в 2006г. – 8,1% (9), в 2007г. – 12,6% (16), в 2008г. – 4,3% (6).

Среди экстренных показаний преобладали аномалии родовой деятельности и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Аномалии родовой деятельности явились причиной кесарева сечения в родах: в 2001г. – в 16,0% (13), в 2002г. – 14,5% (9), в 2003г. – 20,2% (17), в 2004г. – 22,2% (20), в 2005г. – 20,2% (24), в 2006г. – 23,4% (26), в 2007г. – 21,8% (27), в 2008 г. – 10,9%* (15). Снижение аномалий родовой деятельности в 2008 г. при тазовом предлежании плода связано с комплексной подготовкой пациенток и прогнозированием возможных осложнений в родах в отделении патологии КОКПЦ. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты как показание к кесареву сечению наблюдалось: в 2003г. – в 3,5% (3), в 2004г. – 5,6% (5), в 2005г. – 5,0% (6), в 2006г. – 4,3% (5), в 2007г. – 6,3% (8), в 2008г. – 5,0% (7).

Таким образом, частота кесарева сечения от общего количества родов в тазовом предлежании в КОКПЦ сохраняется в пределах 67,3% – 88,6%, что сопровождается минимальными неблагоприятными перинатальными исходами и согласуется с низким показателем интранатальных потерь при родах в тазовом предлежании через естественные родовые пути: в 2003г. – 0,8% (1), в 2004г. – 1,65% (2), а в 2005, 2006, 2008 гг. случаев интранатальной гибели плода не наблюдалось. За период исследования при оперативном родоразрешении при тазовом предлежании плода не отмечались: натальная травма шейного отдела позвоночника, парез верхних конечностей, синдром двигательных нарушений. В раннем неонатальном периоде перинатальные поражения ЦНС наблюдались с частотой: в 2001г. – 15,0% (12), в 2002г. – 14,5% (9), в 2003г. – 15,5% (13), в 2004г. – 20,2% (20), в 2005г. – 9,2% (11), в 2006г. – 8,1% (9), в 2007г. – 3,1% (4)*, в 2008 г. – 4,3%* (6). Таким образом, снижение частоты кесарева сечения по поводу крупного плода при тазовом предлежании не приводит к увеличению риска перинатальных поражений ЦНС и является оправданным при выборе адекватного ведения родов при тазовом предлежании плода.

БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР ЦИТОПЛАЗМЫ И ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ МЕМБРАН ТРОФОБЛАСТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Погорелова Т.Н.

ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия

Функционирование плацентарного барьера, обеспечивающего пластические и энергетические потребности плода, во многом определяется состоянием мембран плаценты, в частности их белкового компонента. Мембранные белки играют важную роль в механизмах активного транспорта, контактных взаимодействиях, реакции различных биоактивных соединений и сигнальных биомолекул, ответственных за процессы внутри- и межклеточной регуляции. Не менее большое значение имеют цитоплазматические белки синцитиотрофобласта, выполняющие трофические и ферментативные функции, а также включающие различные специфические протеины беременности.

Учитывая важность сохранения определенного количественного и качественного состава белков плаценты, недостаточность сведений об их динамике в процессе гестации, целью настоящей работы явилось изучение мембранных и растворимых белков синцитиотрофобласта при физиологической и осложненной плацентарной недостаточностью (ПН).

Обследованы 94 женщины 22-29-летнего возраста, у 18 из которых беременность была прервана по их желанию в 6-10 недель (1-ая группа), у 20- нормально протекающая беременность была доношена и закончилась родами в срок (2-я группа). В 3-ю и 4-ю группы включены соответственно 16 и 19 женщин с беременностью, самопроизвольно прервавшейся в 6-10 недель и 36-37 недель, а у 21-беременность была доношена, но, как и у пациенток 4-й группы, оложнилась ПН.

Из ткани хориона и плаценты после дифференциального центрифугирования (105 тыс.г) получали супернатант, содержащий плазматические белки. Мембранные белки последовательно солибилизировали Тритоном X-100 и додецилсульфатом натрия из плазматических мембран микроворсинок. Выделенные общие белки разделяли на отдельные фракции путем электрофореза в полиакриламидном геле и колоночной гельхроматографии. Количественную оценку белковых фракций на электрофореограммах после фиксирования специфическими красителями производили денситометрически. Для оценки молекулярных масс белков колонку калибровали коммерческими препаратами белков с известными молекулярными массами.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой гетерогенности как цитоплазматических, так и мембранных белков плаценты, которая проявляется в достаточно электрофоретическом спектре (19-24 фракции) и значительном диапазоне их молекулярных масс (от 10 до 450 кДа). В процессе физиологической гестации наблюдается изменение фракционного состава плацентарных белков: растёт число

фракций, изменяется электрофоретическая подвижность отдельных фракций, увеличивается отношение высокомолекулярных белков к низкомолекулярным. Последнее, очевидно связано с формированием надмолекулярных белковых комплексов, отражающих усложнение и дифференциацию структурных компонентов плаценты и их мембранных образований, необходимых для обеспечения возрастающих функций плаценты по мере её развития. Причём белковые комплексы в цитоплазме синцитиотрофобласта (в 39-40 нед.) в большом количестве представлены нуклео- и липопротеинами, а для мембранных белков микроворсинок характерно увеличение количества гликопротеинов по сравнению с таковыми в ранние сроки беременности. При осложненной беременности имеют место выраженные сдвиги в составе белков. Снижается уровень цитоплазматических белков с молекулярными массами выше 300 кДа и повышается количество белковых фракций в низкомолекулярной зоне, что, по-видимому, указывает на возможность диссоциации белковых комплексов, присущих нормально развивающейся плаценте. Модификация затрагивает и электрофоретическую подвижность некоторых растворимых растворимых фракций. Это подтверждает изменение не только количественных, но и качественных характеристик белков. Дезагрегация белковых ассоциатов при ПН характерна и для мембранных белков. У ряда медленно мигрирующих белков плазматических мембран повышается анодная подвижность. Сопоставление спектра плацентарных белков в разные сроки осложненной беременности позволило установить одинаковую направленность изменений, однако степень их наиболее выражена при самопроизвольном прерывании беременности в I триместре. В меньшей степени нарушения белкового спектра наблюдается при донашивании осложненной беременности. В случае преждевременных родов (4-я группа) отклонения во фракционном составе мембранных и цитоплазматических белков занимают промежуточное положение между таковыми в 3-й и 5-й группах женщин. Менее выраженные повреждения белкового компонента в плаценте женщин 5-й группы, очевидно, позволили обеспечить условия для донашивания беременности, которая протекала с угрозой прерывания.

Выявленные изменения белкового состава структур трофобласта при осложненной беременности могут явиться молекулярной основой различных метаболических, и как следствие функциональных нарушений в плаценте.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ СНОВИДЕНИЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Полякова О.Н.

Россия, г. Москва, ГОУ д/с №1100

Возможность использовать в психодиагностике материал сновидений беременных женщин опирается на многовековые традиции интерпретации сновидений для анализа физического и психического состояния человека, которые получили научное обоснование в

современной психофизиологии. Сновидения интересовали людей еще за несколько тысячелетий до нашей эры. Они были и являются предметом научных исследований и споров философов, врачей, физиологов, психологов. Наиболее достоверные психофизиологические знания о формировании образов сновидений были получены только с середины XX века благодаря исследованиям электрических волн, возникающих в самом мозге, которые можно объективно регистрировать. В частности стало известно то, что во время сна мозг продолжает находиться в «бодрствующем» состоянии (ЭЭГ в фазе «быстрого» сна очень сходна с ЭЭГ бодрствующего человека, решающего мыслительные задачи). Сейчас известно, что в этой фазе сна информация из подкорки презентуется в кору головного мозга. Эта информация формируется под влиянием внешних (свет, звук, температура, запах и т.д.) и внутренних (очаги возбуждения головного мозга, связанные с актуальными психическими переживаниями, и стимуляция от соматических органов) раздражителей. Как показывают имеющиеся исследования, анализ сновидений дает богатый материал о различных заболеваниях человека. Психиатры владеют информацией об изменениях сновидений при многих нервных и психических заболеваниях. Соматические заболевания и начинающиеся патологические процессы тоже отражаются в сновидениях. Об этом упоминается в работах М.И. Аствацатурова, И.Е. Вольперта, Н.М. Попова, В.П. Осипова. В настоящее время эта проблема подробно освещается в работах В.Н. Касаткина. Наиболее отчетливо заметны изменения в образах сновидений, связанные с местом поражения различных частей тела и органов. Особенно точно это получается при заболеваниях кожи и конечностей, когда во снах эти участки наблюдаются поврежденными, грязными, видоизмененными. При заболеваниях сердца люди беспокоят частые кошмары, в которых почти всегда важную роль играет смерть в разных мучительных обстоятельствах. Желудочно-кишечные заболевания сопровождаются сновидениями на тему еды (чаще испорченной), посещения туалета, а также образы получения ранений в районе живота и кишечника. При болезнях легких зрительные образы связываются с грудной клеткой и дыханием. Люди видят себя во сне в тесной одежде, проходят в узких местах, чувствуют удушье, переживают тревогу, страх. Подобным образом Касатки В.Н. описывает изменения сновидений при многих соматических заболеваниях. Соответственно, есть основания полагать, что соматическая симптоматика отражается и в сновидениях беременной женщины. Однако, научных исследований, посвященных особенностям сновидений беременных женщин, нет. На основании имеющихся в психосоматике классических и современных исследований сновидений мы считаем возможным заключить, что изучение сновидений беременных женщин представляет практический интерес, поскольку появление специфических образов наблюдается еще в латентном периоде развития соматических нарушений, еще до появления явных симптомов. Таким образом, анализ сновидений беременных женщин может стать методом, который поможет не только сделать более успешной профилактику многих нарушений физиологического состояния беременной женщины, но и

предотвратить преждевременное прерывание беременности и т.д. Предварительно полученные нами данные анализа сновидений беременных женщин свидетельствуют о том, что для этой области необходимо разрабатывать самостоятельную интерпретацию образов сновидений, в определенной степени отличающую от имеющейся в общей психосоматике.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННЫХ, ПОСЕЩАЮЩИХ ЗА- НЯТИЯ ШКОЛЫ МАТЕРИНСТВА В ГО- РОДСКОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Портнова О.С.

Россия, г.Москва, НОУ Институт перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы

Около 10% текста Инструкции (Приложения № 1 к Приказу № 50 МЗРФ от 10 февраля 2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях») посвящено подготовке беременных женщин и членов их семей к рождению ребенка. Известно, что количество женских консультаций в которых проводится данная работа крайне невелико, что можно, конечно, объяснить техническими трудностями (помещение, оборудование, подготовка специалистов, дополнительная нагрузка на персонал). Однако основная проблема заключается в то, что Приказ Минздрава предписывает силами медицинского персонала, в условиях медицинского учреждения решать сугубо психологические задачи, а именно, задачи психологической адаптации беременных женщин и членов их семьи к беременности, родам и родительству.

Основные сведения о психологических проблемах беременных женщин получены на выборках женщин, посещающих по собственной инициативе частные курсы и школы для беременных, что составляет около 2% от общего числа. Пилотажное исследование, проведенное сотрудниками Института перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы в районной женской консультации САО г.Москвы выявило следующие особенности выборки беременных женщин, посещавших занятия по направлению участкового акушера-гинеколога:

Высокий уровень тревоги, вызванный перестройкой семейной системы, партнерских отношений при одновременном отсутствии мотивации для перестройки этих отношений; внешняя каузальная атрибуция и внешний локус контроля.

Низкий уровень культуры тела: ни одна из беременных женщин не занималась гимнастической и дыхательной подготовкой к родам.

Высокий уровень тревоги по поводу родов при одновременном отсутствии мотивации для получения необходимой информации, что говорит о незрелости защитной системы личности, несформированности уровня совладающего поведения.

Отсутствие адекватной материнской модели и сложности отношений с собственной матерью (только пять из 37 женщин знали об обстоятельствах своего

собственного рождения, особенностях периода новорожденности и грудного вскармливания).

Крайне низкий уровень материнской компетентности, осведомленности о психических и физических особенностях и потребностях ребенка до рождения и в период новорожденности и отсутствие мотивации получения этих знаний, умений навыков.

Жесткие воспитательные установки

Неготовность операционального блока материнской сферы: несмотря на то, что на занятия в основном приходили женщины, находящиеся в 3-м триместре беременности ни одна (!) из них не смогла ответить на вопросы об особенностях шевеления ребенка, возможности повлиять на состояние ребенка.

Известно, что высокий уровень тревоги, вызванный восприятием беременности как угрожающей ситуации, может привести к автоматическому включению незрелых, сформированных на ранних стадиях онтогенеза, уровней защитной системы человека (сомато-вегетативного уровня, поведенческого/психомоторного уровня и уровня психологической защиты) и, как следствие, к нарушениям течения беременности, родов, в послеродовом периоде, создать дополнительную нагрузку для медиков.

Актуализация сомато-вегетативного уровня может привести к нарушению деятельности различных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, эндокринной, нервной и вегетативной) в беременности, родах и послеродовом периоде.

Приспособление на поведенческом/психомоторном уровне демонстрирует защитные поведенческие реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации. У беременных женщин и членов их семьи эти реакции могут выражаться в отказе от различных медицинских мероприятий, оппозиционном поведении ради удовлетворения фрустрированной потребности в любви, заботе и внимании.

Приспособление на уровне психологических защит приводит к игнорированию или искажению поступающей информации, что приводит к нарушениям в выполнении медицинских рекомендаций.

Таким образом, целью комплексной медико-психологической подготовки является формирование наиболее зрелых адаптационных процессов личности – совладающего поведения в беременности, родах, родителстве, в результате чего можно ожидать уменьшения осложнений и снижения нагрузки на медицинский персонал.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ В ПОЛОВОЙ СФЕРЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Прокопьева Т.А., Петров С.Г.,
Келейникова А.Б., Горбунова Е.Е.**

Кафедра онкологии, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, Ижевская государственная медицинская академия, Удмуртский республиканский клинический онкологический диспансер, Ижевск, Россия

Рак молочной железы (РМЖ) многие годы стабильно занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женщин. Кроме того, опухоли молочной железы являются гормонозависимыми и гормонообусловленными, что объединяет их с гинекологической патологией. Частота гинекологических заболеваний и проблем, связанных с половой сферой у больных РМЖ, не достаточно определена, что требует дальнейшего изучения.

Целью работы явилась оценка структуры причин госпитализации в гинекологическое отделение больных РМЖ с характеристикой нарушений в половой сфере. Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных РМЖ, госпитализированных в гинекологическое отделение Удмуртского республиканского клинического онкологического диспансера (2006 – 2008 гг). Период после полученного специального лечения составил от 1 до 5 лет. Больные находились в возрастном интервале от 35 до 65 лет, средний возраст составил – 46,9±2,3 лет. В 73,0% случаев – это жительницы городов республики. Анализ профессиональной принадлежности показал, что в 78,0% наблюдений были лица умственного труда. По стадиям опухолевого процесса больные распределились: 0 стадия – 7 больных, I ст. – 14, II ст. – 49, III ст. – 29, IV ст. – 1. Наиболее часто встречался инвазивный протоковый рак – 45,0% случаев, инвазивный дольковый рак обнаружен в 14,0%, комбинированные формы протокового и долькового рака – 41,0%. Все больные получили специальное лечение РМЖ по радикальной программе: операция – 32 больные, комбинированное лечение – 28, комплексное лечение – 40 пациенток. Из анамнеза выяснено, что у 20 пациенток была доброкачественная опухоль яичника с последующим оперативным лечением, у 24 констатирована миома матки небольших размеров, у 29 выполнена диатермокоагуляция шейки матки по поводу эктопии, 17 пациенток страдали хроническим сальпингоофоритом. У большинства пациенток выявлена разнообразная соматическая патология: у 37 – гипертоническая болезнь, у 12 – ишемическая болезнь сердца, у 27 – заболевания желудочно-кишечного тракта, у 12 – заболевания мочевыделительной системы, у 6 – заболевания легких, 4 пациентки страдали сахарным диабетом II типа, 50 – ожирением различной степени выраженности. Показаниями для госпитализации в гинекологическое отделение явились: опухоль яичника и опухолеподобные образования яичников – 25 больных, овариоэктомия, как этап комплексного лечения РМЖ – 19, гиперплазия эндометрия – 16, миома матки – 14, асцит –

5, полип эндометрия – 3, подозрение на злокачественную опухоль тела матки – 5, постовариоэктомический синдром – 2, забрюшинная опухоль малого таза – 1. В гинекологическом отделении проведены уточняющая диагностика (гистероскопия, биопсия шейки матки и эндометрия, гистеросальпингография, лапароцентез) и оперативное лечение (экстирпация матки с придатками – 18, надвлагалищная ампутация матки с придатками – 6, лапароскопическая овариоэктомия и резекция яичников – 21). В результате подтверждены доброкачественные опухоли гениталий и гиперпластические процессы эндометрия и яичников, а также верифицировано 9 злокачественных опухолей, 8 из которых явились первично множественными метастазами (аденокарцинома эндометрия – 2, саркома матки – 2, серозный рак яичников – 4, метастаз РМЖ в яичники – 1). Особую группу представили больные, получающие тамоксифен в плане комплексного лечения РМЖ. 32 больные, получающие указанный антиэстроген в течение 1-2 лет, поступили в отделение с осложнением в виде выявленного гиперпластического процесса эндометрия на фоне менопаузы при сонографии органов малого таза и манифестаций аномальных маточных кровотечений. Гистероскопически и морфологически у 12 пациенток был подтвержден процесс в виде простой гиперплазии эндометрия без атипии, у 6 – полипа эндометрия, у 1 – аденокарциномы эндометрия, у 13 пациенток патологии эндометрия не выявлено. Следует отметить, что гормональный препарат назначался без предварительной консультации гинеколога, динамического ультразвукового исследования, гистероскопии.

Полученные данные хотя и не в полной мере отражают известный спектр гинекологических заболеваний у больных РМЖ, но свидетельствуют о значительных нарушениях в половой сфере пациенток, что указывает на необходимость их скрининга и своевременной коррекции. Клинический материал показал, что у больных РМЖ высока вероятность возникновения метастазов первично множественных злокачественных опухолей, что диктует разработку программы реабилитации. Кроме того, полученные результаты продемонстрировали неоднозначность трактовки воздействия тамоксифена на эндометрий в постменопаузе (как этапа лечения РМЖ), но выявили организационные недостатки. Таким образом, больные РМЖ нуждаются в динамическом наблюдении у гинеколога, при этом необходимо использование современных методов диагностики и знание основ современной онкологии.

МАГНЕЗИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Протопопова Н.В., Семерников Н.Н., Кондратова М.В.

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутск, Россия*

*Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН,
Иркутск, Россия*

Преэклампсия (ПЭ) осложняет беременность в 5-7% случаев. Является одной из основных причин материнской смертности. Преэклампсия представляет собой прогрессирующее осложнение беременности, формы проявления которого могут быть самыми различными, ровно как и темпы нарастания её проявлений.

Цель исследования: оценить эффективность акушерской тактики при ведении беременных с преэклампсией тяжелой степени.

Материал исследования: Проведен анализ эффективности терапии, выбора срока и метода родоразрешения у 463 пациенток с преэклампсией тяжелой степени в областном перинатальном центре г. Иркутска за 2007 – 2009 годы.

Основные критерии ПЭ тяжелой степени: АД выше или равное 160-170/90-100 мм рт.ст., измеренное через 6 часов после отдыха. Суточная протеинурия 5 г – 18 г и более. Возможны отеки голеней, рук, лица. Беременные с ПЭ тяжелой степени госпитализировались в ПИТ Областного перинатального центра. С момента госпитализации проводилось интенсивное наблюдение, интенсивное лечение, подготовка беременной к родоразрешению.

Первичное обследование беременных включало: общий анализ мочи, суточная протеинурия, гемоглобин, гематокрит, число тромбоцитов, фибриноген, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, ЭКГ, осмотр глазного дна, консультация невролога, комплексная оценка состояния плода (УЗИ, КТГ, доплерометрия).

Основные принципы проведения симптоматического лечения. Базовая терапия: магниевая терапия проводилась с момента госпитализации и представляла собой непрерывную внутривенную инфузию шприцевым насосом с четко установленной дозой препарата. Стартовая доза составляла 4-5 г сухого вещества в течение 10-20 минут, с последующей поддерживающей дозой 2-3 г/час. При стабилизации АД – поддерживающая доза сульфата магния 1г/час. Суточная доза сульфата магния составляла от 18 до 30 г/сутки.

Подбор гипотензивных средств проводился индивидуально, в связи с риском быстрого снижения АД и нарушения маточно-плацентарно-плодового кровообращения.

В отделении из гипотензивных средств мы использовали допегит и нифедипин. Назначение седативных средств (диазепам) проводилось при тяжелой гипертензии и надвигающихся судорогах.

Главной целью оказания медицинской помощи при ПЭ тяжелой степени является родоразрешение. Проводимая магниевая, гипотензивная, седативная терапия, позволила в 93,3% случаев стабилизировать состояние пациенток в течение 24-36 часов.

Выбор метода родоразрешения определялся сроком гестации, состоянием родовых путей, состоянием плода. Мы исходили из позиции, что роды через естественные родовые пути предпочтительнее операции кесарева сечения.

Методом выбора обезболивания как для индуцированных родов, так и для операции кесарева сечения являлась эпидуральная анестезия.

Из 463 пациенток, наблюдаемых в ПИТ Областного перинатального центра 298 (64,3%) родоразрешены операцией кесарева сечения.

Основные показания к кесареву сечению:

ПЭ тяжелой степени и неподготовленные родовые пути – 42,6%.

ПЭ тяжелой степени, осложненная абсолютной плацентарной недостаточностью (СЗРП III степени, дистресс плода) – 41,4%.

Ухудшение состояния матери или дистресс плода при программированных родах – 10,4%.

Отслойка нормально расположенной плаценты, анурия, острая почечная недостаточность – 5,6%.

В послеродовом, послеоперационном периоде за родильницами продолжалось интенсивное наблюдение и интенсивное лечение, которое продолжалось 24-48 часов. Магнезиальная терапия продолжалась не менее 48 часов, гипотензивная терапия со снижением доз до стабилизации состояния.

Заключение: Стандартизация при проведении интенсивной терапии ПЭ тяжелой степени, отказ от инфузионной терапии, строго дозированное введение больших доз сульфата магния, отказ от родоразрешения до стабилизации состояния, родоразрешение на фоне эпидуральной анестезии и продолжение за родильницами интенсивного наблюдения и лечения позволило избежать неблагоприятных исходов беременности. В отделении в течение последних 5 лет не регистрируются случаи материнской смертности и эклампсии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Протопопова Н.В., Мыльникова Ю.В., Шапошникова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, Иркутск, Россия

Частота преждевременного разрыва плодных оболочек до начала родовой деятельности колеблется в широких пределах от 5,6 до 19,8% случаев. Роды на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек часто сопровождаются аномалиями родовой деятельности, гипотоническими кровотечениями, высокими показателями травматизма мягких тканей родовых путей, нарушением маточно-плацентарного кровообращения и развитием гипоксии плода.

Цель исследования: оценить эффективность выжидательной тактики при преждевременном разрыве плодных оболочек и доношенной беременности.

Материал исследования. Проведен анализ особенностей течения родов у 473 женщин, родоразрешенных в Областном перинатальном центре г. Иркутска за период 2008 – 2009 годы.

Основную I группу составили 403 женщины, у которых при доношенной беременности произошел разрыв плодных оболочек до начала родовой деятельности. У 70 беременных излитие вод произошло на фоне уже развившейся родовой деятельности (II группа).

Ведение родов при преждевременном разрыве плодных оболочек и доношенной беременности проводилось по клиническому протоколу, включающего:

1. обсуждение с пациенткой и её семьей возможных вариантов ведения родов, выжидательную или активную тактику. Обязательно получение информированного письменного согласия на выжидательную тактику ведения родов.

2. Наблюдение проводилось в родовом блоке, индивидуальной родовой палате. Контроль температуры тела пациентки, пульса, АД, ЧСС плода, сокращений матки, характера выделений из половых путей проводился каждые 4 часа. Ежедневно общий анализ крови.

3. Выжидательная тактика исключала проведение влагалищного исследования при поступлении. Проводился осмотр шейки матки в зеркалах.

4. Антибиотикопрофилактика назначалась при безводном периоде 18 часов и более, ампициллин 2 г внутривенно каждые 6 часов до родоразрешения.

5. продолжительность выжидательной тактики зависела: от желания женщины; наличие инфекции и состояния плода.

Из 403 пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек 372 женщины (92,3%) избрали выжидательную тактику ведения родов. У 301 (80,9%) пациентки развилась спонтанная родовая деятельность в течение 24 часов наблюдения. У 29 (7,8%) пациенток – спонтанная родовая деятельность развилась в течение 48 часов. У 42 (11,3%) пациенток – спонтанная родовая деятельность не развилась и через 72 часа наблюдения, что потребовало проведения индукции родовой деятельности или проведения кесарева сечения.

Средняя продолжительность родов в I группе составила $7,8 \pm 1,2$ часа; во II группе $8,6 \pm 1,4$ часа.

В группе пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек слабость родовой деятельности регистрировалось в 2,5% случаев, во II группе – в 5,5% наблюдений, в 2 раза чаще.

У большинства родильниц в основной и контрольной группах послеродовый период протекал без осложнений 93,3% и 94,2%. Среди осложнений послеродового периода в единичных случаях встречались субинволюция матки, лохеометра, гематометра.

Практически все новорожденные при рождении имели удовлетворительную оценку по шкале Апгар. Новорожденные также не имели признаков внутриутробного инфицирования.

При анализе гормональных показателей крови уровень эстриола был значимо выше в I группе обследованных. Возможно, именно с повышенным уровнем эстриола в сыворотке крови (в 2 раза) связано, что

80,9% женщин при доношенной беременности в течение 24 часов после разрыва плодных оболочек развивается спонтанная родовая деятельность.

Выводы: При преждевременном разрыве плодных оболочек и доношенной беременности, при условии отсутствия показаний для экстренного родоразрешения целесообразно проведение консервативно-выжидательной тактики ведения родов, исключая проведение влагалищного исследования до развития родовой деятельности.

Отсутствие спонтанной родовой деятельности в течение 48 часов, требует оценки акушерской ситуации и активного ведения родов.

НАРУШЕНИЯ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ У ДЕВУШЕК С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Пугина Е.В., Храмова Е.Е., Долгих В.В., Кулеш Д.В.

Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск, Россия

Репродуктивный потенциал современных девочек – подростков весьма низок вследствие высокой общей заболеваемости. В возрастной структуре гинекологических заболеваний у девочек пубертатного возраста преобладают расстройства менструального цикла. Исследования особенностей ритма менструального цикла у девушек с вегетативной дисфункцией, определение критериев их диагностики и разработка методов профилактики являются актуальными и малоизученными на современном этапе.

Цель: Выявить особенности менструальной функции у девушек с нарушением вегетативных регуляций.

Материалы и методы: Нами обследовано 92 девушки 15-17 лет с синдромом вегетосудистой дистонии, из них с нарушением менструального цикла (НМЦ) по типу опсоменореи 31 девушка, с НМЦ по типу меноррагии 30 девушек, 31 девушка с нормальным менструальным циклом. Всем девушкам проведены общеклинические, биохимические исследования, тест толерантности к углеводам, определены уровни гормонов в сыворотке крови, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, функциональные методы исследования (КИГ, ЭКГ, СМАД).

Результаты: В ходе обследования нами были получены следующие результаты. По данным анамнеза у девушек с нарушенным менструальным циклом достоверно чаще отмечалось неблагополучие перинатального периода (70%), чем у девушек с нормальным менструальным циклом (30%). В клинической картине преобладали такие жалобы как головная боль, эмоциональная лабильность и периодическое повышение АД. Результаты во всех группах были сопоставимы. При оценке физического развития по индексу массы тела выявлено, что у девушек с НМЦ достоверно чаще регистрировалось дисгармоничное физическое развитие за счет избыточной массы тела (35%), чем у девушек с нормальным менструальным циклом (20%). По данным УЗИ размеры матки и яичников у всех девушек сопоставимы, так же как и объем щитовид-

ной железы. У 18% девушек с НМЦ и у 3% девушек с нормальным циклом регистрировалось повышение общего холестерина, углеводный обмен не нарушен. Показатели гормонального профиля в пределах референтных значений.

Оценка вегетативного гомеостаза показала парасимпатическую направленность исходного вегетативного тонуса (79,1%). Реже встречались симпатикотония и эйтония, и они составили 4,2% и 16,7% соответственно. Вегетативная реактивность в большем проценте случаев гиперсимпатикотоническая. Что согласовывалось с данными ЭКГ. По результатам которого было выявлено, что у 50,8% девушек имели изменения в виде нарушения ритма сердца (39,3% – брадикардия и у 11,5% тахикардия). Преобладание в изменении ритма сердца брадикардии так же обусловлено физиологическим преобладанием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При суточном мониторинговании АД у большинства девушек обеих групп выявлены изменения, заключающиеся в превышении нормативных значений систолического и диастолического артериального давления днем и ночью, и формировании лабильной артериальной гипертензии (77,4% и 83,3% – у девушек с НМЦ по типу опсоменореи и меноррагии соответственно, 74,1% – у девушек с нормальным менструальным циклом). Так же установлено, что у девушек с нарушенным менструальным циклом отмечается изменение циркадной организации суточного профиля АД в сторону недостаточного или чрезмерного его снижения в ночные часы (57% для САД и 77% для ДАД), чаще чем у девушек с нормальным менструальным циклом (35% для САД и 54% для ДАД). Показатели вариабельности АД так же превышают нормативные значения в группе девушек с нарушенным менструальным циклом в большем проценте случаев.

Заключение: Для девушек с вегетативной дисфункцией характерно изменение ритма менструального цикла по типу опсоменореи и меноррагии. Девушки-подростки с НМЦ и изменениями вегетативных регуляций являются группой высокого риска по формированию артериальной гипертензии. Девочек с вегетативной дисфункцией необходимо относить к группе высокого риска по развитию нарушений ритма менструального цикла.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ

Пучко Т.К., Чернуха Е.А., Куринов С.Б.

ФГУ «НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия

С целью определения возможности прогнозирования исхода родов разработаны прогностические коэффициенты по всем плоскостям малого таза, основанные на измерении размеров таза при рентгенопельвиметрии, и размеров головки плода при ультразвуковом исследовании. Нормативные значения их составляют: для плоскости входа – К1 – 1,48-2,05; для

плоскости широкой части полости – К2 – 1,58-2,03; для плоскости узкой части – К3 – 0,78-0,95; для плоскости выхода – К4 – 0,92-1,42.

Проведен анализ прогноза родов у 115 беременных с анатомически узким тазом. Критические значения коэффициента входа малого таза отмечены у 34,78±4,4% беременных, плоскости широкой части полости – у 19,13±3,7%, плоскости узкой части – у 9,56±2,7% и выхода таза – у 3,48±1,7%. Абдоминальным путем в плановом порядке родоразрешено 28,69% беременных. При планировании способа родоразрешения у них учитывались неблагоприятные результаты прогноза родов. В этой группе беременных критические значения К1 имели 51,5% беременных, К2 – 33,3%, К3 – 18,2% и К4 – 6,1% (по значениям К1 и К2 разница статистически достоверна с пациентками, допущенными к родам через естественные родовые пути). По данным моделирования родов в этой подгруппе у 9,1% женщин не было затруднений по всем плоскостям таза. Затруднения в процессе родов при прохождении головкой плода плоскости входа в малый таз получены у 81,8% беременных. При этом небольшие затруднения, требующие 1-2 дополнительных приспособительных моментов при моделировании родов (сгибание, конфигурация головки), имели место 63,0% из них; затруднения среднего порядка (3 дополнительных приспособительных момента) – 25,9% и значительные затруднения (4 и более дополнительных моментов) – 11,1%. В широкой части полости еще у 6,1% беременных при моделировании родов дополнительно выявлены затруднения среднего порядка. В узкой части полости дополнительные моменты механизма родов были спрогнозированы у 24,2% беременных. В выходе таза еще 6,1% беременных для завершения родов по итогам моделирования потребовались дополнительные приспособительные моменты. У 82 беременных, которые были допущены к родам через естественные родовые пути, критические значения К1 имели место в 28,1% случаев, К2 – в 12,2%, К3 – в 6,1% и К4 – в 2,4%. В этой подгруппе при моделировании родов в 23,2% случаев не выявлено препятствий для прохождения головки через все плоскости малого таза. У 71,9% беременных выявлены затруднения при моделировании родов при прохождении головкой плода через плоскость входа, причем у 69,5% из них затруднения были небольшими, у 18,6% – средними и у 11,9% – значительными. При дальнейшем моделировании процесса родов в данной подгруппе лишь у 1,2% возникали небольшие затруднения в родах. Из 82 беременных в 36,6% произведено экстренное кесарево сечение, в 1/3 случаев показанием к нему явился клинически узкий таз. У 34,5% этих пациенток при моделировании родов не было затруднений по всем плоскостям таза. В 60,0% затруднения были в плоскости входа в малый таз (не более, чем среднего порядка). Незначительные затруднения в узкой части и выходе отмечены у 20% обследованных. Во всех этих наблюдениях причиной клинически узкого таза явилось неблагоприятное вставление головки плода.

Роды через естественные родовые пути произошли у 52 (62,4%) женщин. В 53,8% случаев родились здоровые новорожденные, у 46,2% детей диагностирована патология, непосредственно или косвенно связанная с родовым травматизмом. Тяжелого родового травма-

тизма не было, в структуре повреждений новорожденных преобладали легкие формы (98,3%). Анализ полученных данных показал, что при моделировании родов, закончившихся рождением здоровых детей, в 39,3% наблюдений не прогнозировались затруднения в родах, в то время как при прогнозе родов для детей с патологией этот показатель составил 12,5%. Препятствия при прохождении головкой плоскости входа малого таза должны были возникнуть у 60,7% рожениц, родивших здоровых детей и у 70,8%, родивших детей с патологией. Причем в первом случае только 3,6% по итогам моделирования они должны были быть значительными, тогда как во втором – у 8,3%. При прохождении головкой плоскости широкой части малого таза во всех случаях, когда родились здоровые дети, не было препятствий, в то время как при рождении детей с патологией, они должны были возникнуть в 4,2% случаев. В случаях рождения здоровых новорожденных для прохождения узкой части полости малого таза в 1,5 раза реже требовались дополнительные приспособительные моменты (10,7% против 16,7%), а в выходе таза эти показатели составили 3,6% и 16,7% соответственно.

Таким образом, моделирование родов с использованием данных о размерах малого таза, полученных при рентгенопельвиметрии, и головки плода (по данным ультразвуковой цефалометрии) и прогнозирование их исхода на основании вычисления коэффициентов по плоскостям малого таза позволяет прогнозировать возникновение клинически узкого таза или затруднений, увеличивающих риск травматизации плода в родах, и учитывать это при выборе тактики ведения. Однако окончательное заключение о функциональной полноценности таза можно сделать лишь в процессе родов с учетом характера вставления головки и родовой деятельности.

ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У РОДИЛЬНИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Раджабова Ш.Ш., Омаров Н.С.-М.

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПС и ППО ДГМА,
г. Махачкала*

Послеродовая лактация – это гормонально-обусловленный процесс, подготовка к которому начинается с ранних сроков беременности. Убедительно подтверждена необходимость грудного материнского молока для полноценного физического развития ребенка, что обеспечивает его защиту от инфекции благодаря повышению иммунитета.

Основной причиной неполноценного грудного вскармливания является гипогалактия (ГГ) поэтому изучение факторов, способствующих ее развитию важно для разработки научно обоснованных методов профилактики, прогнозирования и лечения ГГ.

В работе представлены результаты клинико-лабораторного анализа лактационной функции у 48 родильниц с патологией щитовидной железы (ЩЖ). Изучение лактации нами проводилось в 3 обследо-

мых группах. В 1 группе -родильницы с гиперфункцией щитовидной железы (25); 2 группа – с гипофункцией щитовидной железы(24); 3 группа- контрольная – здоровые роженицы (25)

Суточное количество молока у кормящих матерей определяли следующим методом: новорожденный в течение суток взвешивался до и после кормления грудью. Разница в массе составляла количество молока, высосанного за одно кормление. Затем производилось сцеживание остаточного молока после данного кормления. Количество сцеженного и высосанного молока составляет общее количество его при этом кормлении.

Общее суточное количество молока- это сумма порций молока, полученных при всех кормлениях. Для оценки уровня лактации мы проводили сравнение суточного количества молока, необходимого ребенку на соответствующий день его жизни, высчитанного по формуле Финкельштейна, и действительного количества молока. Для установления полноценности лактационной функции у женщин с патологией щитовидной железы определялось содержание пролактина в сыворотке крови радиоиммунологическим методом.

В результате анализа клинических данных при заболеваниях ЩЖ и влияния их на лактационную функцию выявлена корреляционная зависимость между заболеваниями ЩЖ и выраженностью гипогалактии (ГГ). Гипогалактия I степени в группах с гиперфункцией ЩЖ обнаружена у 31.3% женщин, с гипофункцией – у 22.0%. Гипогалактия II степени наблюдалась в группе с гиперфункцией ЩЖ у 11.4%, с гипофункцией – у 18.7% пациенток. Гипогалактия III степени в группе с гиперфункцией ЩЖ наблюдалась у 8.7%, с гипофункцией – у 12.5% пациенток. В контрольной группе гипогалактия I степени наблюдалась у 20.0% пациенток, II степени – у 7.0%. Агалактия встречалась в группе с гиперфункцией ЩЖ в 3.9% в группе с

Нашими исследованиями установлено, что количество секретируемого молока прямо пропорционально уровню пролактина в крови у исследуемых женщин. Уровень пролактина на 2-е сутки в контрольной группе составил 124.54 ± 1.22 нг/мл, на 6-е сутки – 158.96 ± 8.34 нг/мл. В то время, как у пациенток группы с гиперфункцией ЩЖ на 2-е сутки этот показатель составил 90.4 ± 2.4 нг/мл, на 6-е сутки – 104.8 ± 6.2 нг/мл. В группе с гипофункцией ЩЖ на 2-е сутки уровень пролактина составил 64.8 ± 3.2 нг/мл, на 6-е сутки – 98.87 ± 4.22 нг/мл. Следовательно, содержание пролактина в контрольной группе намного выше, чем в группах с патологией ЩЖ. Выявлена положительная коррелятивная связь между количеством секретируемого молока и концентрацией пролактина в раннем пuerперии после отделения плаценты и прекращения ее эндокринной функции. Уровень пролактина значительно снижается, что расценивается как признак окончания лактогенеза.

Отмечено, что женщины, которые получали лечение до и во время беременности, имели уровень пролактина не намного отличающийся от контрольного уровня, что соответствует литературным данным.

Известно, что уровень пролактина связан с уровнем плацентарных эстрогенов, которые вызывают увеличение количества пролактин – секретирующих клеток аденогипофиза, благодаря чему возрастает

количество пролактина в крови. Л так как у беременных женщин во всех группах с патологией ЩЖ мы наблюдали снижение уровня эстриола, то именно этим можно объяснить уменьшение уровня пролактина в крови у исследуемых нами пациенток и развитие в последующем ГГ.

Таким образом, у исследуемых родильниц в большинстве случаев выявлена ГГ в сочетании с гипопролактинемией. Установлено, что выраженность ГГ и гипопролактинемии имеет прямую зависимость от степени тяжести осложнений гестации у беременных с заболеваниями щитовидной железы. Осложнения гестации являются весомым фактором риска по развитию ГГ, так как становление лактационной функции во многом зависит от состояния фетоплацентарного комплекса.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРотКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Раджабова Ш.Ш., Омаров С-М.А.

*НПЛ «Перинатальной медицины и репродуктологии»
ДНЦ РАМН*

В настоящее время предпринимаются попытки определения тяжести внутриутробного состояния плода и прогнозирования исхода беременности по результатам исследования противовоспалительных цитокинов. Патология щитовидной железы во время беременности приобретает все большее распространение. Это связывают с изменением экологической, радиологической обстановки и характером питания.

Важную роль в развитии иммунного ответа по клеточному и гуморальному типу отводят цитокинам, которые обеспечивают процессы межклеточной кооперации, роста и дифференцировки лимфоидных клеток, гемопоэза, ангиогенеза, нейроиммунноэндокринных взаимодействий. В норме цитокины, образуемые при первичном иммунном ответе, практически не поступают в кровь, не оказывают системных эффектов, т.е. имеет место локальный характер их действия. Определение в крови высоких уровней цитокинов всегда свидетельствует о нарушении принципа локальности функционирования цитокиновой сети, что может наблюдаться при интенсивных, длительно текущих воспалительных, аутоиммунных и др. процессов, сопровождающихся генерализованной активацией клеток иммунной системы.

Под наблюдением находились 45 женщин с заболеванием ЩЖ в период гестации. Все беременные консультированы эндокринологом, терапевтом. При наличии показаний беременные были консультированы невропатологом и окулистом.

Измерения уровня ФНОα и ИЛ-1(3 проводились в различные сроки гестации.

Определение содержания цитокинов в сыворотке крови беременных женщин с заболеваниями ЩЖ проводили методом иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием наборов «Cytimmune» (США) по про-

токолу, указанному в инструкции. Оценку оптической плотности осуществляли на фотометре «Microplate reader Model 5501» (Bio Rad, США) при длине волны 495 нм. Исследования выполнены в лаборатории Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Москва.

В соответствии с целью и для решения поставленных задач были обследованы 45 женщин в период гестации. Возраст обследованных беременных составил 17-40 лет (в среднем 28.5±3.1). Обследованные были распределены на 3 группы: первая группа (15 женщин) – с зобом 1-11 степени – 15, вторая (15) с тиреотоксикозом, в контрольную группу вошли 50 беременных женщин без патологии щитовидной железы. При индивидуальном анализе женщин с заболеваниями ЩЖ нами отмечено, что особенно наблюдается увеличение содержания ФНО α в плазме крови у беременных с заболеваниями ЩЖ с тяжелыми развившимися осложнениями беременности, в частности, с тяжелым гестозом. Аналогичные результаты были получены и для ИЛ-1 β : более тяжелому гестозу соответствовали более высокие концентрации исследуемого цитокина, самый высокий уровень наблюдали у женщин с тяжелым гестозом. У исследуемых беременных в ранние сроки беременности (1 триместр) и в более поздние сроки у пациенток с легкой формой гестоза, как и в контрольной группе наблюдалась низкая концентрация исследуемых цитокинов.

Определение концентраций цитокинов в сыворотке крови показало зависимость исследуемых показателей от сроков беременности и степени заболевания ЩЖ у женщин с зобом 1-II степени во время 1 триместра беременности уровни исследуемых показателей близки к значениям исследуемых параметров в контрольной группе. Во втором триместре у женщин исследуемой группы беременности мы не наблюдали изменения количества ИЛ-1 β , а содержание ФНО α увеличилось на 143.9%, т.е почти в 2.5 раза относительно контрольной группы беременных, не имеющих патологических изменений в ЩЖ.

А уже в III триместре у исследуемых беременных появляется резкое увеличение содержания в плазме крови и ИЛ-1 β (в 3.6 раза) и ФНО α (в 5.4 раза) относительно здоровых беременных женщин. При исследовании уровня ИЛ-1 β и ФНО α у беременных женщин с тиреотоксикозом появляется увеличение исследуемых показателей уже во II триместре беременности. Содержание и ИЛ-1 β , и ФНО α , увеличивается в 3.3 раза по сравнению с женщинами контрольной (здоровой) группы. А в III триместре наблюдается резкое увеличение уровня концентрации цитокинов в сыворотке крови: ИЛ-1 β увеличивается в 5.6 раз, а ФНО α – в 5.9 раз по сравнению с содержанием этих цитокинов у беременных женщин контрольной группы, у которых не наблюдалось изменений в ЩЖ. Полученные результаты позволили сделать следующее заключение: концентрация цитокинов в сыворотке крови не зависит от сроков беременности у здоровых женщин. А у беременных с заболеваниями ЩЖ она развивается как в зависимости от степени тяжести заболеваний ЩЖ, так и от сроков гестации.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение, что определение повышения

содержания цитокинов в плазме крови беременных женщин имеет прогностическое значение для выявления осложнений беременности у пациенток с заболеваниями ЩЖ.

АВТОНОМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИ-АЛЬНОГО РИТМА В III ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Радьков О.В., Нечаева Ю.С., Лунина Е.Ю., Вольф Ю.В.
Россия, г. Тверь, ГОУ ВПО «Тверская ГМА» Росздрава

Наступление и развитие беременности сопровождается последовательным образованием гестационной, родовой и лактационной доминант. В этих ответственных ситуациях более полную информацию о состоянии всего организма может обеспечить исследование нейроэндокринной регуляции и, в частности, вегетативной нервной системы (ВНС). В отечественной акушерской науке нет единого мнения о состоянии и балансе отделов ВНС во время физиологически протекающей беременности.

Цель исследования: Изучить функциональное состояние ВНС при физиологическом течении беременности.

Материалы и методы: Обследовано 72 пациентки в сроке беременности 28-38 недель (основная группа) и 18 здоровых небеременных женщин (контрольная группа), сопоставимых по возрасту с основной группой. Беременные не имели соматической патологии, процесс гестации у них протекал без осложнений. Исследования выполняли в положении лежа на спине и сидя в течение 5 минут каждое. Спектральная плотность определялась в диапазоне низких частот, (LF), как индекс симпатической и парасимпатической модуляции и высоких частот, (HF) – показатель парасимпатической активности, вычислялось соотношение LF/HF – значение симпато-вагального баланса. Для определения влияния положения тела на изменение нормализованных показателей HF вычислялся индекс nHFU/S по формуле: $nHFU/S = 100\% \cdot (nHFU - nHFS) / nHFS$, где nHFU/S – индекс изменения nHF при смене положения на спине на положение сидя; nHFS – nHF на спине; nHFU – nHF в положении сидя.

Результаты исследования и обсуждение полученных результатов: Функциональное состояние ВНС с наступлением и прогрессированием беременности претерпевает значительные изменения. Так достоверно показано преобладание симпатического компонента и снижение вагальной модуляции в III триместре беременности, так nHFS составил 28 нормализованных единицы (nu) у беременных основной группы и 39 в контроле, nHFU – 18 и 41 nu, nLFU – 40 и 68 nu соответственно (все $p < 0,05$), nLFS – 47 и 56 nu ($p = 0,2$).

Значительно снижена вариабельность всех компонентов спектра сердечного ритма, что также отражает преобладающее значение симптоадреналовых влияний на вегетативный баланс – LFU/HFU – 3,4 и 3,8 ($p = 0,5$) LFS/HFS – 5,9 и 2,4 ($p < 0,01$). Особого внимания заслуживают результаты пробы с изменением положения тела. nHFU/S – 49,9 и 23,9 % соответствен-

но ($p < 0,05$). Так у здоровых небеременных женщин отмечается выраженная симпатическая активация при проведении ортостатической пробы. Вместе с тем у беременных основной группы зарегистрированы обратная зависимость показателей $nHFS$, $nHFU$, LFS/HFS от положения тела. Объяснить подобный феномен можно отчасти значительным влиянием на ВНС аорто-кавальной компрессии, особенно в III триместре беременности. Изменение коэффициент $nHFU/S$ количественно описывает направленность и выраженность изменения парасимпатического отдела ВНС в обеих группах во время ортостатической пробы.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют, что для физиологически протекающей беременности в III триместре характерно преобладание симпатических влияний на ритм сердца и весь организм в целом и снижение парасимпатических, кроме того, на вегетативный гомеостаз у беременных значительное влияние оказывает феномен аорто-кавальной компрессии.

АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ

Рева Н.Л., Хлыбова С.В.

*Кафедра акушерства и гинекологии ИПО,
Кировская ГМА, Киров, Россия*

Известно (Сидорова И.С., Макаров О.В., 2008), что гипертоническая болезнь (ГБ) часто осложняет течение беременности, способствуя развитию таких серьезных осложнений как гестоз, плацентарная недостаточность, задержка развития плода. Полагают (Макацария А.Д., 2005), что одной из причин этих осложнений является изменение функциональной активности тромбоцитов, сопровождающее течение артериальной гипертензии. Ранее нами (Хлыбова С.В. и соавт., 2007) показано, что у здоровых беременных спонтанная агрегация тромбоцитов (АТ) возрастает с увеличением срока гестации, в то время как адреналин-индуцированная АТ значительно снижается к концу II триместра и возрастает в III триместре, а АДФ – индуцированная АТ у здоровых беременных значительно снижается с увеличением срока беременности. Целью данного исследования явилось изучение функции тромбоцитов в динамике беременности у женщин, страдающих ГБ, в том числе на фоне приема различных медикаментозных препаратов (дипиридамола, магне-В6, янтарь-кардио). Было обследовано 80 женщин с ГБ 1 стадии (классификация ВОЗ, 1993 г.) или низкой степенью риска по международным критериям стратификации риска (классификация ВОЗ, 2003 г.). Все женщины получали непрерывную базисную терапию допегитом в дозе 0,75 г/сут. В зависимости от дополнительного лечения все обследованные были разделены на 4 группы: 1 группа ($n=18$) – женщины, получавшие только базисное лечение; 2 группа ($n=16$) – беременные, получавшие янтарь-кардио по 2 т. \сут.; 3 группа ($n=23$) – женщины, получавшие дипиридамола по 75 мг \сут, 4 группа ($n=23$) – женщины,

принимавшие магне-В6 по 2 т. 3 р \сут. 2 недели и затем по 2 т 2 р \сут. еще 2 недели. Терапия во всех группах проводилась курсами по 1 мес. в сроки 24-28 нед. и 32-36 нед с перерывом в 1 мес. Функцию тромбоцитов изучали в каждом триместре гестации (10-12, 26-28 и 35-37 нед.), оценивая спонтанную и индуцированную (адреналин, АДФ, коллаген) АТ. Влияние лекарственной терапии (дипиридамола, магне-В6, янтарь-кардио) на АТ оценивали во II триместре гестации, не позднее 7 дней после отмены препаратов. Исследование проводилось на 2-х канальном лазерном анализаторе НПФ «Биола», Россия. Установлено, что спонтанная АТ у беременных с ГБ на протяжении беременности не изменялась и составляла $0.6 \pm 0.4\%$, $1,0 \pm 0.5\%$ и $0,9 \pm 0.6\%$ в I, II и III триместрах соответственно ($p > 0.1$), что, очевидно, может быть связано с недостаточным нарастанием ОЦК у женщин с ГБ. На протяжении беременности не изменялась и адреналин-индуцированная АТ ($62.4 \pm 6.2\%$; $59,5 \pm 3.7\%$, $57,9 \pm 4.2\%$ соответственно, $p > 0.1$), что свидетельствует о высокой концентрации α -АР у женщин с ГБ и высокой чувствительности сосудов к вазопрессорам. АДФ-индуцированная АТ у женщин с ГБ достоверно снижалась во 2 триместре так же как и у здоровых беременных ($55.7 \pm 6.5\%$ до $47.7 \pm 3.5\%$, $p < 0.01$), однако в 3 триместре она значительно повышалась ($47.7 \pm 3.5\%$ до $59.58 \pm 2.6\%$, $p < 0.01$). Кроме того, на протяжении всей беременности высокой оставалась коллаген-индуцированная АТ ($68.4 \pm 4.4\%$, $59.3 \pm 3.0\%$, $59.6 \pm 2.6\%$ соответственно, $p > 0.1$). Предполагаем, что это связано с высокой продукцией коллагена в сосудистой стенке, что обуславливает ее ригидность и способствует развитию гипертензии. На фоне приема дипиридамола во II триместре значительно снижались адреналин-индуцированная АТ ($77.2 \pm 5.8\%$ до $36.7 \pm 3.8\%$, $p < 0.01$), АДФ индуцированная АТ ($59.5 \pm 4.2\%$ до $37.1 \pm 6.2\%$, $p < 0.01$) и спонтанная АТ ($2.3 \pm 0.2\%$ до $0.4 \pm 0.1\%$, $p < 0.01$), но не изменялась коллаген индуцированная АТ ($68,7 \pm 3.2\%$ и $59.0 \pm 6.3\%$, $p > 0.1$). Причем показатели АТ на фоне приема дипиридамола у женщин с ГБ были значительно ниже показателей, характерных для здоровых беременных, что свидетельствует о выраженном ингибирующем влиянии дипиридамола на агрегационную функцию тромбоцитов. При длительном применении это может повышать риск акушерской кровопотери и геморрагических осложнений у плода. На фоне приема магне-В6 агрегационная функция тромбоцитов не менялась, о чем свидетельствуют показатели спонтанной АТ ($0.9 \pm 0.9\%$ и $0.96 \pm 0.56\%$, $p > 0.1$), адреналин-индуцированной АТ ($64.3 \pm 2.1\%$ и $57.5 \pm 4.8\%$, $p > 0.1$), коллаген-индуцированной АТ ($55.4 \pm 2.4\%$ и $60.57 \pm 3.39\%$, $p > 0.1$) и АДФ-индуцированной АТ ($60.3 \pm 4.9\%$ и $60.9 \pm 0.6\%$, $p > 0.1$). На фоне приема препарата янтарь-кардио (ЯК) адреналин-индуцированная АТ снижалась до значений, характерных для здоровых беременных во II триместре гестации ($68.8 \pm 6.8\%$ до $42.4 \pm 4.3\%$, $p < 0.01$). Аналогичное снижение наблюдалось для коллаген-индуцированной АТ ($73.5 \pm 4.6\%$ до $49.5 \pm 4.6\%$, $p < 0.01$) и АДФ-индуцированной АТ ($60.2 \pm 3.7\%$ и $43.7 \pm 4.6\%$, $p < 0.01$). В тоже время ЯК не влиял на спонтанную АТ ($1.4 \pm 0.5\%$ и $1.9 \pm 0.8\%$, $p > 0.1$). Таким образом, наблюдения показали способность ЯК оказывать «мягкое» дезагрегантное действие, аналогичное изменениям, происходящим во II три-

местре неосложненной беременности. Полагаем, что это связано с активацией процессов окислительного фосфорилирования в клетке, вследствие чего снижается синтез α -АР и уменьшается чувствительность тромбоцитов к индукторам агрегации. Торможение коллаген-индуцированной АТ мы объясняем способностью ЯК снижать синтез рецепторов к коллагену на мембране тромбоцита. Аналогичные процессы происходят и в эндотелии сосудов, что повышает эластичность сосудистой стенки. Таким образом, комбинированный механизм действия ЯК, позволяет рекомендовать янтарь-кардио как препарат выбора для профилактики осложнений беременности у женщин с ГБ.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Рокотянская Е.А., Посисеева Л.В., Мясоедова С.Е.
*ФГУ «Ивановский НИИ Мид им. В.Н. Городкова Федерального
агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»*

Проблема анемии у беременных является очень актуальной в связи с широкой распространенностью и высокой частотой развития акушерских и перинатальных осложнений. При анемии нарушается основная функция эритроцитов – транспорт кислорода, следствием чего является развитие гемической и вторичной тканевой гипоксии. В условиях гипоксии возникает качественная неполноценность эндотелиальных клеток (эндотелиопатия). Расстройства микроциркуляции играют значительную роль в патогенезе анемии и существенно влияют на развитие осложнений беременности. Целью работы явились установление особенностей состояния эндотелия и микроциркуляторного русла при анемии легкой степени тяжести у беременных женщин. В условиях клиники НИИ Мид им. В.Н. Городкова были обследованы 37 женщин в сроке 13-26 недель гестации с анемией беременных легкой степени тяжести (гемоглобин от 90 до 110 г/л). Контрольную группу составили 40 женщин в том же сроке без анемии. В периферической крови пациенток определялись факторы эндотелиального происхождения (протеин С, антитромбин III, активатор плазминогена t-РА, ингибитор активатора плазминогена РАI-1, фактор Виллебранда, оксид азота) до и после манжеточной пробы. Проводилось исследование микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Исследование гемостазиограммы выполнялось на автоматическом гемостазиографе «Compact» фирмы Diagnostica Stago (Франция) наборами той же фирмы. Определение нитритов проводилось колориметрическим методом по реакции Грисса, в качестве цветообразующего компонента использовался альфа-нафтилэтилендиаминдигидрохлорид. Исследование нитратов проводилось на универсальном иономере типа И-130 с помощью ионоселективного измерительного электрода НИИ Химии Санкт-Петербургского

университета, в качестве вспомогательного использовался хлорсеребряный электрод. Определение количества антигена t-РА и РАI-1 производилось иммуноферментным методом в микропланшетах с помощью коммерческих тест-систем фирмы Technoclone. Исследование уровня протеина С и антитромбина III проводилось с помощью реактивов фирмы Diagnostica Stago (Франция). Для регистрации параметров микроциркуляции использовался компьютеризированный лазерный доплеровский флоуметр ЛАКК-02 (НПП «ЛАЗМА», Москва). Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2000» на персональном компьютере. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивали по t-критерию Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. В результате проведенных исследований нами были выявлены достоверные изменения содержания в плазме крови беременных женщин с анемией практически всех факторов гемостаза, продуцируемых эндотелием, по сравнению с пациентками контрольной группы. Отмечено понижение уровня протеина С ($p < 0,05$), антитромбина III ($p < 0,05$), фактора Виллебранда ($p < 0,02$) на фоне повышения концентрации ингибитора активатора плазминогена РАI-1 ($p < 0,05$) и активатора плазминогена t-РА ($p < 0,05$) в плазме крови женщин с анемией, сопровождавшееся увеличением содержания нитритов ($p < 0,02$) в сыворотке крови у данной категории обследованных. При анализе результатов манжеточной пробы у пациенток без анемии было выявлено достоверное снижение значения антитромбина III ($p < 0,01$) и повышение уровней фактора Виллебранда и РАI-1 после проведения манжеточной пробы ($p < 0,05$, $p < 0,01$ соответственно). У женщин с анемией легкой степени тяжести отсутствовали изменения уровней маркеров повреждения эндотелия после венозной окклюзии. Изучение особенностей микроциркуляторного русла методом ЛДФ выявило достоверные различия ($p < 0,01$) в исходных показателях периферической перфузии кожи предплечья: амплитуда пульсовых колебаний АСФ в группе с анемией была достоверно ниже, чем в контрольной. При анализе гемодинамических типов микроциркуляции обследованных женщин в группе беременных с анемией получен достоверно более высокий ($p < 0,05$) процент типов микроциркуляции с элементами застоя (77,27%) по сравнению с группой контроля (42,11%). Таким образом, проведенное нами исследование показало, что при легкой степени анемии беременных развивается эндотелиальная дисфункция, что подтверждается результатами манжеточной пробы. При анемии легкой степени тяжести у беременных женщин во втором триместре гестации в микроциркуляторном русле существуют застойные явления на уровне посткапиллярного звена.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННОЙ И НЕ СВЯЗАННОЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Романова Е.Ю., Линева О.И.

Кафедра акушерства и гинекологии Института
последипломного образования
Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия

Хронические вирусные гепатиты и холестатический гепатоз беременных (ХГБ), имея принципиально различные этиопатогенетические факторы развития, ухудшают функцию печени при беременности, оказывая отягчающее действие на течение беременности и внутриутробное состояние плода, не являясь при этом показаниями к прерыванию беременности.

В целях изучения перинатальных исходов при беременности, осложненной патологией печени, нами был проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов, послеродового периода, состояния новорожденного, морфологии последа у 50 пациенток с хроническими вирусными гепатитами В, С и синдромом возвратного внутрипеченочного холестаза при беременности от 18 до 37 лет. Кроме общеклинического и акушерского обследования, включающего кардиофетомониторинг плода, тетраполярную грудную реографию по Кубичеку, двукратное скрининговое УЗИ и УЗИ в 32-33 недели, УЗИ, проводилось определение маркеров вирусных гепатитов В и С методами ИФА и ПЦР, УЗИ печени и селезенки, изучение биохимических показателей в динамике. Морфологическое исследование последа включало органометрию (масса плаценты, плацентарно-плодный коэффициент), гистохимические методы (реакция Гмелина, желчные пигменты, окраска суданом на липиды). Контрольную группу составили 20 беременных без заболеваний печени.

Анализ клинико-лабораторных данных подтвердил следующие заболевания печени: хронический вирусный гепатит (ХВГ) В – у 12 женщин, у одной из них – активный процесс в стадии репликации вируса, хронический вирусный гепатит С – у 4 женщин, присутствие HBsAg в сыворотке крови без серологических и биохимических признаков активности гепатита – у 12 женщин, синдром Жильбера – у 6 женщин. У 16 женщин развился внутрипеченочный холестаз беременных.

Результаты. Анализируя осложнения и исходы беременности, следует отметить, что при холестатическом гепатозе существенно возрастает частота ОПГ-гестозов (69,7%) угрозы прерывания беременности (71,6%), плацентарной недостаточности (88,3%), ВЗРП (25%), преждевременных родов (27,5%), послеродовых кровотечений (7,5%).

Неустойчивость гемодинамики, явления гиповолемического синдрома по данным кардионтервалографии зарегистрирована у 64% пациенток с ХГБ и 52% с ХВГ.

Среди пациенток с гепатитами В и С отмечено возрастание частоты невынашивания беременности (42%), оперативных вмешательств в родах (10%), коа-

гулопатического характера кровотечения (13,2%), послеродовых инфекционных заболеваний, хронической внутриутробной гипоксии (40%) и пренатальной гипотрофии новорожденных (13%).

Послеродовая субинволюция матки, лохиометра, инфильтрация эпизиотомных швов отмечены у 28% женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С, гипотоническое кровотечение с последующей ампутацией матки отмечено у 1 пациентки с ХВГ С, имевшей умеренную степень активности воспалительного процесса.

ХГБ ухудшает прогноз для новорожденного виду высокой частоты встречаемости пренатальной гипотрофии – 24%, асфиксии в родах – 30%, перинатального поражения ЦНС – 34%, геморрагического синдрома – 23%, СДР – 15%. Имел место 1 случай ранней неонатальной смерти ребенка от матери, страдающей ХВГС, вследствие интравентрикулярных кровоизлияний на фоне гипоксического поражения ЦНС и признаков генерализованной внутриутробной инфекции. Новорожденные от матерей ХВГВ и С по сравнению с контролем достоверно чаще имели признаки ВУИ – 14,2%, конъюгационной желтухи – 36,5%, СДР – 14,3%, геморрагический синдром – 25%.

25,83% новорожденных от матерей с ХГБ и 12% новорожденных от матерей с хроническими вирусными гепатитами были госпитализированы в специализированные отделения интенсивной терапии (в контроле – 5%).

К патоморфологическим особенностям последа при ХГБ можно отнести облитерационную ангиопатию стволочных ворсин II и III вследствие склероза и прогрессирующего стеноза артерий почти в 95% наблюдений, подтверждающих присутствие субклинической формы ХФПН почти у всех беременных.

Патоморфологические признаки ХФПН 1-2 степени в последе отмечены у 32% рожениц с ХВГВ и С. В данной группе гораздо чаще, чем при ХГБ регистрировались проявления внутриутробной инфекции в виде очагового интервиллузита, париетального хориодецидуита, внеплацентарного гнойного децидуита, мембранита, интерстициального фуникулита – в 38% (при ХГБ – 21%, носительстве HBsAg – 16%, в контроле – 14%). Острые циркуляторные изменения в плаценте отмечены у 2 женщин с ХВГ В и С.

Таким образом, все беременные, страдающие патологией печени, являются группой высокого риска по развитию перинатальной патологии, требующей предупреждения преждевременных родов, внутриутробной гипоксии, внутриутробного инфицирования и геморрагических осложнений как у матери, так и плода.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭРИТРОЦИТОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМОЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Рузиева Н.Х., Турбанова У. В., Шадиева Н.Х.

*Узбекистан, г.Ташкент, Ташкентская Медицинская Академия,
кафедра акушерства и гинекологии для ВОП*

Обще признано, что беременность сопровождается своеобразными изменениями в системе гемостаза, осложнение ее анемией приводит к развитию синдрома ДВС крови, особенно в маточно-плацентарной сосудистой системе. У данной группы больных концентрация свободного гемоглобина повышено, что указывает на непрекращающийся гемолиз. В данном исследовании анализируется морфологическая структура эритроцитов и показатели системы гемостаза у здоровых беременных и женщин с анемией в гестационном периоде.

Было сформировано три группы: контрольная – 14 здоровых небеременных женщин, 18 – здоровых беременных и 12 – беременных с анемией легкой степени в 1 -триместре гестации.

Была изучена морфология эритроцитов, содержание свободного гемоглобина в плазме крови и некоторые показатели свертывающей системы крови.

В данном исследовании показано, что время свертывания крови беременных намного меньше чем у не беременных, а у беременных с анемией меньше чем у здоровых беременных, что указывает на более раннее образование нитей фибрина из фибриногена и состояние гиперкоагуляции. Увеличение концентрации комплекса тромбин-антитромбин 3 также указывает на увеличение выработки тромбина. Причиной тому может быть тканевой тромбопластин, который стимулирует образование тромбина. При морфологических исследованиях структуры эритроцитов в крови беременных анемией отмечается больше щистоцитов и эхиноцитов, чем нормальных эритроцитов. Более того, у беременных с анемией увеличивается предрасположенность эритроцитов к гемолизу, о чем свидетельствует повышение уровня свободного гемоглобина в плазме крови.

Таким образом, у беременных с анемией аномальные формы эритроцитов, имея очень низкую осмотическую резистентность, легко разрушаются и являются прокоагулянтами, запуская при этом систему гемостаза и осложнения течения беременности и родов.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА

Русакова Л.А., Хамадьанов У.Р.

*Кафедра акушерства и гинекологии №1, Башкирский
Государственный Медицинский Университет, Уфа, Россия*

Прогрессирующий рост инфекционной патологии плода и новорожденного является одной из наиболее важных проблем современного акушерства. Ее ак-

туальность определяется ведущей ролью ВУИ среди причин неблагоприятных перинатальных исходов.

Целью настоящего исследования явилось изучить диагностическое значение про- и противовоспалительных цитокинов у беременных с высоким инфекционным риском. Под нашим наблюдением находились 30 женщин, планируемых к операции кесарево сечение. Из них 80% (24) женщины с высоким инфекционным риском – I группа, и 20% (6) условно здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью без риска развития внутриутробной инфекции – II группа (контрольная). Для всех были составлены карты, по которым изучались данные анамнеза, результаты клиничко-лабораторного обследования, особенности околоплодных вод, состояние новорожденных детей. I группа была поделена на 2 подгруппы по 12 беременных. В 1 подгруппе имела место реализация ВУИ у новорожденных, во 2 подгруппе – признаков инфекции не отмечалось. Причем проявление внутриутробного инфицирования в 1 подгруппе после лечения было выявлено всего у 25%(3) детей, а у не пролеченных у 75%(9) детей. Во 2 подгруппе число прошедших курс лечения матерей составило всего 67%(8), а не прошедших курс всего 33%(4). Экстрагенитальную патологию имели 17(71%) женщин, из них хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и органов дыхания составили по 17,6%(3), заболевания мочеполовых путей – 64,7%(11). Сопутствующую хроническую генитальную патологию имели 67% (16) женщин. При оценке микробиоценоза влагалища были выявлены нарушения у 54 %(13%) женщин. Кандидозный вульвовагинит во время беременности был выявлен в 23%(3), бактериальный вагиноз у 77%(10) беременных. Частота вирусных инфекций составила 16,7%(4), смешанных 23%(3). Типичным проявлением внутриутробной инфекции является невынашивание беременности. Беременность на фоне угрозы протекала в I триместре в 5(21%), во II – в 10(42%), в III – в 5(21%) случаях. При оценке эхографических признаков ВУИ было выявлено увеличение частоты многоводия до 58%(14), частота маловодия до 17%(4). Во время операции кесарево сечение проводили забор амниотической жидкости в асептических условиях методом амниоцентеза. Полученные околоплодные воды в 71%(17) оказались мутными. Гистоморфологическое исследование тканей последа и пупочной вены показали наличие децидуита в 17(71%) случаях, плацентита в 24(100%), васкулита в 11(46%). Указанные патологические изменения исследованных тканей свидетельствуют о наличии ВУИ и приводят к развитию следующих процессов, в частности образование кальцинатов в 50%(12), отложение фибриноида в 100%(24), очагового коллапса в 8%(2) случаях. Оценка состояния новорожденных показала наличие врожденной пневмонии у 8,3%(2)детей, задержку внутриутробного развития у 16%(4), пиелоктазии в 12,5%(3) и, как возможное следствие внутриутробного инфицирования, гипоксическое поражение центральной нервной системы у 71% (17). Так же у детей встречались врожденные пороки сердца, причем открытое овальное окно было обнаружено в 17%(4), открытый артериальный проток в 4%(1).Здоровыми из группы риска по реализации внутриутробной инфекции оказались 20%(6) детей. Для поиска критери-

ев доказательства внутриутробного инфицирования на доклиническом этапе диагностики была проведена сравнительная оценка уровня цитокинов ИЛ – 1 β , ИЛ – 10 и ФНО в амниотической жидкости, сыворотке пуповинной крови, сыворотке венозной крови матери. Забор пуповинной крови и амниотической жидкости проводился интраоперационно, венозной крови матери – до операции. Уровень ИЛ -1 β , ИЛ-10 и ФНО в сыворотках определяли с помощью набора реагентов для иммуноферментного анализа коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (г. Новосибирск) по соответствующим протоколам. Изучение уровней провоспалительных цитокинов выявило повышение содержания ИЛ – 1 β при реализации ВУИ в сыворотке пуповинной крови, которое составило от 0 до 18,6 пг/мл, в отличие от группы без реализации внутриутробной инфекции 0,4-7,6 пг/мл и контрольной группы 0,2-4,8 пг/мл. Уровень интерлейкина 1 β в амниотической жидкости в 1-й и 2-й подгруппах составил соответственно 0-20,9 пг/мл и 0 – 9,2 пг/мл по сравнению с 0-13,5 пг/мл. В сыворотке венозной крови уровень ИЛ-1 β в 1-й подгруппе составил 0-14,6 пг/мл, во 2-й – 0-19,5 пг/мл в отличие от 0,3-0,5 пг/мл. В сыворотке пуповинной крови ИЛ-10 в группе с реализацией ВУИ составил 24-78 пг/мл по сравнению с 25-87 пг/мл во 2-й и 21-120 пг/мл в контрольной группах. В сыворотке венозной крови уровень цитокина составил в 1-й подгруппе 14-45 пг/мл, во 2-й – 0-125 пг/мл, в контрольной – 20-80 пг/мл. В околоплодных водах уровень интерлейкина-10 составил 0-80 пг/мл, в группе без реализации ВУИ 9,4-38,5 пг/мл и группе сравнения 39-90 пг/мл. Таким образом, мы видим, что уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 значительно выше в группе условно здоровых женщин, чем по сравнению с группой высокого инфекционного риска без реализации инфекции и значительно ниже показателя в группе с проявлением внутриутробного инфицирования. Уровень ФНО в пуповинной крови новорожденных с внутриутробной инфекцией выявил повышение показателя до 0-15 пг/мл в отличие от сравниваемых групп 0-4,2 пг/мл и 0-4 пг/мл. Определение цитокина в венозной крови и околоплодных водах не выявило достоверных различий по группам. Так, в сыворотке венозной крови уровень цитокина в 1-й подгруппе 0 – 7,4 пг/мл, во 2-й – 0,3-10,3 пг/мл по сравнению со здоровой группой 0-4,7 пг/мл. И в амниотической жидкости уровень ФНО в 1-й подгруппе колебался в пределах 0-7,4 пг/мл, во 2-й 0,3-10,3 и в контрольной 0-4,7 пг/мл. Достоверное повышение уровней провоспалительных цитокинов и снижение содержания противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови матери, сыворотке пуповинной крови и амниотической жидкости подчеркивает значимость роли цитокинов в диагностике реализации инфекции у плода. При проведении анализа данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования можно получить ценную информацию о степени риска внутриутробной инфекции, что позволит проводить адекватную ее профилактику.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Рылова О.В., Черкасов С.Н., Житина Е.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ВПО, Самарский государственный медицинский университет, Самара

Важнейшей проблемой акушерства является охрана здоровья матери и ребенка, заключающаяся в снижении и профилактике перинатальной заболеваемости и смертности. Тенденции последних десятилетий свидетельствуют о том, что ни усложнение и совершенствование технологий родоразрешения, ни внедрение в акушерскую практику новейших диагностических приборов не приводят к желаемому снижению осложнений и практически не отражаются на статистике перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Одним из самых перспективных направлений воздействия на сложившуюся ситуацию является обеспечение оптимальных условий для формирования здорового плода в виде обеспечения идеального течения процесса гестации и родов (Кулаков В.И., Айламазяна Э.К., 1996; Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю., 2002; Добряков И.В. 2006, Серов В.Н., 2007).

Таким образом, актуальной проблемой становится разработка новых методов профилактики и совершенствование имеющихся, особенно с учетом необходимости борьбы за формирование здорового образа жизни. По мнению многочисленных авторов, одним из наиболее эффективных способов профилактики, а также неотъемлемым фактором комплексной терапии в акушерстве и гинекологии является психопрофилактика и лечебная физическая культура (Александрина Е.В., Денисов А.Г., 1997; Батуев А.С., 2000; Абрамченко В.В., Болотских В.М., 2007; Barker D., Johnson P., 1999).

Целью исследования: Изучить влияние физиопсихопрофилактической подготовки к родам на психоэмоциональный статус беременных.

Материалы и методы исследования. В соответствии с задачами нашего исследования было сформировано 4 группы сравнения. В первую группу вошли 52 женщины, прошедших подготовку по программе «Позитивное материнство» предусматривающую проведение программы подготовки к родам с использованием методов психологической коррекции, во вторую группу была включена 51 беременная женщина, которые использовали специально разработанный для беременных с учетом срока и противопоказаний гимнастический комплекс. В третью группу были включены женщины (47 человек) прошедшие полный курс занятий по комплексной программе. Четвертая группа включала женщин не прошедших никакой подготовки во время беременности – 49 человек. Все беременные наблюдались в условиях женских консультаций с ранних сроков беременности, регулярно. Всего находилось под наблюдением 199 женщин. Достоверных различий по возрасту, паритету беременности, особенностям акушерского анамнеза, материальному положению и на-

личию профессиональных вредностей между группами не было с минимальным уровнем вероятности 95%. Проверка однородности групп также подтвердило отсутствие значимых различий по всем значимым факторам риска осложненного течения гестации.

Исследование психологических показателей выполнено у всех 199 женщин, в возрасте от 18 до 41 года, на сроке беременности от 32 до 36 недель беременности. Наши данные показывают, что у беременных женщин преобладают отрицательные эмоции, страх перед родами, перед предстоящим материнством и опасностью родового процесса. Обращает на себя внимание, что очень высокий уровень личностной тревожности обнаружен во всех группах беременных (в каждой группе 25%, 10%, 15% и 15% соответственно). Изучение структурных различий между исследуемыми группами не выявило значимой разницы в структурах полученных оценок личностной тревожности (коэффициент структурных различий не превышал значение 0.4 при попарных сравнениях). Данные исследования ситуационной тревожности показывают высокий уровень тревожности во всех группах беременных, соответственно 50%, 50%, 45% и 60% в группе сравнения. Умеренный уровень отмечен только у каждой третьей беременной – по 35% в основных группах и в 30% в группе сравнения. В связи с этим, актуальность коррекции выявленных состояний играет важную роль, с целью снижения неблагоприятного влияния психологического дискомфорта и формирования положительного эмоционального настроения женщины.

Одним из методов коррекции может быть комплексный метод подготовки беременных к родам. Для изучения эффективности комплексной методики подготовки нами проведено сравнительное исследование показателей тревожности до проведения занятий и после проведения полного курса занятий по специальной методике. Подготовка беременных к родам проводилась для снятия психогенного компонента родовой боли и создания у женщин представления о родах, как о благополучно протекающем физиологическом процессе. Результаты психопрофилактической подготовки на дородовом этапе были оценены врачом психологом у 52 беременных по выраженности уровня тревожности до и после проведения занятий.

В результате проведенного анализа определено, что после проведения комплексной подготовки показатель личностной тревожности снизился с 2.07 ± 0.06 до 1.65 ± 0.03 (различия высоко достоверны, $p < 0,001$). Показатель ситуационной тревожности также существенно снизился с 2.08 ± 0.05 до 1.59 ± 0.04 (различия высоко достоверны, $p < 0,001$). Структурный анализ показал, что частота высокого уровня личностной тревожности снизилась в 2,5 раза, ситуационной в 2 раза и составила соответственно 30% и 25%. Вырос удельный вес низкого и умеренного уровня тревожности до 70% для личностной тревожности и до 75% для ситуационной тревожности. Зависимости величины уменьшения показателей тревожности в зависимости от первоначального ее уровня не отмечено.

Таким образом, дородовая подготовка по специальной комплексной схеме с использованием и психологического и физического компонента существенно снизила уровни личностной и ситуационной тревожности в группе исследованных женщин и может быть

признана эффективной в качестве метода психологической коррекции повышенной тревожности у беременных.

Исследование уровня астении у беременных женщин, исследуемых групп, проводили с применением метода MFI-20. Полученные данные свидетельствуют о существенном снижении выраженности астенических проявлений у женщин, после проведенной комплексной программы подготовки по нашей методике. Парные сравнения уровней показателей до и после проведения воздействия подтвердили наличие различий с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$). Средний показатель астении также значительно снизился и составил после проведения комплексной программы подготовки $52,32 \pm 2,5$ против начального значения $65,7 \pm 2,9$ (различия высоко достоверны, $p < 0,001$).

Таким образом, проведенные исследования уровня тревожности, выраженности астенических состояний позволяют оценить психологический статус беременных как весьма неблагоприятный, характеризующийся высоким уровнем тревожности как личностной, так и ситуационной, а также отличающийся астеническими проявлениями. Исследование эффективности изучаемой методики подтвердило ее положительное влияние на улучшение показателей психоэмоционального состояния, что способствует нормализации процессов адаптации и компенсации у беременной и тем самым позволяет добиться снижения возможных осложнений в родах для матери и новорожденного.

ВОЗРАСТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Савинова А.В., Козина О.В.

Россия, г.Москва, ММА им.И.М.Сеченова

Актуальность. Проблема беременности высокого риска особенно актуальна в современном акушерстве, поскольку экстрагенитальные и сопутствующие гинекологические заболевания могут осложнять течение беременности и родов, а также способствовать развитию тяжелой перинатальной заболеваемости. Последнее время этой проблеме уделяется большое внимание как существенному фактору многих патологических состояний в контексте безопасности оказания акушерско-гинекологической помощи, так как в некоторых стационарах беременности высокого риска могут достигать 90%.

Цель: изучение возраста и заболеваемости женщин клиники акушерства и гинекологии для разработки научного обоснования организационно-медицинских технологий по снижению рисков в акушерско-гинекологическом стационаре.

Материалы и методы: объектом исследования явились 107 женщин, находящихся в послеродовом отделении (до 22 лет – 9,3%, в возрастной группе от 22 до 30 лет – 50,4%, от 31 до 45 лет – 40,1% от общего числа участвующих в исследовании женщин). Изучались наличие факторов риска во время беременности и наличие осложнений беременности и родов.

Результаты: у 14% женщин во время беременности была выявлена анемия, у 7,4% – болезни мочеполовой системы, так же у 7,4% – гиперандрогения. 5,6% беременностей сопровождали болезни системы кровообращения, 2,8% – болезни глаз и щитовидной железы. При этом доля каждой возрастной группы в развитии анемий была разная: 38,2%- 22-30 лет, 36%- 31-45 лет, 25,8%- до 22 лет. Заболевания мочеполовой системы и гиперандрогении встречались у рожениц одинаково часто, однако разброс по возрастным группам резко отличался. Заболевания мочеполовой системы распределились следующим образом: 79% у группы 31-45 лет, 21%- 22-30 лет. Гиперандрогении, в свою очередь: 63,4%- до 22 лет, 29,2%- 22-30 лет, 7,4%- 31-45 лет. Болезни системы кровообращения занимали третье место по распространенности среди рожениц и встречались только у двух возрастных групп: 86,5%- 31-45 лет, 13,5%- 22-30 лет. Болезни глаз были характерны только для возрастной группы 22-30 лет. 71,8% заболеваний щитовидной железы относятся к группе 31-45 лет и 28,2%- 22-30 лет. Из осложнений во время беременности встречались: 28,0%- угроза прерывания беременности, 12,1% – гестоз на поздних сроках, 7,5% – плацентарная недостаточность, 4,6% – невынашивание беременности. При этом невынашивание беременности и гестоз были характерны только для двух возрастных групп. 65% невынашивания составляла группа 31-45 лет, 35%- группа 22-30 лет. 59,3% гестозов составляла группа 31-45 лет, 40,7%- группа 22-30 лет. Необходимо отметить, что угроза прерывания беременности и плацентарная недостаточность встречались одинаково часто у групп «юных» и «старых» рожениц, соответственно составляя около 35% угрозы прерывания и 40% плацентарной недостаточности.

Выводы: группой повышенного риска является группа «старых» рожениц после 30-ти лет по всем возможным осложнениям беременности. Кроме того, группу «юных» рожениц необходимо относить к группе риска по развитию угрозы прерывания беременности и плацентарной недостаточности. Оптимальным возрастом женщины для зачатия и рождения ребенка следует считать 22-30 лет.

КОАГУЛОПАТИИ В ГЕНЕЗЕ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Сагамонова К.Ю., Евсеева З.П.,
Палиева Н.В., Шокарева А.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»

Профилактика репродуктивных потерь одна из актуальных проблем современного акушерства и находится под постоянным вниманием ведущих отечественных и мировых научных школ (Радзинский В.Е., 2005, Веер Е., 2000, Краснопольский В.И., 2006, Сидельникова В.М., 2005).

собую значимость эта проблема в нашей стране приобрела в последние годы в связи с резким снижением уровня рождаемости и ростом показателя естественной убыли населения (Сидорова И.С., Макаров И.О., 2007). Антенатальная гибель плода, одна из

граней этой проблемы, на долю которой приходится 77,9% среди мертворожденных детей и влечет за собой не только репродуктивные потери, но в ряде случаев может служить источником угрозы здоровью и жизни женщины (Доброхотова Ю.Э., 2006). Важной этиопатогенетической составляющей остается проблема коагулопатических нарушений при внутриутробной гибели плода. В настоящее время нет единого мнения, чем обусловлены сдвиги гемостаза при внутриутробной гибели плода и единого мнения по профилактике возможных коагулопатий (А.Д. Макацария, 2003). Это говорит о том, что первостепенной задачей современной медицинской науки и практического здравоохранения является разработка основ ведения беременных женщин, своевременного и правильного исследования состояния системы гемостаза и выявления тромбофилий различного происхождения у женщин репродуктивного возраста.

Целью работы явилось изучение особенности гемостаза (тканевой активатор плазминогена, ингибиторы плазминогена – PAU-1, Д-димер) у пациенток клинических групп.

Объектом нашего исследования стали 172 беременных на разных сроках гестации, из которых были сформированы клинические группы: 1 группа (39 беременных с физиологическим течением гестации), 2 группа (67 женщин, беременность которых остановилась в развитии в первом триместре) и 3 группу составили 66 обследуемых с антенатальной гибелью плода во втором и третьем триместрах гестации.

При обследовании беременных клинических групп использовали общепринятые методы: сбор анамнеза, жалобы, осмотр, общелабораторные исследования.

Оценка искомых факторов гемостаза (тканевого активатора плазминогена (t-PA), ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1), Д-димера) проводилась иммуноферментным методом с использованием наборов фирмы TECHNOCLONE (Австрия).

Статистический анализ полученного комплекса данных проводился при помощи пакета «Анализ данных» и набора математических и статистических функций (Excel 2003), а также с использованием стандартных пакетов прикладного статистического анализа Statistica 6.0 и MegaStat.

Анализ собственных данных позволил установить следующие особенности. Во II и III триместрах физиологически протекающей беременности в ответ на снижение фибринолитических реакций в организме женщины, отмечалась закономерная активация свертывающей системы крови. Так, к концу гестационного срока выявлялось достоверное снижение содержания PAI –1 с 91,6 (77,8-102,4) нг/мл (в I триместре) до 79,0 (69,7-90,7) нг/мл (в III триместре) и, напротив, достоверное усиление продукции t- PA с 1,6 (1,4-2,4) нг/мл (в I триместре) до 2,7 (2,0-3,5) нг/мл (в III триместре). По-видимому, вышеописанная динамика гемостаза сопровождала и случаи антенатальных потерь. Как свидетельствуют данные проведенного нами математического анализа, статистически значимых отличий в исследуемых показателях у беременных с антенатальными потерями и у обследуемых контрольной группы в исследуемые сроки установлено не было.

В то же время достоверно значимые внутри- и межгрупповые отличия были установлены при сравни-

тельном изучении содержания Д-димера – одного из важнейших показателей гемостаза. По мере прогрессирования физиологически протекающей беременности отмечалось динамическое нарастание концентрации данного молекулярного маркера. От исходных значений Д-димера (I триместр), равных 60,8 (52,6-177,3) нг/мл, ко II и III триместрам, обнаруживалось 4-х и 6-ти кратное повышение его концентрации (соответственно 249,4 (222,8-380,1) нг/мл и 348,1 (247,0-424,8) нг/мл). Еще более значимые изменения были установлены в концентрации изучаемого фактора при осложненном течении гестации. Уровень Д-димера у беременных с антенатальными потерями был достоверно выше во все анализируемые сроки. При неразвивающейся беременности концентрация Д-димера составила 194,9 (69,8-258,8) нг/мл, что более, чем в 3 раза было выше, чем в группе контроля в соответствующие сроки ($p=0,015643$). При диагностируемой антенатальной гибели плода во II триместре гестации уровень изучаемого маркера был равен 477,0 (361,3-799,3), что в 2 раза превышало сравниваемый показатель у женщин с физиологическим течением беременности ($p=0,039669$). Содержание Д-димера в сыворотке крови женщин с антенатальной гибелью плода в более поздние сроки беременности (в III триместре) в 3 раза превысило нормальные значения – 848,9 (723,6-980,4) нг/мл, $p=0,038506$.

Можно предположить, что при критических состояниях плода в плаценте прогрессируют реологические нарушения, которые к концу беременности проявляются в виде обширных кровоизлияний и тромбозов межворсинчатого пространства плаценты, гиповаскуляризации ворсин, очагов фиброза и массивных отложений кальцификатов, что приводит к внутриутробной гипоксии и даже внутриутробной гибели плода.

Таким образом, нашими исследованиями установлено, что необходимость выявления тромбофилических маркеров при физиологическом и патологическом течении беременности продиктована не только важностью диагностики «неясных» причин страдания плода, но и целесообразностью своевременного назначения соответствующего профилактического лечения и выбора рациональной акушерской тактики, направленных на снижение неблагоприятных исходов беременности.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» ПРИ ГЕСТОЗЕ

Салов И.А., Данилова Ю.М., Аржаева И.А.

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава»

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Патоморфологические изменения плаценты, объединенные в понятие «фетоплацентарная недостаточность», являются одной из основных причин осложненного течения беременности и родов, а также перинатальной заболеваемости и смертности. Поэтому ранняя диагностика и своевременная коррекция подобных нарушений являются приоритетным направлением развития современного акушерства.

Цель работы: выявить корреляционную зависимость между процентом дегенеративных участков в плаценте (ПДУП), состоянием маточно-плацентарного кровотока, сократительной деятельностью матки (СДМ) и состоянием плода при физиологическом и осложненном течении беременности.

Материалы и методы: Анализ проводился в 2 группах – основную группу составили 20 женщин, течение беременности у которых осложнилось развитием гестоза; в контрольную группу вошли 20 беременных без гестоза. Срок гестации в обеих группах колебался в пределах 26-40 недель. При проведении УЗИ с доплерометрией определяли ПДУП и состояние кровотока в системе «мать-плацента-плод» с последующим расчетом систоло-диастолического коэффициента (СДК) в маточных артериях и артерии пуповины. Запись кардиотокограмм в течение 20 минут позволила оценить состояние плода по шкале Фишера и рассчитать СДМ по формуле А.З. Хасина. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

Результаты: Общесоматические заболевания выявлены у 17 (75,0%) женщин основной и у 18 (80,0%) женщин контрольной групп, причем наиболее часто – в 40,0% случаях – гестоз развивался у беременных с ожирением. Из осложнений беременности чаще остальных наблюдались ХВГП (100,0% и 80,0% в основной и контрольной группах, соответственно) и угроза преждевременных родов (70,0% и 75,0%); нарушение плацентарного кровотока выявлены нами в 20,0% и 15,0% исследований, соответственно, причем преимущественно (75,0% и 66,7%) – IA степени. Важно отметить, что в основной группе у 4 (20,0%) беременных диагностировано многоводие и у 1 (5,0%) беременной – маловодие, тогда как в контрольной группе это осложнение вообще не встречалось. По данным УЗИ преждевременное созревание плаценты наблюдалось у 3 (15,0%) беременных основной и у 1 (5,0%) беременной контрольной групп.

На основании полученных данных произведен расчет корреляционной зависимости в основной и контрольной группах между СДК в маточных артериях и артерии пуповины, ПДУП, СДМ и оценкой состояния плода по Фишеру. Между большинством показателей выявлена слабая корреляционная связь ($-0,28 < r < +0,29$), причем большая сила связи, а также большее количество корреляционных связей средней силы ($\pm 0,3 < r < \pm 0,7$) прослеживались между показателями в контрольной группе. Статистически значимая обратная средняя корреляционная связь выявлены между СДК в маточных артериях и оценкой состояния плода по шкале Фишера ($r = -0,33$; $p = 0,1$). Различия между ПДУП в основной и контрольной группах статистически значимо ($S = 10$, $S_0 = 14$, $S < S_0$; $p = 0,05$), причем ПДУП в основной группе на 19,7% больше, чем в контрольной группе.

Выводы: 1. Любые эндокринопатии, и в частности ожирение, являются фактором риска развития гестоза; 2. Течение беременности, осложненное развитием гестоза, в 100% случаев сопровождается развитием ХВГП, в 25,0% – нарушением гидродинамики околоплодных вод, преимущественно в виде многоводия, и в 15,0% случаев – преждевременным созреванием плаценты; 3. Корреляционная зависимость между ПДУП,

состоянием кровотока в системе «мать-плацента-плод», СДМ и состоянием плода сглаживается при осложненном течении беременности; 4. При беременности, течение которой осложняется гестозом, ПДУП достоверно выше на 19,7%.

РОЛЬ БЕЛКОВ «ЗОНЫ БЕРЕМЕННОСТИ» ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Салов И.А., Данилова Ю.М., Аржаева И.А.

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава»

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Морфофункциональное состояние плаценты, ее гормональная активность и особенности плацентарного кровотока играют важную роль во взаимодействии между организмами матери и плода. Развитие плацентарной недостаточности может приводить к патологии плода или новорожденного, а в 57,8% случаев является причиной мертворождений. Ранняя диагностика и своевременная коррекция нарушений фето-плацентарного комплекса способствуют нормализации течения беременности.

Цель работы: выявление корреляционной зависимости между уровнями плацентарного лактогена (ПЛ) и трофобластического β -глобулина (ТБГ) и состоянием маточно-плацентарного кровотока и состоянием плода при физиологическом и осложненном течении беременности.

Материалы и методы: Работа проведена на базе акушерско-гинекологического объединения МУЗ «1-я Городская клиническая больница им. Ю.Я. Гордеева». Были сформированы 2 группы пациенток – основную группу составили 20 женщин, течение беременности у которых осложнилось развитием гестоза; в контрольную группу вошли 20 здоровых беременных. Срок гестации в обеих группах колебался в пределах 26-40 недель. При проведении УЗИ с доплерометрией определяли состояние кровотока в системе «мать-плацента-плод» с последующим расчетом систоло-диастолического коэффициента (СДК) в маточных артериях и артерии пуповины. Оценка состояния плода проводилась по шкале Фишера с учетом данных кардиотокограмм, записанных в течение 20 минут в положении женщины на спине. Уровни ПЛ и ТБГ в сыворотке крови беременных определяли в ЦНИЛ ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава» с помощью ИФА, для чего производили забор крови из кубитальной вены в объеме 4 мл натощак. Для обработки полученных результатов исследований использовался метод корреляции рангов с расчетом и последующей оценкой рангового коэффициента корреляции Спирмена r .

Результаты: На основании полученных данных произведен расчет корреляционной зависимости в основной и контрольной группах между уровнями ПЛ и ТБГ, СДК в маточных артериях и артерии пуповины, оценкой состояния плода по Фишеру. Между большинством показателей выявлена слабая корреляционная

связь ($-0,28 < r < +0,29$), причем большая сила связи, а также большее количество корреляционных связей средней силы ($\pm 0,3 < r < \pm 0,7$) прослеживались между показателями в контрольной группе. Статистически значимые корреляционные связи средней силы выявлены: в основной группе – обратные связи между уровнем ТБГ и СДК в артерии пуповины ($r = -0,59$, $p = 0,01$) и между уровнем ПЛ и СДК в артерии пуповины ($r = -0,42$, $p = 0,05$); в контрольной группе – обратная связь между СДК в маточных артериях и оценкой состояния плода по шкале Фишера ($r = -0,33$, $p = 0,1$), прямая связь между уровнем ТБГ и состоянием плода ($r = 0,58$, $p = 0,01$), прямая связь между ПЛ и оценкой состояния плода по шкале Фишера ($r = 0,47$, $p = 0,05$) и обратная связь между уровнем ПЛ и СДК в артерии пуповины ($r = -0,34$, $p = 0,1$).

Выводы: 1. Корреляционная зависимость между уровнем ПЛ и ТБГ, состоянием кровотока в системе «мать-плацента-плод» и состоянием плода сглаживается при осложненном течении беременности; 2. Уровень ТБГ в материнской крови находится в прямой зависимости от состояния плода и плодово-плацентарного кровотока, то есть увеличение уровня ТБГ свидетельствует о повышении оценки состояния внутриутробного плода по шкале Фишера, а также об улучшении плодово-плацентарного кровотока и снижении СДК в артерии пуповины; 3. Уровень ПЛ в материнской крови находится в прямой зависимости от состояния плода и в обратной зависимости от СДК в артерии пуповины, то есть чем выше уровень ПЛ, тем выше оценка состояния плода по шкале Фишера, ниже значение СДК в артерии пуповины и, соответственно, тем лучше состояние фето-плацентарного кровотока.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Салов И.А., Глухова Т.Н., Паршин А.В.

Россия, г. Саратов, Саратовский государственный медицинский университет

Широкое распространение герпесвирусной инфекции, длительное рецидивирующее течение, возможный тератогенный эффект обуславливают актуальность изучения влияния данной инфекции на течение беременности.

Цель данной работы – изучение состояния системы гемостаза у беременных с угрозой прерывания и герпетической инфекцией (ВПГ-1, ВПГ- 2, ЦМВ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 пациенток с угрожающим прерыванием беременности во II триместре и герпетической инфекцией. 28 из них составили основную группу, в которой в комплекс общепринятой терапии герпетической инфекции был включен дискретный плазмаферез, в группу сравнения вошли 30 беременных, получавших общепринятую терапию.

Наличие герпетической инфекции было установлено с помощью иммуноферментного анализа, при котором в сыворотке крови определяли антитела IgM и

IgG против ВПГ-1, ВПГ-2 и ЦМВ. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологическим течением беременности.

Изучение основных показателей системы гемостаза осуществлялось с использованием наборов реактивов фирмы «Технология-Стандарт», исследование агрегационной функции тромбоцитов проводили с помощью лазерного анализатора агрегации 230 LA»Biola».

Методом ИФА у всех беременных выявлено обострение инфекционного процесса, причем в основной группе в 57,1% обнаружен вирус простого герпеса, в 42,9% цитомегаловирусная инфекция (в группе сравнения – соответственно 53,3% и 46,7%).

Обострение герпетической инфекции сопровождалось повышением агрегационной активности тромбоцитов ($p < 0,01$), увеличением активности плазменных факторов гемокоагуляции, на что указывало уменьшение АЧТВ ($p < 0,05$). Значительно повышен был уровень фибриногена ($p < 0,05$), обнаруживались признаки активации внутрисосудистого свертывания крови – уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и Д-димера значительно превышал показатели группы контроля ($p < 0,01$). Одновременно отмечалось снижение фибринолитической активности крови ($p < 0,05$).

Беременные основной группы и группы сравнения получали общепринятую терапию, у пациенток основной группы в комплексную терапию был включен сеанс дискретного плазмафереза.

Исследование системы гемостаза после окончания курса лечения у пациенток группы сравнения не выявило существенного изменения изученных показателей коагуляционного гемостаза и степени агрегации тромбоцитов. В то же время у беременных основной группы наблюдалась нормализация агрегационной способности тромбоцитов, времени АЧТВ, уровня фибриногена и времени фибринолиза. Содержание РФМК и Д-димера не превышало аналогичные показатели в группе контроля.

Таким образом, использование плазмафереза в комплексной терапии беременных с угрозой прерывания беременности герпетической этиологии способствует нормализации коагуляционного потенциала крови и агрегационной способности тромбоцитов, улучшению процессов микроциркуляции в фетоплацентарном комплексе и тем самым нормализации оксигенации и трофики тканей матери и плода.

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВотоКА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Салов И.А., Глухова Т.Н., Паршин А.В.

*Россия, г. Саратов, Саратовский государственный
медицинский университет*

Герпетическая инфекция нередко является причиной осложненного течения гестационного периода, играет немаловажную роль в структуре перинаталь-

ной заболеваемости и смертности, что обуславливает актуальность изучения влияния данной инфекции на течение беременности.

Цель данной работы – изучение состояния маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у беременных с угрозой прерывания и герпетической инфекцией (ВПГ-1, ВПГ-2, ЦМВ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 пациенток с герпетической инфекцией и угрожающим прерыванием беременности во II триместре. 28 из них составили основную группу, в которой в комплекс общепринятой терапии герпетической инфекции был включен дискретный плазмаферез, в группу сравнения вошли 30 беременных, получавших общепринятую терапию.

Наличие герпетической инфекции было установлено с помощью иммуноферментного анализа, при котором в сыворотке крови определяли антитела IgM и IgG против ВПГ-1, ВПГ-2 и ЦМВ. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологическим течением беременности.

Доплерометрия кровотока проводилась на ультразвуковом диагностическом сканере модели EUB-5500 (Hitachi medical corporation). Изучались следующие показатели: систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ) в маточных артериях и артериях пуповины плода.

Методом ИФА у всех беременных выявлено обострение инфекционного процесса, причем в основной группе в 57,1% обнаружен вирус простого герпеса, в 42,9% цитомегаловирусная инфекция (в группе сравнения – соответственно 53,3% и 46,7%).

Обострение герпетической инфекции сопровождалось снижением диастолического компонента кровотока и соответственно повышением ИР ($p < 0,02$), ПИ ($p < 0,01$), СДО ($p < 0,02$) в маточных артериях. В артериях пуповины плода также отмечено повышение изученных показателей сосудистой резистентности – ИР ($p < 0,05$), ПИ ($p < 0,02$), СДО ($p < 0,02$). Полученные результаты свидетельствуют о формировании фетоплацентарной недостаточности у пациенток с угрожающим прерыванием беременности во II триместре и герпетической инфекцией.

Доплерометрия регионарного кровотока после проведения курса лечения у пациенток группы сравнения, получавших общепринятую терапию, не выявило статистически достоверных изменений изученных показателей (ИР, ПИ, СДО). В то же время у беременных основной группы, получивших в составе комплексной терапии сеанс дискретного плазмафереза, наблюдалась нормализация ИР и ПИ в артериях пуповины. ИР, ПИ и СДО в маточных артериях несколько превышали аналогичные показатели в группе контроля, но было отмечено достоверное снижение данных показателей по сравнению с аналогичными в группе сравнения ($p < 0,05$).

Таким образом, отмечена высокая клиническая эффективность использования плазмафереза при лечении плацентарной недостаточности у беременных с угрозой прерывания беременности герпетической этиологии.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДА ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Самчук П.М., Козловская И.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Околоплодные воды, или амниотическая жидкость, являются биологически активной средой, окружающей плод. На протяжении всей беременности околоплодные воды выполняют самые разнообразные функции, обеспечивая нормальное функционирование системы мать-плацента-плод. Преждевременное излитие околоплодных вод нарушает нормальное течение родов и приводит к тому, что в безводном промежутке плод оказывается незащищенным от влияния неблагоприятных факторов внешней среды, в частности от инфекции (В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко, 2002). Целью нашего исследования явилось изучение морфологических особенностей последа у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности с учетом уровня атмосферного давления. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 300 беременных женщин родоразрешенных в условиях Областного перинатального центра города Иркутска в 2007 году. У всех пациенток было диагностировано родовое излитие околоплодных вод при доношенной беременности. Беременные были разделены на группы в зависимости от уровня атмосферного давления, которое было зарегистрировано в момент преждевременного разрыва плодных оболочек. Первую группу (n=19) составили беременные, у которых родовое излитие околоплодных вод произошло при уровне атмосферного давления от 706 до 710 мм.рт.ст. Вторую группу (n=222) составили беременные, у которых родовое излитие околоплодных вод произошло при уровне атмосферного давления от 711 до 722 мм.рт.ст.. Третью группу (n=59) составили беременные, у которых родовое излитие околоплодных вод произошло при уровне атмосферного давления от 723 до 736 мм.рт.ст.. Полученные результаты. Проводя морфологическое исследование последа в исследуемых группах, мы выявили, что отек оболочек, лейкоцитарная инфильтрация оболочек, отек вартонова студня пуповины, лейкоцитарная инфильтрация пуповины, инфильтративно-продуктивное воспаление ворсин хориона, ишемические инфаркты в плаценте, дилатация и пролиферация сосудов в строме ворсин встречались с одинаковой частотой в группах с родовым излитием околоплодных вод независимо от уровня атмосферного давления. Избыточное отложение фибриноида в плаценте в группе с родовым излитием околоплодных вод на цифрах атмосферного давления от 711 до 722 мм.рт.ст. встречалось в 33,8±3,2% случаев (n=75), что значительно больше чем в группе с родовым излитием околоплодных вод при уровне атмосферного давления от 706 до 710 мм.рт.ст., где частота встречаемости избыточного отложения фибриноида в плаценте составила 10,5±7,0%

случаев (n=2), $p < 0,001$. Частота встречаемости избыточного отложения фибриноида в плаценте в группе с родовым излитием околоплодных вод при уровне атмосферного давления от 723 до 736 мм.рт.ст. составила 10,0±3,9% (n=6), что меньше чем в группе с родовым излитием околоплодных вод при уровне атмосферного давления от 711 до 722 мм.рт.ст. (33,8±3,2%, n=75), $p < 0,001$. Выводы. На основании проведенного исследования было выявлено, что родовое излитие околоплодных вод чаще наблюдалось при снижении уровня атмосферного давления от 722 до 711 мм.рт.ст. при этом морфологические исследования указывали на избыточное отложение фибриноида в плаценте.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ГЛИКОПРОТЕИНОВ И КОЛЛАГЕНА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОЗДНЕМ ГЕСТОЗЕ

Сахабутдинова Е.П., Тетелютина Ф.К., Шараев П.Н.

Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Росздрава

Гестоз является наиболее распространенным и тяжелым осложнением беременности и характеризуется глубокими расстройствами функций важных органов и систем, приводящих к полиорганной недостаточности, в том числе в плацентарной системе. Целью исследования явилось изучение в данной работе в сравнительном аспекте показателей обмена гликопротеинов и коллагена в условиях развития плацентарной недостаточности (ПН) при позднем гестозе.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 33 беременных (основная группа) с клиническими проявлениями позднего гестоза и ПН и 22 женщины (группа сравнения) с нормальным течением беременности в возрасте от 18 до 37 лет. У всех женщин произведены клинические, общеклинические, биохимические методы исследования, осуществлены консультации терапевта и окулиста, проведена оценка тяжести ПН и состояния плода. Исследование показателей обмена гликопротеинов и коллагена проводили в крови, моче и околоплодных водах по методике П.Н. Шараева (1993). Околоплодную жидкость без видимой примеси крови получали путем амниотомии во время родов. Образцы амниотической жидкости центрифугировали (2000 об/мин, 10 мин). В надсадке амниотической жидкости, сыворотке крови и разовой моче определяли компоненты молекул сывороточных серомукоидов, определяли общее содержание белоксвязанных гексоз, сиаловых кислот, фукозы, пептидосвязанного гидроксипролина (БСГ, БССК, БСФ, ПСГОП соответственно).

Результаты исследования. Исследования показали, что у беременных женщин группы сравнения в сыворотке крови и околоплодной жидкости содержание серомукоидов в среднем равно 112,3 и 3,2 мг/дл соответственно. Уровень серомукоидов в сыворотке крови и околоплодной жидкости у беременных основной группы увеличивается на 57,2 и 97,3% соответственно.

В сыворотке крови женщин группы сравнения найдено в среднем 6,09, 1,98, 0,74 и 0,0094 ммоль/л БСГ, БССК, БСФ и ПСГОП соответственно. При наличии гестоза концентрация этих лабораторных показателей в крови в среднем была равна 9,02, 3,46, 1,17 и 0,0178 ммоль/л, что на 48,1%, 74,7%, 58,1% и 89,3% соответственно выше показателей группы сравнения. У женщин группы сравнения величина отношения концентраций БССК/БСФ равно 2,67, а у беременных основной группы этот показатель равен 3,11. Иными словами, в составе суммарных гликопротеинов сыворотки крови наблюдается относительный рост остатков сиаловых кислот, что свидетельствует в пользу роста концентрации сильно гидратированных молекул гликопротеинов в крови. Увеличение концентрации ПСГОП в крови беременных с гестозом и ПН указывает на повышенный биологический оборот коллагена в организме. Последнему процессу соответствует рост содержания ПСГОП в разовой моче у этих больных в 2,3 раза. В амниотической жидкости беременных группы сравнения найдено в среднем 0,15, 0,067, 0,025 и 0,0083 ммоль/л БСГ, БССК, БСФ и ПСГОП соответственно. Расчет показывает, что в этой биологической жидкости концентрация БСГ, БССК, БСФ и ПСГОП в 40,6, 29,5, 29,6 и 1,13 раз соответственно меньше, чем в сыворотке крови. В околоплодной жидкости беременных основной группы концентрация БСГ увеличивается на 36,2%, БССК – на 39%, БСФ – на 49,6% и ПСГОП – на 86,65% по сравнению с аналогичными данными беременных женщин группы сравнения. При развитии гестоза в суммарных гликопротеинах околоплодной жидкости наблюдается снижение величины отношения БССК/БСФ, что свидетельствует в пользу уменьшения содержания сильно гидратированных молекул в крови. При гестозе как в сыворотке крови, так и в околоплодной жидкости увеличивается содержание БСГ, БССК, БСФ, что свидетельствует в пользу повышения защитных факторов организма. Однако, соотношения между отдельными показателями обмена гликопротеинов в крови и околоплодной жидкости резко изменяются. Увеличение сильно гидратированных гликопротеинов в крови беременных с гестозом и ПН закономерно увеличит долю связанной воды в крови, что объясняет задержку жидкости в организме. Полученные данные также указывают в пользу увеличения в околоплодной жидкости при гестозе гликопротеинов (по данным БСГ, БССК, БСФ) и продуктов распада коллагена (по данным ПСГОП). Обнаруженные нами сдвиги в показателях обмена веществ в околоплодной жидкости не противоречат фактам нарушения при гестозе маточно-плацентарного кровообращения, развития ПН, изменения проницаемости плацентарного барьера, появления в плаценте изменений дистрофического и некротического характера, нарушения структурно-функциональных свойств клеточных мембран, а также обнаружению резкого увеличения разнообразных белков, в том числе появлению ряда антигенов и иммунных комплексов в околоплодной жидкости.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о различной скорости биосинтеза и потребления гликопротеинов в крови и околоплодной жидкости при гестозе в сочетании с ПН. Результаты представленных исследований биологических жидкостей могут дать информацию о механизмах развития ПН.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ ПЛОДА

Сахтарьёк З.Н., Шехова А.Н., Яцкина Т.Я.,
Болокова Л.Х.

Адыгейский республиканский клинический перинатальный центр, Майкоп, Россия

Врожденная гидроцефалия является одним из распространённых и инвалидизирующих пороков развития. Частота встречаемости гидроцефалии составляет от 0,1 до 2,5 случаев на 1000 новорожденных, при этом изолированные формы диагностируются с частотой 0,39-0,87 на 1000 новорожденных. При этом моногенные формы несиндромальной изолированной гидроцефалии составляют около 2%, остальные случаи – мультифакториальной этиологии. Ведущие роли в формировании гидроцефалии отводятся внутриутробной гипоксии плода и внутриутробному инфицированию ЦНС.

У нас под наблюдением находились 20 беременных женщин, у которых выявлена умеренно выраженная вентрикуломегалия или увеличение большой цистерны (в пределах от 10 до 14 мм). Из них вентрикуломегалия была выявлена в 3 триместре у 13 женщин (65%), у 7 женщин (35%) – во 2 триместре. В 13 случаях вентрикуломегалии, выявленной в 3 триместре, в/у гипоксия плода подтверждена методом КТГ, который более информативен с 30 нед., и пролечена. В группе беременных с диагностированной вентрикуломегалией во 2 триместре проведено лечение «а priori» с учетом факторов развития плацентарной недостаточности и гипоксии: в/в р-р глюкозы 20% + аск.к-та 3 мл+ ККБ 100 мг; эссенциале 5мл в/в струйно № 5, затем перорально 2 капс 3 р/сутки в течение 3 недель, актовегин по 5 мл в/в кап-но № 10, курантил 25-50 мг 3 р/сутки 2-3 недели, вит. Е по 1 капс. 1-2 р/сутки, в некоторых случаях рутин по 0,3 г 2-3 р/сутки, пирацетам.

На TORCH-инфекции методом ИФА крови обследованы 15 (75%). Хронический латентный токсоплазмоз выявлен в 8 случаях, авидность во всех случаях была выше 40%. Однако, с учётом высоких титров Ig G, 4-м из них проведена терапия ровамицином по 3 млн.ЕД x 2 р/сутки по 7 дней – по 2-3 курса.

Носительство ЦМВИ выявлено у всех обследованных. Проведено лечение вифероном у 16 женщин. Учитывая отсутствие Ig M и показатели авидности выше 70%, этиотропная терапия ЦМВИ не проводилась.

В результате проведенной пренатальной терапии, в 12 случаях (60 %) удалось добиться регресса показателя УЗ-измерений ширины тел боковых желудочков и/или большой цистерны до нормы, в 7 случаях (35%) – незначительное улучшение или стабилизация процесса, в 1-м случае (5%), несмотря на проводимое лечение, некоторое ухудшение – вентрикуломегалия до 16-18 мм. После рождения у 4-х детей – субклиническая вн.гидроцефалия, все они получают комплексную консервативную терапию. Психомоторное развитие этих детей соответствует возрасту. Остальные дети – здоровы.

Таким образом, пренатальная терапия при выявлении вентрикуломегалии плода, с учётом основных

этиопатогенетических механизмов формирования гидроцефалии, позволяет значительно уменьшить число детей с врожденной гидроцефалией.

КОРРЕГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА ЛАКТАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Сейтжанова К.Д., Рахимова С.Б., Иманбаева Ж.А., Нургалиева Л.И., Мухамеджанова Ж.А.

Казахстан, Алматы, кафедра акушерства и гинекологии №1 КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГКПП «родильный дом №5»

Как известно, количество первородящих старшего возраста с каждым годом возрастает, первая беременность после 35 лет становится все более распространенным в мире. Согласно литературным данным, значительно возрастает число патологий при беременности и осложнения в родах, страдает лактационная функция, что проявляется гипогалактией. Грудное вскармливание относится к приоритетам первого порядка национальных систем здравоохранения, большинство стран мира включаются в программу «Безопасного материнства». Несмотря на важность проблемы, лактационная функция у первородящих старшего возраста мало изучена. Для проведения профилактики гипогалактии предложены различные методы, но эффективных на данном этапе в недостаточном количестве.

Целью исследования является изучение структуры молочных желез, скорости кровотока в молочных железах у первородящих старшего возраста в процессе прохождения оздоровительных мероприятий, а также изучение лактационного периода у матерей исследуемых групп.

Материалы и методы исследования. Разработанная проф. Сейтжановой К.Д. с соавторами, оздоровительная методика, «Дыхательная гимнастика для беременных, рожениц и родильниц», состоит из 4-х частей: психоэмоциональной подготовки, физических упражнений, дыхательной гимнастики и закаливающей процедуры – обливание холодной водой. Исследование проводилось у 50 женщин, из них 30 женщин, занимавшихся оздоровительной методикой и 20 женщин сравнительной группы, не занимавшихся таковой методикой. Обе сравниваемые группы были вполне репрезентативными.

Проведены следующие методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) определение диаметра млечных протоков, толщины паренхимы молочной железы, диаметра аксиллярных лимфатических узлов, доплерометрия молочных желез, кровотоков максимальной и минимальной скорости, индекса резистентности в следующих сосудах молочной железы (латеральной грудной артерии справа и слева, внутрипаренхиматозных сосудах), а также изучен процесс лактации в катамнезе.

Результаты исследования и их обсуждения: В результате исследования выявлено, что в основной груп-

пе отмечается, повышение толщины функционального слоя на 0,2 см, диаметра млечных протоков на 0,2 см, диаметра аксиллярных лимфатических узлов на 0,3 см, по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$). Также скорость кровотока в грудных и внутрипаренхиматозных артериях в основной и сравнительной группах разительно отличаются. В основной группе максимальная скорость кровотока, в латеральных грудных артериях справа и слева больше на 0,7 см/сек, в внутрипаренхиматозных сосудах, больше на 0,6 см/сек, по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$). Минимальная скорость кровотока в грудных латеральных артериях справа и слева в основной группе, больше на 0,1 см/сек, в внутрипаренхиматозных сосудах на 0,5 см/сек, по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$).

Как показали наши исследования, дети, рожденные от матерей занимавшихся дородовой подготовкой, развивались с опережением и меньше болели. Из 50 детей основной группы, процент находившихся на исключительно грудном вскармливании к 6 месячному возрасту составил 100 %, а в сравнительной группе 80 %. К году жизни в основной группе продолжали находиться на грудном вскармливании и смешанном вскармливании в 3 раза больше по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$), причем в сравнительной группе отмечается высокий процент искусственного вскармливания, тогда как в основной группе такой показатель отсутствует.

Следовательно в процессе оздоровительной программы идут позитивные изменения в структуре молочной железы у первородящих старшего возраста, усиление гипертрофии в молочных железах, улучшается микроциркуляция в молочных железах, что приводит в послеродовом периоде к достоверному увеличению объема и улучшению лактационной функции у первородящих старшего возраста.

Resume

Thus, improvement of microcirculation in the mammary glands demonstrates the positive impact of wellness techniques. Based on the data reveal we can say that these changes to improve the subsequent formation of lactogenesis and postpartum process of becoming a lactation woman who gives birth for the first time.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ

Селиванова А.В., Павлова Т.В., Петрухин В.А., Гурьева В.М.

*Россия, г. Белгород, г. Москва
Белгородский государственный университет, МОНИАГ*

Распространенность гипертензивного синдрома среди беременных достигает 30%. Обусловленная различными соматическими заболеваниями, он служит фоном для развития гестоза, частота которого достигает 20%. Оставаясь основной причиной перинатальной заболеваемости (640-780‰) и смертности (18-30‰), гестоз стабильно занимает третье место в структуре

причин материнской смертности по России. Целью исследования явилось углубленное изучение системы мать-плацента-плод при гипертензивном синдроме.

Под наблюдением находилось 132 роженицы при сроке гестации 33-41 недели. Основную группу исследования составили 112 женщин с гипертензивным синдромом различной этиологии (1 группа), и 20 женщин составили группу сравнения. Наряду с общепринятыми методами исследования у беременных проведено суточное мониторирование АД (СМАД) и изучение плацент с использованием световой и электронной (растровой и трансмиссионной) микроскопии.

В 1 группе у 31(27,7%) женщины бала гипертензивная болезнь(ГБ), 54(48,2%) имели ее сочетание с гестозом (легким в 19,6%, средней тяжести в 3,57% и тяжелым в 7,14% случаев) и у 27 был гестоз различной степени тяжести – легкой в 17,9% случаев, средней в 2,68% и тяжелой степени в 3,57% случаев. Особенностью течения беременности в 1 группе является склонность к преждевременному самопроизвольному прерыванию беременности – 44(39,3%) женщины, формированию хронической фетоплацентарной недостаточности в 100% случаев, и СЗРП – 22 (19,6%) женщины. Кесарево сечение проведено у 25 (22,3%) женщин. При этом наличие ГБ не послужило показанием для оперативного родоразрешения ни в одном из случаев.

При анализе СМАД у женщин с гестозом и ГБ среднесуточное значение АД, достоверно не различались. Однако суточная динамика АД различается существенно: дневное и ночное АД при гестозе достоверно не различаются, отсутствует физиологический ночной спад АД, сохраняющейся у беременных с ГБ. Все это свидетельствует о нарушении циркадного ритма АД и ночной активности симпатической нервной системы при гестозе.

При макроскопическом исследовании плаценты было видно, что наиболее выраженные изменения наблюдались при ГБ, осложненной гестозом. Так площадь, занятая кавернами, инфарктами и гематомами превышала 8%, в случаях без гестоза она достигала 5%. Материнская поверхность плацент во всех группах была средне- и крупноподчатая, с плохо выраженными бороздами. Увеличение площади фибриноида в плодовой и материнской поверхностях прогрессировало в зависимости от тяжести и длительности гестоза, а наличие склероза находилось в прямой зависимости от длительности течения ГБ. В межворсинчатом пространстве полнокровие, сладж и тромбоз в большей степени также наблюдались при сочетании ГБ с гестозом. Здесь также выявлены все этапы «замуровывания» ворсин в фибриноид и трансформации их в фибриноидноизмененные и склерозированные.

Ворсинчатое дерево во всех группах приобретало неправильную форму. Резко возрастала площадь ворсинчатого дерева занятая промежуточными ворсинами. В ствольных ворсинах при ГБ, развившей до беременности значительная доля падает на облитерацию сосудов за счет склероза. При изучении терминальных ворсин обращала на себя внимание как десквамация микроворсинок, так и все слои синцитиотрофобласта. В последнем выявлены все стадии некроза ядер, уменьшение числа и деструктивные изменения цитоплазматических органелл, фокальные некрозы.

Базальные мембраны расширены. Содержание коллагена в них увеличено. Все эти изменения также наиболее характерны для сочетания ГБ с гестозом. При легкой степени гестоза в сочетании с ГБ наблюдалось полнокровие капилляров, увеличение активной поверхности эндотелиоцитов, напряженное состояние их органелл свидетельствовали об активизации транспортных процессов в системе мать-плацента-плод. При тяжелой степени гестоза в сочетании с ГБ ряд адаптационных механизмов работает на предельных возможностях своих структур. Увеличилось число полнокровных ворсин (преимущественно при гестозе тяжелой степени), а также наблюдается максимальная десквамация синцитиотрофобласта. В отдельных плацентах при срыве адаптационных процессов на фоне тяжелого гестоза содержание полнокровных ворсин достоверно не отличается от этого показателя в контрольной группе. Возросло содержание фибриноидноизмененных, склерозированных и отечных ворсин. При исследовании на ультраструктурном уровне на первое место выступали альтеративные изменения, нарушающие все функции плаценты без развития компенсаторно-приспособительных процессов.

ВЛИЯНИЕ 6% ГЭК СТАБИЗОЛ® НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ

Семькин А.Н., Павлова Т.В., Петрухин В.А.

*Россия, г. Белгород, ГУ Белгородский
государственный университет*

*Россия, г. Москва, Московский областной НИИ акушерства
и гинекологии*

Проблема антенатальной охраны плода в современных условиях имеет особое значение в связи с сохраняющейся высокой заболеваемостью и смертностью новорожденных, появившихся от матерей, перенесших гестоз.

Цель исследования – улучшение исходов беременности для матери и плода при тяжелом гестозе.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 70 беременных с бальной оценкой гестоза по шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой (2001) 12 баллов и более.

1-я группа – 20 беременных прооперированы в экстренном порядке при поступлении в связи с тяжестью гестоза.

2-я группа – 25 беременных, получали стандартную терапию гестоза

3-я группа 25 беременных помимо стандартной терапии гестоза использовался 6% раствор гидроксигликолизированного крахмала Стабизол® по 400мл внутривенно капельно 1 раз в сутки от 2 до 4-х дней.

Помимо стандартного клинического обследования образцы миометрия, эндометрия, плаценты просматривались и сфотографированы трансмиссионным (Phillips), световым («ТОРИС-Т»СЕТИ), раствором (FE-1 Quata-200-3D) микроскопами. В послеродовом периоде в течение 3 суток проводился мониторинг среднего артериального давления, оценка суточной протеинурии.

Результаты исследования и их обсуждение.

Женщины были сопоставимы по возрасту (средний возраст составил $26,3 \pm 4,3$ года) и паритету родов. Первородящие 61,4%, повторнородящие 38,6%. В анамнезе заболевания сердечно – сосудистой системы встречались у 41,4% беременных, страдали ожирением 30%, болезни мочеполовой системы у 24,3% женщин, анемии у 17,1%. Срок беременности к моменту родоразрешения составлял от 31 до 40 недели ($36,2 \pm 0,3$). Частота преждевременных родов в 1-й группе составила 30%, во 2-й группе 28%, в 3-й группе 24%. Задержка внутриутробного развития плода в 1-й группе встречалась в 25% случаев, во 2-й группе у 20% новорожденных, в 3-й группе у 16%.

Средняя продолжительность течения гестоза в 1-й группе составила $3,6 \pm 0,8$ недели, во 2 группе $5,9 \pm 1,1$ недели, в 3 группе $6,2 \pm 1,5$ недели. В группе женщин, получавших стандартную терапию гестоза беременность удалось пролонгировать на $2,3 \pm 0,7$ суток, а в группе с использованием 6%-ГЭК Стабизол® стабилизация состояния отмечена в течение $5,4 \pm 1,1$. При анализе протеинурии в послеродовом периоде у родильниц, перенесших тяжелый гестоз, отмечена более ранняя динамика снижения суточной потери белка в группе женщин, получавших 6%-ГЭК Стабизол®. Стабилизация среднего артериального давления в группе родильниц, получавших 6%-ГЭК Стабизол® происходила к третьим суткам, в то время, как снижение уровней среднего АД в 1-й и 2-й группах происходило к 5-6 суткам.

Частота перевода новорожденных на второй этап выхаживания в первой группе составила 50%, во второй группе 36%, в третьей группе 20%.

При микроскопировании сосуды кровеносного русла приобретают искаженную форму с нарушенным строением эндотелия, крупные сосуды ишемичны, капилляры преимущественно полнокровны со стазом и гемолизом эритроцитов. При гестозе происходит нарушение строения спиральных артерий, эндотелиоцитов, происходит деструкция ядер и цитоплазматических органелл, выявляются изменения в строении базальной мемbrane и лежащих за ней волокон, происходит развитие склероза, отмечается склонность сосудов к полнокровию, стазу, сладж-феномену. Эти сосудистые поражения в определенной мере корригируются при применении Стабизола®, определяется улучшение процессов кровообращения за счет относительно равномерной наполненности капилляров и компенсаторного полнокровия. При анализе плацент площадь, занятая кавернами, инфарктами и гематомами у женщин 1-й и 2-й групп превышала 8% (средняя масса плаценты в 1-й группе – 460 ± 160 г, во 2-й группе – 596 ± 130 г, в 3-й группе – 586 ± 220 г), наблюдалось значительное уменьшение площади сосудов с проявлением в еще меньшей степени сладж-феномена и тромбоза, увеличение площади эндотелиоцитов, рельефность их люминарного края и возрастание количества пиноцитозных везикул.

Включение раствора 6%-ГЭК Стабизол® позволило провести экстренную частичную реанимацию маточно-плацентарного кровотока в целом и эндотелия в частности, пролонгировать беременность, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома.

Таким образом, использование раствора 6%-гидроксиэтилированного крахмала Стабизол® способ-

ствует стабилизации в системе «мать-плацента-плод», улучшению исходов для новорожденных и матерей, перенесших тяжелые формы гестоза.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ В ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ 1 ТРИМЕСТРА

Сердюков С.В., Новиков Е.И., Глуховец Б.И.

*Россия, г. Санкт-Петербург. НИИ СП им.И.И. Джанелидзе,
ГУЗ ЛОДПАБ*

Актуальность: Неразвивающаяся беременность (НБ) 1 триместра занимает особое место среди гинекологической патологии в связи с клинической непредсказуемостью и разнообразием этиологических факторов. По своей биологической сущности прерывание беременности ранних сроков является проявлением естественного отбора, обеспечивающего рождение здорового потомства. В тоже время НБ может быть проявлением хронических нарушений детородной функции, которые в дальнейшем найдут отражение в повторных выкидышах, эктопической беременности, вторичном бесплодии и т.п. По данным литературы на долю 1 триместра приходится 50% самопроизвольного прерывания подтвержденных беременностей. При существующей системе недифференцированного подхода к диагностике в 50-60% случаев причина прерывания беременности остается неясной.

Цель исследования: Разработка и внедрение комплексного дифференцированного подхода к диагностике прерывания беременности 1 триместра и выявление факторов риска ее развития на основании оригинальной программы патоморфологического исследования абортного материала в случаях замершей беременности 1 триместра.

Материалы и методы исследования: В программу исследования были включены 619 женщин, средний возраст которых составил 29,3 (диапазон 18 – 42 лет) с диагнозом замершей беременности 1 триместра, установленного по результатам клинико-лабораторного обследования, УЗИ и количественного определения ХГЧ. Всем женщинам произведено, по предложенной нами методике, диагностическое выскабливание полости матки и забор цитологического материала из цервикального канала. Выполнялись морфофункциональное исследование соскобов из полости матки (по авторской методике), цитологическое исследование соскобов цервикального канала, ИФА и ПЦР-диагностика ИППП.

Результаты исследования: На основании результатов гистологического исследования абортного материала выделены основные этиопатогенетические группы: восходящее бактериальное инфицирование (50,2%), гематогенная инфекция (38,8%), хромосомная патология (21,2%), недостаточность лютеиновой фазы (24,5%) и иммунная патология (12,2%). Следует уточнить, что на долю сочетанной формы – комбинация нескольких факторов – пришлось 31% случаев ($n=192$), а монокаузальной – 69% ($n=427$). Инфекционная патология, в совокупности, присутствовала в 89% случаев

прерывания беременностей в 1 триместре, при этом результаты цитологического исследования, свидетельствующие о хроническом цервиците, выявлены в 98% случаев (в группе инфекционно-воспалительных) и 30% при других причинах прерывания беременности.

Выводы: В ходе проведенного исследования предложен диагностический алгоритм, направленный на выявление патогенетических вариантов прерывания беременности раннего срока и выявлен основной фактор реализации вагинально-цервикальных инфекций в прерывании беременности 1 триместра, каковым и является хронический цервицит.

Практическая ценность исследования в том, что позволяет путем нормализации

вагинального биоценоза и лечения эндоцервицита в 2-3 раза снизить риск прерывания беременности 1 триместра и предотвратить осложнения беременности на более поздних сроках.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В 22-27 НЕДЕЛЬ

Синицына С.С., Кравченко Е.Н.

Россия, г. Омск, МУЗ КРД № 1

Недонашивание беременности и преждевременные роды на современном этапе являются не только медицинской проблемой, но и социальной, так как определяют высокий уровень заболеваемости новорожденных и перинатальной смертности и непосредственно связаны со состоянием здоровья населения.

Целью нашего исследования было: определить причины прерывания беременности в сроки 22- 27 недель.

При изучении факторов, способствующих преждевременным родам, было выявлено: преждевременный разрыв плодных оболочек произошел у 35 (62,5%) беременных, что явилось инициацией родов. Многоводие было диагностировано у 34 (60,7%) наблюдаемых и, как правило сочеталось с другими маркерами внутриутробной инфекции. Тазовое предлежание выявлено у 11 (19,6%) беременных, аномалии прикрепления плаценты – у 10 (17,8%). Отслойка нормально и низко расположенной плаценты привела к прерыванию беременности оперативным путем у 4 (7,1%) женщин. Истмико – цервикальная недостаточность наблюдалась так же у 4 (7,1%) беременных. Бактериально-вирусная инфекция, выявлена у всех пациенток, при этом клинически выявленный хориоамнионит диагностирован – у 19 (33,9%). Беременность осложнилась гестозом у 7 (12,5%) женщин, при этом четверем из них было произведено кесарево сечение по показаниям со стороны матери, в частности из-за тяжелой степени гестоза.

Сопутствующая экстрагенитальная патология наблюдалась у всех женщин с прерыванием беременности в сроки 22-27 нед., при этом почти у каждой второй женщины (48,2%) имелось несколько заболеваний. Наиболее часто отмечалась патология щитовидной железы (у 24 пациенток – 42,8%). Хроническая железодефицитная анемия диагностирована у 19 (33,9%) женщин, хронический пиелонефрит – у 18 (32,1%), дефицит массы тела – у 15 (26,7%), артериаль-

ная гипертензия – у 9 (16%), ожирение – у 8 (14,2%). На учет в женскую консультацию при сроке беременности до 12 нед. были взяты 18 (32,1%) женщин, от 16 до 22 нед. – 31 (55,4%), не наблюдалось 7 беременных (12,5%). Искусственные аборты имели в анамнезе 52 (92,8%) пациентки, самопроизвольные – 15 (26,8%), при этом у 11 (19,6%) наблюдалось привычное невынашивание беременности. Осложненный гинекологический анамнез имели 25 (44,6%) женщин: из них 14 (25%) перенесли гинекологические операции по поводу доброкачественных опухолей яичников. Длительное бесплодие (свыше 5 лет) имели в анамнезе 9 (16%) пациенток. Миома матки была диагностирована у 2 (3,5%) женщин.

Таким образом, данные нашего исследования подтвердили многообразие этиологических факторов прерывания беременности в сроках гестации 22-27 недель. Ведущим пусковым моментом очень ранних преждевременных родов является преждевременный разрыв плодных оболочек. Другими факторами риска прерывания беременности являются многоводие, развивающееся, как правило на фоне бактериально-вирусных инфекций, аномалии прикрепления и отслойка плаценты, истмико-цервикальная недостаточность. Экстрагенитальная патология наблюдалась у всех женщин с прерыванием беременности в сроки 22-27 нед., при этом почти у каждой второй женщины имелось несколько заболеваний. Анамнестические гинекологические факторы риска включали операции по поводу доброкачественных опухолей яичников, длительное бесплодие и миому матки. Выяснение причин недонашивания беременности важно для профилактики преждевременных родов, предупреждения возможных осложнений матери и ребенка для реализации репродуктивной функции в последующем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Ситаева Н.В., Логвинова И. И., Белова Е. А.*,
Олиферовская Н.И.**

Россия, г. Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, *ГУЗ «Воронежская областная детская клиническая больница №1», **ГУЗ «Воронежское областное патологоанатомическое бюро»

В последние десятилетия во многих странах имеет место рост числа многоплодных беременностей, что связывают с достижениями репродуктивной медицины, а развитие перинатологической помощи привело к увеличению выживаемости маловесных детей, в том числе рожденных от многоплодной беременности.

Цель: провести сравнительный анализ частоты рождения детей от много плодной беременности в 1998 г и 2004 – 2008 г., а также изучить перинатальные потери от многоплодной беременности в Воронежской области.

Материалы и методы: изучены данные статистических отчетов родовспомогательных учреждений области в 1998 г, 2004-2008 гг. Проведен анализ 4024 про-

токолов вскрытий: мертворожденных с массой тела более 500 г и детей, умерших в неонатальном периоде в 1998-2008 гг., которые были проведены в областном патологоанатомическом бюро в 2001-2008 гг., а также результаты проведенной в 2001-2008 гг. антропометрии 1256 выкидышей с массой тела менее 500 г.

Результаты: В 1998 году 7,7 родов на 1000 родов были многоплодными, к 2008 году данный показатель увеличился на 10,4% и составил 8,4 на 1000 родов. В 1998 году в сельских районах частота многоплодных родов составляла 5,1 на 1000 родов, в городских родильных домах 7,6 на 1000, а в областном родильном доме – 17,1 на 1000 родов. За прошедшие 10 лет ситуация изменилась: уменьшилась на 5,9% частота рождения двоен в родильных отделениях центральных районных больниц – до 4,8 на 1000 родов, в то время как в городских родильных домах стало рождаться детей от многоплодной беременности на 5,3% больше – до 8 на 1000 родов, а в областном родильном частота многоплодных родов увеличилась на 29,9% ($p < 0,05$) – до 22 на 1000 родов., что связано с интенсивной работой в последние годы на базе этого родильного дома Центра репродуктивных технологий.

В 1998 году доля вскрытий плодов и детей от многоплодной беременности составляла 51 на 1000 вскрытий, а в 2006-2008 гг – 26 на 1000 вскрытий ($p = 0,003$). Из 4024 вскрытий 157 (3,9%) плодов и новорожденных были от многоплодной беременности, 102 (64,9%) из которых были мужского пола. В 35 случаях имела место гибель одного из плодов, и 59 случаях – пары близнецов. Прерывание беременности по социальным или медицинским показаниям со стороны матери имело место у 20 (12,7%) плодов (10 пар двоен), преждевременные роды, закончившиеся мертворождением обоих плодов – в 102 (64,9%) случаях и смерть ребенка в постнатальном периоде – в 35 (23,4%) случаях. Все мертворожденные были однояйцевыми близнецами. Из 59 пар двоен у 50 (84,7%) имела место дискордантность массы тела более 30 %, а у 19 двоен – более 100%. Средний срок гестации погибших двоен был $26,2 \pm 2,8$ нед.

Из 1256 выкидышей 76 (6,05%) были от многоплодной беременности. В 2001 году удельный вес двоен среди всех выкидышей был 2,4%, а в 2008 г – 8,7% ($p = 0,059$), имеет место тенденция увеличения «замершей беременности» как причины прекращения беременности среди двоен во втором триместре беременности: в 2001 году данная причина не отмечалась, в то время как в 2008 году из 10 беременностей двойней, закончившихся выкидышем, «неразвивающаяся» беременность имела место в 3 случаях (30%).

Выводы: увеличилось число многоплодных родов в целом, а также в крупных родовспомогательных учреждениях, занимающихся репродуктивными технологиями, при этом перинатальные потери среди двоен выше, чем среди синглтонов, и происходят чаще среди однояйцевых двоен, преимущественно со значительной дискордантностью массы тела.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА

Скорнякова Л.М., Коликов А.И.,
Зубенко Н.В., Скорняков А.А.

ГУЗ «Краевой клинический перинатальный центр»,
г. Ставрополь, Россия

Современное акушерство характеризуется высокой частотой абдоминального родоразрешения. В некоторых крупных стационарах процент операций кесарева сечения доходит до 25-30%. Соответственно, существует и проблема послеоперационных гнойно-септических осложнений. Особое место среди них занимает акушерский перитонит. Ведущими специалистами страны предлагается органосохраняющая тактика, предполагающая релапаротомию, иссечение краев раны на матке, наложение вторичных швов, санацию и дренирование брюшной полости, назоинтестинальную декомпрессию (М.А.Курцер, А.И.Давыдов). Однако, это достаточно дорогостоящий и ответственный метод лечения, он не может быть рекомендован как эталон для повсеместного применения. На наш взгляд усилия акушеров должны быть направлены на профилактику тяжелых форм ГВЗ. В литературе широко обсуждаются фармацевтические способы профилактики: антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, качество инфузионных препаратов; шовный материал и методики ушивания раны на матке. Иногда в акушерстве возникают ситуации, когда операция производится в условиях латентной или клинически выраженной инфекции. Единственным существующим методом профилактики тяжелых форм ГВЗ в таких условиях является экстраперитонеальное кесарево сечение (В.И.Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова, 2004 год; А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев, 2008 год). В условиях операции излагается ряд противопоказаний, которые не учитываются другими авторами (Zabransky F., Grossmanova H., 2001 год). В Ставропольском краевом клиническом перинатальном центре процент оперативного родоразрешения достигает 28-29%. Наряду с другими методами операции, широко используется экстраперитонеальное кесарево сечение. Процент послеоперационных гнойно-септических осложнений за последние 15 лет составляет от 2 до 4,5%; акушерский перитонит не зарегистрирован. Мы считаем, что нам удалось избежать тяжелых форм ГВЗ благодаря рациональной методике операции при высокой степени риска. В основе техники экстраперитонеального кесарева сечения лежит методика Е.Н.Морозова. Основные моменты операции: вскрытие передней брюшной стенки до брюшины по Joel-Cohen; отведение правой прямой мышцы живота; острое рассечение f. pubovesicalis, после чего легко отсепаровывается мочевого пузыря, рассечение f. endopelviniae transversa тупым или острым путем; вскрытие нижнего сегмента и извлечение плода выполняется традиционно. Рана на матке ушивается непрерывным швом из полисорба. После операции назначается трехдневный курс антибиотикотерапии. Приведем анализ 42 операций (4,2%

от общего количества), выполненных в прошедшем году. Плановых было 14 (33,3%) операций, экстренных – 28 (66,4%). Показаниями к плановой операции послужили: поперечное положение плода – 5 случаев; рубец на матке после операции кесарева сечения – 2 случая; экстрагенитальная патология, требующая выключения потуг – 3 случая; возраст первородящей с отягощенным гинекологическим анамнезом – 2 случая; тройня – 1 случай; тазовое предлежание плода – 1 случай. Экстренные операции выполнялись по следующим показаниям: аномалии родовой деятельности -10; клинически узкий таз -10; острая внутриутробная гипоксия – 4; тазовое предлежание плода – 4 случая. Необходимо заметить, что высокий риск инфицирования был связан с длительным безводным периодом (до 3 суток) у 13 пациенток; кольпитом у 16 рожениц; истмико-цервикальной недостаточностью и швом на шейке матки у 7 пациенток; туберкулезом, бронхоэктатической болезнью – у 2; хроническим абсцедирующим гидраденитом – у 1 беременной. У каждой третьей пациентки, в 33,3%, роды были преждевременными.

В удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов родилось 83,3% детей; по Апгар 6-7 баллов – 16,6% детей. Случаев перинатальной смертности не зарегистрировано. Масса новорожденных была от 1250 до 4420 граммов. Длительность операции составила от 20 до 36 минут. Кровопотеря не превышала 700 мл. Все операции выполнены под спинномозговой анестезией. Послеоперационный период осложнился эндометритом у 3,2% рожениц, оперированных в экстренном порядке. Генерализованные формы ГВЗ отсутствовали.

Таким образом, проведенный анализ показал, что экстраперитонеальное кесарево сечение является существенным методом профилактики тяжелых послеоперационных гнойно-септических осложнений, выполняется в любом сроке гестации после 28 недель беременности. Поперечное положение плода, крупные размеры его и рубец на матке не являются противопоказанием для выполнения данной модификации. Методика экстраперитонеального кесарева сечения может быть рекомендована только высококвалифицированным специалистам, хорошо владеющим техникой операции, поскольку всегда выполняется в условиях высокой степени риска ГВЗ. Предпочтительным методом анестезии следует считать спинномозговую.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Слабинская Т.В., Ларькин Д. М.

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Несмотря на развитие медицинских технологий, одной из главных причин материнской смертности в России и мире остаются кровотечения в последовом и послеродовом периоде, частота которых колеблется от 2,5 до 8,0%. Послеродовый гемостаз – процесс сложный и многокомпонентный, он обеспечивается мышечными, гемокоагуляционными, сосудистыми и тканевыми

факторами. Нарушение функционирования любого элемента системы может привести к патологической кровопотере. Женщины, имеющие тяжелую соматическую и акушерскую патологию традиционно относятся к группе высокого риска по развитию кровотечения и нуждаются в специализированной помощи.

Уральский НИИ ОММ с 2004 года функционирует как региональный перинатальный центр, оказывающий помощь женщинам и детям Уральского федерального округа и являющийся базой для территориального центра медицины катастроф (ТЦМК и НС).

Цель исследования: изучить особенности течения родов и некоторые показатели гемостаза у женщин с кровотечением в последовом и послеродовом периоде при родах через естественные родовые пути.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 68 обменно-уведомительных карт и историй родов женщин, родоразрешившихся в ФГУ НИИ ОММ в 2008 году, последовый или послеродовый период которых осложнился кровотечением.

Результаты исследования: В НИИ ОММ частота кровотечений в последовом и послеродовом периоде в 2008 году составила 2,7%, из них 81% – при родоразрешении через естественные родовые пути. В III периоде родов произошло 83% кровотечений, в раннем послеродовом периоде (в течение 2 часов после родов) – 10%, в позднем – 7%. У 48 рожениц (71%) объем кровопотери составил 500,0-800,0 мл, у 16 (24%) – более 800,0 мл, у 3 (5%) – более 1500,0 мл. У 43 рожениц (63%) кровотечение произошло в результате гипотонии матки, в том числе у 6 (10%) – сочетанного генеза (коагулопатическое и гипотоническое), у 23 (34%) – при дефекте последа или его частичном интимном прикреплении, у 2 (3%) – кровотечение из разрывов мягких тканей, у одной женщины – при наличии *placenta accreta*. У большинства рожениц имело место осложненное течение родового акта: преждевременный разрыв плодного пузыря (22%), аномалии родовой деятельности (15%, в том числе стремительные и быстрые роды у пациенток с многоплодной беременностью, многоводием, крупным плодом), частичная отслойка нормально расположенной плаценты (12%), аномальное количество околоплодных вод (15%), высокий уровень материнского травматизма (36%). Применение родовозбуждения и/или родоусиления у женщин с кровотечением в последовом и послеродовом периоде не превысило 17%. Характер соматической патологии оказался традиционным и включал в себя артериальную гипертензию, варикозную болезнь, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. АФС диагностирован у 5% женщин, дефицит веса – у 20%, ожирение у 5%, в 1 случае – тромбоз. Отягощение акушерского анамнеза – это первичное бесплодие и выкидыши в 12% случаев, регрессирующая беременность у 4%, в 20% – аборт, у 4% миомы матки различной локализации, у одной женщины – пузырный занос.

Большинство беременных поступали на роды из клиник института – 62%. На амбулаторном этапе состояние гемостаза было обследовано у 65% беременных, у 6% выявлена гипофибриногенемия 2,5-2,9 г/л. Показатели гемостазиограммы при обследовании в НИИ ОММ у 68% беременных имели минимальные отклонения или были в пределах физиологической

нормы 3 триместра гестации. У 5% женщин отмечена гипофибриногенемия 2,0-2,8г/л, у 20% – тромбоцитопения 128±18*10⁹/л. Корреляционной зависимости между уровнем кровопотери и показателями гемостазиограммы не выявлено.

Оказание помощи женщинам при кровотечении в послеродовом и послеродовом периоде включало в себя консервативные мероприятия (в том числе ручное обследование полости матки, клеммирование параметриев по методике Генкеля-Тиканадзе) и рациональную инфузионно-трансфузионную терапию. В одном случае, при наличии диагностированной placenta accreta, проведена гистерэктомия.

Заключение. Кровотечения в послеродовом и послеродовом периоде связаны как с акушерскими, так и с соматическими патологическими состояниями. Выделение рожениц группы риска по развитию кровотечения (аномалии родовой деятельности, многоплодие, макросомия плода, аномальное количество околоплодных вод, частичная отслойка плаценты в родах и др.) и сугубое наблюдение в процессе родов при исключении элементов акушерской агрессии позволяет снизить число тяжелых инвалидизирующих осложнений у этих женщин.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА

Смирнова А.Ю.¹, Хамошина М.Б.²

Курс акушерства и гинекологии ФПК и ППС, Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия¹

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Российский университет дружбы народов, Москва, Россия²

Несмотря на высокий уровень внедрения современных перинатальных технологий, проблема снижения перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности в России все еще далека от окончательного решения. По данным официальной статистики, лидирующие позиции среди причин перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности, а также детской инвалидности в стране продолжают занимать врожденные аномалии развития (ВА) плода. Перспективным направлением, способствующим предупреждению рождения детей с ВА и, тем самым, снижению перинатальных показателей, является оптимизация формирования контингентов беременных женщин, подлежащих пренатальной диагностике, в том числе инвазивной, на основании математического прогнозирования вероятности наличия ВА у плода с учетом региональной специфики. Особенностью территории Приморского края является высокая частота выявления ВА у плода среди беременных женщин моложе 25 лет (48,6%). С целью оптимизации формирования контингентов риска наличия ВА у плода среди беременных женщин проведен многофакторный математический анализ массива данных 620 родильниц, наблюдавшихся в Медико-генетической консультации Краевого клинического Центра специализированных видов медицинской помощи (материнство и детство)

(гл. врач – член-корр. РАМН, проф. Гельцер Б.И.) и обследованных с применением комплекса современных пренатальных технологий. Из них 335 женщин имели риск рождения плода с ВА и родили детей с ВА, диагностированными пренатально или в раннем неонатальном периоде, 166 матерей имели во время беременности риск рождения ребенка с ВА, но родили здоровых детей, а 119 женщин не имели риска рождения ребенка с ВА и родили здоровых детей. С помощью логистического регрессионного анализа была построена статистическая модель прогноза индивидуального риска наличия ВА у плода для беременной женщины:

$$P = \hat{a}^y / (1 + \hat{a}^y), \text{ при}$$

$$y = -1,358 + 18 \cdot X_1 + 19 \cdot X_2 - 0,689465 \cdot X_3 + 0,542815 \cdot X_4$$

где P – вероятность наличия ВА у плода; Y – логит-преобразование; e – математическая константа, равная 2,78; x₁ – ВПР у ребенка в анамнезе; x₂ – наличие изменений при УЗИ во время беременности; x₃ – отклонение от нормы PAP; x₄ – возраст 16-24 года. Полученная модель была применена к исходной базе данных. В результате из 294 женщин с верифицированными ВА у плода, у 252 (85,71%) их наличие было выявлено с вероятностью 100%. Для использования прогностической модели разработан автономный файл формата Excel. При внесении в таблицу значений имеющихся у женщины факторов риска в соответствующих ячейках появляется результат расчета вероятности наличия ВПР, при вероятности более 50% беременная относится к группе риска и подлежит проведению всего комплекса диагностических пренатальных процедур. Прогностическая математическая модель, разработанная с учетом региональной специфики, может применяться на практике в автоматизированном виде на персональном компьютере врачами акушерами-гинекологами, врачами общей практики и клиническими генетиками. Ее внедрение в клиническую практику позволило снизить за период 1998-2007гг. показатели перинатальной и младенческой смертности от всех причин на 38,9% и 28,9% соответственно (p<0,01), а также показатели перинатальной (на 50,0%, p<0,01) и младенческой смертности по причине врожденных аномалий (на 30,9%, p<0,01).

БИОАМИНСОДЕРЖАЩИЕ СТРУКТУРЫ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Смирнова Т.Л.

Россия, г. Чебоксары, ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова»

Плацентарная недостаточность – синдром, представляющий собой результат сложной реакции плода и плаценты. Нормальное развитие и функция плаценты зависят от многих факторов, влияющих на ее морфологию, микроциркуляцию, метаболизм. Причиной плацентарной недостаточности являются иммунные нарушения. Важную роль в развитии

плацентарной недостаточности играют биологически активные вещества: катехоламины (КА), серотонин (СТ), гистамин (Г), являющиеся регуляторами иммунных процессов.

Целью нашей работы явилось изучение содержания биогенных аминов в структурах плаценты.

Плаценты родильниц с физиологическим течением беременности и беременностью, осложненной плацентарной недостаточностью, обрабатывались следующими гистохимическими методами: Фалька-Хилларпа для выявления норадреналин- и серотонин-содержащих структур; Кросса, Эвена, Роста для выявления гистаминсодержащих структур с последующей цитоспектрофлуориметрией; альдегид-фуксином по Гомори для выявления клеток APUD-системы; окраска суданом черным «В» без гидролиза и с продленным гидролизом для выявления свободных и связанных мембранных фосфолипидов; окраска альциановым синим и сафранином для выявления зрелого гепарина и других кислых гликозаминогликанов; биотин-стрептавидин-пероксидазным методом с использованием анти-CD-68, NSE, Vim, α -SMA, ЕМА моноклональных антител.

Изучено содержание биогенных аминов в структурах плаценты: люминесцирующих гранулярных клетках, синцитиотрофобласте, децидуальных и тучных клетках, стромах ворсин. В плаценте родильниц с физиологическим течением беременности содержание СТ в люминесцирующих гранулярных клетках составляет $45,6 \pm 1,2$ усл.ед., КА – $50,3 \pm 0,38$ усл.ед., Г – $120,3 \pm 1,42$ усл.ед. При плацентарной недостаточности содержание аминов в люминесцирующих гранулярных макрофагах повышается: СТ $84,5 \pm 1,3$ усл.ед., КА $85,2 \pm 0,05$ усл.ед., Г $540,8 \pm 3,5$ усл.ед. При субкомпенсированной плацентарной недостаточности нарушается микроциркуляция, преобладают инволютивно-дистрофические процессы. При декомпенсированной плацентарной недостаточности гепариновый протеогликан тучных клеток не обнаруживается, строма ворсин окрашивается сафранинофильно.

Повышение биоаминов в структурах плаценты связано с выбросом из нейроэндокринных клеток-накопителей, повышением биосинтеза из предшественников, нарушением процессов инактивации аминов посредством дезаминирования, метилирования, взаимодействия с гепарином, белками, углеводами, липидами, поступлением аминов из других источников с кровью.

Антиген макросиалин (CD-68) является маркером макрофагов, дендритных и тучных клеток. В плаценте родильниц с физиологическим течением беременности обнаруживаются CD-68-позитивные макрофаги в стромах ворсин и децидуальной оболочке. При плацентарной недостаточности увеличивается среднее количество CD-68-позитивных клеток в стромах ворсин в 3 раза, а в децидуальной оболочке в 5,7 раз. Увеличение клеток макрофагального ряда в плаценте при плацентарной недостаточности происходит путем их миграции CD-68-положительных клеток из кровотока. Гранулярные CD-68-позитивные клетки топографически совпадают с люминесцирующими гранулярными макрофагами, тучными клетками.

Постановкой комплекса иммуногистохимических реакций с моноклональными антителами к нейрон-специфической енолазе (NSE), виментину (Vim), α -гладкомышечному актину (α -SMA), панцитокера-

тину (ЕМА) выявлены нейроэндокринные клетки. Окраска препаратов плаценты альдегид-фуксином позволила выявить нейроэндокринные клетки APUD-системы в синцитиальных узелках.

Биогенные амины оказывают иммунорегуляторное воздействие как в области маточно-плацентарной площадки, так и системное воздействие на организм беременной женщины при осложненном течении беременности. Плацента играет важную роль в развитии нейроэндокринноиммунных изменений при плацентарной недостаточности.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НЕБИВОЛОЛ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ И ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Смолянинова В.В., Орлов А.В., Эльжорукаева Ж.А., Ковпий Ю.В., Саргсян О.Д.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии»

На протяжении последних десятилетий одной из главных причин перинатальной заболеваемости и смертности является плацентарная недостаточность, которая сопровождается гипоксией, задержкой роста плода (Н.В. Афанасьев и соавт., 2007). Современное представление о механизмах формирования акушерской патологии в отечественной и зарубежной научной литературе свидетельствуют о том, что в основе нарушений гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне лежит неполноценная инвазия ворсин хориона в просвет спиральных артерий. Изучение механизмов развития акушерских осложнений и разработка эффективных методов профилактики и лечения является одним из приоритетных направлений современного акушерства.

Целью исследования – изучить влияние небиволола (донор оксида азота) на маточно-плацентарную и фето-плацентарную гемодинамику во втором триместре беременности.

Обследовано 100 пациенток, со сроком гестации 12-24 недели беременности, у которых при доплерометрическом исследовании выявлялись нарушения маточно-плацентарной или фето-плацентарной гемодинамики.

Пациентки были сопоставимы по возрасту, соматическому и акушерско-гинекологическому анамнезу. Информированное согласие на исследование было получено у всех беременных.

Небиволол, являющийся донором оксида азота, тем самым обладающий выраженным вазодилатирующим эффектом назначался в дозе 2,5 мг (1/2т) x 2р/сутки под контролем доплерометрии на 3, 7-ой день от начала лечения. Курс терапии составлял 10

дней. Длительность лечения определялась показателями доплерометрии. Препарат использовался в качестве монотерапии.

Полученные результаты: Небиволол оказывает выраженное влияние на показатели маточно-плацентарной и фето-плацентарной гемодинамики. У 85 беременных (85%) через 72 часа от начала лечения полностью восстанавливался кровоток, что сопровождалось снижением индекса резистентности в исходно спазмированной маточной артерии. На 7-ой день терапии небивололом кровоток восстанавливался в 100% случаев наблюдений.

Контрольное доплерометрическое исследование, проводимое через 3-5 дней после отмены небиволола указывала на стойкую нормализацию показателей гемодинамики в функциональной системе «мать-плацента-плод». При нарушении гемодинамики, сопровождающейся спазмом в артерии пуповины, выраженный вазодилатирующий эффект небиволола проявлялся также через 72 часа и носил стойкий характер после завершения курса терапии у всех беременных в исследуемой группе.

Препарат пациентками переносился хорошо. Вместе с тем у 12 женщин (12%) отмечались головные боли, связанные с гипотензивным действием препарата, возникающие на первые сутки терапии и купирующиеся приемом анальгетиков. За время лечения небивололом среди женщин исследуемой группы не отмечалось ни одного случая прерывания беременности. На показатели центральной гемодинамики препарат не оказывал отрицательного влияния, что подтверждалось суточным мониторингом деятельности сердечно-сосудистой системы.

С практической точки зрения, монотерапия небивололом позволяет контролируемо проводить терапию нарушений маточно-плацентарной и фето-плацентарной гемодинамики, значительно снижает экономические затраты и исключает полипрогмазию в лечении акушерских осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ГЕНЕЗА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

**Смолянинова В.В., Орлов А.В., Эльжорукаева Ж.А.,
Ковпий Ю.В., Смолянинов Г.В.**

Россия, г. Ростов-на-Дону, Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии»

Исследования последних 10-15 лет существенно изменили представление о роли эндотелия сосудов в развитии основных видов акушерских осложнений. Оказалось, эндотелий синтезирует огромное количество биологически активных веществ, играющих весьма важную роль во многих процессах в норме и патологии. Строение сосудистой стенки создает определенную закономерность в выработке и распределении вазоконстрикторов и вазодилататоров (З.А. Лупинская, 2003). Пока эндотелий цел, не поврежден, он синтезирует главным образом вазодилататоры. Но при про-

должительном повреждении эндотелия, по мнению многих исследователей, эндотелий начинает вырабатывать вазоконстрикторы, которые играют ключевую роль в патогенезе развития многих заболеваний, в том числе и акушерских осложнений (В.Б. Сергиенко и соавт., 1999).

Большое значение в поддержании адекватного кровотока придает оксиду азота (NO), который синтезируется эндотелием сосудов и обладает выраженным вазодилататором. Основным стимулятором активности оксида азота является гипоксия в месте инвазии трофобласта.

Изучение структуры и функции эндотелия сосудов при развитии акушерских осложнений, способствовало внедрению новых форм лекарственных средств.

Поскольку согласно современному представлению основные виды акушерской патологии, в том и плацентарная недостаточность формируются на ранних этапах ее развития. Научный поиск в диагностике и лечении указанных видов патологии концентрируется на раннем выявлении нарушений формирования плода и современной коррекции нарушений маточно-плацентарной и фето-плацентарной гемодинамики, как правило, имеющей место быть при осложненном течении беременности.

В рамках проводимого исследования, для терапии нарушений маточно-плацентарной и фето-плацентарной гемодинамики во втором триместре беременности назначался небиволол – донор оксида азота, per os.

Контроль за качеством монотерапии проводился путем определения содержания оксида азота (NO) в сыворотке крови до и после лечения. В исследование были включены 50 пациенток при сроке 12-24 недели беременности с нарушением гемодинамики при доплерометрическом исследовании. Исследование было одобрено этическим комитетом. Все пациентки были сопоставимы по соматическому, акушерско-гинекологическому анамнезу и по возрасту.

Как показали полученные данные, после терапии небивололом, содержание оксида азота в сыворотке крови пациенток изучаемой группы увеличивался в 5 раз, по сравнению с исходными данными. Положительная динамика отмечалась и при доплерометрическом исследовании. Так при регистрации доплерограмм через 72 часа, у 35 беременных отсутствовали нарушения гемодинамики.

Полученные данные при использовании небиволола, как донора оксида азота, позволяют сделать заключение об эффективности его применения при нарушениях гемодинамики и требуют дальнейшего исследования в этом направлении.

РОЛЬ СКРЫТЫХ НАРУШЕНИЙ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ В ГЕНЕЗЕ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Смурыгина В.В.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета

Актуальность: Акушерские кровотечения остаются серьезной проблемой в акушерстве. Это одна из ведущих причин материнской смертности, поэтому вопросы их патогенеза и профилактики являются актуальными с точки зрения практической медицины.

Цель: изучение возможной взаимосвязи между невыявленными до беременности скрытыми нарушениями свертываемости крови и массивной геморрагией в родах.

Материалы и методы исследования: обследована 61 женщина в возрасте от 20 до 45 лет с массивными акушерскими кровотечениями в анамнезе, составляющими от 1.5% до 5% массы тела. Первородящих 72.5%, повторнородящих 27.5%, из них у 17.6% были повторные кровотечения в родах.

15 женщин наблюдались проспективно во время повторной беременности.

Результаты: При исследовании системы гемостаза у 60.7% женщин выявлена тромбофилия генетическая (55%), приобретенная (7.8%) или мультигенная (4%).

Под диагнозом «генетическая тромбофилия» мы понимали наличие у женщины 3 и более гомозиготных и/или 5 и более гетерозиготных полиморфизмов генов гемостаза, или мутации фактора V Leiden или протромбина G20210A.

Мутация MTHFR выявлена в 59.4% случаев (в 35% гомозиготная, в 65% гетерозиготная формы, при гомозиготной форме гипергомоцистеинемия в 100% случаев). Полиморфизм PAI-1 4G/5G выявлен у 87.5% женщин с генетическими формами тромбофилии (в 68% гомозиготная, в 32% гетерозиготная формы). Полиморфизм в гене гликопротеина Gp-Ia у 75%, в гене гликопротеина Gp-IIIa у 43%, в гене АПФ у 56.3%, в гене фибриногена у 62.5%, в гене FHa_g 46C/T у 47%, в гене фактора XIII I/D у 42%, в гене ангиотензиногена у 17.4% женщин с генетической тромбофилией.

У 71.3% женщин выявлена тромбоцитопатия, у 13.3% обнаружены признаки болезни Виллебранда, из них у 5 (62.5%) – 1 типа, у 2 женщин (25%) 2А и в 1 случае (12.5%) – 2В типа. У остальных обнаружена недифференцированная тромбоцитопатия – снижение агрегации тромбоцитов менее 30 с одним из индукторов (АДФ, адреналин, ристомин, коллаген) и/или структурная гипокоагуляция (снижение ИТП по тромбоэластограмме менее 20). Причем, в 47.8% выявлено сочетание тромбоцитопатии с тромбофилией.

У 9.8% не выявлено значимых нарушений гемостаза.

15 женщинам, наблюдавшимся проспективно, проводилась дифференцированная патогенетическая терапия и профилактика в соответствии с выявленным нарушением. У всех беременность завершилась благоприятно, рождением живого ребенка, случаев акушерского кровотечения не было.

Заключение: Результаты исследования позволяют предположить, что изначальные скрытые нарушения системы гемостаза могут играть ключевую роль в генезе массивной акушерской кровопотери. Согласно нашим результатам исходные нарушения свертывания крови являются одним из важнейших факторов риска массивных акушерских кровотечений, о чем свидетельствуют выявленные тромбоцитарные дефекты, генетическая и приобретенная тромбофилия. При этом ДВС синдром, по нашим данным, одна из наиболее частых причин кровотечения, поскольку к моменту родов он из компенсированной формы переходит в декомпенсированную, с массивной коагулопатией потребления. Особенно это представляется важным при наличии предшествующей тромбоцитарной патологии и/или сочетании ее с тромбофилией, что усугубляет течение ДВС и ускоряет его переход в декомпенсированную форму.

Это подтверждаются тем, что в проспективной группе, несмотря на повторные кровотечения в анамнезе, при дифференцированной профилактике не наблюдалось ни одного случая кровотечения в родах или при операции кесарево сечение.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ УСЛОВИЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Сорокина Н.Я., Самчук П.М., Бородашкин В.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Основной целью работы акушеров является сохранение, как физического здоровья матери и новорожденного, так и психического здоровья и социальной активности женщины после оперативного родоразрешения (Краснопольский В.И., 1998; Чернуха Е.А., 2003).

Многие авторы указывают на срыв запуска механизмов адаптации к внеутробной жизни при рождении ребенка путем операции кесарево сечение (Цыбульская И.С., 1984; Коростылева Г.В., 1996). В настоящее время, имеются единичные сообщения об изучении состояния новорожденных в зависимости от условий сложившихся на кануне операции кесарево сечение при доношенной беременности (наличие родовой деятельности, целостности плодных оболочек, экстренности, плановости операции).

Целью нашего исследования явилось изучение влияния некоторых условий в предоперационном периоде на состояние новорожденных родоразрешенных оперативным способом.

Под нашим наблюдением находилось 95 пациенток родоразрешенных путем операции кесарево сечение в Иркутской Областной Перинатальной центра города Иркутска в 2007-2008 гг.

Все пациентки были разделены на 4 группы в зависимости от состояния предоперационного периода. Первую группу – (n=39) составили родильницы родо-

разрешенные в плановом порядке путем операции кесарево сечение, без родовой деятельности при целых околоплодных водах. Вторую группу – (n=19) составили родильницы родоразрешенные путем операции кесарево сечение в экстренном порядке, с непродолжительной регулярной родовой деятельностью и целыми околоплодными водами. Третью группу – (n=16) составили родильницы родоразрешенные путем операции кесарево сечение в экстренном порядке, с длительной регулярной родовой деятельностью и отошедшими околоплодными водами. Четвертую группу – (n=21) составили родильницы родоразрешенные путем операции кесарево сечение в экстренном порядке, без родовой деятельности с отошедшими околоплодными водами. Средний возраст женщин составил $24,5 \pm 4,6$ лет.

Показанием к операции кесарево сечение в первой группе в подавляющем большинстве 18(46,2%) явился рубец на матке в сочетании с тазовым предлежанием, крупным плодом гестозом. В 20(51,2%) беременных имелись сочетанные показания к операции. Со стороны плода показания к операции отмечены в одном случае и составили 2,6%. Во второй группе ведущим показанием к операции явился также рубец на матке в 36,8% случаев, сочетанные показания составили 57,9%, показания со стороны плода (прогрессирующая гипоксия) отмечены только в 1(5,3%) случае. Основным показанием к операции кесарево сечение в третьей группе явились аномалии родовой деятельности, не поддающиеся лечению (56,3%), сочетанные показания имели место в 37,4% случаев, и в одном случае (6,3%) показанием явилась гипоксия плода. В четвертой группе пациенток основными показаниями к операции явились сочетанные показания (92%) и в 2(8%) случаях показаниями явилась гипоксия плода.

Методом обезболивания в 1 группе пациенток был избран в 71,5% случаев эндотрахеальный наркоз, в 28,2% случаев использована эпидуральная анестезия. Во второй группе пациенток в 94,7% случаев был избран эндотрахеальный наркоз, в 5,3% использована эпидуральная анестезия. В 3 группе – пациенток был избран в 75% случаев эндотрахеальный наркоз, в 25% использована эпидуральная анестезия. В пациенток 4 группы был избран в 100% случаев эндотрахеальный наркоз.

Оценка новорожденных по бальной шкале Апгар проведена на 1 и 5 минуте от рождения. Состояние новорожденных в первой группе оценено на 9-10 баллов в 46,2% случаев, 8-9 баллов -38,5%, 7-8 баллов – 10,2%, и умеренная степень асфиксии отмечена в 5,1% случаев новорожденных. В 94,9% случаев, дети в 1-й группе родились в удовлетворительном состоянии. Во второй группе все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии и оценены в 9-10 баллов в 21% случаев, в 8-9 баллов – 58%, в 7-8 баллов – 21%. В третьей группе состояние новорожденных оценено в 9-10 баллов в 6,25% случаев, 8-9 баллов -25%, 7-8 баллов – 43,7%, в умеренной асфиксии родилось 25% новорожденных. В четвертой группе все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии.

На основании проведенного исследования следует, что начало родовой деятельности, излитие околоплодных вод перед проведением операции кесарева сечения, приводит к запуску механизмов адаптации новорожденных в раннем послеродовом периоде и рожде-

нию их в удовлетворительном состоянии. Длительная родовая деятельность с использованием родоусиления на фоне излития околоплодных вод и последующее оперативное родоразрешение ухудшает исходы для новорожденного.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ГРУППОЙ КРОВИ

Спиридонова Н.В.

Кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета

Общеизвестно, что адаптационный процесс на любом уровне организации живой материи сопровождается изменением активности ферментов и уровня субстратов (П. Хочачка, Дж. Самеро, 1988). Анализ энзимологических сдвигов дает возможность осуществить более полноценную трактовку биохимических показателей при различных состояниях организма (Росль И.М. и соавт., 2004). Поэтому изменение активности ферментов у женщин с гестозом представляет особый интерес.

Целью нашего исследования явилось изучение активности ферментов крови у женщин с гестозом различной степени тяжести и взаимосвязь с группой крови. Обследовано 404 беременных. Из них: 202 пациентки с физиологическим течением гестации и 202 женщины с беременностью, осложнённой гестозом (159- с гестозом легкой степени тяжести, 43 беременных с гестозом средней степени тяжести). Верификация диагноза гестоза и установления его степени тяжести производили в соответствии со шкалой Гоека в модификации Г.М. Савельевой. Определение параметров метаболизма сыворотки крови производилось на автоматическом биохимическом анализаторе «Hitachi – 902» фирмы «Roche» с помощью коммерческого набора реактивов фирмы «Roche».

Нами выявлено, что у женщин с физиологической беременностью происходит отчетливое изменение активности ключевых ферментов (аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ)) со снижением коэффициента де Ритгиса с 1,4 до 0,78 в сравнении с данными у небеременных женщин. Характерно, что изменение активности ферментов наблюдалось нами только у пациенток с O(I) и A(II) группами крови, что указывает на различную «активацию» глюкозо-аланинового шунта у беременных. У пациенток с AB(IV) группой крови происходит активация и АЛТ, и АСТ. Возможно, активация АЛТ при физиологической беременности обеспечивает сохранение эффективного глюконеогенеза за счет интеграции белкового и углеводного обмена, чего не наблюдается у беременных с B(III) группой крови.

При развитии гестоза легкой степени тяжести наблюдается уравнивание активности АЛТ ($22,00 \pm 2,18$ МЕ/л) и АСТ ($22,16 \pm 1,49$ МЕ/л), при этом коэффициент де Ритгиса равен единице. У беременных с гесто-

зом средней степени тяжести наблюдается активация обоих ферментов, однако, активация АСТ превалирует над активностью АЛТ ($38,34 \pm 7,66$ МЕ/л и $32,52 \pm 6,25$ МЕ/л соответственно). При этом коэффициент де Ритиса стал равен 1,2, что, возможно, указывает на интенсификацию цикла трикарбоновых кислот с целью сохранения в организме матери достаточного фонда унифицированных субстратов для энергообеспечения. Максимально выраженная активация АСТ при гестозе средней степени тяжести наблюдалась у беременных с А(II) группой крови (в 2 раза; $p < 0,001$), также в этой группе крови выявлена активация и АЛТ (коэффициент де Ритиса равен 1,13). В В(III) группе крови имела место лишь активация АСТ при незначительном увеличении активности АЛТ (коэффициент де Ритиса – 1,47).

Активность АЛТ при гестозе имела выраженную корреляционную отрицательную зависимость с активностью амилазы ($r = -0,93$; $p < 0,001$), креатинфосфокиназы ($r = -0,85$; $p < 0,01$) и умеренную корреляционную зависимость с активностью АСТ ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Активность АСТ имела множественные выраженные корреляционные зависимости с активностью щелочной фосфатазы ($r = 0,73$; $p < 0,04$), лактатдегидрогеназы ($r = 0,78$; $p < 0,03$) и умеренную корреляционную зависимость с активностью АЛТ в крови ($r = 0,48$; $p < 0,001$).

Анализируя активность другой ключевой трансферазы, установлено, что у беременных с гестозом -глутамилтранспептидаза (ГГТ) снижалась до $12,13 \pm 2,69$ МЕ/л ($-39,7\%$; $p < 0,05$), а при развитии гестоза средней степени тяжести мы наблюдали еще более выраженную гипоферментемию, что, возможно, обуславливает блок транспорта аминокислот в клетки.

Активность креатинфосфокиназы (КФК) при развитии гестоза легкой степени тяжести уменьшилась до $42,67 \pm 13,12$ ($-62,3\%$; $p < 0,001$), а при средней степени тяжести – еще в 2 раза ($p < 0,001$).

Однако активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) при гестозе увеличилась до $503,50 \pm 5,50$ МЕ/л ($+17,3\%$; $p < 0,001$), что свидетельствует об увеличении доли анаэробных процессов в окислительном метаболизме. Активность щелочной фосфатазы (ЩФ) возрастала в 3 раза – до $506,00 \pm 51,12$ МЕ/л ($p < 0,001$), отражая активацию процессов дефосфорилирования органических субстратов, обеднения за счет этого метаболических потоков, что создает предпосылки для энергетического дефицита в организме.

Таким образом, при анализе энзимологических сдвигов при беременности осложненной гестозом мы выявили инверсию активности аланинаминотрансферазы и аспаратаминотрансферазы, угнетение активности гаммаглутамилтранспептидазы, креатинфосфокиназы и креатинфосфокиназы МВ-фракции, повышение активности щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, что указывает на угнетение процессов обеспечения постоянства уровня белка, на десинхронизацию молекулярных регуляторных процессов в результате нарушения фосфорилирования и дефосфорилирования.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Ставинская Л.В., Палади Г.А., Калараш М.В.

Молдова, Кишинев, Государственный Университет Медицины и Фармации «Н.Тестемициану», кафедра акушерства и гинекологии

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) является одной из самых серьезных проблем в акушерской практике, возникая примерно у 10% беременных и являясь причиной 20%-50% всех случаев преждевременных родов. При недоношенной беременности ПРПО агравировает течение беременности и родов, имея крайне серьезные последствия для новорожденного, такие как недоношенность, респираторный дистресс-синдром (РДС), внутричерепное кровоизлияние, некротизирующий энтероколит, выпадение пуповины, отслойка плаценты и развитие септических осложнений у матери и плода. Менеджмент этой группы пациенток является дорогостоящим и требующим принятия серьезных решений, поскольку врач оценивает как вероятность пролонгации беременности, так и сопряженный с этим риск инфекции.

В литературе активно обсуждаются вопросы ведения пациенток с ПРПО при недоношенной беременности, методы и сроки оптимального родоразрешения. Но, к сожалению, многие концепции достаточно противоречивы и радикально отличаются от канонов классического акушерства. Существующий высокий риск внутриутробного инфицирования и гнойно-септических осложнений у матери, ставит под сомнение обоснованность риска общепринятой консервативно-выжидательной тактики. В то же время новорожденные с глубокой степенью недоношенности, гипоплазией легочной ткани и внутриутробной инфекцией, имеют смертность в четыре раза выше, чем пациенты, которые получили профилактически глюкокортикоиды и антибиотики в антенатальном периоде. В связи с этим применение консервативно-выжидательной тактики ведения в случае ПИОВ при недоношенной беременности, выполнение кесарева сечения при длительном безводном промежутке, в том числе и на фоне начавшегося хориоамнионита, являются, несомненно, актуальными и перспективными.

Целью исследования явилось изучение течения беременности, родов и раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных в сроки гестации 24-34 нед. при преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ).

Материал и методы. Комплексное клинко-лабораторное обследование и лечение выполнено у 105 беременных с ПРПО в сроки 25 – 34 недели беременности. Были исключены пациентки с многоплодной беременностью и аномалиями развития матки. Беременные основной группы с консервативно-выжидательной тактикой ведения ($n=58$) были разделены на три подгруппы, в зависимости от срока беременности на момент разрыва плодных оболочек: I подгруппа 25-28 недель, II подгруппа 29-31 недель,

III подгруппа 32-34 недели. Каждая из групп, в свою очередь, была подразделена на две подгруппы в зависимости от выбора метода родоразрешения и длительности безводного промежутка от 24 до 48 часов и более 48 часов. Группу сравнения составили 47 беременных, с активной тактикой ведения родов и длительностью безводного промежутка менее 12 часов.

Все женщины обследуемой группы велись согласно стандартному протоколу. Консервативно-выжидательная тактика ведения беременных с ПРПО заключалась в максимальном пролонгировании беременности при отсутствии родовой деятельности, признаков инфекции, тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии, хорошем состоянии матери и плода. Комплекс терапии включал проведение кратковременного токолиза (48-72 часа), профилактики респираторного дистресс синдрома (РДС) плода и антибактериальную терапию (эритромицином). Мониторинг осуществлялся в отделении патологии беременных, включая лабораторные и бактериологические анализы, УЗИ с фетометрией, кардиомониторное исследование плода. Появление симптомов инфекции, повышение тонуса матки являлись показаниями к родоразрешению.

Анализировались соматическая и гинекологическая патологии, эволюция беременности, родов и раннего неонатального периода. Результаты оценивались по следующим параметрам: длительность безводного промежутка, срок гестации, масса плода при рождении, оценка по шкале Апгар, неонатальная заболеваемость и перинатальные исходы, гнойно-септические осложнения у матери.

Результаты исследования. По возрасту и паритету пациентки обеих групп были сопоставимы. Родами через естественные родовые пути завершилась беременность у 40 (66,68 %) женщин из основной группы и у 35 (33,32%) женщин из группы сравнения. Число случаев, завершившихся операцией кесарева сечения 18 (74,47%) и 12 (25,53%) соответственно. Показаниями к кесареву сечению являлись: патологическое положение плода -4 (13,32%), тазовое предлежание -13 (43,4%), рубец на матке -5 (16,68%), острые акушерские состояния (отслойка плаценты, преэклампсия, расхождение рубца на матке, выпадение петель пуповины) - 8 (26,6%).

В I подгруппе, несмотря на применение токолиза, роды закончились через естественные родовые пути в первые 48 часов в 44,46% случаев рождением глубоко недоношенных детей с оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов и массой тела 960-1100 г, умерших в течение первых 12 часов жизни. В остальных 55,54% случаев роды были отсрочены на период от 72 до 360 часов. Из этой подгруппы роды путем кесарева сечения при безводном периоде более 15 дней были закончены в 33,4% случаев по поводу неправильного положением плода, в том числе при наличии симптомов хориоамнионита, подтвержденного гистологическим исследованием плаценты и оболочек. Новорожденные массой тела 1100-1500 г, извлеченные с оценкой 5-6 баллов по шкале Апгар были переведены на II этап выхаживания. Из II подгруппы с выжидательной тактикой роды закончились в течение 48 часов у 53,57% пациенток, из них у 4 (14,28%) путем кесарева сечения в срочном порядке (отслойка плаценты). Среди новорожденных,

с массой от 1000 до 1500 г и оценкой 5-6 баллов по Апгар был зарегистрирован лишь один случай ранней неонатальной смертности от генерализованного сепсиса, все остальные были переведены на II этап выхаживания. У оставшейся части пациенток (13) с пролонгированием беременности от 72 до 240 часов безводного периода в 61,53% случаев роды были завершены операцией кесарево сечение по показаниям: тазовое предлежание плода и/или наличие рубца на матке. При этом, несмотря на длительный безводный промежуток (более 21 дня), в послеродовом периоде был зарегистрирован лишь два случая эндометрита, вследствие хориоамнионита, пролеченных консервативно. В III подгруппе в первые 48 часов роды завершились у 8 (38,09%) пациенток, в том числе у 3 путем кесарева сечения из-за поперечного положения плода. У оставшейся части беременность была пролонгирована до 10 дней и роды завершились через естественные родовые пути. Среди всех новорожденных данной подгруппы случай ранней неонатальной смертности был лишь в одном случае из-за врожденных аномалий развития. Была установлена статистически достоверная частота возникновения хориоамнионита у пациенток с безводным промежутком более 48 часов (20,68%) в сопоставлении с пациентками группы сравнения, у которых безводный промежуток был менее 12 часов (2,12%). В то же время не отмечено статистически достоверных различий появления хориоамнионита у пациенток с длительностью безводного промежутка от 48 часов до 7 дней ($1,9 \pm 2,3\%$), и безводным периодом более 7 дней ($2,85 \pm 1,3\%$). В то же время необходимо отметить, что не было зарегистрировано ни одного случая материнской смертности и тяжелых гнойно-септических осложнений. Анализируя перинатальные исходы в исследуемой группе по методам родоразрешения, следует отметить, что из 6 умерших новорожденных, только в одном случае роды были завершены путем операции кесарево сечение, при этом причиной смерти явились врожденные аномалии развития, у 80% детей причиной смерти явился генерализованный сепсис. Заслуживает внимание и тот факт, что при длительном безводном промежутке (от 250 до 576 часов) более благоприятные неонатальные исходы были среди детей, рожденных путем кесарева сечения в сравнении с новорожденными через естественные родовые пути. Статистические различия имел РДС тяжелой степени, диагностированный у 57,44% новорожденных из группы сравнения и у 19,04% исследуемых групп. В то же время встречаемость его была выше среди недоношенных I подгруппы и не регистрировалась во II и III подгруппах исследуемой группы. Также статистически значимой является заболеваемость бронхопневмонией у 89,36% группы сравнения и 17,24% в исследуемой группе.

Выводы: 1. Консервативно-выжидательная тактика в сравнении с активной тактикой более благоприятна для перинатальных исходов. Чем длительнее безводный промежуток, тем меньше степень тяжести РДС и выше выживаемость недоношенных детей при условии отсутствия инфицирования матери и плода. 2. Развитие хориоамнионита зависит от длительности безводного промежутка, наиболее вероятно по истечении 48 часов и не является противопоказанием к родоразрешению путем кесарева сечения. 3 Кесарево

сечение более щадящий метод родоразрешения для недоношенного новорожденного в сравнении с родами через естественные родовые пути.

ДИСФУНКЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА И СПОСОБЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Ставинская Л. В., Фрипту В.Г.

Молдова, Кишинев, КГУМиФ им «Николае Тестемициану», кафедра акушерства и гинекологии

Нарушения менструальной (НМФ) и, как следствие, репродуктивной функции, возникшие на фоне хронического вирусного гепатита (ХВГ), являются актуальной проблемой в связи с высокой частотой этого сочетания и глубиной присущих им патофизиологических нарушений. В настоящее время имеются достаточно убедительные данные, свидетельствующие об активной роли печени в гормональном гомеостазе. Одним из симптомов функциональной ее недостаточности являются нарушения менструального цикла в виде изменений менструального ритма, аменореи или гипоменструального синдрома, мено-или метрорагий. Остается малоизученной структура патологии и степень этих нарушений от тяжести течения и клинических проявлений ХВГ. Остается нерешенным вопрос о коррекции нарушений менструальной функции у данной категории женщин, наряду с отсутствием нежелательных воздействий на функции печени, нарушений липидного профиля и свертывающей системы крови.

Цель исследования состояла в изучении лечебного эффекта корригирующей гормональной терапии менструальной дисфункции, возникшей на фоне ХВГ.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 80 пациенток, выбранных методом случайной выборки из общего числа больных ($n=319$), отобранных по специально разработанной анкете из числа госпитализированных с ХВГ на протяжении 2 лет исследования в отделения гепатологии РКБ г. Кишинева. Критериями для включения пациенток в исследуемую группу являлись возраст (18-38 лет), наличие в анамнезе НМФ, отсутствие органической патологии органов малого таза при гинекологическом обследовании, отсутствие сопутствующей эндокринной патологии. Этиологическая форма вирусного гепатита подтверждалась серологическими маркерами. Активность гепатита устанавливалась совместно с гепатологом на основании жалоб, клиники, биохимических показателей крови, данных УЗИ и скенографии печени. Были проведены исследования гормонального профиля методом ИФА (эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ, пролактин). В контрольную группу вошли 15 здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом и сохраненной фертильностью.

Пациенты исследуемой группы были рандомизированы слепым методом на 3 подгруппы, отличающиеся между собой по методу параллельного лечения НМФ. На момент обследования все пациентки получили

комплексную базисную терапию ХВГ (дезинтоксикационную, общеукрепляющую, витаминотерапию, иммуномодулирующую). Пациенты 1 подгруппы получали только гепатопротектор (Гепатофальк®). Остальные пациентки на фоне гепатопротектора получали корригирующую гормонотерапию: 2 подгруппа – Дюфастон® (дидрогестерон) по 20 мг с 14 по 28 день цикла при сохраненном ритме менструации; 3 подгруппа – Фемостон®, с добавлением с 14 по 28 день дополнительно 10 мг Дюфастона®. Выбор гормонального препарата определялся клиническими проявлениями НМФ, данными исследований гормонального профиля и результатами УЗИ органов малого таза. Сравнительный анализ результатов проводимой терапии осуществляли через 6 месяцев от начала лечения. Эффективность оценивали по следующим параметрам: функциональным пробам печени, содержанию Е2 и прогестерона в сыворотке крови, восстановлению менструальной функции.

Результаты исследования. Учитывая используемый метод рандомизации, исследуемые подгруппы являлись практически однородными по распределению этиологических форм вирусного гепатита, степени эволюции заболевания, возрастному составу обследуемых, который в среднем составил $26,0 \pm 5$ года. Возраст менархе у больных 1 подгруппы в среднем составил $12,9 \pm 0,4$ года, и не отличался от 2 и 3 подгрупп ($12,6 \pm 0,3$ лет). Менструальный цикл в обследуемой группе сохранялся регулярным лишь у 12,5% женщин имеющих ХВГ В (HVB), у 11,76% – с ХВГ С (HVC) и у 7,14% пациенток при HVB+HVC или HVD. У пациенток 1 подгруппы ($n=26$) в 80% случаев расстройство менструальной функции проявлялось ановуляцией (при HVC, HVD) наряду с гипоменструальным синдромом -35,3% (при HVC) и гиперменструальным синдромом – 7,14% (при HVB+HVC). У пациенток 2 подгруппы ($n=23$) отмечались следующие нарушения менструального цикла: олигоменорея с опсоменореей у 12(52,17%), гипоменорея с выраженной недостаточностью лютеиновой фазы у 9(39,13%), пройоменорея (учащение менструаций) – 8,7%, на фоне относительной гиперэстрогении на фоне выраженной гипопрогестеронемии. М-эхо у таких больных составляло 8-9мм. В 3 подгруппе у 28 (90,3%) больных были диагностированы нарушения МЦ по типу аменореи различной длительности и у 3 пациенток выявлена спаниоменорея. Базальный уровень эстрадиола в сыворотке крови у 90% больных представленной подгруппы был чрезвычайно низок и в среднем составлял $70,3 \pm 6,7$ пмоль/л. Что касается уровня прогестерона в крови, выявлено его значительное снижение у наблюдаемых больных до $1,42 \pm 0,84$ нмоль/л. Содержание гонадотропинов достоверно не отличалось от уровня таковых в контрольной группе, кроме уровня пролактина, значение которого почти в 2 раза превышало норму и составляло $586 \pm 23,86$ нг/мл ($p < 0,05$).

Терапия гепатопротектором в 1 подгруппе позволило в полном объеме улучшить функцию печени, и уже через 6 месяца после лечения мы наблюдали положительную динамику биохимических показателей. Кроме этого снизилась частота ациклических кровотечений и регулярный менструальный цикл был отмечен у 32% больных HVB, у 25% больных HVC, а также у 22% больных гепатитами HVB+C, HVB+D. Однако

при УЗИ была выявлена низкая толщина эндометрия, не обнаружено созревания доминантного фолликула, выявлено множество мелких атретических фолликулов во всех группах исследуемых женщин. Отмечалось недостоверное увеличение уровня эстрадиола (при HVB – $89,7 \pm 13,1$ пмоль/л, при HVC – $82,5 \pm 9,8$ пмоль/л, при микст-формах – $81,4 \pm 6,3$ пмоль/л); уровень прогестерона оставался низким по сравнению с контрольной группой ($5,55 \pm 2,20$ нмоль/л при HVC, $5,86 \pm 1,86$ нмоль/л при HVB+HVC). Анализ клинической эффективности коррекции НМФ дидрогестероном у пациенток 2 подгруппы выявил восстановление регулярности МЦ у 11 (47,82%), однако ановуляторного характера. Только у 8 (34,78%) больных данные базальной температуры и уровня прогестерона в сыворотке крови свидетельствовали о наличии 2-фазного менструального цикла. НМФ по типу олигоменореи сохранилось лишь у 4 пациенток с сочетанными формами гепатита. Эффект от проводимой комбинированной гормональной терапии больных 3 подгруппы был отмечен у 21 больной (67,74%). Регулярный менструальный цикл был выявлен у 2/3 части пациенток, у остальных пациенток регистрировались ациклические кровотечения. По данным УЗИ малого таза выявлена тенденция к увеличению толщины эндометрия в позднюю фолликулярную фазу. При определении уровня гормонов выявлено нарастание содержания эстрадиола, но не достигающее нормальных значений ($120,2 \pm 5,9$ пмоль/л). Уровень прогестерона имел тенденцию к увеличению и составил в среднем $8,8 \pm 2,9$ нмоль/л. На фоне гормонотерапии Дюфастоном® и Фемостоном® не было установлено существенных изменений в показателях функции печени. Показатели трансаминаз (АСТ и АЛТ) имели тенденцию к повышению в начале лечения, но возвращались к исходному уровню после приема гепатопротекторов уже в течение 3 месяцев. В процессе лечения также наблюдалась тенденция к снижению уровня щелочной фосфатазы и гамма-глутамин-трансферазы, а концентрация билирубина оставалась без изменений, что согласуется с данными литературы. Клинические исследования также показали отсутствие неблагоприятного влияния Фемостона® и Дюфастона® на метаболизм углеводов и липидный спектр крови, что имеет значение при длительном приеме препарата на фоне хронической патологии печени. При индивидуальном анализе пациенток, у которых не отмечено эффекта от проводимой корригирующей гормонотерапии, выявлено прогрессирование основного заболевания, репликация вируса, рост показателей трансаминаз, что позволяет предположить необходимость специфической противовирусной терапии для компенсации основного заболевания.

Таким образом, результаты работы показали, что при выборе метода коррекции НМФ следует руководствоваться степенью активности вирусного гепатита и длительностью течения этих нарушений. Лечение предпочтительно начинать с базисной терапии с использованием гепатопротекторов с целью оптимальной компенсации заболевания. Квалифицированное ведение данной категории больных позволяет нормализовать НМФ без использования гормонотерапии у 34,61 % пациентов с ХВГ минимальной и умеренной степенями активности. Оценка результатов гор-

монального лечения показала эффективность применения препарата Дюфастон® в коррекции НМФ у пациенток с сохраненным, но укороченным циклом, олигоменореей, снижая частоту этих нарушений на 52% по отношению к терапии только гепатопротекторами (RR=0,246; IC=0,52±0,098; X2 =15,66(p<0,001), PRE=0,09). Таким образом, Дюфастон® является препаратом выбора для регуляции ритма менструации у женщин с ХВГ минимальной и умеренной степени активности. Фемостон® является эффективным препаратом для коррекции глубоких гормональных нарушений вызванных обострением HVB или HVC тяжелой степени активности или сочетанием HVB+D умеренной или тяжелой форм, проявляющихся гипоменструальным синдромом либо аменореей, с последующими мено-метрорагиями, на фоне гипоэстрогении и гипопрогестеронемии. Позитивное влияние проводимой терапии отмечено у 67,74% больных (RR=0,51; IC=0,34±0,098; X2=5,02(p<0,05) и характеризовалось достоверным увеличением уровней E2 и прогестерона в сыворотке крови обследуемых больных через 6 месяцев терапии, что превысило исходные значения на 53,7% и 69,2% соответственно (p<0,05). В исследовании не выявлено существенных изменений показателей функции печени на фоне гормонотерапии препаратами Дюфастон® и Фемостон®. Вместе с тем, корригирующую гормональную терапию необходимо проводить на фоне поддерживающей терапии гепатопротекторами.

СЕКРЕЦИЯ PIGF И СЕКРЕТОРНЫХ ФОРМ ПОВЕРХНОСТНЫХ МОЛЕКУЛ sFas, sFasL, TRAIL ТКАНЬЮ ПЛАЦЕНТЫ В НОРМЕ И ПРИ ГЕСТОЗЕ

Степанова О.И., Соколов Д.И., Сельков С.А.

*Россия, Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта СЗО РАМН*

В развитии сосудистой сети плаценты важную роль играет ростовой фактор PIGF и процессы апоптоза. Реализация апоптоза происходит путем взаимодействия с рецепторами Fas (CD95), FasL (CD95L), TRAIL (TNF-related apoptosis inducing ligand).

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение секреции тканью плаценты PIGF и секреторных форм поверхностных молекул sFas, sFasL, TRAIL.

Были исследованы плаценты, полученные при искусственном аборте у женщин с физиологическим течением беременности на сроке 9-11 недель (n=15), а также плаценты женщин с физиологической беременностью на сроке 38-39 недель (n=30) и плаценты женщин с гестозом на сроке 38-39 (n=35), полученные после кесарева сечения. Кусочки плацентарной ткани культивировали в среде DMEM\F12 с добавлением 10% эмбриональной телячьей сыворотки в течение 24 часов. Затем кондиционированные среды собирали и замораживали при температуре -20 °C до исследования. В полученных кондиционированных средах при помощи иммуноферментного анализа определяли со-

держание PIGF, sFas (sCD95), sFasL (sCD95L) (Bender MedSystems, Австрия) и секреторный вариант TRAIL (R&D, США) при помощи стандартных наборов для иммуноферментного анализа в соответствии с указаниями производителя. Статистический анализ полученных данных проводили при помощи компьютерной программы STATISTICA 6.0. Для анализа данных использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

Секреция PIGF снижалась на поздних сроках беременности до концентрации 340 ± 35 пг/мл по сравнению с ранними сроками (530 ± 75 пг/мл, $p < 0.05$), секреция sFas не изменялась, секреция sFasL снижалась с $50,9 \pm 9,3$ пг/мл на ранних сроках до $16,78 \pm 3,5$ пг/мл на поздних сроках ($p < 0.001$). Секреция TRAIL увеличивалась с $25,9 \pm 4,7$ пг/мл на ранних сроках беременности до $411,1 \pm 42,2$ пг/мл ($p < 0,001$) на поздних сроках. При сравнении физиологической беременности и беременности с гестозом секреция PIGF, TRAIL клетками плаценты не изменялась, секреция sFas увеличивалась с $277,8 \pm 15,6$ пг/мл в норме до $331,3 \pm 19,4$ пг/мл при гестозе ($p < 0,05$). Наблюдалась тенденция к увеличению секреции sFasL с $16,8 \pm 3,5$ пг/мл в норме до $26,0 \pm 4,7$ пг/мл при гестозе.

На ранних сроках PIGF стимулирует развитие ткани плаценты, на поздних, вероятно, служит поддержанию жизнеспособности клеток плаценты. Изменение секреции тканью плаценты sFas, sFasL и TRAIL от первого к третьему триместру физиологической беременности отражает процессы формирования и стабилизации структур плаценты. В плаценте при гестозе запускаются компенсаторные механизмы защиты против избыточных антиангиогенных, апоптогенных стимулов и цитотоксических эффектов лимфоцитов матери, к которым относится повышение секреции растворимых форм поверхностных молекул. Вероятно, при гестозе усиливается роль Fas-FasL взаимодействия клеток.

Работа поддержана грантами Президента РФ № НШ-1066.2008.7 и Правительства Санкт-Петербурга 2009 г. для студентов, аспирантов вузов и академических институтов, расположенных на территории Санкт-Петербурга.

ЧАСТОТА И ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ (КС)

Степанова Р.Н., Самофалкина Т.Н., Казакова Е.В.

Медицинский институт госуниверситета, городской роддом, г. Орел, Россия

Принято считать, что абдоминальное КС улучшает перинатальные исходы и снижает уровень материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Для достижения этого ВОЗ (1990) считает достаточной частоту КС в пределах 10-15%, а учащение КС выше указанного лимита не способствует редуцированию пери-неонатальной смертности. Тем не менее, в настоящее время вследствие того, что перечень показаний к КС продолжает расширяться вплоть до выполнения операции по желанию женщины, повсеместно возрастает частота КС. При этом, кроме осложненных КС, возникающих в 5-10 раз чаще, чем в случаях естественных родов, неуклонно увеличивается пропорция женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой.

Ведение последующей беременности у них и особенно родоразрешение представляют для акушера серьезнейшую проблему. Возможно, благодаря догме Страгин «КС однажды – КС всегда», сформулированной еще в 1916 г., когда КС выполнялось классическим способом, а другие виды абдоминального родоразрешения не были разработаны, современные акушеры не ведут роды per vias naturales, опасаясь разрыва матки по рубцу и угрозы последующего судебного разбирательства. Однако в настоящее время установлено, что КС в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом, зашитым затем однорядным непрерывным швом синтетической лигатурой, с гладким течением послеоперационного периода сопровождается формированием полноценного рубца на матке; и последующие роды, если не повторятся осложнения, из-за которых было выполнено предыдущее КС, могут произойти через естественные родовые пути.

Цель исследования – определить частоту повторного КС и показания к нему в Орловском горроддоме. За 8 месяцев 2008 г. 184 женщины из 770 родоразрешены КС, частота операции составила 23,9%. Ретроспективно удалось изучить только 128 историй родов оперированных пациенток. Все КС выполнялись поперечным разрезом нижнего маточного сегмента, зашитого затем однорядным швом непрерывной викриловой лигатурой. Повторно оперированы 22 (17,2%) женщины, основным показанием к повторному КС был рубец на матке, лишь в 1 случае имела место несостоятельность рубца, в 2-х – предлежание плаценты и дистресс плода. У 43,3% женщин повторились осложнения, послужившие показанием к первому КС, остальные оперированы только из-за рубца на матке.

Всего родилось 130 живых новорожденных с относительно высокой оценкой по шкале Апгар, даже в случае, когда показанием к КС послужил дистресс плода, оценка составила 8/9 баллов. 12 новорожденных на 7-е сутки жизни были переведены в областную детскую больницу по поводу недоношенности, врожденного порока сердца, поликистоза почек, полицитемического синдрома у близнеца. При переводе все дети пребывали в удовлетворительном состоянии и лишь 1 новорожденный (КС выполнено в экстренном порядке из-за дистресса вследствие тугого обвития пуповиной шеи плода) был переведен в тяжелом состоянии. Случаев перинатальной смертности не было.

Таким образом, частота КС в горроддоме в 2 с лишним раза выше рекомендуемой ВОЗ, повторного КС – 17,2%; преимущественным показанием к нему был рубец на матке; 59,7% оперированных повторно женщин могли родоразрешиться самостоятельно.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

Степанян А.В., Джобавя Э.М., Доброхотова Ю.Э.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ

Актуальность. Проблемы терапии гестоза в настоящее время не потеряли своей значимости. Ввиду развития фармакотерапии и повышения актуальности

проблемы качества жизни беременных с гестозом интересным становится поиск новых средств комплексной терапии гестоза.

Цель: разработать дифференцированный подход к седативной терапии у беременных с гестозом.

Материалы и методы. Нами обследовано 70 пациенток с гестозом легкой и средней степени (II группа) со сроком гестации от 24 до 37 недель гестации. В группу сравнения вошли 30 беременных с физиологическим течением беременности (III группа) во II и III триместрах гестации. Пациентки II группы были поделены на две подгруппы IIА и IIВ, в зависимости от вида нарушений психоэмоционального фона. Во II группе пик беременностей, сопровождавшихся различными проявлениями гестоза, приходился на средний возраст 27,9 + 3,2 года (от 24 до 39 лет). Оценка нарушений психоэмоционального фона и уровня тревожности у пациенток II группы проводилось при помощи визуально-аналоговой шкалы и шкалы Спилбергера до начала лечения и в процессе проводимой терапии.

Результаты: практически каждая вторая беременная страдала сочетанием бессонницы и тревожных расстройств, у каждой третьей преобладали тревожные расстройства, тогда как на изолированные нарушения сна предьявляла жалобы лишь пятая часть беременных. В состав II(Б) подгруппы вошли 14 беременных с выявленной изолированной бессонницей, II(А) подгруппу составила 51 пациентка с наличием тревожных расстройств как изолированных, так и в сочетании с нарушением сна. При выявлении изолированных нарушений сна более 3 баллов назначался оксазепам в течение 14 дней. При выявлении тревожности более 3 баллов, изолированно или в сочетании с нарушениями сна назначался тофизолам в течение 14 дней. У наибольшего числа беременных выявлялся средний уровень тревожности – 27 (41,5%), на втором месте находился низкий уровень тревожности, а высокий уровень выявлялся всего у 6 (9,2%) пациенток. После проведения курсов терапии описанных выше, во всех группах беременных с психоэмоциональными расстройствами различной степени выраженности отмечалась положительная динамика в виде существенного уменьшения количества пациенток, которые оценивали уровень своих расстройств на 8 баллов и выше (на 14-й день) на 13,8% (9). При этом было отмечено относительное увеличение количества беременных, у которых субъективная оценка психоэмоциональных нарушений не превышала 3 баллов (на 26% (17)). Мы выявили уменьшение количества беременных со средним и высоким уровнем тревожности в 2 – 6 раз к 14-му дню терапии. При этом отмечался относительный рост количества пациенток с низким уровнем тревожности – в 2 раза к 14-м суткам терапии.

Выводы: Таким образом, очевидным является тот факт, что дифференцированный подбор седативной терапии у беременных с гестозом приводит не только к улучшению качества жизни, нормализации эмоционального фона, но и к большей эффективности антигипертензивной терапии. Возможно, этот эффект связан с воздействием тофизолама на вегетативную нервную систему и снижением импульсов, передаваемых в сосудистый центр благодаря изменению уровня ГАМК. Согласно полученным данным, в группе беременных получавшей тофизолам, обладающий ан-

сиолитической активностью, эффект от проводимой комплексной терапии гестоза наступал быстрее и был более выраженным, по сравнению с группой пациенток получающих транквилизаторы. Хотелось бы также отметить, что у беременных принимавших тофизолам гораздо реже встречались жалобы на вялость, слабость, сонливость, чем у пациенток, принимавших оксазепам.

СИСТЕМА «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ» ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Стрельская О.В., Дубов А.В.

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

С целью решения поставленной задачи нами было обследовано 314 рожениц. Все обследуемые были разделены на следующие группы: группа А – роженицы, которые по данным ПЦР не были инфицированы возбудителями вирусных и урогенитальных инфекций – 172 женщины. Группа В – роженицы, которые по данным ПЦР были инфицированы возбудителями вирусных и урогенитальных инфекций – 142 женщины, из них В1 – инфицированы только роженицы – 76 человека; В2 – инфицированы роженицы, а также околоплодные воды и /или плацентарная ткань – 66 человек. Ни один новорожденный в данных группах рожениц не был инфицирован.

Мы исследовали сыворотку крови рожениц на предмет обнаружения специфических иммуноглобулинов М и G к вирусам цитомегалии и простого герпеса, а также иммуноглобулинов А к хламидиям, Ig G к хламидиям и уреаплазмам. Содержимое цервикального канала роженицы, полученное при лабораторном заборе в первом периоде родов, околоплодные воды, полученные при амниотомии или инструментальном разведении оболочек, участки плацентарной ткани, а также сыворотку крови новорожденного, взятую на третьи сутки после родов, исследовали на предмет обнаружения специфических участков ДНК цитомегаловируса, герпесвируса, хламидий, микоплазм и уреаплазм.

В группе инфицированных рожениц IgG к цитомегаловирусу выявлены в 87,4 %, а к вирусу простого герпеса в 74,6 %. Иммуноглобулинов М, отвечающих за острый процесс, либо за обострение хронического процесса, к данным вирусам у данных женщин не было. Процент обнаружения урогенитальных инфекций у рожениц групп В возбудителей был значительно выше. С помощью метода ИФА, мы повели анализ характера течения хламидиоза. Присутствие в сывороточной пробе ПЦР-положительных женщин Ig M, при отсутствии Ig G, расценивались нами, как первичная острая хламидийная инфекция, которая имела место в 4,1 % случаев. В сыворотке крови 11,8 % женщин IgM и IgG были положительными, что было трактовано нами, как реактивация или обострение хронической хламидийной инфекции. В сыворотке крови 73,8 % пациенток отсутствовали Ig M к хламидиям, тогда, как наблюдались диагностически значимые титры IgG, что можно было расценивать как хроническое те-

чение инфекционного процесса, либо, как латентное носительство. У 10,3 % женщин этой группы IgM и IgG к возбудителю хламидиоза не были найдены, что возможно связано с особенностями иммунного ответа. IgG к уреоплазм обнаружены у 28 % пациенток.

Сам факт определения иммуноглобулинов к данным инфекциям еще не говорит об обязательном развитии инфекционного процесса. Это подтверждается наличием IgG в группе сравнения А, где инфекционный процесс у беременной и плода не развился. Так, в этой группе IgG к хламидиям имели 9 % пациенток, Ig G к уреоплазмам – 3 %, Ig G к ЦМВ – 64 %, а Ig G к ВПГ – 73 %. Ig M в группе А к данным возбудителям выявлено не было.

Рассмотрев структуру инфицирования, мы обнаружили, что в группе В1, где инфекционные агенты обнаружены только у роженицы доминировали уреоплазмы – 52,6 %, хламидии – 36 %, микоплазмы – 31 %, ЦМВ – 21,1 %, ВПГ – 15,8 %.

В группе В2, где участки инфекционных ДНК, обнаруживались и в плаценте и в околоплодных водах на первом месте – хламидии. Причем, данные ДНК в 72 % выявлялись у рожениц, в 27,8 % в плаценте и в 50 % в околоплодных водах. ДНК уреоплазм в 11,1 % обнаруживались у рожениц и не выявлялись ни в плаценте, ни в околоплодных водах. ДНК микоплазм имели 22,2 % исследуемых женщин группы В2, при этом были инфицированы 5,6 % плацент и 16,7 % проб амниотической жидкости. ДНК вируса простого герпеса обнаружены у 11,1 % рожениц данной группы, при этом только в 5,6 % в последах и столько же в околоплодных водах. Участки ДНК цитомегаловируса в данной группе рожениц не обнаружены.

Проведя анализ течения беременности у инфицированных рожениц, мы обнаружили, что в группе, где были инфицированы, помимо женщины, плацента и амниотическая жидкость, достоверно чаще имели место: угроза преждевременных родов – в 60,6 % против 23,7 % ($p < 0.001$), поздние гестозы 24,2 % против 10,5 % ($p < 0.001$). При анализе течения родового акта, осложнения встречались достоверно чаще у рожениц с инфицированием последов – аномалии родовой дельности в группе В1 – 15,8 %, в группе В2 – 30,3 % ($p < 0.05$). Только в группе рожениц с инфицированием последов и околоплодных вод наблюдались послеродовые кровотечения – 6,1 %, преждевременная отслойка плаценты – 9,2 %, хориоамниониты – 18,2 %.

Таким образом, при наличии благоприятных условий для распространения инфекционных агентов за пределы материнского организма, происходит инфицирование плаценты и околоплодных вод. Приоритетное место принадлежит хламидиям и микоплазмам. Следствием инфицирования системы «мать – плацента – околоплодные воды» являются осложнения в течение беременности и родового акта. Все это ведет к увеличению риска материнской заболеваемости, а также к неблагоприятным перинатальным исходам.

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Тарабрина Т.В.

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия*

В последнее десятилетие в изучении развития фетоплацентарной системы все большее внимание исследователей уделяется факторам роста (ФР). Изменение в продукции и функционировании ФР, оказывающих влияние на рост и развитие плаценты, приводит к морфологическим и функциональным изменениям в плаценте и проявляется в нарушении состояния, роста плода и развитии СЗРП. Инсулиноподобные факторы роста (ИФР), или соматомедины, представляют собой группу факторов роста, которые структурно похожи на инсулин и имеют широкие митогенные и метаболические эффекты. ИФР-I (соматомедин С) – наиболее активный в отношении роста соматомедин – образуется в печени и в других тканях. Инсулин и ИФР-1 в высоких концентрациях могут перекрестно связываться как с рецепторами инсулина, так и с рецепторами ИФР-1. В отличие от инсулина, который имеет тканевую специфичность и синтезируется только поджелудочной железой и некоторыми участками мозга, ИФР-1 синтезируется почти во всех тканях в различные периоды развития. Известно, что данный фактор роста имеет ключевое значение в поддержании фетального роста. Следовательно, снижение выработки данного фактора роста у беременных может способствовать задержке внутриутробного роста плода.

С целью изучения клинико-диагностического значения инсулиноподобного фактора роста (ИФР-I) при СЗРП нами был проведен проспективный анализ течения беременности и исходы родов у 150 женщин с неосложненной беременностью и с плацентарной недостаточностью, проявлявшейся синдромом задержки роста плода и/или гемодинамическими нарушениями в системе «мать-плацента-плод», находившихся на стационарном лечении на различных сроках гестации. Основная группа – 120 беременных, имели плацентарную недостаточность различной степени. 30 женщин с неотягощенным анамнезом и неосложненной беременностью составили контрольную группу. Обследование женщин включало ультразвуковое и доплерометрическое исследование в системе «мать-плацента-плод», определение уровня ИФР-I в сыворотке крови беременных. Определение уровня ИФР-I проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА) в лаборатории клинической биохимии НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Плацентарная недостаточность выявлена у 100% пациенток основной группы. СЗРП выявлен у 117 (97,5 %) пациенток основной группы. Из них СЗРП I степени диагностирован у 48(40%) беременных, II степени – у 61(50,83%) и III степени – у 8 (6,67%) пациенток. Симметричная форма СЗРП выявлена в 18 (15%), асимметричная – в 78 (65%), смешанная – в 21(17,5%) наблюдении. Гемодинамические нарушения в системе мать-плацента плод IA степени выявлены у 29 (24,17%) пациенток основной группы, IB степени – у

21(17,5%), II степени – у 33 (27,5%), III степени – у 7 (5,83%) беременных.

У беременных с СЗРП отмечается нарушение продукции ИФР-I, а именно снижение уровня этого фактора роста на протяжении всего изученного периода гестации. Уже во втором триместре с 16 недель при СЗРП I степени средний уровень ИФР-I ниже, чем при неосложненной беременности в 1,36 раза ($152,13 \pm 14$ нг/мл). При СЗРП II степени средний уровень ИФР-I составил 150 ± 13 нг/мл, что в 1,38 раза ниже нормативного, при СЗРП III ст. – $123 \pm 10,41$ нг/мл, что в 1,68 раз ниже физиологического уровня. К концу второго – началу третьего триместра уровень ИФР-I составил: при СЗРП I ст. – $285, \pm 16,1$ нг/мл, что несколько выше, чем при неосложненной беременности; при СЗРП II ст. – $252,87 \pm 12,5$ нг/мл и при СЗРП III ст. – $243,33 \pm 12$ нг/мл, что несколько ниже, чем при неосложненной беременности, причем эти различия незначительные. На сроке гестации 30-36 недель средний уровень ИФР-I при СЗРП I степени составил $390,2 \pm 27,2$ нг/мл; при СЗРП II степени – $336,8 \pm 16,7$ нг/мл, то есть в 1,38 раза ниже по сравнению с неосложненной беременностью; при СЗРП III степени – $209 \pm 15,33$ нг/мл, что в 2,2 раза ниже физиологических значений.

В результате проведенного исследования установлено, что у пациенток, беременность которых осложнилась СЗРП, уже со второго триместра отмечено достоверное снижение уровня ИФР-I, по сравнению с неосложненной беременностью (в 1,36 – 1,68 раз). Однако к концу второго триместра при СЗРП наблюдается компенсаторное повышение продукции ИФР-I в ответ на действие патологических факторов и его уровень достоверно не отличается от физиологических значений. При прогрессировании плацентарной недостаточности и сохранении СЗРП, в третьем триместре уровень ИФР-I вновь снижается в 1,4 – 2,2 раза, что отражает недостаточность компенсаторных механизмов.

Таким образом, снижение уровня ИФР-I может являться ранним прогностическим маркером, характеризующим начальные признаки нарушений в функционировании системы «мать-плацента-плод» при СЗРП.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Стрижаков А.Н.

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Одним из важнейших этиологических факторов патологического состояния плода и новорожденного, согласно Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти, является плацентарная недостаточность. Ведущее место последней отводится не случайно, так как по данным различных авторов связанная с ней частота перинатальных потерь составляет 47-50% и более, а уровень перина-

тальной заболеваемости – 65-70%. ПН лежит в основе патологии плода и новорожденного, необходимость ее дальнейшего изучения predeterminedена высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности, а также детской заболеваемости на последующих этапах развития. При внутриутробной гипотрофии происходит изменение функционального состояния всех систем и органов плода и, в частности, щитовидной железы и надпочечников. Нарушение функций щитовидной железы и гипоталамо-гипофизарной системы плода снижает его адаптационные возможности и обуславливает увеличение перинатальной заболеваемости. В связи с этим определенный интерес представляет своевременное выявление отклонений от нормального функционирования щитовидной железы и надпочечников плода.

С целью изучения морфофункциональных особенностей надпочечников и щитовидной железы плода при неосложненной беременности и плацентарной недостаточности различного генеза и степени тяжести, а также оценки значения их исследования для прогнозирования неблагоприятных перинатальных исходов и неонатальной заболеваемости проведено проспективное исследование течения беременности и исходов родов у 262 женщин. Всем пациенткам на протяжении второго и третьего триместров беременности проводилось эхографическое и доплерометрическое исследование с частотой примерно один раз в месяц в сроки 16–20, 21–24, 25–28, 29–32, 33–36, 37–40 недель беременности. В третьем триместре с той же частотой, а также в родах осуществлялось и кардиотокографическое исследование. При неосложненном течении беременности отмечается увеличение линейных размеров и объемных параметров щитовидной железы плода: окружности с $21,35 \pm 1,2$ мм до $61,32 \pm 1,96$ мм, ширины – с $8,89 \pm 0,62$ до $26,11 \pm 0,89$ мм, длина правой доли – с $5,53 \pm 0,06$ мм до $13,07 \pm 0,08$ мм, длина левой доли – с $5,14 \pm 0,05$ до $13,20 \pm 0,07$, что отражает нормальное анатомо-функциональное развитие органа. При исследовании кровотока в щитовидных артериях плода при неосложненной беременности выявлено, что спектр кровотока имеет форму типично артериальной двухфазной кривой, по мере прогрессирования беременности происходит снижение показателей сосудистой резистентности в щитовидных артериях плода от $4,89 \pm 0,32$ в 16 – 18 недель до $3,67 \pm 0,28$ в 36 недель (на 21,88%). По мере прогрессирования неосложненной беременности имел место линейный рост надпочечников плода от $6,26 \pm 0,78$ мм по ширине, $3,92 \pm 0,9$ мм по высоте и $2,71 \pm 0,54$ мм по толщине с 16 недель и до $22,43 \pm 1,65$ мм, $13,5 \pm 1,91$ мм и $4,3 \pm 0,31$ мм соответственно при доношенном сроке, что отражало нормальное морфофункциональное развитие органа. При доплерометрии отмечено постепенное повышение сосудистого сопротивления с 16 до 29-32 недель гестации и последующее снижение к доношенному сроку (СДО до $2,67 \pm 0,09$; ИР до $0,62 \pm 0,04$ и ПИ до $1,11 \pm 0,12$). Средние показатели уровня кортизола сыроворотки пуповинной крови составили от $148,2 \pm 2,01$ нмоль/л (при плановом кесаревом сечении) до $176,5 \pm 3,27$ нмоль/л (при самопроизвольных родах). При плацентарной недостаточности происходит уменьшение всех размеров щитовидной железы плода по сравнению нормативными для срока беременности. Степень

выраженности отставания зависит от тяжести ПН: при компенсированной ПН окружность щитовидной железы уменьшена только в 34 – 36 недель на 10,8%; при субкомпенсированной ПН отмечается отставание размеров железы на протяжении всей беременности, в 34 – 36 недель – окружность уменьшена на 30,9%. При беременности, осложненной развитием ПН, отмечается снижение всех показателей сосудистой резистентности в щитовидных артериях по сравнению с нормативными значениями. Степень выраженности нарушения кровотока коррелирует со степенью тяжести ПН. При компенсированной ПН в 22 недели показатели превышают нормативные: СДО выше на 21,3%. При субкомпенсированной ПН в сроке 22 – 24 недели показатели сосудистого сопротивления достоверно выше нормы (на 16,2%), затем происходит их снижение и к 34 – 36 неделе СДО ниже, чем в контрольной группе на 22,2%. При субкомпенсированной ПН с отсутствием эффекта от лечения показатели сосудистого сопротивления ниже нормативных в течение всей беременности, начиная с 16 недель. В сроке 34 – 36 недель СДО ниже, чем в контрольной группе в 1,3 раза. При субкомпенсированной ПН и СЗРП 2 – 3 степени отмечается снижение концентрации общих и свободных фракций тиреоидных гормонов в сыворотке пуповинной крови и повышение концентрации ТТГ: Т3 общий снижен на 21,7%, Т3 свободный – на 35,3%, Т4 общий – на 66,7%, Т4 свободный – на 19,1%, ТТГ повышен на 41,9%, что отражает наличие гипотиреоза у плода на фоне сохранной гипоталамо-гипофизарной регуляции функции щитовидной железы плода. Наиболее значимое снижение функции щитовидной железы отмечается у новорожденных со среднетяжелой и тяжелой гипоксией (парциальное напряжение кислорода $22,53 \pm 2,2$, парциальное напряжение CO_2 $44,2 \pm 5,7$, общий CO_2 $54,47 \pm 3,5$). Во всех наблюдениях лабораторно подтвержденного снижения функции щитовидной железы и гипоксии у плода отмечалось отставание размеров щитовидной железы от нормативных для данного срока беременности и снижение показателей сосудистой резистентности. При компенсированной плацентарной недостаточности отмечается возрастание темпов прироста морфометрических параметров надпочечников плода на 21,3% по ширине, 24,8% – по высоте, 27,7% – по толщине по сравнению с неосложненной беременностью. Достоверных изменений сосудистого сопротивления в надпочечниковых артериях по сравнению с нормативными параметрами не отмечалось. Концентрация кортизола в пуповинной крови, полученной после рождения плода, была выше, чем при неосложненной беременности, при любом методе родоразрешения (на 7,3% – при самопроизвольных родах и на 4,3% – при выполнении планового кесарева сечения). При субкомпенсированной плацентарной недостаточности с положительным эффектом от проводимой терапии отмечается более выраженное возрастание темпов прироста морфометрических параметров надпочечников плода на 25,3% по ширине, 24,8% – по высоте, 33,4% – по толщине к доношенному сроку гестации. В надпочечниковых артериях регистрируется повышение сосудистого сопротивления: к 29-32 неделям СДО возросло на 23,6% (до $3,45 \pm 0,12$), ИР – на 8,9% (до $0,73 \pm 0,11$), а ПИ – на 9,6% (до $1,25 \pm 0,12$). По мере достижения положитель-

ного эффекта от лечения индексы сосудистого сопротивления снижались, а при доношенной беременности становились меньше, чем во втором триместре (СДО на 7,3% ($2,57 \pm 0,34$), ИР на 13,5% ($0,59 \pm 0,22$), а ПИ на 2,7% ($1,09 \pm 0,29$)). Содержание кортизола в родах через естественные родовые пути достоверно превышало показатели контрольной группы в 2,7 раза, а при кесаревом сечении – в 2,8 раза. При прогрессирующей субкомпенсированной плацентарной недостаточности отмечалось выраженное отставание темпов роста надпочечников по сравнению с неосложненной беременностью на 21,1% по ширине, 18% по высоте и 8,2% по толщине к середине третьего триместра беременности. В конце второго триместра отмечался незначительный рост сосудистого сопротивления в плодовых надпочечниках (в 25-28 недель ИР на 6% выше, чем при неосложненной беременности). В третьем триместре при отсутствии улучшения или нарастании симптомов внутриутробной гипоксии ИР неуклонно снижался. В 29-32 недели значения ИР были ниже, чем при неосложненной беременности, на 8%, в 33-36 недель – на 8,6%. Уровень кортизола в условиях прогрессирующей субкомпенсированной ПН был на 31,7% ниже, чем при неосложненной беременности при экстренном кесаревом сечении и на 27,7% – при плановом. При декомпенсированной ПН темпы прироста морфометрических параметров ниже, чем при неосложненной беременности: в 25-28 недель отставание в показателях составило 10,2%, в 29-32 недели – 14,7%, а в 33-36 недель – 25,3%. При развитии централизации кровотока плода сосудистого сопротивления в надпочечниковых артериях снижалось, а значения индексов сосудистого сопротивления в конце беременности были ниже, чем в норме. Различия между СДО были достоверными ($p \leq 0,05$) и составляли в 25-28 недель – 9,7%, в 29-32 недели – 11,3%, а в 33-36 недель – 6,5%. Низкая концентрация кортизола при декомпенсированной ПН ($105,8$ нмоль/л) свидетельствовала о нарушениях адаптации плода с последующим возникновением тяжелых осложнений в раннем неонатальном и постнатальном периодах.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Струкова С.А., Павлова Т.В.

Россия, г. Белгород, ГУ Белгородский государственный университет

Согласно данным эпидемиологических исследований, в различных регионах России бесплодие составляет от 8 до 17,8 % и не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности, родов, перинатальные исходы у женщин после экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы исследования

На базе перинатального центра Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа в 2008-2009гг. обследованы 84 женщины, у которых бере-

менность наступила в результате ВРТ. Основными показаниями к ЭКО послужило трубно-перитонеальное бесплодие – 61,9%, эндокринное бесплодие – 7,1%, смешанное – 17,9%, неясного генеза – 8,3%, мужской фактор бесплодия отмечен в 11,9%.

Продолжительность бесплодия до 5 лет составила 29,7%, 5-10 лет – 50%, свыше 10 лет – 20,3%. У 58,3% женщин беременность наступила после 1 попытки, у 25% – после 2, у 12,5% – после 3-6 попыток, у 1,2% – после 7. Одноплодная беременность была у 80,9%, многоплодная – у 16,7%, женщин, из них двоен было 3, тройни – 2,38%.

Результаты исследования и обсуждение

При анализе угроза прерывания беременности в I и II триместрах встречалась в 45,8% случаев, в III триместре – 33,3%. Развитие гестоза легкой степени наблюдали в 50% случаев, тяжелого гестоза не было.

В 86,9% случаев беременность закончилась операцией кесарево сечение, в 13,1% завершились самопроизвольными родами без осложнений. Пациенток с одноплодной беременностью было 80,9%, практически все родоразрешены на сроках 38-39 нед, двойни – 16,6% (родоразрешены на сроке гестации 37 нед), тройни 2,5% родоразрешены на сроке до 34 -35 нед.

Всего родилось 102 детей, из них доношенных – 85,3%, недоношенных детей – 14,7%. С оценкой по шкале Апгар 7-8 б родилось 69% детей, 6-7б – 31%. Менее 5б – 1,2% -1 ребенок после экстренного кесарева сечения по поводу кровотечения у беременной с центральным предлежанием плаценты. По массе новорожденные распределились следующим образом: 1400-2000г 2,3%, 2001-2500г –16,6%, массой 2501-3000г 27,3% детей, 3001- 3500г 51,1%, свыше 4000г – 2,38%. Среди доношенных детей выявлена высокая частота перинатального поражения ЦНС –38% случаев, внутриутробного инфицирования – 20,2%, морфофункциональная незрелость –14,2%. Обращает на себя внимание большое количество СЗРП – 31% случаев, т.е. у каждой 3-й женщины. Пороки развития представлены пороками сердца (открытое овальное окно) – -3,5%.

В отделение детской реанимации были госпитализированы 14,3% ребенка. Это были недоношенные дети. Основными показаниями к госпитализации новорожденных явились дыхательная недостаточность –100% случаев, недоношенность. На II этап выхаживания переведен каждый 3-й ребенок исследуемой группы.

Беременность и роды у женщин с ЭКО и ПЭ можно отнести к патологическим. Эти пациентки входят в группу риска по развитию позднего гестоза, фетоплацентарной недостаточности, прогрессирующей гипоксии плода и перинатальной патологии.

Таким образом, женщин, беременность у которых наступила в результате ВРТ следует относить к группе высокого риска по материнским и перинатальным осложнениям, в связи с чем необходима более тщательная предгравидарная подготовка, профилактика плацентарной недостаточности и перинатальных потерь. Для ведения данной группы пациенток на протяжении всей беременности необходимо создание единого алгоритма профилактики данных осложнений.

К ВОПРОСУ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Сувернева А.А., Удодова Л.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», г. Астрахань, Россия

За последнее десятилетие произошли значительные изменения в социально-экономической структуре общества, изменилась экологическая обстановка в Астраханской области. По данным МУЗ «КРД» г. Астрахани в последние годы выявляется тенденция роста антенатальной гибели плода в структуре перинатальной смертности (от 41,7% в 2001 г до 63,1% в 2006 г).

В связи с актуальностью проблемы проведен анализ 100 случаев антенатальной гибели плода. Целью исследования явилось изучение причин антенатальной гибели плода в условиях г. Астрахани и выявление групп риска по вероятности ее возникновения. В исследовании обращалось внимание на возраст, социальный статус, паритет, данные клинического, лабораторного, инструментального обследования, характер изменений в плаценте и данные аутопсии.

В ходе исследования выявлено: средний возраст женщин с антенатальной гибелью плода составил $25,9 \pm 0,77$ лет. Из 100 пациенток – 37% первобеременных и 63% повторнобеременных, 32% – не состояли на диспансерном наблюдении, 46% – имели среднее и начальное образование, домохозяйки – 56%, работающих – 38%, учащихся – 6%, более 50% женщин не состояли в браке, курящих – 22%, наркозависимых – 4%, у 40% женщин – раннее начало половой жизни. У первородящих антенатальная гибель плода встречалась в 2 раза чаще. У 20% женщин в анамнезе 2 и более искусственных аборта, у 6% – 2 и более самопроизвольных выкидыша. В 66 % наблюдений беременность протекала на фоне анемии (43% – анемия средней и тяжелой степени), 34% – ОРВИ, 26% – обострения хронического пиелонефрита, 20% – сердечно-сосудистых заболеваний, 13% – заболеваний ЖКТ. У 67% обследованных выявлены воспалительные заболевания гениталий: кольпит (30%), хронический аднексит (24%), бактериальный вагиноз (14%), эндоцервикоз (9%), сифилис (8%), герпетическая инфекция (4%). В 46% наблюдений беременность осложнилась ОПГ – гестозами, 24% – угрозой прерывания, 23% – маловодием, 16% – многоводием. В 79% случаев беременность протекала с явлениями хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН) на фоне воспалительных (63%) и циркуляторно – дистрофических (37%) изменений в плаценте. Более 1/3 плодов имели отклонения в массе (у 37% диагностирован СЗРП II-III степени). Чаще антенатальная гибель плода возникала на 31-32 (35%) и на 39-40 (32%) неделе гестации.

На основании анализа вышеперечисленных факторов выделены три группы риска по вероятности возникновения антенатальной гибели плода.

I группу (частота встречаемости факторов менее 30%) составили женщины с наличием вредных привычек (курение, приём наркотиков), двумя и более искусственными абортами в анамнезе, экстрагенитальной патологией (пиелонефрит, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания ЖКТ), угрозой прерывания беременности.

II группу (частота встречаемости факторов – 31-60%) составили женщины, не состоявшие на диспансерном наблюдении по беременности, с низким социальным статусом (среднее и начальное образование, нетрудоустроенность, незарегистрированный брак), ранним началом половой жизни, ОРВИ и ОПГ-гестозами.

III группу (частота встречаемости факторов – 61% и более) составили женщины, у которых были диагностированы анемия средней и тяжелой степени, генитальная инфекция.

Каждый из вышеперечисленных факторов риска сыграл свою роль в возникновении хронической ФПН, которая при отсутствии своевременной диагностики и патогенетически обоснованного лечения приобрела характер декомпенсированной, обусловившей антенатальную гибель плода. Именно поэтому пристальное внимание необходимо уделить вопросам обследования женщин группы риска. Методы обследования и меры профилактики антенатальной гибели плода у женщин I и II групп риска должны проводиться по общепринятой методике, включающей профилактику и лечение ОПГ-гестозов, экстрагенитальных заболеваний и ФПН. Особое внимание следует уделить вопросам диагностики, срокам и методам родоразрешения женщин III группы риска. Учитывая высокий процент развития хронической ФПН на фоне воспалительных заболеваний в этой группе риска, необходимо максимально расширить объём диагностических исследований, включив в него современные методы диагностики воспалительных заболеваний с идентификацией возбудителя, гормональные и иммунологические методы обследования, исследование ферментативной функции плаценты, широко применять метод компьютерной оценки КТГ плода в динамике. Для решения данной проблемы необходимо разработать комплекс мер профилактики антенатальной гибели плода, основанный на оценке степени риска у каждой женщины. Ввиду высокого процента антенатальной гибели плода на 31-32 неделе гестации, требуется проведение у женщин II и III групп риска диагностических и терапевтических мероприятий в сроки от 28 до 30 недель беременности. Учитывая, что 1/3 случаев антенатальной гибели плода возникает при доношенной беременности, целесообразно госпитализировать беременных III группы риска в стационар в сроки 37-38 недель для контроля за состоянием фетоплацентарного комплекса, лечения ФПН и выбора рационального метода родоразрешения. Полагаем, что своевременная диагностика, адекватная терапия, профилактика и выбор оптимального срока и метода родоразрешения будут способствовать снижению антенатальных потерь.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА

**Судаков А.Г., Белобородова О.И., Курносова С.В.,
Шестова О.С.**

г. Благовещенск, Городской перинатальный центр

Проблема охраны здоровья матери и ребенка рассматривается как важнейшая составная часть здравоохранения, имеющая первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни.

Трехлетний период реализации приоритетного национального проекта сформировал условия для повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения.

Проведен анализ 130 преждевременных родов. Из родоразрешившихся преждевременно первобеременные составили 71,9%, повторнородящие 28,1%. На диспансерном учете состояли 96,3% беременных. До 12 недель на учет встали 58,3% женщин. В браке состояло 75%.

Одним из основных факторов преждевременных родов являлись наличие медицинских абортов в анамнезе – 55,3%, ОРВИ в 42,3% и наличие ХГВИ и ХЦМВИ до 43%. Осложненный акушерский и гинекологический анамнез, а также осложненное течение во время данной беременности имело место во всех случаях. Одним из самых частых осложнений беременности является ее угроза прерывания. В соответствии с нашими данными, отсутствие лечения угрозы прерывания до 12 недель, увеличило количество женщин с явлениями угрозы прерывания в сроки до 24 недель.

61,5% беременных родоразрешились при сроке более 34 недель. Дородовое излитие вод у 12,1% женщин. Уменьшилось количество инфицированных детей с 51,5% до 26,4%. Увеличивается количество рожденных детей в сроки 28-30 недель и уменьшается количество детей рожденных преждевременно в более поздние сроки.

По-прежнему 51,5% женщин поступают на роды по скорой помощи, в 37,8% случаев направляются к приема. Это свидетельствует о том, что профилактика преждевременных родов, в части ее образовательной, как для медицинского персонала так и для населения, не проводится должным образом.

В структуре факторов, предрасполагающих к досрочному завершению беременности во втором и третьем триместрах, обращает на себя внимание высокая частота истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). Альтернативой хирургическому лечению ИЦН является применение акушерских разгружающих пессариев.

В городском перинатальном центре акушерский пессарий применяется в сроки от 23 недель, в то время когда явной ультразвукографической картины истмико-цервикальной недостаточности не было. Женщины поступили в стационар с явлениями угрозы прерывания беременности и значительными рубцовыми изменениями шейки матки.

В 22 случаях (66,6%) произошли роды в срок. У 4(12,1%) женщин состоялись преждевременные роды, в сроки от 33 до 37 недель. В 4(12,1%) случаях про-

изошел выкидыш. 3(9%) женщин продолжают вынашивать беременность. Сроки беременности более 34 недель. Выкидыши состоялись в тех случаях, когда пессарий применялся при пролабирующем плодном пузыре и сроках беременности менее 23 недель.

Отмечается высокая эффективность нехирургической коррекции ИЦН у беременных с явлениями угрозы прерывания беременности и значительными рубцовыми изменениями шейки матки, при сроках беременности не менее 23 недель.

Анализ исхода беременности для новорожденного после самопроизвольных родов и после кесарева сечения показал, что перинатальные потери одинаковы. Это объясняется тем, что оперативное родоразрешение при недоношенной беременности проводилось в основном по жизненным показаниям: отслойка плаценты и кровотечение, предлежание плаценты, тяжелый гестоз. Из 13 детей рожденных с экстремально низкой массой тела, 7 переведены в дети благодаря внедрению методики операции кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре. Выживаемость маловесных детей при массе менее 1000г составляет 50%, 1000гр и более 100 %.

25% средств полученных по родовым сертификатам направляется на приобретение медицинского оборудования, лекарственных средств (курсорф). Приобретены аппарат ИВЛ для новорожденных, мониторы прикроватные для отделения ОРИТН, открытые реанимационные системы, фетальные мониторы. На сегодня имеются хорошие технические условия, включающие наличие аппаратов ИВЛ, для проведения эффективной первичной реанимации новорожденных, родившихся в асфиксии, есть необходимые условия, включающих объективный контроль за жизненно важными функциями организма, для проведения длительной интенсивной терапии.

Таким образом, необходимо изменение приоритетов развития службы родовспоможения от реанимационных и реабилитационных технологий к превентивной перинатологии и родовспоможению, с акцентом на родовспомогательные учреждения в общей сети здравоохранения.

Важнейшей задачей на 2009 год является продолжение работы по повышению качества и доступности медицинской помощи, прежде всего, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на амбулаторно-поликлиническом этапе.

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЭНДОТОКСИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДОВ

**Судаков А.Г., Мостовая Т.А.,
Петров С.Н., Хелемендик С.И.**

г. Благовещенск, Городской перинатальный центр

Одной из актуальных проблем современного акушерства остаются гнойно-септические заболевания послеродового периода. В современных условиях среды возбудителей воспалительных осложнений после

родов стали преобладать грамотрицательные бактерии, резистентные к антимикробным препаратам.

Цель исследования: оценить диагностическую ценность определения уровня эндотоксина в сыворотке крови для определения степени тяжести течения воспалительного процесса у родильниц и эффективности проводимой терапии и избежать необоснованного применения антибактериальных средств. Если учесть, что практически все антибактериальные средства с молоком матери передаются ребенку, а некоторые из них требуют отказа от грудного вскармливания, это является проблемой.

Исследования включали данные о клиническом течении послеродового периода, а также данные лабораторного исследования, подтверждающие наличие воспалительного процесса и УЗИ. Уровень общего эндотоксина определялся в сыворотке крови пациенток методом активированных частиц (МАЧ), с помощью стандартных наборов. Принцип МАЧ основан на иммобилизации на поверхности полимерных химических микросфер (ПХМ) размером частиц 0,60 – 0,68 мкм моноклональными антителами субкласса JgG3 и JgG2a высокоспецифичных к эндотоксинам различных грамотрицательных бактерий. Была избрана следующая схема забора крови: накануне родов, в конце родов, утром следующего дня и на третьи сутки. Наличие эндотоксина в сыворотке крови родильниц следует рассматривать как маркер воспалительного процесса, который объективно отражает риск развития заболевания.

Клиническое обследование проведено у 60 родильниц, у которых послеродовый период протекал на фоне инфекционных осложнений (неоднократный подъем температуры тела на 2-5 сутки послеродового периода, субинволюция матки, патологический характер лохий, инфицированные швы промежности, обострение хронического пиелонефрита).

Результаты исследований показали, что у 42 (70%) родильниц с субинволюцией матки, гематометрой, лохиометрой, при длительном безводном периоде, при обострении хронического пиелонефрита, эндотоксин в сыворотке крови определялся в концентрации не превышающей 30 пк/мл, что соответствует 2-ой степени активированных частиц. Данные осложнения послеродового периода потребовали проведения терапии и лабораторного контроля. Основными компонентами этой терапии являются антибактериальная (цефтриаксон, метрагил), инфузионная, десенсибилизирующая, утеротоническая, при необходимости – антикоагулянтная, иммуностимулирующая, гормональная терапия, а также немедикаментозные методы, эфферентные методы лечения (УФО крови). У 38(90,4%) родильниц в послеродовом периоде было выполнено опорожнение полости матки методом мануальной вакуум-аспирации (МВА), что также свидетельствует о патологическом течении послеродового периода.

У 18(30%) родильниц эндотоксин в сыворотке крови не обнаружен. Этим матерям назначалось двухразовое введения антибиотика в течение первых суток или трёхдневные курсы антибиотикопрофилактики и проводились мероприятия, направленные на повышение защитных сил организма. Опорожнение матки не проводилось.

Таким образом, проведение дополнительного исследования – определения наличия эндотоксина в

сыворотке крови по предложенной схеме – позволяет уточнить степень риска реализации воспалительного процесса после родов, определяет характер проводимой терапии, контролировать ее эффективность и не требует отказа от грудного вскармливания, что приводит к значительной экономии средств и времени.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕКРОЗОМ МИОМЫ МАТКИ

Сударикова Е.Г., Севостьянова О.Ю.,
Пестряева Л.А., Шабунина-Басок Н.Р.

Россия, г Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Проблема миомы матки при беременности является одной из насущных проблем современного акушерства. У каждой 7-ой пациентки формируются показания к оперативному лечению в объеме

Таблица 1.

Основные показатели гемостазиограммы беременных с миомой матки, требующей оперативного лечения.

Показатель	Основная группа (N=16)	Группа сравнения (N=12)	Контроль (N=15)
Тромбоциты, $\times 10^9$ /л	294, 33 \pm 13,12**	252,36 \pm 24,61	235,10 \pm 7,4
Фибриноген, г/л	6,35 \pm 0,36*	4,71 \pm 0,24*	4,6 \pm 0,6
Гематокрит, %	31,37 \pm 0,97	33,35 \pm 0,76	38,0 \pm 6,0
РФМК, мг%	13,50 \pm 1,96**	16,30 \pm 2,06**	6,00 \pm 3,0
АПТВ, сек	33,76 \pm 1,16	33,26 \pm 0,75	40,6 \pm 1,7
КВ, сек	69,65 \pm 4,15**	65,13 \pm 3,52**	45,9 \pm 1,5

* – достоверность различий основной группы и группы сравнения, ** – достоверность различий с контрольной группой по критерию Стьюдента, $p < 0,05$

консервативной миомэктомии. Среди показаний к оперативному лечению при беременности первое место занимают клиничко-лабораторные признаки нарушения питания опухоли.

Целью нашего исследования стало изучение особенностей свертывающей системы у беременных с некрозом миомы матки.

Материал и методы исследования Группы исследования составили беременные, которым проведено хирургическое лечение миомы матки в сроке 16-22 недель на базе гинекологического отделения ФГУ НИИ ОММ в 2007-2008гг. Ретроспективно, по результатам гистологического исследования были сформированы 2 группы. В основную группу были включены беременные, у которых был верифицирован некроз удаленной миомы матки (N=16), группу сравнения составили пациентки без некроза опухоли (N=12). Показаниями для проведения консервативной миомэктомии при беременности являлись большие размеры миомы (36,4%), клиничко-лабораторные признаки нарушения питания опухоли – болевой синдром, воспалительные изменения крови (63,6%). Контрольную группу составили здоровые беременные во 2 триместре гестации (N=15). Были проанализированы основные показатели ге-

мостаза. Исследование проведено по стандартным методикам. Результаты исследования и обсуждение Пациентки всех групп были сопоставимы по возрасту и паритету. Миома матки была диагностирована до наступления данной беременности у половины пациенток основной группы и группы сравнения.

У беременных с лейомиомой матки наблюдается тенденция к тромбоцитозу, достоверно более выраженная при некрозе узла ($p < 0,001$). Аналогичная тенденция характерна для концентрации фибриногена ($p < 0,001$), что сопровождается дефицитом плазменных факторов свертывания крови, о чем свидетельствует удлинение каолинового времени ($p < 0,05$) и компенсаторно заторможенным фибринолизом ($p < 0,05$). У всех беременных с миомой матки в сравнении с группой здоровых беременных диагностируется более высокий уровень РФМК ($p < 0,05$). (Таблица 1).

Вывод Некроз миоматозного узла при беременности сопровождается формированием тромбоопасного состояния, купирование которого происходит вследствие лечебных мероприятий, в том числе консервативной миомэктомии.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ (ПГП) НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) 1 ТИПА

Таджиева В.Д., Жданова В.Ю., Рыкалина Н.А.,
Измайлова Ф.И., Албутова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Ульяновский государственный университет,
ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница,
Ульяновск, Россия

Целью предгравидарной подготовки (ПГП) является достижение и поддержание физиологического профиля гликемии, характерного для беременности, не осложненной СД. Все женщины с СД, планирующие беременность, должны проходить обучение в школах СД, они должны осуществлять: самоконтроль за уровнем гликемии, глюкозурии, ацетонурии; изменять дозу инсулина, в зависимости от уровня гликемии; иметь навыки профилактики и лечения гипогликемических и кетоацидотических состояний; соблюдать диету и программу физических нагрузок; вести дневник самоконтроля – уровня гликемии, глюкозурии, АД, на-

личие белка и ацетона в моче. Слишком жесткий контроль гликемии (средний уровень в крови 4,8 ммоль/л) нежелателен, так как может вызвать внутриутробную задержку развития плода. Частые легкие гипогликемии, сопровождающиеся ребаунд – гипергликемиями, являются причиной развития многоводия, отечности и макросомии плода.

С 2002 года на базе УОКБ создан Центр Диабета, где осуществляется ППП женщин с СД 1 типа. С 2002 по 2008 годы обучение прошли 96 женщин, у 42 из которых впоследствии наступила беременность. Все женщины, планировавшие беременность переводились на recombinantные человеческие инсулины. Компенсация СД считалась хорошей при гликемии 4,4-6,7 ммоль/л. Планирование беременности считали нецелесообразным при уровне гликемии выше 7 ммоль/л. Ежедневный контроль женщины осуществляли при помощи индивидуальных глюкометров. В развитии перинатальной патологии у беременных с СД значение имело изменения липидного обмена, микроциркуляции и аутоиммунные нарушения, поэтому в комплекс ППП включали витаминотерапию, эссенциале, никотиновую и аскорбиновую кислоты, компламин, трентал или курантил. При наступлении беременности, на ранних сроках, женщины, прошедшие ППП, госпитализировались и им проводилось повторное обучение и разрабатывалась схема диспансерного наблюдения и профилактического лечения.

Целью исследования явилось изучение исходов у беременных с СД 1 типа, прошедших ППП. Для этого были созданы три группы наблюдения: I группа – 42 беременные с СД 1 типа, прошедших ППП; II группа – 57 беременных с СД 1 типа, не прошедших такую подготовку; III – 123 беременных с гестационным СД (ГСД), впервые выявленным, и естественно, не проходившим ППП. Почти половина (42 – 47%) в первых двух группах были первобеременными, в группе ГСД их было только 34%, первородящих в группах СД было 64 – 68%, в группе ГСД – 53%. Беременность осложнилась гестозом у половины женщин первых двух групп: в первой группе у 7,1% гестоз был легкой степени, у 35,7% – средней, у 7,1% – тяжелой, случаев преэклампсии и эклампсии не было; во второй группе – у 5,2% отмечена легкая степень, у 10,5% – средняя, у 21,05% – тяжелая, а также у 10,5% была преэклампсия; в третьей группе только у трети были женщины гестоз, в основном легкой и средней степени (19,5% и 14,6%). Многоводие было у каждой 5 беременной в первых двух группах, и у 12,5% – третьей; кандидозный кольпит имел место у 35 – 31% у женщин первой и третьей групп, и у 52,6% – во второй группе. Явления ПН были у каждой третьей (30,9%) беременной первой группы, и у 63,1% и 51,2% в остальных группах. Поздними выкидышами беременности закончились у 2,3% в первой, у 15,7% – второй, у 2,4% – третьей, таким образом, данное осложнение было одинаковым в первой и третьей группах, что говорит о влиянии ППП. Преждевременные роды имели место у 14,6% в первой, у 25% второй, у 7,5% в третьей группах, т.е. почти в 2 раза чаще во второй группе, не прошедших ППП. Почти у одинакового количества беременных с СД 1 типа двух первых групп роды закончились операцией кесарева сечения (64,2% и 68,4%), у беременных с ГСД – у 29,2%. Случаев перинатальной смертности в

первой группе не было, во второй – 12,2% плодов погибло антенатально и 4,8% – в третьей группе; кроме того, 5,26% детей во второй группе имели фетопатии. Макросомия плодов была выявлена у 14,6% в первой группе, у 12,5% – во второй, и у 22,5% детей в третьей, что говорит о недостаточной компенсации ГСД. Диабетическая фетопатия развилась у 9,5% детей первой, у каждого третьего (31,5%) ребенка во второй и у 14,6% третьей групп.

Таким образом, анализируя исходы беременности и родов для матери и плода, обращает на себя внимание тот факт, что в группе женщин с СД 1 типа, получивших ППП, отмечены более благоприятные исходы: не было случаев антенатальной гибели плода; беременность осложнилась гестозом тяжелой степени только у 7,1% женщин, в другой группе такое осложнение было у 21%, и у 10,5% была преэклампсия; синдром ВЗРП, хроническая внутриутробная гипоксия плода, ПН – встречались в 2 раза реже, чем во второй группе; почти в 7 раз реже беременность закончилась поздними выкидышами и в 2 раза реже – преждевременными родами, чем во второй группе, диабетическая фетопатия была в 1,5 раза реже. В настоящее время в России признана неблагоприятная демографическая ситуация, XXI век отмечен повышенным ростом нарушений углеводного обмена, в том числе СД у беременных. Важно готовить и обучать женщину (ППП), страдающую СД к беременности, что обеспечит компенсацию гликемии и обменных процессов, улучшит состояние плода и даст возможность родиться здоровому поколению.

ФОЛАТДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ И УРОДСТВА ПЛОДА

Талалаева И.Н.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета, заведующий кафедрой проф. Макацария А.Д.

Актуальность: Несмотря на значительные успехи современной пренатальной диагностики, дефекты нервной трубки по – прежнему остаются одними из самых распространенных врожденных пороков развития. Ежегодно частота выявления ДНТ в России – 0,4%, смертность вследствие ДНТ-300 новорожденных, что составляет 2% от общей массы. В развитии ДНТ несомненна роль нарушений в обмене фолатов и гомоцистеина. Дефекты любого кофактора (витамины группы В, фолатов) и фермента/ферментов, которые могут быть как приобретенными, так и генетически обусловленными, ведут в итоге либо к гипергомоцистеинемии, либо к стертым/выраженным формам фолатдефицитных состояний. Следует подчеркнуть, что сочетание гипергомоцистеинемии и дефицита фолатов (витамины гр. В, особенно вит В6) – мощный фактор риска развития не только ДНТ, но и сосудистых осложнений (венозных и артериальных тромбозов, гестоза, ПОНРП, фетоплацентарной недостаточности и СЗРП, АГП, ранних и поздних выкидышей).

Цель исследования: Оценить значение генетической гипергомоцистеинемии в структуре причин антенатальной гибели и уродств плода.

Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 100 супружеских пар с антенатальной гибелью плода в сроке беременности с 28 недель до 39 недель. Из них 62 женщины первородящие, 38 – повторнородящие. Исследования проводились спустя 2 месяца до 1 года антенатальной гибели плода. Контрольную группу составили 50 пар, получавших превентивную терапию фолатами в течение 2-х месяцев до наступления планированной беременности и в течение всей беременности. Проводились методы исследования: генетические исследования с помощью ПЦР-диагностики (5 параметров- мутация MTHFR C677T, полиморфизм «66A/G» редуктазы метионин синтазы (MTRR), полиморфизм «2756» метионин синтазы (MTS), полиморфизм «1958 G/A» метилентетрагидрофолат дегидрогеназы, полиморфизм «1298 A/C» метилентетрагидрофолат редуктазы (MTAC). Уровень гомоцистеина определялся иммуноферментным анализом, использовались наборы AXIS-SHIELD (нормальное значение гомоцистеина 7,5 ммоль/л). Исследования проводились у обоих супругов.

Результаты: Были обследованы 100 супружеских пар. Выявлено: 1) повышенное содержание гомоцистеина в крови у 75% матерей с антенатальной гибелью и уродствами плода и у 50% отцов с гипергомоцистеинемией. 2) среди семейных пар у 96% уровень гомоцистеина в крови значительно превышал норму. 3) признаки фето-плацентарной недостаточности (с уродствами плода) и гестоза были выявлены у 70% женщин с гипергомоцистеинемией средней степени тяжести. 4) анализ характера уродств плода показал доминирование мальформации головного мозга, пороков мочеполовой системы, сердечно-сосудистой системы, синдрома Дауна 5) данные исследования также выявили наличие мутаций ферментов, участвующих в метаболизме гомоцистеина и приводящих к развитию гипергомоцистеинемии. В 63% случаев имеет место одна или более гомозиготных форм мутаций, в 78% случаев 3 и более гетерозиготных форм мутаций у обоих супругов. 6) контрольную группу составили 50 пар, получавших превентивную терапию фолатами в течение 4-6 месяцев до наступления планированной беременности и во время всей беременности, у которых родились здоровые дети.

Заключение: полученные данные свидетельствуют о несомненной роли нарушений метаболизма фолатов, метионина и гомоцистеина у супружеских пар с генетически обусловленной формой гипергомоцистеинемии и антенатальной гибелью плода. В этих случаях, как показали наши исследования, наиболее эффективным и патогенетически обоснованным является применение препаратов фолиевой кислоты и витаминов группы В у супружеских пар (будущих матери и отца), начиная с периода подготовки к беременности и в дальнейшем у беременных женщин с начала беременности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Танчук Е.В., Петрова С.В.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Учитывая, что с каждым годом растёт количество беременностей, наступивших после лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), нужно разработать оптимальную тактику ведения беременности и родов, а также профилактических мероприятий возможных осложнений.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности после лечения различными методами ВРТ для разработки оптимальной тактики ведения и родоразрешения данных пациентов.

Под наблюдением находилось 20 пациенток. Средний возраст женщин был 31,3 лет. Первичным бесплодием до применения программ ВРТ страдало 10 (50%), вторичным 10 (50%). Длительность бесплодия был от двух до десяти лет. Трубно-перитонеальный фактор бесплодия диагностирован был у 9 пациенток (45%), эндокринный фактор – у 8 (40%), мужской фактор – у 2 (10%), сочетанное мужское и женское бесплодие – у 1 пары (5%). У 14 пациенток (70%) беременность наступила в результате применения ЭКО и ПЭ, у 6 (30%) после индукции овуляции (КИО) и инсеминации. Течение беременности в первом триместре осложнилось угрозой прерывания беременности у 10 женщин (50%). Во II и III триместре угроза прерывания беременности наблюдалась у 9 (45%) женщин (3 с многоплодной беременностью). Гестоз был диагностирован у 2 беременных женщин в третьем триместре, компенсированная форма фето-плацентарной недостаточности диагностирована у 5 пациенток (25%), синдром задержки внутриутробного плода – у 2 пациенток (10%). При обследовании состояния плода (КТГ) – признаков гипоксии плода не было, при доплерометрии – нарушений гемодинамики в системе мать – плацента – плод не определялось. Следует отметить формирование аномалии прикрепления плаценты после ЭКО и ПЭ у 7 (50%) беременных (у 5 – низкая плацентация, у 2 – предлежание плаценты). Срочными родами закончились беременности у 16 пациенток (80%). Родились доношенные дети, со средним весом 2990 + 230 гр., с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. В наблюдаемой группе необходимо отметить низкий процент операции кесарево сечение всего в 2% случаев. ВРТ не являлись показанием для оперативного родоразрешения женщин. Невынашивание беременности: у 2 – самопроизвольные выкидыш в I триместре), кесарево сечение в 34 недели беременности (тройня) и одни преждевременные роды в 36 недели беременности.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

- ВРТ повышают вероятность многоплодной беременности, что увеличивает осложнения течения беременности.

- Учитывая методику выполнения подсадки эмбриона, чаще формируются аномалии прикрепления плаценты.
- Риск невынашивания беременности при эндокринных факторах бесплодия выше, при трубно – перитониальном и мужском бесплодии после лечения методами ВРТ.
- Возраст и соматический анамнез беременной повышает процент гестоза, невынашивания беременности, формирование ФПН не зависимо от лечения методами ВРТ.

ПРЕПАРАТ «СЕРЕТИД» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Тарасенко В.И., Махмутходжаев А.Ш., Евтушенко И.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ВПО СибГМУ

Росздрава, г.Томск

НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Распространенность бронхиальной астмы (БА) среди беременных женщин варьирует от 3 до 12% и постоянно увеличивается. Эффективное ведение и предупреждение обострений данного заболевания в период беременности является важной задачей. К основным факторам риска неконтролируемого течения астмы относятся ее тяжесть и отсутствие адекватной базисной противовоспалительной терапии с использованием ингаляционных кортикостероидов, снижающих риск обострения заболевания более чем на 75%. Ингаляционный беклометазон является наиболее изученным с позиций эффективности и безопасности средством терапии БА в период беременности. Однако у пациенток с астмой, степень тяжести которой оценивается от средней к тяжелой, часто не удается достигнуть критериев контролируемой астмы при использовании рекомендуемых режимов терапии ингаляционным беклометазоном, что вынуждает повышать дозировки препарата (до 1500 и более мкг в сутки), тем самым, увеличивая риск побочных эффектов. В связи с этим актуальной задачей является поиск новых подходов к терапии астмы в период беременности, среди которых использование нового ингаляционного кортикостероида флутиказона, комбинированного с 2-агонистом длительного действия. Данный препарат доступен под торговой маркой «Серетид» и представляет комбинацию флутиказона и селективного агониста 2-адренорецепторов длительного действия – салметерола.

Целью настоящего исследования являлась сравнительная оценка эффективности препарата Серетид при ведении беременных женщин с недостаточно контролируемой бронхиальной астмой. В работу вошли 18 пациенток с бронхиальной астмой средней степени тяжести в сроке гестации от 14 до 25 нед, которые уже получали базисную противовоспалительную терапию ингаляционным беклометазоном в дозировках от 800 до 1000 мкг. Критериями включения являлись величина объема форсированного выдоха за 1 мин (ОФВ1)

менее 80% от должной и величина обратимости бронхиальной обструкции в ответ на ингаляцию 400 мкг сальбутамола более 20%. Все пациентки отмечали симптомы астмы от 3 до 5 дней в неделю.

В работе проводили базовое измерение функции легких и обратимости бронхиальной обструкции, после чего пациентки были рандомизированы на две группы. В первой группе (n=9) беклометазон заменяли на Серетид в виде аэрозоля для ингаляций, который использовался два раза в день в дозировке флутиказона 250 мкг (500 мкг/сут). Пациентки второй группы (n=9) продолжали прием беклометазона в дозировке 1000 мкг/сут. Длительность периода наблюдения составила 4 недели. Функция легких исследовалась в утреннее время до приема препаратов при помощи спирометрии с оценкой показателей ОФВ1. Помимо базовой оценки функция легких исследовалась через 2 и 4 недели от начала лечения. Все женщины вели дневник, в котором фиксировали симптомы заболевания, а также результаты измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), осуществляемого при помощи индивидуального пикфлоуметра.

Как показал анализ результатов, через 2 недели после рандомизации в группе женщин, принимавших Серетид, происходило увеличение ОФВ1 с 2,75 л (95%ДИ 2,32-2,98) до 3,21 л (95%ДИ 2,82-3,48), что было статистически значимо выше в сравнении с группой пациенток, получавших беклометазон (2,96 л, 95%ДИ 2,44-3,15; p=0,015). Полученные различия сохранялись между группами и через 4 недели, когда величина ОФВ1 в группе, получавших Серетид, была в среднем на 0,27 л выше, чем в группе сравнения (95%ДИ 0,05–0,34, p=0,021). Анализ данных индивидуальной пикфлоуметрии показал, что средние величины ПСВ через две и через четыре недели терапии были статистически значимо выше в группе женщин, получавших Серетид (на 42,6 л/мин 95%ДИ; 20,6–52,7, p<0,001 и 38,5 л/мин, 95%ДИ; 15,3–47,2, p=0,007, через 2 и 4 нед соответственно). Улучшение характеристик функции легких в группе женщин, получавших Серетид, сопровождалось уменьшением частоты симптомов заболевания. К концу периода наблюдения 8 из 9 пациенток данной группы отвечали критериям контролируемой астмы.

Таким образом, Серетид является эффективным средством терапии бронхиальной астмы у беременных женщин и может быть препаратом выбора у пациенток с астмой средней степени тяжести, у которых не удается добиться должного контроля заболевания при использовании рекомендуемых доз ингаляционного беклометазона.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ

Тарасов В.Н., Глуховец И.Б., Сидоренко В.В.

Медицинский центр «Гармония», Городская клиническая больница №11, Городская клиническая больница №8 Рязань, Россия

Одним из условий успешной реабилитации репродуктивной функции у женщин является адекватное состояние эндометрия, которое зависит от полноценной регуляции менструального цикла.

Отягощающим моментом, отрицательно влияющим на структуру эндометрия, нередко является хронический эндометрит (ХЭ), частота которого у женщин, страдающих невынашиванием беременности, достигает 35-40%.

Мы поставили перед собой задачу изучить особенности влияния ХЭ на морфологическую характеристику эндометрия у женщин с невынашиванием беременности в первом триместре гестации при реабилитации репродуктивной функции на прегравидарном этапе.

Под наблюдением находились 85 женщин, обратившихся за медицинской помощью по поводу невынашивания беременности в первом триместре гестации. Всех пациенток разделили на две клинические группы. В первую клиническую группу были отнесены 43 женщины, у которых в эндометрии были обнаружены морфологические признаки ХЭ. Вторую клиническую группу составили 42 пациентки с невынашиванием беременности в анамнезе, у которых признаки ХЭ отсутствовали. Средний возраст обследованных не имел значимых различий между клиническими группами и составил $25,4 \pm 1,6$ и $26,3 \pm 1,8$ лет для первой и второй клинических групп соответственно. Количество спонтанных прерываний беременности в клинических группах колебалось от 2-х до 6-и. Все женщины были подвергнуты клиническому обследованию, которое включало антропометрические характеристики, инфекционный скрининг методом ПЦР (Хламидии, Уреаплазмы, Микоплазмы, Гарднереллы вирусы простого Герпеса 1-го и 2-го типов, Цитомегаловирусы, вирусы Папилломы человека), комплексную оценку менструального цикла (базальная термометрия, фолликулярный яичниковый резерв, гормональный профиль, морфология эндометрия), УЗИ органов малого таза, магнитно-резонансную томографию, рентгенопельвиографию, гистероскопию, лапароскопию (при наличии показаний). Морфологическую характеристику эндометрия проводили в материале, полученном методом аспирационной биопсии по оригинальной методике накануне предполагаемой менструации в процессе комплексной оценки менструального цикла. Метроаспираты фиксировали по методу Меркулова. Заливку в парафин и окраску гематоксилин-эозином проводили по стандартной технологии. При морфологической характеристике метроаспиратов рассчитывали долю основных тканевых структур эндометрия (сосуды, строма, железы) по методике, разработанной авторами.

В результате проведенного обследования было установлено, что между клиническими группами нет существенных различий по показателям, характеризующим регуляцию менструального цикла. Так базальная температура имела двухфазный характер, адекватные периоды созревания, расцвета и регресса во вторую фазу цикла. Гормональный профиль (Тиреотропный гормон, Тироксин свободный, Фолликулостимулирующий и Лютеинизирующий гормоны, Эстрадиол, Прогестерон, Тестостерон) был представлен нормативными значениями и не имел статистически значимых различий между группами. Вместе с тем показатели морфометрии метроаспиратов значительно различались у женщин различных клинических групп. Так, для пациенток первой клинической группы, было характерно меньшее, чем во 2-ой группе, количество клубков спиралевидных артерий ($6,41 \pm 0,92$ против $10,2 \pm 1,88$), меньшая площадь просвета желез и железистого эпителия ($19,05 \pm 2,40\%$ и $20,84 \pm 2,70\%$ против $29,10 \pm 6,27\%$ и $28,80 \pm 6,30\%$), меньшее значение железисто-стромального коэффициента ($0,70 \pm 0,13$ и $1,50 \pm 0,58$ для первой и второй клинических групп соответственно) и большая площадь стромы ($60,13 \pm 3,70\%$ против $42,10 \pm 8,47\%$). Таким образом, в первой клинической группе на фоне ХЭ, эндометрий накануне предполагаемой менструации имел морфологические признаки незавершенной секреторной трансформации, что в большинстве случаев трактуется, как недостаточность лютеиновой фазы цикла. Во второй клинической группе морфологическая картина эндометрия в метроаспиратах была характерна для завершенной, полноценной секреции и рассматривалась как результат адекватной перестройки эндометрия в процессе физиологической регуляции менструального цикла.

Результаты проведенных исследований дают возможность предположить, что на фоне ХЭ, даже при оптимальном уровне продукции основных регуляторов менструального цикла, происходит торможение естественных процессов морфогенеза в функциональном слое эндометрия. Эта ситуация, в конечном итоге, формирует морфологическую картину лютеиновой недостаточности, которая может стать причиной спонтанного прерывания беременности, обусловленной нарушением гестационных процессов в первом триместре беременности на фоне неполноценного эндометрия. Своевременная диагностика и адекватная терапия ХЭ у пациенток с невынашиванием беременности позволит устранять признаки недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла и, таким образом, повысить эффективность реабилитационных мероприятий на прегравидарном этапе при нарушении репродуктивной функции, проявляющимся спонтанным прерыванием беременности в первом триместре гестации.

ВЛИЯНИЕ ПРОСТОЙ И ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ИСХОД

Татаров А.С.

Россия, г. Санкт-Петербург, ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. – проф. В.Н. Кустаров)

Актуальность. Миома матки по-прежнему остается серьезной проблемой у женщин репродуктивного возраста. Данные литературы о характере течения беременности и родов у больных с миомой матки разнообразны и противоречивы. В последние годы отмечается тенденция к повышению частоты обнаружения миомы матки у женщин молодого возраста, что приводит к увеличению сочетания данной патологии с беременностью и составляет по данным различных авторов от 0,5 % до 6% (Сидорова И.С., 1985; Савицкий Г.А., 2001).

Несмотря на то, что миома матки давно и хорошо известна в клиническом отношении всем акушерам-гинекологам, на современном этапе изучения особенностей ее развития обнаруживаются недостаточно освещенные вопросы, решение которых открывает более новые, современные пути для индивидуального подхода к обследованию и лечению женщин детородного возраста.

Целью нашей работы явилось: изучение особенностей течения беременности и ее исхода в зависимости от типа миомы матки.

Материал и методы исследования. Проведен анализ течения беременности и родов у 242 пациенток. Основную группу составили 134 беременных, имевших миому матки, в том числе 78 с простой и 56 с пролиферирующей формой миомы матки. В контрольную группу вошли 108 беременных без опухоли матки.

Изучаемые группы были сопоставимы по возрасту, образованию, паритету беременностей, гинекологической и экстрагенитальной патологии. Средний возраст беременных с простой миомой матки составил $32,9 \pm 5,0$ года, с пролиферирующей $32,6 \pm 5,2$ года, в группе без миомы матки $31,4 \pm 5,1$ года.

Использовались общеклинические методы, исследование системы гемостаза, эхографический контроль плода с доплерометрией, цветное доплеровское картирование узлов миомы, КТГ, гистологическое исследование плаценты и удаленных узлов.

Полученные результаты. При изучении течения беременности было установлено, что угроза самопроизвольного выкидыша в I триместре отмечена у 11 (14,1%) с простой миомой матки, у 40 (71,4%) с пролиферирующей миомой, в контрольной группе у 12 (11,1%) беременных. Несмотря на проводимое лечение, самопроизвольный выкидыш в I триместре произошел у 13 (23,2%) пациенток с пролиферирующей миомой матки, у 8 (7,7%) с простой миомой матки, у 9 (8,3%) пациенток контрольной группы. Выявлена взаимосвязь между типом опухоли и частотой прерывания беременности. Достоверные отличия были получены в группе больных при сравнении пролифе-

рирующей и простой миомы ($p < 0,01$) и в группе без миомы матки ($p < 0,01$). Между группой с простой миомой и контрольной группой достоверных отличий не выявлено ($p = 0,88$). Самопроизвольный выкидыш во втором триместре произошел только у пациенток с пролиферирующей миомой матки – 3 (5,4%).

Таким образом, беременность прервалась в I и II триместре у 16 (28,6%) пациенток с пролиферирующей миомой матки. Столь высокая частота прерывания беременности у женщин с пролиферирующим типом миомы матки, обусловлена, по-видимому, наличием множественных узлов (более 3-х) интрамуральной локализации узлов и интенсивным их ростом во время беременности на $64,3 \pm 15,2\%$ от первоначальных размеров.

Доносили беременность 72 (93,3%) с простой миомой, 40 (71,4%) с пролиферирующей, 99 (91,7%) в группе контроля.

В большинстве случаев осложненное течение беременности отмечено у пациенток с пролиферирующей миомой: гестоз у 35%, фетоплацентарная недостаточность у 47,5%; синдром задержки развития плода у 20%. Выявлена статически достоверная разница по частоте развития осложнений при пролиферирующей форме миомы в сравнении с простой формой и у беременных без миомы.

Выводы. Проведенный анализ показывает, что к наиболее неблагоприятному типу миомы, обуславливающему осложненное течение беременности, относится пролиферирующая форма миомы матки. В большинстве случаев беременность с пролиферирующей формой миомы протекает с осложнениями: наблюдается угроза ее прерывания на разных этапах развития у 71,4%, гестоз у 35%, фетоплацентарная недостаточность у 47,5%; синдром задержки развития плода у 20%. Выявлена статически достоверная разница по частоте развития осложнений при пролиферирующей форме в сравнении с простой формой и у беременных без миомы.

Беременные с пролиферирующей формой миомы матки составляют группу высокого риска по невынашиванию, по развитию гестоза, ФПН, СЗРП.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТОТОЧНОСТИ, ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ И ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А., Санталова Г.В., Валева Г.Р.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии №1, Кафедра детских инфекций

Прогресс современной перинатологии привел к необходимости решения новых проблем, связанных с антенатальной охраной плода. Среди них ведущее место принадлежит плацентарной недостаточности (ПН). Будучи частым осложнением беременности,

она сопровождается хронической гипоксией (ХГП) и внутриутробной задержкой развития плода (ВЗРП). Поэтому при изучении ПН первостепенное значение приобретают вопросы профилактики, прогнозирования и ранней диагностики данного симптомокомплекса.

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости ультразвуковых критериев диагностики ПН, ВЗРП, ХГП для повышения диагностической точности и результативности обследования беременных женщин.

Всем обследованным женщинам в динамике было проведено УЗИ; УЗДГ маточных артерий и артерий пуповины; КТГ. Диагноз ПН верифицирован по данным морфологического исследования последа. Состояние морфофункционального развития новорожденных детей оценивали по шкале Апгар и перцентильным шкалам.

Полученные результаты были предсказуемы, и их низкая информативность в частности при использовании УЗДГ и КТГ объясняется тем, что УЗДГ характеризует лишь гемодинамический аспект функционирования фетоплацентарного комплекса, а КТГ – только адаптационные возможности плода, которые могут сохраняться на определенном уровне продолжительное время. Анализ параметров УЗИ показал наибольшую значимость в диагностике ПН, не осложненной ВЗРП и ХГП, оценки структуры плаценты, фетометрии и измерение объема околоплодных вод. В диагностике ХГП на первом месте стоит также УЗИ. Наиболее значимыми параметрами являются измерение частоты сердечных сокращений, определение двигательной активности и тонууса плода. Для диагностики ВЗРП ведущее место занимают УЗИ, УЗДГ и КТГ с оценкой таких параметров, как фетометрия, структура плаценты, объем околоплодных вод и двигательная активность плода.

Таким образом, для наиболее точной диагностики ПН, ее степени тяжести и основных клинических проявлений необходим дифференцированный подход к оценке ультразвуковых параметров.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тетелютина Ф.К., Пантюхина Н.В.

*Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и гинекологии
ФПК и ПП*

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия

По данным экспертов ВОЗ артериальная гипертензия (АГ) у беременных в мире встречается в 15 – 20%, а в различных регионах России колеблется от 7 до 29%, из них гестационная форма АГ составляет 25-50% случаев, хроническая форма 50-70% (Бартош Л.Ф. с соавторами 2003). Важнейшей причиной неблагоприятных перинатальных исходов служит возникновение хронической плацентарной недостаточности (ПН), которая обусловлена морфофункциональными изменениями в плаценте и представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты на патологиче-

ское состояние матери, в данном случае наличие АГ (В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин, 1997).

Целью нашего исследования явилось изучение морфофункционального состояния плацент у беременных с первичной АГ III – IV степени тяжести, III – IV стадии риска.

Материалы и методы. Для реализации поставленных задач было обследовано 32 беременных. Из них 20 составили группу наблюдения с АГ III – IV степени тяжести, III – IV стадии риска и группа сравнения – 12 практически здоровых женщин. Средний возраст беременных с АГ составил $24,9 \pm 2,1$ года и не отличался от среднего возраста группы сравнения $26,1 \pm 1,6$ года. Всем женщинам было проведено обследование: анализ анамнестических данных, общеклинические и биохимические обследования. Морфофункциональное исследование плаценты проводилось по данным экспертно-компьютерной системы прогнозирования состояния здоровья детей по результатам патогистологического исследования плаценты. При макроскопическом исследовании обращали внимание на форму плаценты, вид плодовой и материнской поверхности, выраженность и размеры долек плаценты, наличие очагов поражений, сгустков крови, инфарктов и пестрификатов, а так же ободков или валиков, окружающих плодовую поверхность. При осмотре экстраплацентарных оболочек учитывались их толщина, цвет, наличие очагов поражения.

Результаты исследования и их обсуждения. Частыми осложнениями во время гестации в группе наблюдения отмечались преэклампсия средней степени тяжести – 11 (55,0%) и тяжелой степени – 8 (40,0%), угроза прерывания беременности – 12 (60,0%), ПН – 6 (30,0%), хроническая внутриутробная гипоксия плода – 9 (45,0%), внутриутробная задержка развития плода – 4 (20,0%). Обращает внимание, что методом родоразрешения в группе наблюдения в 100,0% явилось кесарево сечение, в группе сравнения – 2 (16,7%). В группе наблюдения большинство операций было произведено в экстренном порядке – 12 (60,0%), соответственно в плановом порядке – 8 (40,0%). Следует указать, что у 2 (10,0%) показаниями к абдоминальному родоразрешению со стороны матери явилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, со стороны плода – острая внутриутробная гипоксия у 1 (5,0%).

При исследовании плацент в группе наблюдения, как и в группе сравнения, форма плаценты округлая или овальная. Средняя длина пуповины увеличена и составляет $63,68 \pm 0,21$ см. Прикрепление пупочного канатика у беременных с АГ в большинстве случаев эксцентричное или краевое. Общая толщина плаценты в группе наблюдения составляет $1,92 \pm 0,04$ см, из них толщина материнской части составляет $1,38 \pm 0,04$ см. Материнская часть плаценты в исследуемой группе темно-красного или багрового цвета с сероватым оттенком, имеет мелкодольчатое строение: в 7 (35,0%) случаях дольки были одинаковые по размеру, в 13 (65,0%) не равномерные (мелкие, средние, крупные), децидуальные перегородки между дольками утолщены. В 9 (45,0%) случаях выявлялись очаговые кровоизлияния и мелкие сгустки крови (гематомы) различного размера, цвета и строения, что свидетельствует о различном времени их формирования, связанных с частичной отслойкой плаценты. Так же

в плацентах женщин с АГ достоверно чаще встречались кальцификаты, межворсинковые пространства, венозные синусы значительно сужены по сравнению с плацентами пациенток группы сравнения. Атрофия и склероз крупных ворсин встречались в 11 (55,0%) случаях. Сохранена тенденция к утоньшению плодовой части в группе с АГ – 0,54±0,04см. Хориальная часть гладкая, серовато-белесоватого или серого цвета, блестящая. Аномалии развития – ободок, валик, очаговые уплотнения у беременных с АГ встречались в 3 раза чаще, чем у беременных группы сравнения и наблюдались в 7 (35,0%) случаях. На поверхности плодовой части отмечались фрагментарные отложения фибрина – 16 (80,0%). Кровеносные сосуды, просвечивающиеся сквозь поверхность плодовой оболочки, варикозно изменены.

Таким образом, по результатам исследования можно сказать, что во время гестации у беременных с АГ III – IV степени тяжести, III – IV стадии риска происходят морфофункциональные изменения в плаценте, которые лежат в основе развития хронической ПН.

ПРИНЦИПЫ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тетелютин Ф.К., Черненко М.Л., Стрелкова Т.Н., Гаустнехт М.Ю.

*Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и гинекологии
ФПК и ПП*

*ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия
Росздрава*

Частота беременностей, протекающих физиологически и заканчивающихся рождением здорового ребенка, составляет в крупных промышленных городах не более 2-8 %. Особую значимость приобретает проблема доклинической диагностики и профилактики соматической, в частности заболеваний мочевыделительной системы, и репродуктивной патологии. Поэтому возникает необходимость поиска эффективных подходов к раннему выявлению, своевременной диагностике, превентивной терапии и коррекции нарушений в состоянии здоровья супругов, планирующих беременность, на этапах беременности, способных осложнить течение родов и послеродового периода, и тем самым отразиться на состоянии здоровья новорожденного.

Целью исследования явилась разработка принципов прегнавидарной подготовки при заболеваниях мочевыделительной системы.

Материалы и методы. Для оценки эффективности предложенных схем ведения был проведен анализ прегнавидарного фона, течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плодов и новорожденных у 101 женщины с хроническими рецидивирующими заболеваниями мочевыделительной системы (неосложненными и осложненными формами) средней и тяжелой степени течения и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (невывнашивание беременности, репродуктивные потери, внутриутробная инфекция и т.д.). К неосложненным инфекциям мочевыделительных путей (ИМП) мы относили острые циститы,

пиелонефриты, уретриты при отсутствии каких-либо нарушений к оттоку мочи из почек или из мочевого пузыря и структурных изменений в почках или мочевыводящих путях. К осложненным формам мы относили ИМП на фоне анатомических нарушений, обструкции мочевыводящих путей (камни, стриктуры, опухоли, кисты, фистулы), функциональных нарушений (нейрогенный мочевой пузырь, везикоуретральный рефлюкс), инородные тела (катетеры, стенты, дренажи, камни), метаболических, гормональных нарушений (сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, мочекаменная болезнь, постменопауза), иммунодефицитных состояний.

Прегнавидарная подготовка супружеской пары с ИМП, планирующей беременность, начинается с проведения беседы о необходимости освидетельствования состояния здоровья супругов и коррекции выявленной патологии в три этапа. На первом этапе (диагностическом) выявлялась форма ИМП и проводилось обследование вне беременности (бактериологическое, иммунологическое, гормональное, биохимическое, гемостазиологическое, общеклинические). Устанавливалось, что супружеская пара практическая здоровая или супружеская пара имела изменения в соматическом и репродуктивном здоровье. На втором этапе (медикаментозный комплекс превентивной терапии) при неосложненной форме ИМП проводилась превентивная терапия, включающая в себя применение мембраностабилизаторов, антиоксидантов, ферментов, сорбентов за 2 месяца до беременности. При осложненной форме ИМП проводились консультации специалистов, лечение основного заболевания, превентивная терапия: мембраностабилизаторы, антиоксиданты, ферменты, сорбенты за 2 месяца до беременности. Затем независимо от формы проводился контроль эффективности терапии и планирование желанной беременности. На третьем этапе (профилактический комплекс мероприятий во время беременности) проводилось лечение осложнений течения беременности и обострения соматической патологии по показаниям в I, во II триместре, и в III триместре беременности.

Применение системы прегнавидарной подготовки и этапного ведения беременной с ИМП позволило улучшить клиническое состояние женщины, увеличить средний объем диуреза, снизить число пациентов с бактериурией.

Таким образом, разработанная система прегнавидарной подготовки супружеской пары, где женщина страдала ИМП, позволило планировать беременность на фоне полного соматического здоровья.

ЗНАЧЕНИЕ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Тимохина Е.В., Тарабрина Т.В.

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова
Росздрава, Москва, Россия*

С появлением учения о факторах роста (ФР), которые определяют развитие плаценты и плода, намечилось новое направление в изучении плацен-

тарной недостаточности. В настоящее время описано несколько десятков факторов роста, многие из которых оказывают влияние на функцию репродуктивной системы женщины. Особое значение имеют сосудисто-эндотелиальный фактор роста (СЭФР) и фактор роста плаценты (ФРП). СЭФР, известный также как фактор сосудистой проницаемости или васкулотропин, представляет гликопротеин, способствующий росту эндотелиоцитов и индуцирующий ангиогенез. Установлено, что в условиях гипоксии клетки способны повышать продукцию СЭФР. ФРП является стимулятором ангиогенеза и повышает проницаемость сосудов внутри плацентарного ложа.

С целью изучения клинико-диагностического значения ангиогенных факторов роста при плацентарной недостаточности различного генеза и СЗРП нами был проведен проспективный анализ течения беременности и исходы родов у 120 женщин с плацентарной недостаточностью, проявлявшейся СЗРП и/или гемодинамическими нарушениями в системе «мать-плацента-плод», а также у 30 женщин с неосложненной беременностью. Всем обследуемым было проведено динамическое ультразвуковое исследование, включающее фетометрию и доплерометрическое исследование маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и плодового кровотока. Была произведена оценка клинического течения и исходы беременности обследованных женщин. Определение концентрации СЭФР и ФРП проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови беременных в лаборатории клинической биохимии НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина. Компенсированная ПН (СЗРП I степени, гемодинамические нарушения I степени) выявлена в 31 (25,83%) наблюдениях. Субкомпенсированная ПН (СЗРП I-II степени, гемодинамические нарушения I степени с двусторонними изменениями кровотока в маточных артериях или II степени) диагностирована в 78 (65%) наблюдениях. Декомпенсированная ПН (отсутствие диастолического компонента или ретроградный диастолический кровоток в артерии пуповины) установлена в 11 (9,17%) наблюдениях.

Проведенные нами исследования показали, что при неосложненной беременности уровень СЭФР возрастает с увеличением срока гестации. К сроку 16-22 недели, его средние значения составили $21,7 \pm 3,17$ пг/мл; к 23-29 нед. – $34,9 \pm 3,61$ пг/мл; к 30-36 нед. – $94,4 \pm 9,16$ пг/мл. Уровень СЭФР в сыворотке крови у женщин с компенсированной ПН достоверно не превышал уровня СЭФР при неосложненной беременности и составил в среднем $23,2 \pm 2,67$ пг/мл в 16-22 нед., $37,8 \pm 4,1$ пг/мл в 23-29 нед. и $98,7 \pm 8,17$ пг/мл в третьем триместре. При суб- и декомпенсированной ПН уровень СЭФР в крови был значительно выше уровня СЭФР при неосложненной беременности. Во втором триместре при субкомпенсированной ПН средние значения сэфр составили $41,33 \pm 4,08$ пг/мл, что в 1,9 раз выше, чем в группе контроля. При декомпенсированной ПН отмечалось повышение концентрации СЭФР и в сроки 23-29 недель составило $67,12 \pm 6,51$ пг/мл, что в 3 раза выше, чем в группе контроля. В третьем триместре концентрация СЭФР достигает своих максимальных значений и составляет при субкомпенсированной ПН $276,7 \pm 15,9$ пг/мл и при декомпенси-

рованной ПН – $141,6 \pm 12,0$ пг/мл, что соответственно в 3 и 1,5 раза выше, чем в группе контроля. Как видно из представленных результатов при прогрессировании морфофункциональных изменений в плаценте и нарастании тканевой ишемии уровень СЭФР значительно возрастает. При критическом состоянии кровотока плода и/или выраженной его гипоксии отмечается тенденция к снижению уровня СЭФР, что по-видимому отражает истощение компенсаторных возможностей фетоплацентарной системы и может являться дополнительным прогностическим критерием развития декомпенсированной ПН.

Уровень ФРП при физиологическом течении гестационного процесса характеризовался быстрым нарастанием концентрации к концу второго триместра и плавным снижением в третьем триместре. Средний уровень ФРП в 16-22 нед. составил $253 \pm 24,7$ пг/мл, в 23-29 нед. приобрел свое максимальное значение ($445,33 \pm 37,2$ пг/мл) и в третьем триместре произошло плавное снижение уровня ФРП до $394 \pm 32,5$ пг/мл, однако уровень его остался более высоким, чем во втором триместре. У беременных с ПН отмечается нарушение продукции ФРП, на протяжении всего изученного периода гестации. Уже во втором триместре при компенсированной плацентарной недостаточности в отличие от уровня СЭФР средний уровень ФРП достоверно ниже, чем при неосложненной беременности – $188,67 \pm 17,5$ пг/мл, то есть в 1,34 раза. При субкомпенсированной ПН уровень ФРП в 1,89 раза ниже нормативного ($133,67 \pm 12,9$), при декомпенсированной – в 2,1 ($120,15 \pm 11,9$). Таким образом, уровень ФРП является прогностическим маркером, характеризующим начальные признаки нарушений в функционировании системы мать-плацента-плод, возникающие до клинической манифестации ПН.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН ХАКАСИИ

Тихонович А.В., Егорова А.Т.

*Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Медицинский
Университет, Красноярск, Россия*

Целью работы явилось изучение особенностей клинического течения родов, осложненных слабостью родовой деятельности (СРД), перинатальные исходы у женщин Хакасии с учетом этнической принадлежности. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации за 2007 год в МУЗ «Родильный дом» города Абакана. Частота родов, осложненных СРД среди женщин-хакасок составила 13,8%, среди европеоидов 14,2%. Всего изучено течение беременности, родов и перинатальные исходы у 140 женщин, из них I группу (основную) составили женщины – хакаски ($n = 60$), II группу (контрольную) – европеоиды ($n = 80$). Исследуемые группы сопоставимы по возрасту ($23,65 \pm 4,6$ лет и $24,31 \pm 4,6$ лет соответственно) и паритету родов. Первородящих в I группе 54 (90%), II группе 70 (87,5%). Роды произошли в сроке $38,9 \pm 1,8$ нед. и $40,0 \pm 0,9$ нед. соответственно, в основной группе преждевременных родов было 3 (5%) при сроке ге-

станции 34-35 нед. Антропометрические данные исследуемых достоверно различны по росту и массе тела: в I группе 160,1 + 3,5 см и 54,79 + 6,0 кг, во II группе 163,6 + 5,9 см и 62,11 + 11,1 кг, при $p = 0$. По индексу массы тела, определенному до наступления беременности исследуемые распределены следующим образом: в основной группе с дефицитом массы 15 (25%), нормальным 39 (65%), избыточным 6 (10%); в контрольной соответственно 16 (20%), 41 (51,2%), 17 (21,3%) и с ожирением 6 (7,5%). Прибавка массы тела за беременность достоверно ниже в основной группе 10,93 + 4,6 кг, в контрольной 13,9 + 4,4 кг, при $p = 0$. Частота встречаемости анатомически суженного таза в основной группе выше: 9 (15%) и 5 (6,3%), при $p = 0,16$, преобладает общервномерносуженный таз. Соматические заболевания выявлены у 36 (60%) женщин основной группы и 41 (51,3%) контрольной, в обеих группах преобладает патология ЖКТ, мочевыводящей системы, органов дыхания. Возраст менархе в основной группе 13,45 + 1,2 лет, контрольной 13,1 + 1,1 лет. Акушерско-гинекологический анамнез обследуемых был отягощен. В основной группе 12 (20%) женщин перенесли воспалительные заболевания половых органов, в контрольной 22 (27,5%). Аборты в анамнезе были у 21 (35%) исследуемых основной группы и 31 (38,8%) контрольной. Течение беременности было осложненным у 51 (81%) женщин основной группы и 72 (90%) контрольной. В I группе преобладали: анемия (41,7%), инфекции мочеполовой системы (30%), плацентарная недостаточность (28,3%), угроза невынашивания (21,7%); во II группе: плацентарная недостаточность (13,8%), анемия (13,8%), инфекции мочеполовой системы (10%), гестоз II половины беременности (8,8%). Продолжительность родов у первородящих основной группы составила 14,5 + 2,8 часа, контрольной 14,5 + 3,1 часа, у повторнородящих, соответственно 13,9 + 3,4 ч и 13,4 + 3,2 ч. Несвоевременное излитие околоплодных вод зафиксировано у 19 (31,7%) рожениц основной группы и 45 (56,3%) контрольной. Зрелость шейки матки является одним из основных критериев, определяющих нормальное течение родов. Начало родовой деятельности при недостаточно зрелой шейке матки в основной группе у 9 (15%) рожениц, в контрольной у 24 (30%). Длительность родостимуляции в основной группе составила 4,2 + 1,7ч, контрольной 4,5 + 2,5ч. Родоразрешены операцией кесарева сечения (КС) в основной группе 9 (15%), контрольной 19 (23,8%), при $p = 1,29$. Показанием для оперативного родоразрешения в обеих группах явилось отсутствие эффекта от утеротоников и/или дистресс-синдром плода, который диагностирован на основании данных кардиотокографии и наличия мекония в околоплодных водах. Отмечено, что среди рожениц с недостаточно зрелой шейкой матки в основной группе роды проведены консервативно, в контрольной закончены операцией КС в 33,3%. В основной группе не было кровотечений, в контрольной группе ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 2 случаях (2,6%). Среди осложнений послеродового периода преобладали анемия и субинволюция матки, соответственно 21 (35%) и 9 (15%) в I группе и 21 (26,3%) и 10 (12,5%) во II группе. Исход родов для плода и течение раннего неонатального периода проанализирован у 140 новорожденных. Масса и длина тела новорожден-

ных в основной группе достоверно ниже: 3218 + 396 г и 51,6 + 2,7 см, в контрольной 3453 + 344 г и 53,0 + 2,1 см, при $p = 0$. Оценка по шкале Апгар на первой минуте в основной и контрольной группах не имеет достоверных различий (7,05 + 1,4 балла и 7,3 + 1,2 балла). Родились в асфиксии, соответственно 6 (10%) и 11 (13,8%) новорожденных. Перинатальная заболеваемость в основной группе достоверно выше 616,7 на 1000, в контрольной 350 на 1000. Среди заболеваний преобладает церебральная ишемия: 17 (28,3%) в I группе и 13 (16,3%) во II группе. Родовой травматизм у 6 (10%) новорожденных основной группы, у 7 (8,8%) контрольной. Новорожденных из I группы выписано домой здоровыми 39 (65%), на амбулаторное долечивание 8 (13,3%), переведено на 2 этап выхаживания 13 (21,72%), из II группы: 61 (76,3%), 10 (12,5%), 9 (11,2%) соответственно. Таким образом, у женщин коренной национальности при слабости родовой деятельности реже частота абдоминального родоразрешения, при этом перинатальная заболеваемость достоверно выше. По нашему мнению, это определяет необходимость своевременного пересмотра тактики ведения родов, осложненных СРД.

ТЕЧЕНИЕ СРЕДИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ХАКАСИИ

Тихонович А.В., Егорова А.Т.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Медицинский
Университет, Красноярск, Россия

В структуре женского населения Республики Хакасия женщины коренной национальности составляют 11,9%. В связи с чем является актуальным изучение особенностей течения осложненных родов у женщин Хакасии. Аномалии родовой деятельности, представляют собой наиболее типичное осложнение родового акта, их частота составляет 12 – 16 %. Целью работы явилось изучение клинического течения стремительных родов, перинатальных исходы у женщин Хакасии с учетом этнической принадлежности. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации за 2007 год в МУЗ «Родильный дом» города Абакана. Принято родов 3158, у женщин коренной национальности 436 (13,8%). Частота стремительных родов среди женщин-хакасок составила 7,6%, среди европеоидов 4,6%. Изучено течение беременности, родов и перинатальные исходы у 78 женщин, из них I группу (основную) составили женщины – хакасские ($n = 33$), II группу (контрольную) – европеоиды ($n = 45$). Исследуемые группы сопоставимы по возрасту (26,24 + 5,7 лет и 27,1 + 6,4 лет) и паритету родов, первородящих в I группе 8 (24,2%), II группе 16 (35,6%). Срок беременности по менструации составил в основной группе 39,06 + 1,5 нед., контрольной 39,3 + 1,3 нед. Антропометрические данные достоверно различны по росту, (в I группе рост 150,9 + 5,0 см, контрольной 164,3 + 6,7 см, при $p = 0$) и массе тела (54,04 + 9,3 кг и 60,2 + 11,02 кг, при $p < 0,05$). По индексу массы тела, определенному до наступления беременности раз-

личий в группах не выявлено. Прибавка массы тела за беременность составила в основной группе 10,44 + 4,6 кг, в контрольной 11,45 + 4,5 кг ($p = 0,34$). Частота встречаемости анатомически суженного таза в основной группе 33,3%, контрольной – 20%, чаще общеравномерносуженный таз. Соматические заболевания выявлены у 23 (69,7%) женщин основной группы и 37 (82,2%) контрольной, в обеих группах преобладает патология ЖКТ, мочевыводящей системы, анемии. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен, в I группе 12 (36,4%) имели патологию шейки матки, 8 (24,2%) перенесли воспалительные заболевания половых органов, во II группе 12 (26,7%) и 16 (35,6%) женщин соответственно. Аборты от 1 до 5 были у 15 (45,5%) исследуемых основной группы и 19 (42,2%) контрольной. Течение беременности осложнилось у 15 (45,5%) женщин I группы и 16 (35,6%) II группы. В основной группе преобладали: анемия (27,3%), плацентарная недостаточность (18,2%), инфекции мочеполовой системы (15,2%); в контрольной: плацентарная недостаточность (15,6%), гестоз II половины беременности (8,9%) и угроза прерывания (8,9%). Продолжительность родов у первородящих основной группы составила 3,18 + 0,32 часа, контрольной 3,32 + 0,4 часа ($p = 0,76$), повторнородящих 1,73 + 0,2 ч и 1,84 + 0,2 ч. Несвоевременное излитие околоплодных вод произошло у 8 (24,2%) рожениц I группы и 26 (57,8%) II группы, длительность безводного промежутка составила 1,4 ч и 2,7 ч соответственно. Наличие мекония в околоплодных водах отмечено у 2 (6,06%) рожениц I группы и 5 (11,1%) II группы. Частота травматизма мягких тканей родовых путей в группах не различима, 4 (12,1%) и 6 (13,3%) соответственно. Объем кровопотери в родах составил 210,6 + 30,0 мл и 210,4 + 48,6 мл. В основной группе кровотечений не было, в контрольной группе ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 3 случаях (6,7%). В позднем послеродовом периоде у 7 (21%) родильниц I группы диагностирована субинволюция матки, у 5 (11,1%) II группы. Анемия достоверно чаще осложняет послеродовый период в основной группе 10 (30,3%) и 3 (6,7%) случаев соответственно, при $p=0,014$. Исход родов для плода и течение раннего неонатального периода проанализированы у 78 новорожденных. Различий в массе и длине тела новорожденных не выявлено: в основной группе 3333 + 557,6 г и 52,0 + 3,5 см, контрольной 3217 + 470,4 г и 52,0 + 3,2 см. Крупные плоды чаще были в I группе: 12,1% и 6,7%. Оценка по шкале Апгар на первой минуте в основной и контрольной группах не различимы: 7,79 + 0,7 балла и 7,6 + 0,7 балла. С оценкой 5-6 баллов в основной группе родились 2 (6,1%) новорожденных, контрольной 4 (8,9%). Родилось больными или заболело в основной группе 13 (39,4%) новорожденных и 22 (48,9%) в контрольной. Заболеваемость новорожденных в основной группе составила 454,5 на 1000, контрольной 533,3 на 1000. Случаев родового травматизма в основной и контрольной группе по 2 (6,1%). Гипотрофия плода I – II степени в основной группе 6 (18,2%), контрольной 11 (24,4%); церебральная ишемия I – II степени 7 (21%) и 10 (22,2%). Случаев перинатальной смерти не было. Новорожденных основной группы выписано домой 28 (84,8%), переведено на 2 этап выхаживания 4 (15,2%), контрольной 31 (68,9%) и 14 (31,1%) соответственно. Таким образом, женщины коренной национальности при достоверно меньших антропометрических данных,

более высокой частоте встречаемости анатомически суженного таза не имели различий с европеоидами по массе и длине плода. Заболеваемость новорожденных у женщин-хакасок при стремительных родах ниже, чем у европеоидов и они реже нуждаются в последующей реабилитации. Вместе с этим достоверно чаще у женщин-хакасок послеродовой период имеет осложненное течение, что необходимо учитывать при их курации.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ

**Толокнов Б.О., Мартышина Я.А.,
Махова Е.Е., Маркина И.В.**

Кафедра онкологии ФПДО МГМСУ, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи (ФГУ НЦ АГиП им. В.И.Кулакова).

Трофобластические болезни – это либо состояния, либо опухоли, которые уникальны тем, что представляют собой аллотрансплантаты, возникающие из продукта зачатия и прорастающие в ткани матки. Поскольку эти опухоли связаны с беременностью, они возникают, в основном, у женщин детородного возраста, то есть в период, когда их социальные нагрузки наиболее высоки.

В последнее время, благодаря использованию современных режимов химиотерапии, удалось достичь значительных успехов в лечении больных трофобластической опухолью: выживаемость в группе больных I-II стадией достигла 100%, у больных III-IV стадией – 80-85%. При этом значительно снизилось количество оперативных вмешательств в объеме гистерэктомии с 60% до 3%.

Эти достижения в лечении больных трофобластической болезнью поставили перед клиницистами ряд актуальных вопросов, связанных с восстановлением репродуктивной функции пациенток.

По данным анализа 1450 больных трофобластической опухолью, находящихся в ГУ РОНЦ им.Н.Н.Блохина, менструальная функция восстановилась у 90,3% пациенток через 1-2 месяца после успешного лечения. У 71% из них наступила беременность в различные сроки после окончания лечения, при этом 82% из забеременевших благополучно родоразрешились, а некоторые рожали дважды.

По нашему мнению оптимальными сроками наступления беременности после окончания последнего профилактического курса химиотерапии являются:

- при доброкачественных формах трофобластической болезни (частичный и полный пузырный занос) – через 1 год;
- при злокачественных формах трофобластической болезни (трофобластическая опухоль, хориокарцинома матки):

I-II стадия – через 1 год; III-IV стадия – через 1,5-2 года. В ФГУ НЦ АГиП им. В.И.Кулакова направлено 32 беременных пациентки, перенесших трофобластиче-

скую болезнь, из них 23 пациентки после доброкачественной формы трофобластической болезни (полный или частичный пузырный занос), и 9 пациенток после злокачественной формы (хориокарцинома, трофобластическая опухоль) с применением от 5 до 14 курсов химиотерапии. После проведения соответствующей корректирующей терапии, все эти молодые женщины родоразрешились здоровыми детьми.

В результате проведенных углубленных исследований за этими пациентками с использованием современных методик слежения за протеканием беременности 29 женщин родоразрешились 12 мальчиками и 17 девочками: у одного новорожденного была диагностирована опухоль почки, остальные дети здоровы. На разных сроках беременности под наблюдением находятся еще 4 женщины - по данным обследования патологии у беременных и плодов не выявлено.

В заключении необходимо отметить, что женщины, перенесшие доброкачественные и злокачественные формы трофобластической болезни, могут стать счастливыми матерями при условии совместного наблюдения и ведения беременности и родов акушерами-гинекологами и онкогинекологами.

НЕКОТОРЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ МАТОЧНО- ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕ- РЕМЕННЫХ СО СМЕШАННЫМИ ФОР- МАМИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Торопкина Е.Л., Мустафина Л.Р.,

Агаркова Л.А., Габитова Н.А.

*НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии
СО РАМН, Томск, Россия*

В современном акушерстве синдром ГА не теряет своей актуальности из-за высокого риска развития перинатальных осложнений. Сохраняющиеся на фоне гестации нарушения стероидогенеза ведут к стазу и склеротическим изменениям в микроциркуляторном русле, повышению ломкости сосудов миометрия и плаценты, способствуют снижению гормон-продуцирующей функции плаценты и нарушению условий развития плода в антенатальном периоде. В связи с этим представляется актуальным не только ранняя функциональная диагностика изменений в МПК на фоне ГА, но и их морфологическая составляющая. Попытка выявить некоторые эхографические и морфологические показатели формирующегося МПК у беременных со смешанными формами ГА явилось целью настоящего исследования.

Обследованы 42 женщины с ГА (основная группа) и 18 женщин без ГА, с неосложненным течением беременности (контрольная группа), в возрасте 19-32 лет. Эхографическое исследование проводили трансагинальным датчиком. При исследовании определяли: локализацию плаценты, ее расположение по отношению к внутреннему зеву, толщину и структуру.

Эхографические показатели сопоставляли с нормой для данного срока беременности. С помощью доплерометрии оценивали характер гемодинамики в маточных артериях, вычисляли индексы сосудистого сопротивления. Абортивный материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали в парафин, окрашивали гематоксилином и эозином по стандартной методике. На полученных препаратах полуколичественным способом оценивали следующие признаки: пролиферацию трофобласта, наличие или отсутствие диссоциированного развития ворсин и кальцинатов, степень зрелости децидуальных клеток. Статистическая обработка проводилась при помощи методов вариационной статистики, с использованием стандартных программных продуктов «MS Excel 2000» и SPSS.

При исследовании локализации (по передней и задней стенке матки) и измерениях толщины плаценты статистических значимых различий между исследуемыми группами не выявлено. Центральное предлежание плаценты обнаружено только в группе с ГА (19%), краевое и боковое составило в основной группе 21,4% и 40,5%, в контрольной, соответственно, 15,7% и 5,6%. Структура хориальной ткани характеризовалась неоднородностью в 47,6% случаев у беременных с ГА, расширение краевого синуса в 16,7%, в контрольной группе, соответственно, 11,1% и 4,7%. Изучение показателей индексов периферического сосудистого сопротивления, позволяет сделать вывод об их статистически значимом увеличении у беременных с ГА, по сравнению с таковыми у здоровых женщин. Так, индекс резистентности составил в основной группе $0,76 \pm 0,07$, пульсационный индекс $2,10 \pm 0,5$ и систола-диастолическое отношение $4,29 \pm 0,96$, в контрольной, соответственно, $0,66 \pm 0,03$; $1,43 \pm 0,08$; $2,96 \pm 0,27$ ($p < 0,001$). При гистологическом исследовании плацент от женщин с ГА наиболее часто встречались нарушения созревания ворсинчатого дерева, проявлявшиеся диссоциированным развитием ворсин, недостаточно выраженной пролиферацией трофобласта, инволютивно-дистрофическими изменениями. Так, в группе беременных с ГА в $0,64 \pm 0,02\%$ выявлялись вторичные (бессосудистые) ворсины, наличие которых в контрольной группе зарегистрировано не было. Стволовые ворсины составили $8,6 \pm 0,44\%$ в группе сравнения и $11,7 \pm 0,67\%$ в группе с ГА. Основную массу составили незрелые мезенхимальные и промежуточные ворсины, содержание которых не отличалось между группами. Инволютивно-дистрофические изменения в виде мелких кальцинатов, выявляемых в межворсинчатом пространстве встречались в $31,0\%$, в контрольной группе $7,9\%$ ($p < 0,05$).

Проведенное исследование позволяет заключить, что избыток андрогенов, на фоне которого возникает беременность, изначально формирует неблагоприятные условия для ее развития. Так у беременных с ГА в I триместре отмечается эхографические и морфологические признаки нарушения трофики и созревания ворсинчатого хориона. Полученные данные позволяют прогнозировать дальнейшее течение беременности у женщин с нарушениями стероидогенеза и своевременно назначать соответствующую терапию.

К ВОПРОСУ ПОИСКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

Трапезникова Ю.М., Башмакова Н.В., Бызова Т.Е.

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ НИИ ОММ Росмедтехнологий

Беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), имеет множество предпосылок к неблагоприятному течению как вследствие исходныхотягощающих факторов акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, так и получаемых в процессе выполнения самой технологической процедуры; она исходно закладывается в условиях, резко отличных от спонтанной беременности, и нуждается в обязательной медикаментозной поддержке. Многие параметры ее течения выйдут за рамки физиологических даже при нормальном ее развитии и последующем благополучном исходе, что создает определенные трудности в диагностике и лечении в связи с отсутствием достоверных объективных критериев оценки.

В русле данной тенденции представляется интересным поиск соответствия динамики роста объемов плаценты, формирующейся в условиях постоянной гормональной нагрузки, и полости плодного яйца, а также показателей сосудистой резистентности маточных артерий клиническим особенностям течения беременности и ее исходу.

Цель – изучить характер изменения объемов хориона/плаценты, полости плодного яйца и индекса резистентности маточных артерий (Ri) в течение периода плацентации, оценить значение измерения данных параметров в прогнозе течения беременности, наступившей в результате применения ВРТ.

Материалы и методы. Были проанализированы течение и исходы беременности 22 пациенток, вынашивавших одноплодную беременность после применения ВРТ, составивших основную группу, и 13 пациенток со спонтанно наступившей одноплодной беременностью, без существенных отклонений в ее течении, родивших доношенных детей в удовлетворительном состоянии, составивших контрольную группу.

Результаты. При анализе динамики индекса резистентности в маточных артериях на протяжении периода плацентации выявлено, что происходит его постепенное снижение у пациенток основной и контрольной групп, при этом его значения ниже в группе пациенток после ВРТ в сравнении с группой спонтанно беременных в соответствующие сроки. Отмечается некоторый подъем указанного показателя в сроке 8 недель в группе беременных после ВРТ, что совпадает с данными литературы о повышении сосудистой резистентности маточных артерий в период 7-8 недель, соответствующим пику первой волны инвазии трофобласта и являющимся своеобразным «ответом» на него.

Выводы. Кровоток в маточных артериях при беременности после применения ВРТ отличается более низким уровнем резистентности по сравнению со

спонтанной беременностью, при этом отмечается некоторое повышение резистентности кровотока в сроке 8 недель, соответствующего по временной периодизации пику первой волны инвазии трофобласта.

Не выявлено отчетливой корреляции между динамикой роста объема хориона и его полости, а также изменением резистентности маточных сосудов с развитием отсроченных осложнений беременности (ЗВРП) и поздним ее прерыванием.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЯХ

Тришкин А.Г., Зеленина Е.М., Артымук Н.В.

Кемеровской государственной медицинской академии Россия, кафедра акушерства и гинекологии №2, г. Кемерово, Россия
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, г. Кемерово, Россия

Актуальность: Плацентарная недостаточность (ПН) – синдром, обусловленный морфо-функциональными изменениями в плаценте, в основе которых лежат нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в системе мать-плацента-плод. Материнские потери зачастую сопряжены с неблагоприятными перинатальными исходами, обусловленными патологией плаценты.

Цель исследования: изучить частоту и структуру патологии плаценты, у женщин, погибших во время беременности, родов и послеродового периода.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ первичной документации, поступившей с территории по запросу Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области за период 1998-2006 гг. Всего с 1998 по 2006 годы зарегистрировано 136 случаев МС, из которых 51,5% подверглись детальному анализу. Для изучения частоты и структуры плацентарной патологии были проанализированы 36 случаев материнских потерь за изучаемый период. Критериями включения явились: случаи материнской смертности (МС) при беременности более 22 недель на территории региона, наличие морфологического исследования плаценты. Критерии исключения: отсутствие морфологического исследования плаценты, случаи МС от внематочной беременности, анафилактического шока, анестезиологических осложнений, криминальных вмешательств независимо от срока гестации. Морфологическое исследование последов проводилось по стандартной методике формалиновой фиксации, спиртовой проводки и парафиновой заливки с изготовлением срезов толщиной 6-8 мкм и их окраской гематоксилином и эозином. Расчет показателей проводился с помощью ППП «Microsoft Excel 2003» и (ППП) «Statistica for Windows 6.0». Возраст женщин на момент наступления беременности составил 26,8±6,8 лет, причем, 77,8% пациенток находились в активном репродуктивном возрасте, 19,4% позднем репродуктивном возрасте и 2,8% были подростками. Жительницами городов являлись 75,0% женщин, в то время как 25% женщин проживали в сельских районах Кемеровской

области. По уровню образования в исследуемой группе преобладали женщины со средним образованием (58,3%). Доля женщин со средне-специальным и высшим образованием составила – 36,1% и 5,6% соответственно. Необходимо отметить, что 55,6% пациенток имели «иные факторы, влияющие на состояние здоровья», к которым отнесены вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем; дефицит или избыток массы тела; социально значимые заболевания – алкоголизм, туберкулез. До наступления беременности 80,6% женщин страдали одним или несколькими соматическими заболеваниями, причем 44,4% имели сочетанную экстрагенитальную патологию. Среди обследованных 34,3% были первобеременными, а 48,6% – первородящими. Большинство женщин погибли в послеродовом периоде – 80,6%, 13,9% – во время беременности и 5,6% – в родах. Живыми родилось 55,6% детей, в 44,4% наблюдалось мертворождение: в 75% случаев регистрировалась антенатальная и в 25% случаев интранатальная гибель плода. Средний срок беременности на момент родоразрешения составил $36,1 \pm 4,3$ недель. Средняя масса плодов (новорожденных) у пациенток составила $2687,1 \pm 987,7$ грамм, средняя длина тела – $48,7 \pm 6,3$ см, средняя окружность головы – $32,2 \pm 3,2$ см, груди – $31,6 \pm 3,3$ см. Среди всех новорожденных доношенные составили 38,9%, не доношенные 61,1%. Средний срок беременности при доношенной беременности составил $39,1 \pm 0,9$ недель, недоношенных $31,4 \pm 3,3$ недель.

Результаты исследования: Масса плаценты в исследуемой группе составила $454,7 \pm 98,7$ грамм, средний диаметр плаценты составил $15,4 \pm 2,2$ см, толщина $2,2 \pm 0,6$ см. В 91,7% регистрировалось центральное прикрепление пуповины, в 8,3% краевое или оболочечное. При изучении морфоструктуры плаценты ее патология отсутствовала в 5,5% случаев. У 38,9% случаев определялась компенсированная ПН, в 50% – субкомпенсированная и в 5,6% – декомпенсированная ФПН. Гиперпластическая форма ПН встречалась более чем в половине (55,9%) случаев. Гипопластическая форма регистрировалась у 35,3% обследованных и гипертензионная форма ПН – у 11,8% пациенток. При морфологическом исследовании плаценты структурные изменения регистрировались в 97,1% случаев, среди которых ведущими являлись инфаркты (63,6%), склероз створочных ворсин (54,5%), пролиферация синцитиотрофобласта (48,5%), гиалиноз створочных ворсин (45,6%), нарушение созревания трофобласта (36,4%). Сосудистые изменения регистрировались в 91,2% случаев, среди них ведущими являлись спазм артериол (54,8%), дилатация вен (48,4%), ангиоматоз (45,2%), и, как крайняя его форма хорангиоз (9,8%), гиповаскуляризация ворсин наблюдались (23,5%). Инфекционные изменения регистрировались в 35,3% случаев, причем ведущим являлось восходящее инфицирование – 83,3%, гематогенное регистрировалось в 16,7% случаев. Среди инфекционной патологии последа ведущими являлись хориодецидуит, хорионамнионит, децидуит, которые встречались в 66,7%, 50%, 41,7% случаев соответственно. Виллузит, интервиллузит, мембранит, васкулит, фунгикулит регистрировались по 25% случаев.

Выводы: Таким образом, при материнских потерях в 94,4% случаев наблюдается плацентарная недостаточность с преобладанием гиперпластического варианта субкомпенсированной формы.

МОРФОЛОГИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ (БЖ) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА

Трубникова Л.И., Таджиева В.Д., Трубников В.С., Албутова М.Л., Измайлова Ф.А.

Ульяновский государственный университет, МЦ «Академия», Ульяновск, Россия

Введение в медицинскую практику метода оценки гомеостаза организма в конкретный период времени путем изучения морфологии биологических жидкостей (БЖ), предложенного акад. В.Н. Шабалиным и проф. С.Н. Шатохиной, позволило иметь объективный метод мониторингового контроля течения различных заболеваний и эффективности проводимого лечения.

В связи с отсутствием данных о состоянии БЖ при беременности поставлена цель – получить данные об информативности метода при исследовании сыворотки крови, мочи, околоплодных вод, влагалищного секрета. Проведено обследование более 2000 пациентов с различными физиологическими и патологическими состояниями, подтвердившими чрезвычайную диагностическую значимость метода. Морфологическая картина сыворотки крови (СК) позволяет сделать заключение, что беременность, даже протекающая клинически благополучно, составляет существенный риск для жизни и здоровья женщины. В I и III триместрах беременности только 33 и 27% женщин имели физиологически устойчивое состояние гомеостаза, 50 – 53% физиологическое неустойчивое, 13 – 17% патологически неустойчивое состояние. Только во II триместре число женщин с физиологически устойчивым гомеостазом возрастало до 62%, однако, и в этом сроке гестации 15% женщин имели патологически неустойчивый гомеостаз. Исследование морфологии СК в качестве скрининга до планируемой беременности или в ранние ее сроки позволило прогнозировать гестационный «стресс» и своевременно провести соответствующую терапию. Изучение процессов морфологии СК при гестозах, сахарном диабете (СД), урогенитальной инфекции (УГИ), осложненных плацентарной недостаточностью (ПН), позволило выявить достаточно четкие аномальные структуры, свойственные конкретным осложнениям беременности. При СД 1 типа структуропостроение сыворотки крови характеризуется нарушением радиальной симметрии трещин, множеством отдельных, несформированных конкрециями. При концентрации сахара выше 10 ммоль/л центральная зона фаций была аморфной и не имела структур, что следует рассматривать как диагностический признак СД 1 типа. При гестозах у всех беременных выявлены патологические маркеры – токсические бляшки, аркадные морщины, жгуты структуры в центральной зоне, подтверждающие нарушение адаптации, проявления гипоксии, метаболические сдвиги. При УГИ, подтвержденной бактериологическим, бактериоскопическим и ПЦР-исследованием, в 84,2% случаев выявлены языковые структуры, в 17,4% – токсические бляшки, при локальной организации – пластинчатые структуры как признак некробиотических процессов и интоксикации.

Не менее информативными явились фации мочи: почти у 60% беременных с гестозами подтверждены

гипоксически-ишемические поражения почек – штриховой тип трещин, токсические бляшки. При длительном и тяжелом гестозе в моче появляются жгуты в центральной солевой зоне, указывающие на гипоксию и некротические поражения паренхимы почек. При генитальной кандидозной инфекции в фациях обнаруживаются кольцевые трещины, споры грибов и псевдомицелий. Впервые апробирован метод клинической дегидратации околоплодных вод (ОВ) при нормальной и патологической беременности. Только у 5% женщин фация ОВ соответствовали норме, у остальных появление патологических морфотипов в ОВ указывает на наличие ПН. Пластинчатый морфотип в ОВ следует рассматривать как прогностически неблагоприятный признак для исхода беременности, здоровья и жизни плода, паутинчатый морфотип при инфицировании, гестозе и СД является маркером гипоксии, нарушения обменных процессов в тканях плаценты и плода. У 12% женщин с кандидозным инфицированием плодместилища на границе белковой зоны выявлен феномен кольцевых трещин, клиническим и лабораторным обследованием на 3 сутки жизни новорожденных этих матерей диагностировано внутриутробное инфицирование *Candida*. Опыт использования морфологии влагалищного отделяемого также подтверждает целесообразность его изучения у беременных различных сроков для определения возможной причины невынашивания, плацентарной недостаточности различного генеза. При угрозе прерывания беременности в I и II триместре почти у всех женщин (94,2%) обнаружены специфические структуры – широкие аркадные трещины по периферии белковой зоны, свидетельствующие о нарушении микроциркуляции, гипоксии и ишемии в маточно-плацентарном комплексе. «Феномен широких трещин» коррелировал с клиническими проявлениями угрозы прерывания беременности. В зависимости от причины невынашивания в фациях влагалищной жидкости появлялись патологические маркеры.

Таким образом, представленные данные являются неопровержимым доказательством чрезвычайной информативности морфологии сыворотки крови, мочи, околоплодных вод и влагалищной жидкости в акушерской практике. Метод позволяет на ранних этапах диагностировать риск развития осложнений беременности, степень выраженности нарушения гомеостаза, метаболических сдвигов, патогенетических аспектов развития плацентарной недостаточности, прогнозировать исход беременности, контролировать эффективность терапии.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ДОПЕГИТОМ

Тюрина Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, «МГУ им. Н.П. Огарева», медицинский институт, Саранск, Россия

С целью оценки эффективности влияния допегита на маточно-плацентарный кровоток и состояние внутриутробного плода у беременных, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) обследовано 40 беременных с диагнозом ГБ I ст., срок беременности от 32 до 38 недель. Для определения нормальных показателей дополнительно были обследованы 60 женщин с физиологическим развитием беременности. Данным группам беременных проведено доплерографическое исследование. Анализировали следующие показатели: систоло-диастолическое соотношения (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР). Поведенческие реакции плода и характер сердечной деятельности тесно связаны с его внутриутробным состоянием и сроком беременности. Реакции со стороны сердца достаточно типичны и поэтому могут быть систематизированы при помощи кардиотокографического исследования (КТГ).

Результаты исследования: На фоне ГБ отмечалось увеличение всех показателей, характеризующих маточно-плацентарное кровообращение: ИР – на 23%, ПИ и СДО – на 52 и 56%. Терапия допегитом снижала ИР по сравнению с исходными данными на 16,9% ($p < 0,001$). От аналогичных показателей при физиологической беременности ИР был выше на 1,8% ($p > 0,05$). Результатом терапии допегитом явилось снижение данного показателя на 37% ($p < 0,001$) по сравнению с исходными данными. Достоверных отличий с уровнем ПИ при физиологической беременности отмечено не было. На фоне ГБ СДО был выше нормы на 56%. Допегит снижал уровень СДО на 40% ($p < 0,005$), что было ниже показателей при физиологической беременности на 6,7% ($p > 0,05$). При оценке данных КТГ женщины, страдающих ГБ, до назначения гипотензивной терапии были получены следующие результаты: состояние внутриутробного плода оценивалось в 5 баллов, что указывает на начальные признаки нарушения его жизнедеятельности. Результатом проведения гипотензивной терапии матери явились и изменения состояния плода. На фоне терапии допегитом КТГ оценивалось в 8 баллов. Эффективно влияя на состояние маточно-плацентарной гемодинамики, допегит устраняет состояние гипоксии плода, вызванной патологическими процессами, происходящими в организме матери на фоне ГБ.

КОРРЕКЦИЯ ГЕМОРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Федоренко О.А., Габитова Н.А., Агаркова Л.А.

*НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии
СО РАМН, Томск, Россия*

Синдром гиперандрогении (СГА) различного генеза обуславливает высокий уровень осложнений перинатального периода, среди которых наиболее частым является плацентарная недостаточность, в формировании которой ведущая роль отводится эндокринной дисфункции, циркуляторным расстройствам и изменениям реологических свойств крови.

На фоне повышенного общего коагуляционного потенциала, характерного для физиологического течения беременности, избыточное количество андрогенов способствует формированию тромбофилического состояния.

Была изучена эффективность применения сулодексида в коррекции гемореологических нарушений, обусловленных гиперандрогенией (ГА) у беременных с плацентарной недостаточностью.

Проведено когортное обследование 118 беременных в возрасте от 18 до 35 лет в сроке беременности 26-34 недель. Все пациентки были разделены на 3 группы. В две первые группы (1-ая, основная, 48 человек и 2-ая группа, сравнения, 40 пациенток) вошли женщины со стертыми формами ГА, третью группу составили 30 соматически здоровых женщин с неосложненным течением беременности. В исследование не включались беременные с наличием тяжелой соматической патологии, перинатально значимых инфекций, беременные с антифосфолипидным синдромом, гипергомоцистеинемией и наследственными тромбофилиями, а также женщины с развившимися во время беременности осложнениями: гестоз средней и тяжелой степени, изосерологической несовместимости крови матери и плода.

Критерием диагностики гиперандрогении служили данные анамнеза, жалоб, соматического и гинекологического статуса, гормонального обследования. На основании повышенного уровня дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) и тестостерона (Т) в сыворотке крови, беременные двух первых групп получали гормональную коррекцию дексаметазоном.

Критериями фето-плацентарной недостаточности служили снижение уровня гормонов плацентарного происхождения (эстриол, плацентарный лактоген), нарушения ФПК и МПК при доплерометрии, задержка роста плода по данным эхографического исследования, признаки внутриутробного страдания плода по данным наружной кардиотокографии.

При исследовании системы гемостаза определяли: количество тромбоцитов в периферической крови, показатель гематокрита, уровень общего фибриногена, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, XII-зависимый эуглобулиновый лизис, орто-фенантролиновое время, исследова-

дование агрегационной способности тромбоцитов в крови беременных женщин: спонтанной и стимулированной АДФ, адреналином и коллагеном; тромбоэластограмму (гемовязкозиметрию).

Исследования системы гемостаза и состояния фето-плацентарного комплекса проводились до лечения и на 16-е сутки от его начала.

С целью коррекции фето-плацентарной недостаточности беременные I и II групп получали спазмолитики, токолитики, витамины, метаболическую терапию. Для профилактики гемореологических нарушений, пациентки I группы получали Вессел Дуэ Ф (Сулодексид) по 600 липопротеинлипазовысвобождающие единицы = ЛЕ (2,0) в/м – 10 дней с последующим переходом на пероральный прием по 250ЛЕ 2 р/сут. II группа получала трентал 5,0 в 400,0мл 5% р-ра глюкозы №5 через день с последующим переходом на пероральный прием.

Результаты: После проведенного лечения в группах беременных женщин с гиперандрогенией клинически наблюдалась положительная динамика. На фоне применения сулодексида отмечалось улучшение плацентарного кровотока по данным доплерометрии, улучшение состояния плода по данным КТГ.

В показателях лабораторных анализов крови под воздействием сулодексида выявлено статистически значимое уменьшение агрегационной способности тромбоцитов, уменьшение уровня фибриногена, снижение уровня фактора Виллибранда. Нормализовались показатели тромбоэластограмм: хронометрическая и структурная гиперкоагуляция была переведена в изокоагуляцию либо в гипокоагуляцию.

Выводы: Предлагаемая методика с использованием препарата сулодексид патогенетически обоснована и высокоэффективна при лечении плацентарной недостаточности, развившейся на фоне СГА. Доказана его большая эффективность по сравнению с тренталом.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И РЕПРОДУКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН В РИ

Ферзаули Х.М., Гатагажева З.М.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Ингушский
Государственный Университет, г. Магас*

Кровотечения в акушерской практике занимают ведущие позиции, являясь одной из главных причин материнской заболеваемости и смертности. От осложнений беременности и родов ежегодно в мире умирают более 500 000 женщин. Из них – от кровотечений. В России в 2007г. Доля кровотечений в структуре материнской смертности составила почти 23%.

Основными причинами кровотечений при беременности в родах являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, ее плотное приращение или прикрепление, гипотония матки, травма мягких родовых путей, нарушение свертывающей системы гемостаза.

При неэффективности консервативных методов остановки кровотечения по принятому в практике алгоритму, основным методом остановки кровотечения является чревосечение с последующей перевязкой магистральных сосудов или удаление органа.

Цель исследования: проанализировать качество оказанной хирургической помощи при акушерских кровотечениях в Республике Ингушетия (РИ).

Нами проведен ретроспективный анализ 45 случаев акушерских кровотечений прооперированных за период 2006-2009гг. в трех районах РИ: Назрановском, Сунженском и Малгобекском. Возраст родильниц колебался от 18 до 44 лет. Из них первобеременные 4 (8,8%) женщины, 27(60%) женщин имели от 2 до 4 детей, 14(31,1%) многорожавшие – пять и более детей. Оперативным путем были родоразрешены 37 (82,2%) женщин. Показания для оперативного родоразрешения были следующие: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 21 (56,75%), наличие рубца на матке 14(37,8%), множественная миома матки 3(8,1%), центральное предлежание плаценты 1(2,7%). У 6 (13,3%) женщин роды прошли через естественные родовые пути.

Причиной кровотечений явились преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 21 (46,6%), центральное предлежание плаценты 1(2,2%), гематома в параметральной клетчатке 2(4,4%), истинное приращение плаценты, гипотония матки 21 (46,6%).

В 10(22,2%) случаях для остановки акушерского кровотечения были использованы гемостатические компрессионные швы на матку (по Перейра, Б-Линчу). Метод оказался эффективен у 4(8,9%) пациенток. Перевязка магистральных сосудов потребовалась 6 (13,3%) пациенткам. В 3(6,7%) случаях из-за неэффективности оперативного вмешательства потребовалось расширить объем вмешательства до экстирпации матки. Все случаи наложения компрессионных швов были на базе Перинатального центра. В 13(28,9%) случаях операция закончилась экстирпацией матки, в 25 (55,5) случаях ампутацией матки.

Учитывая, что основная группа это молодые и малорожавшие женщины, которым произвели удаление репродуктивного органа, необходимо более широко внедрять в РИ достаточно эффективные современные методы – наложение компрессионных швов для остановки акушерских кровотечений.

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, доцент З.М. Гатагаева. Главный акушер-гинеколог МЗ РИ Х.М. Ферзаули.

ИНФОРМАТИВНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛАЦЕНТАРНО-ПУПОВИННОЙ КРОВИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Филькина Е.В., Посисеева Л.В., Назаров С.Б., Ситникова О.Г., Попова И.Г.

Отдел акушерства и гинекологии ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий». Иваново, Россия

На современном этапе развития акушерства основными его задачами являются создание оптимальных условий для осуществления женщиной функции материнства, сохранение ее здоровья и обеспечение рождение здорового ребенка. В настоящее время гестозы продолжают оставаться одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота гестозов колеблется от 7 до 16% по данным различных авторов. Гестоз это острый сосудистый эндотелиоз, возникающий во второй половине беременности. В последние годы пристальное внимание исследователей приковано к изучению механизмов возникновения нарушений плодово-плацентарного кровотока в системе «мать-плацента-плод». В настоящее время доказанной является роль развития эндотелиальной дисфункции в патогенезе развития гестоза, Эндотелиальная дисфункция – патологическое состояние эндотелия, в основе которого лежит нарушение продукции эндотелиальных факторов, при котором он не в состоянии обеспечить гемореологический и иммуноинертный баланс крови, приводящий к нарушению функции систем и органов, а применительно к организму беременной – в первую очередь – комплексным нарушениям в системе мать-плацента-плод. Однако механизмы развития эндотелиальной дисфункции в плацентарно-пуповинной системе у женщин с гестозом изучены недостаточно.

В связи с этим целью нашего исследования стало – выявить характер нарушения функции эндотелия в сосудах пуповины при гестозе и определить наиболее информативные маркеры эндотелиальной дисфункции. Было обследовано 120 родильниц в сроке гестации 38-40 недель, в возрасте от 21 до 40 лет; основную группу составили – 70 родильниц с поздним гестозом, контрольную группу – 50 родильниц без гестоза в период беременности. Беременные были распределены по степени тяжести гестоза: водянка – 15%, нефропатия I – 70%, нефропатия II – 6%, нефропатия III – 6%, преэклампсия – 3%. В обеих группах с наибольшей частотой встречались такие заболевания, как гипертоническая болезнь (20%), ожирение (20%), заболевание щитовидной железы (15%) и почек (18%). В основной группе чаще, чем в контрольной диагностировались: гипертоническая болезнь и ожирение, незначительно чаще ХВУГП и ОАГА. В плацентарно-пуповинной крови определяли показатели, характеризующие эндотелиальную дисфункцию: количество десквамированных эндотелиоцитов методом Hladovec J. (1978), уровень суммарных нитритов и нитратов по методу Katrina M.(2001) путем восстановления нитратов

в нитриты в присутствии хлорида ванадия и показателя, отвечающие за проницаемость сосудистой стенки: матриксную металлопротеиназу-9 (ММП-9), VE-кадгерин, sP-селектин, определяющие иммуноферментным методом исследования. Результаты исследований обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (t).

При анализе полученных данных выявлено повышение десквамированных эндотелиоцитов в плацентарно-пуповинной крови у пациентов основной группы в 2,5 раза ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной, которые в свою очередь, являются маркером степени повреждения сосудистого эндотелия. При исследовании уровня суммарных нитритов установлено их снижение в 1,6 раза ($p < 0,05$) в пуповинной крови у женщин основной группы по сравнению с контролем. Считается, что оксид азота является одним из эндотелиальных факторов, способный вызывать вазодилатацию, так же обладает способностью нарушать целостность клеточных мембран. При определении количества ММП-9 в плацентарно-пуповинной крови, мы видим в 1,8 раз ($p < 0,05$) выше ее показатель в основной группе, по сравнению с контрольной. Она участвуют в деградации коллагеновых нитей, в процессе ремоделирования экстрацеллюлярного матрикса, играет важную роль в физиологических и патологических процессах. Уровень VE-кадгерина так же выше в 2,4 раза ($p < 0,01$) в основной группе, чем в контрольной. Он обеспечивает структурную целостность тканей, инициирует оседание циркулирующих клеток крови на эндотелий, уменьшает межклеточную проницаемость для молекул с высоким молекулярным весом и степень миграции клеток через поврежденную область, участвуют в дифференцировке эндотелиальных клеток, апоптозе, ангиогенезе. При определении sP-селектина выявлено повышение результатов у женщин с гестозом в 1,4 раза ($p < 0,01$), чем у женщин без гестоза. Физиологическая роль sP-селектин заключается: в опосредовании адгезии лейкоцитов к активированному эндотелию в процессе острого воспаления и осуществление в ранний период воспаления специфическую адгезию нейтрофилов и моноцитов в участках острого воспаления. Таким образом, нами выявлены наиболее информативные показатели: повышение десквамированных эндотелиоцитов, показателей sP-селектина, ММП-9 и VE-кадгерина в плацентарно-пуповинной крови свидетельствующие о развитии эндотелиальной дисфункции в сосудах пуповины у женщин с поздним гестозом.

БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТЬ LEEP- БИОПСИИ

Фириченко С.В., Минкина Г.Н., Фадеева Е.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цервикальный предрак одинаково часто встречается у беременных и небеременных женщин. Более того, около 3% всех случаев рака шейки матки выявляется именно во время беременности. В настоящее

время средний возраст больных с предраком шейки матки, по данным литературы, составляет 34,7 года, т.е. сместился в активный детородный период. В результате, акушер-гинеколог все чаще сталкивается с проблемой ведения женщин с предраком шейки матки на фоне беременности, и если тактика ведения таких женщин вне беременности в целом определена, то при беременности остается ряд нерешенных вопросов. Американское общество по кольпоскопии и цервикальной патологии (ASCCP) рекомендует консервативно-выжидательную тактику у беременных с аномальной цитологией, подразумевающую цитологический контроль и кольпоскопию. Биопсия показана при ухудшении кольпоскопической картины, поражении высокой степени, цитологическом заключении подозрительном на карциному. Прицельная биопсия, как известно, недостаточно точно диагностирует тяжесть поражения, и окончательный диагноз может быть установлен только на основании расширенной эксцизионной петлевой или конусовидной биопсии – LEEP-биопсии. LEEP-биопсия имеет несомненные преимущества в диагностике цервикальной неоплазии, поскольку позволяет исключить наличие инвазивного рака. Данная работа выполнена для оценки безопасности и анализа результатов LEEP, как процедуры расширенной биопсии шейки матки, во время беременности. У 15 беременных с цитологическими аномалиями, соответствующими поражениям высокой степени тяжести (H-SIL), и наличием кольпоскопической картины высокоатипичного эпителия выполнена расширенная биопсия шейки матки (LEEP). Во всех случаях поражение удалено полностью под кольпоскопическим контролем. Процедура выполнялась в сроках от 16 до 24 недель беременности, в стационарных условиях, ввиду риска кровотечения, связанного с повышенной васкуляризацией шейки матки во время беременности. Эндоцервикальный кюретаж не выполнялся. Образцы ткани шейки матки подвергнуты тотальному гистологическому исследованию. Контрольные обследования выполнялись через 2 месяца после процедуры, в третьем триместре беременности и через 2 месяца после родов и включали ПАП тест по методике жидкостной цитологии и ВПЧ тестирование с определением вирусной нагрузки. Цитологические заключения формулировали согласно терминологии Бетесда 2001. По этическим соображениям все беременные информировались, что LEEP рассматривается как диагностическая процедура, а лечение, в зависимости от результатов биопсии, будет выполнено после родов. Во время операции в 5 случаях отмечалась повышенная кровоточивость. Все пациентки успешно доносили беременность и родоразрешились: 12 влагалищным путем и 3 путем операции кесарева сечения по акушерским показаниям. При родоразрешении через естественные пути отмечена тенденция к быстрым родам (6,5+1ч). Гистологический диагноз во всех случаях соответствовал поражению высокой степени: умеренная дисплазия у 4, тяжелая у 9, и CIS у 2 пациенток. У 10 пациенток ПАП тест через два месяца после родов и последующий через 6 месяцев были негативными, то есть заключение соответствовало норме либо наличию реактивных изменений. Они признаны излеченными и свободными от резидуального поражения, но продолжали дальнейшее наблюдение, базирующееся на

цитологическом исследовании и ВПЧ-тестировании. У 5 пациенток выявлены клеточные аномалии, соответствующие поражению низкой степени тяжести (L-SIL). У 4 из них позитивные результаты ПАП теста сохранились через 6 месяцев, при кольпоскопии визуализировался атипический эпителий, в связи с чем, было выполнено эксцизионное лечение. Таким образом, диагностическая ЛЕЕР у 11 пациенток оказалась лечебно-диагностической процедурой. Данная серия клинических наблюдений позволяет рассматривать ЛЕЕР-биопсию во время беременности как относительно безопасную процедуру. Очевидны и преимущества расширенной биопсии, поскольку она практически исключает вероятность ошибки в диагнозе и, самое главное, позволяет полностью исключить инвазивную карциному на фоне беременности. Кроме того, в большинстве случаев ЛЕЕР позволяет удалить поражение полностью и в этом случае может считаться и лечебной процедурой, что также является неоспоримым преимуществом перед прицельной биопсией.

РОЛЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ МОЗГА В НАРУШЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хайруллина Г.Р.

Россия, г.Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Невынашивание беременности является одной из причин перинатальной патологии. Распознавание патологических процессов в нервной системе плода и новорожденного открывает пути их предупреждения и эффективной ранней реабилитации. Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является разработка различных методов определения в сыворотке крови нейроспецифических белков (НСБ), поступающих в кровотоки при нарушении функции гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Целью данной работы явилось определение в сыворотке крови НСБ, поступающих в кровотоки при нарушении функции ГЭБ. Для оценки проницаемости ГЭБ в сыворотке крови беременных, плодов и новорожденных определяли содержание НСБ – глиофибрилин-лярного кислого протеина (GFAP) и нейроспецифической енолазы (NSE). В результате иммуноферментных исследований было выявлено, что у беременных при наличии угрозы прерывания концентрации GFAP и NSE достоверно не отличались от значений контрольной группы и не превышали «донорский уровень», определяемый в образцах сыворотки крови здоровых людей. Уровень GFAP колебался в пределах от 0 до 4 нг/мл, NSE – от 0 до 12 нг/мл. Уровни этих НСБ в сыворотке крови женщин также не изменялись в случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родах. При самопроизвольных выкидышах средняя концентрация GFAP составила $2,1 \pm 0,6$, NSE $-3,0 \pm 0,8$ нг/мл, при преждевременных родах GFAP – $1,96 \pm 0,9$, NSE $-2,8 \pm 0,5$ нг/мл ($p > 0,05$).

Проведенные исследования показали, что у 63,2% доношенных детей, у матерей которых беременность осложнилась угрозой прерывания, и у 68,8% недоношенных детей было выявлено нарушение резистентности ГЭБ. Так исследования концентрации НСБ в сыворотке пуповинной крови показало достоверное повышение их уровня у детей, у которых по данным КТГ была выявлена внутриутробная гипоксия плода (GFAP $-5,6 \pm 0,7$, NSE – $13,6 \pm 1,6$ нг/мл). У 19 преждевременно родившихся детей уровни НСБ составили для GFAP $-6,45 \pm 1,01$ и для NSE $-14,7$ нг/мл ($p < 0,05$). Данные нейросонографии подтверждали наличие церебральной ишемии 1-2 степени, очаги перивентрикулярного уплотнения. Антитела к исследуемым НСБ в пуповинной крови не определялись. У 9 недоношенных новорожденных были отмечены низкие значения НСБ. Средний уровень GFAP составил $2,2 \pm 0,6$, NSE – $2,6 \pm 0,6$ нг/мл ($p < 0,01$). У данных новорожденных в пуповинной крови были выявлены антитела. Ведущим клиническим симптомом, обуславливающим тяжесть состояния, являлось перинатальное поражение ЦНС, по данным нейросонографии определялись тяжелые гипоксические поражения ЦНС в виде внутрижелудочковых кровоизлияний, субэндотелиальных кист. У их матерей беременность сопровождалась хронической угрозой прерывания, начиная с ранних сроков. Хроническая фетоплацентарная недостаточность была диагностирована в 60%, задержка внутриутробного развития плода – в 40% случаев. Такое несоответствие уровней НСБ в пуповинной крови недоношенных детей с тяжелыми церебральными нарушениями, очевидно, обусловлено связыванием антигенов с соответствующими антителами при длительном воздействии повреждающего фактора, то есть их потребления при иммунном ответе. Как известно, нарушение целостности ГЭБ является причиной выхода НСБ в системный кровоток, и поскольку эти белки обладают высокой антигенностью, то в ответ на их появление в крови иммунная система, не обладающая толерантностью к ним, реагирует выработкой антител. В свою очередь, эти антитела через поврежденный ГЭБ могут проникать в мозг и, связываясь с соответствующими антигенами, приводить к блокаде функций специфических белков нервной ткани.

Таким образом, проведенные исследования подтвердили наличие нарушений ЦНС плода при невынашивании беременности. Определение уровней НСБ и антител в сыворотке пуповинной крови новорожденных является высокочувствительным диагностическим тестом и позволяет прогнозировать степень церебральных поражений у детей.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Михайлова Ю.В.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета

По данным зарубежных авторов, частота встречаемости кишечной непроходимости у беременных составляет 1:3600 – 66000, а осложнения болезней органов пищеварения занимают 4-ое место среди причин материнской смертности во время беременности и составляют 9%. По данным отечественных авторов, частота встречаемости кишечной непроходимости у беременных составляет 1:40000 – 1:50000, летальность у беременных достигает 35-50 %, мертворождаемость достигает 60 – 75 %. Трудности диагностики острой кишечной непроходимости у беременных связаны с изменениями топографических соотношений органов брюшной полости, что не позволяет четко определить наиболее характерные симптомы данной патологии. Анамнез в большинстве случаев является ключом к правильному диагнозу.

Целью настоящей работы явилось изучение причин острой кишечной непроходимости при беременности.

Нами проведен ретроспективный анализ 29 историй болезни беременных женщин с диагнозом: Острая кишечная непроходимость, находившихся на лечении в хирургических отделениях МУЗ «1 Городская клиническая больница» за период с 2003 по 2007 годы.

В результате проведенного анализа было установлено, что возраст беременных с изучаемой патологией находился в пределах от 26 до 38 лет и в среднем составил $34 \pm 2,7$ года. Гестационный срок у женщин при нахождении в стационаре соответствовал 22 – 34 неделям беременности. Тщательное изучение анамнеза позволило выявить вероятные причины возникновения острой кишечной непроходимости у беременных. Различные заболевания желудочно-кишечного тракта имели место во всех наблюдениях: дискинезия толстого кишечника – 100%, энтероколит – 79,3%, гастрит – 62,1%, холецистит – 58,6%, панкреатит – 27,6%, дисбактериоз – 17,2%. Кроме того, обращает на себя внимание высокий процент хирургических вмешательств в анамнезе у беременных с кишечной непроходимостью. Среди оперативных вмешательств удельный вес аппендэктомий составил 65,5% (n = 19), тубэктомий – 34,5% (n = 10), резекция яичников или удаление придатков матки были выполнены у 48,3% женщин (n = 14), кесарево сечение – у 24,1% (n = 7), консервативная миомэктомия – у 10,3% (n = 3), диагностическая лапароскопия – у 31,0% (n = 9).

По морфофункциональной природе различают динамическую, механическую и смешанную острую кишечную непроходимость. Динамическая непроходимость подразделяется на спастическую, которая возникает вследствие усиления моторной функции кишечника под воздействием лекарственных препаратов; а так же паралитическую, сопровождающую общий или местный перитонит (аппендицит, холецистит, панкреатит или после операции кесарева сече-

ния), либо возникающую на фоне понижения тонуса кишечника при беременности, в результате гиперпродукции гестагенов. Механическая непроходимость подразделяется на обтурационную – на фоне сдавления или обтурации кишки, и странгуляционную, вызванную заворотом кишок, перегибами кишечника, внутренним ущемлением или петлеобразованием.

По нашим данным в большинстве случаев острой кишечной непроходимости у беременных имела место механическая непроходимость кишечника – 75,9% (n = 22). Во всех случаях оперативное лечение было выполнено в 1-е сутки пребывания больных в стационаре. У 8 пациенток диагностирована обтурационная непроходимость (36,4%), а у 14 – странгуляционная (63,6%). Объем оперативного пособия у 20 беременных ограничился рассечением межпетельных спаек, в 2-х случаях выполнено малое кесарево сечение, резекция участка кишки, рассечение межпетельных спаек, илеоасцендоанастомоз, интубация кишечника, дренирование брюшной полости. Известно, что после хирургического вмешательства в брюшной полости развивается спаечный процесс у 80-93 % больных. Необходимо отметить, что в анамнезе у всех больных с данным вариантом непроходимости прослеживались хирургические вмешательства, при этом более 50% составляли повторные чревосечения.

Динамическая кишечная непроходимость констатирована лишь в 7 наблюдениях (24,1%), при этом чаще наблюдалась паралитическая непроходимость (71,4%), обусловленная длительным приемом больших доз гестагенов, с целью пролонгирования беременности. Этой группе беременных лечение проведено консервативное.

Все вышеизложенное позволяет предположить, что у беременных чаще всего развивается странгуляционная кишечная непроходимость, основной причиной которой является спаечная болезнь брюшной полости.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Хейдар С.А., Андреева Е.В., Юшина М.В., Попова Е.С.,
Хейдар Л.А., Бояр Е.А., Алехин М.В.**

Россия, Москва, ГОУВПО РГМУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета

В акушерской практике все большее внимание уделяется изучению бактериального вагиноза, обусловленного замещением, доминирующих *Lactobacillus spp.* ассоциациями микроорганизмов: *Gardnerella vaginalis*, анаэробов, *Mycoplasma hominis* и др. Особенно актуально указанное для беременных с гестационным сахарным диабетом, чему способствуют эндогенные (изменения гормонального статуса, углеводного обмена, нарушение иммунологической реактивности и др.) и экзогенные факторы (воспалительные процессы мочеполового тракта, антибактериальная терапия и др.). Распространенность дисбиоза

влагалища у беременных достигает 17-22%, а в группах риска – 31-39%, что нередко определяет высокую вероятность инфекционных осложнений.

В связи с этим, целью данной работы явился анализ частоты осложнений течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с лабораторно подтвержденным бактериальным вагинозом.

Проведено клиническое и лабораторное обследование 40 беременных в возрасте от 18 до 39 лет, находящихся на диспансерном наблюдении, с установленным диагнозом гестационный сахарный диабет, у которых исследовали картину микрофлоры влагалища в динамике беременности и на 7 сутки после родов.

В результате проведенных исследований установлено, что каждая четвертая беременная, с установленным бактериальным вагинозом, не предъявляла каких-либо жалоб. В 12,5% случаев заболевание сопровождалось наличием обильных белей, в 7,5% – выделения имели характерный запах, но преимущественно имели место различные сочетания нескольких признаков (70%). У 10% пациенток на протяжении всего периода гестации выявлялся нормоциноз влагалища. Дисбиоз влагалища в различные сроки беременности и после родов диагностирован у 36 женщин (90%), из них в первом триместре – у 19 (52,8%) пациенток, во втором триместре – у 10 (27,7%) беременных и в третьем триместре у 7 (19,4%) женщин. В послеродовом периоде бактериальный вагиноз подтвержден у 8,3% женщин. 17 беременных (47,2%) с дисбиозом влагалища исходно страдали сопутствующими воспалительными заболеваниями мочеполового тракта, среди которых в 2 раза чаще, чем у беременных без дисбиоза имели место хронический пиелонефрит и в 1,5 раза чаще – бактериурия. Угроза прерывания беременности в первом триместре при бактериальном вагинозе диагностирована в 2,5 раза чаще, чем у беременных с нормоцинозом влагалища. Из 7 беременных с бактериальным вагинозом, выявленном в третьем триместре у 3 пациенток произошли преждевременные роды в сроках 35-36 недель. У пациенток с бактериальным вагинозом в сроке гестации 32-33 недели в 2 раза чаще течение беременности осложнялось многоводием. В третьем триместре беременности у женщин с дисбиозом влагалища в 3,5 раз чаще отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод. Течение послеродового периода у женщин с бактериальным вагинозом в 1,7 раза чаще осложнялось субинволюцией матки и метроэндометритом.

Таким образом, беременные с гестационным сахарным диабетом и бактериальным вагинозом могут быть отнесены к группе высокого риска развития угрозы прерывания беременности, многоводия, преждевременных родов и гнойно-септических осложнений послеродового периода.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ И СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ КАТАСТРОФИЧЕСКОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Хизроева Д.Х.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ

Актуальность: Катастрофический АФС (КАФС) является наиболее тяжелой формой антифосфолипидного синдрома (АФС) и проявляется множественными тромбозами жизненно важных органов и развитием полиорганной недостаточности на фоне высокого титра антифосфолипидных антител (АФА). Хотя КАФС развивается менее чем у 1% всех пациентов с АФС, он является угрожающим жизни состоянием и требует неотложной терапии. Несмотря на то, что изучению КАФС в последние годы уделяется пристальное внимание, часто КАФС не диагностируется и, следовательно, не применяются рекомендуемые методы терапии; летальность при КАФС составляет 50%. Ведущей задачей на настоящее время является изучение этиопатогенетических механизмов КАФС.

Материалы и методы: Мы представляем 17 случаев КАФС из нашей практики. Все пациентки были обследованы на наличие АФА и генетических форм тромбофилии.

Результаты: КАФС развился у 3 пациенток на фоне гестоза, у 2 пациенток – на фоне HELLP-синдрома, у 4 пациенток, провоцирующим фактором была инфекция (пневмония, септицемия). В одном случае КАФС развился после преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, возникшей на фоне гестоза. Несмотря на интенсивную терапию с использованием антикоагулянтов, глюкокортикоидов, внутривенного иммуноглобулина, плазмафереза, женщину спасти не удалось. В остальных случаях исход КАФС был благоприятным. Предположение о наличии АФС и генетических форм тромбофилии было сделано еще до развития КАФС, т. к. у 100% пациенток в анамнезе наблюдались акушерские осложнения: синдром потери плода (СПП) (78%), тяжелые формы гестоза (59%), преждевременные роды (23,5%). У 7 пациенток (41%) в анамнезе имелись тромбозоболические осложнения; в том числе 2 эпизода ТГВ с интервалом в 2 года на фоне приема оральных контрацептивов у одной пациентки. Были выявлены ВА, АФА в высоких титрах, антитела к b2-гликопротеину I, аннексину V, протромбину в 23,5%, 41%, 59%, 23,5% и 23,5% случаев соответственно. В 100% случаев выявлены генетические формы тромбофилии: мутация MTHFR C667T (23,5%), гетерозиготные формы полиморфизма генов PAI-1 675 4G/5G (78%), фибриногена – 455G/A (41%), тромбоцитарных рецепторов GPIa 807C/T (78%) ангиотензиногена 704C/T 9 (23,5%) и гомозиготная форма полиморфизма гена АПФ I/D (23,5%). В 59% случаев обнаружены мультигенные формы тромбофилии.

Заключение: Все больше данных свидетельствуют о том, что КАФС является проявлением синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). ССВО

возникает не только при сепсисе; неинфекционные причины, в частности иммуноопосредованное поражение органов является мощнейшим стимулом к его развитию. При КАФС, как и при ССВО, наблюдается массивный выброс провоспалительных цитокинов (TNF-а, IL-1) из поврежденных тканей, развитие системной эндотелиальной дисфункции и ДВС-синдрома. Эндотелиальная дисфункция играет ключевую роль в патогенезе КАФС, обуславливая развитие прокоагулянтного состояния и, следовательно, создавая благоприятные условия для развития тромботических осложнений. Генетические тромбофилии значительно утяжеляют течение АФС и могут привести к декомпенсации системы гемостаза с развитием КАФС. У всех беременных с АФС и наследственной тромбофилией наиболее целесообразной является ранняя патогенетическая терапия с применением низкомолекулярного гепарина, который обладает не только антикоагулянтными свойствами, но и противовоспалительной активностью. Указанный подход позволяет обеспечить более адекватное развитие плаценты, осуществить профилактику СПП, тромботических осложнений и самого грозного осложнения АФС – КАФС.

ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Холманских Н. А., Пестряева Л. А.

Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург, Россия

При изучении тромбофилических нарушений в патогенезе привычного невынашивания беременности особое значение приобретает исследование сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Методы оценки функциональной активности тромбоцитов, как правило, основываются на определении их количества и агрегационной активности (спонтанной и индуцированной) на агрегометрах. В то же время, многочисленные исследования показывают наличие корреляционной связи между функционально-морфологическими характеристиками клеток и рН окружающей среды.

Целью настоящей работы было проведение сравнительного анализа агрегационной активности тромбоцитов и рН плазмы при физиологическом (контрольная группа, 20 женщин в I триместре беременности) и осложненном течении беременности (основная группа, 30 пациенток в I триместре беременности, поступивших на лечение в гинекологическое отделение института с диагнозом привычное невынашивание, угроза прерывания с ранних сроков беременности) и в сравнении с аналогичными показателями у здоровых небеременных женщин (20 человек).

Забор крови и получение плазмы осуществлялся стандартизированным способом венопункции для гемостазиологических исследований с использованием

сертифицированных тест-систем и стандартного протокола проведения процедуры центрифугирования.

Функциональная активность тромбоцитов определялась на агрегометре AP2110 (Solar, Белоруссия). Исследование рН проводилось на газоанализаторе ABL-725 (Radiometr, Дания).

Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel. Достоверность различий между показателями оценивали по t-критерию Стьюдента при $p < 0,05$.

Выявлено достоверное увеличение функциональной активности тромбоцитов у беременных женщин по сравнению с небеременными контрольной группы, независимо от вида индуктора агрегации (АДФ, коллаген, ристомидин). Изменяется тип кривых агрегации: из двухфазной агрегатограмма переходит в однофазную, необратимую. Причем, для получения подобного типа кривых у небеременных, требуется более сильная доза индуктора агрегации.

Среднее значение рН плазмы у небеременных было достоверно выше, чем при беременности и наиболее низкие значения рН определялись у пациенток основной группы ($p < 0,001$).

Установлена достоверная отрицательная корреляционная связь между значением рН в плазме и степенью агрегации тромбоцитов – коэффициент корреляции составил ($r = -0,83$; $p < 0,05$).

Таким образом, измерение рН плазмы может служить дополнительным диагностическим критерием в оценке агрегационной активности тромбоцитов, состояния сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза и может быть использовано для экспресс-диагностики ранних нарушений системы гемостаза. Планируется продолжение исследований по данной теме.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С «МАТКОЙ КУВЕЛЕРА»

Черкасская Е.Ф., Малкова О.Г., Мазуров О.И., Мальгина Г.Б.

Россия, г. Екатеринбург, ГУЗ «СОКБ №1», ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Росмедтехнологий»

Наиболее тяжелым проявлением маточно-плацентарной апоплексии является развитие «матки Кувелера», когда вся стенка матки пропитывается кровью, что нарушает сократительную способность миометрия, приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению. Материнская смертность при данной патологии в мире 0,5-5%. Определение тактики ведения пациенток с критическими состояниями в послеродовом периоде, вызванным развитием «матки Кувелера» – одна из актуальных проблем.

Цель исследования: оценить результаты лечения и исходы у акушерских больных в послеродовом периоде с «маткой Кувелера», развившейся в результате ПОНРП.

В Свердловской области с 2000 г разработана система организации медицинской помощи больным акушерского профиля. Специалистами службы медицины

катастроф производится эвакуация женщин после родоразрешения с тяжелой акушерской патологией и развитием полиорганной недостаточности в ОРИТ СОКБ №1 г Екатеринбурга для оказания высокотехнологичной и многопрофильной помощи. С 2000 по 2008г в ОРИТ СОКБ №1 госпитализировано 177 пациенток с тяжелой акушерской патологией и ПОН в послеродовом периоде. Нами проведен анализ 21 случая госпитализации в ОРИТ СОКБ №1 пациенток в критическом состоянии с «маткой Кувелера». Средний возраст пациенток 32 года. Первородящие – 16%, многорожавшие – 68%. Течение беременности осложнилось развитием преэклампсии у 78% пациенток. Срок гестации к моменту родоразрешения: 26-27 нед 10,2%, 29-30 нед 12,1%, 33-36 недель 77,7% случаев. Антенатальная гибель плода наступила на фоне ПОНРП у 89% пациенток. Родоразрешение в 4 случаях (19%) – через естественные родовые пути, у остальных – выполнено экстренное кесарево сечение, объем операции был расширен до ампутации матки или гистерэктомии у 16 пациенток. Средняя кровопотеря – 1900 мл. Родильницы доставлены в ОРИТ СОКБ №1 на 1-е – 6-е сутки послеродового периода. При поступлении у всех родильниц имелись проявления полиорганной недостаточности с поражением 2-5 систем, в 49% случаев развилась ОПН, которая потребовала применения гемодиализа или «Призма»-технологии у 5 женщин (23,8%). При исследовании системы гемостаза у всех родильниц выявлен ДВС-синдром в стадии декомпенсации на фоне угнетения фибринолиза с дефицитом тромбоцитарного звена или дефицитом всех факторов гемокоагуляции. Маточных кровотечений не отмечалось. 5-ти пациенткам, поступившим с сохраненной маткой, выполнена гистероскопия с последующей гистерэктомией на 1-е–4-е сутки послеродового периода. В 15% случаев использовалась лапароскопия с целью верификации диагноза. При гистероскопии и по данным гистологического исследования – признаки гнойно-некротического воспаления слизистой матки, в одном случае – несостоятельность швов на матке после операции кесарево сечение. При гистологическом исследовании удаленных маток во всех случаях имело место геморрагическое пропитывание миометрия с различной степенью воспалительного процесса от гнойного метроэндометрита до метротромбофлебита, диагностирована «матка Кувелера». Все эти больные находились на продленной ИВЛ, имели признаки тяжелой септической инфекции уже на 1-3 сутки послеродового периода. Для всех групп родильниц характерна полимикробная этиология воспалительного процесса матки и малого таза. В 82% случаев регистрировалась ассоциация аэробных и анаэробных микроорганизмов: *Enterococcus faecalis* – 30%, *Enterococcus faecium* – 30%, *Escherichia coli* – 30%, *Klebsiella pneumoniae* 18-20%, *Pseudomonas aeruginosa* 18-20%, *Staphylococcus aureus* 6-7%. В 8-10% случаев роста микрофлоры не выявлено. Длительность лечения в ОРИТ 8,7±2,3 суток. Летальность: 1 пациентка, которой выполнена гистерэктомия при оперативном родоразрешении (5,9% пациенток после оперативных родов), 1 пациентка, родоразрешенная через естественные родовые пути (25% из родоразрешенных через естественные родовые пути). В обоих случаях – осложнение сепсис.

Выводы. 1. Все пациентки с критическими состояниями в послеродовом периоде, связанными с «маткой Кувелера», должны быть госпитализированы в многопрофильный стационар. 2. Лапароскопия и гистероскопия позволяет адекватно оценить состояние матки, выраженность воспалительных изменений. 3. Своевременное радикальное хирургическое вмешательство, является одним из условий успешного проведения лечения ПОН и увеличивает шансы больных на благоприятный исход. 4. Органосохраняющая тактика ведения пациенток с «маткой Кувелера» требует дальнейшего изучения.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Чернуха Е.А., Демидов В.Н., Белоусов Д.М.,
Ананьев Е.В., Кулабухова Е.А.

ФГУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»,
Клиника акушерства и гинекологии ГОУ ВПО ММА
им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Во время беременности происходит умеренное физиологическое размягчение сочленений таза и растяжение лонного сочленения, что способствует более бережному прохождению плода через костный таз. В отдельных случаях указанные изменения переходят физиологические границы, и возникает чрезмерное расслабление сочленений таза, особенно лонного, сопровождающееся болевым синдромом. Во время родов, особенно при оперативных вмешательствах при влагалищном родоразрешении, может произойти растяжение или даже разрыв сочленений таза. Подобное патологическое состояние со стороны лонного сочленения в отечественной литературе называют «симфизит», «симфизиопатия», а в зарубежной – дисфункция лонного сочленения (ДЛС). Этиология ДЛС точно не установлена, хотя известно, что данное патологическое состояние связано с беременностью и исчезает после родоразрешения. Частота ДЛС по данным литературы колеблется от 0,12 до 56%. По нашим данным (по обращаемости) частота заболевания в среднем составляет 1,67%.

С целью совершенствования диагностики и выбора метода родоразрешения при ДЛС обследовано 115 беременных с ДЛС и 100 здоровых беременных (контрольная группа). Боль в области лонного сочленения в I триместре беременности появилась у 9,6% беременных, во II триместре у 26,1%, в III триместре у 62,6% беременных и у 1,7% после родов. Для оценки степени боли мы использовали 10 балльную шкалу (1 – 3 балла – невыраженная боль, 4 – 6 баллов – умеренная, 7 – 10 баллов – резкая боль). Для подтверждения диагноза ДЛС мы проводили ультразвуковое исследование в динамике, начиная с ранних сроков беременности, рентгенпельвиометрию (после 38 недель беременности), магнитно-резонансную томографию. Ультразвуковое исследование позволяет оценить степень расхождения лонного сочленения.

Для оценки структуры лонного сочленения и прилегающих лонных, костей наиболее информативным методом оказалось рентгенологическое исследование и особенно магнитно-резонансная томография. При ультразвуковом исследовании установлено, что вне беременности и в I триместре ширина лонного сочленения составляет 3,1 – 3,3 мм. По мере прогрессирования беременности ширина постепенно увеличивается, и при доношенном сроке составляет 5,2 мм, что согласуется с данными рентгенпельвиометрии и МРТ. При ДЛС на основании клинических признаков, данных УЗИ, рентгенпельвиометрии и МРТ мы выделили три степени расхождения лонного сочленения: I степень – от 6,0 мм до 8,0 мм (76,52%), II степень – более 8,0 мм до 10,0 мм (15,15%), III степень – более 10,0 мм (7,82%). На основании жалоб, клинических признаков и результатов специальных методов исследования (УЗИ, рентгенпельвиометрия, МРТ) мы выделили три степени тяжести ДЛС: легкая (53,04%), средняя (36,2%) и тяжелая (10,43%). Болевой синдром не всегда коррелировал со степенью расхождения лонного сочленения и был, по-видимому, обусловлен отеком лонного сочленения, наличием жидкостных образований и изменениями структуры костной ткани лобковых костей. В связи с тем, что этиология и патогенез ДЛС окончательно не установлены, лечение во время беременности, в основном направлено на купирование или уменьшение боли в лонном сочленении. Для лечения применяли: поддерживающий тазовый пояс, парацетамол, препараты кальция, витамины группы В и Д3, гимнастику укрепляющую переднюю брюшную стенку и тазовое дно. Важно пролонгировать беременность до доношенного срока и избрать адекватный метод родоразрешения – через естественные родовые пути или путем кесарева сечения. При легкой и средней степени тяжести ДЛС и при отсутствии других осложнений, роды проводили через естественные родовые пути под кардиомониторным и партографическим контролем. С целью обезболивания применяли эпидуральную аналгезию, наркотические анальгетики (промедол), спазмолитики (но-шпа, баралгин). У рожениц с ДЛС во втором периоде родов противопоказано использование приема Me Roberts (сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах и разведение в стороны), приема Кристеллера, наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора. Число осложнений в родах и послеродовом периоде значительно не отличалось от женщин контрольной группы. Боли в области лонного сочленения уменьшались с каждым днем после родов и через 5 – 6 дней обычно исчезали. Койко-день после родов в среднем составил $5,6 \pm 0,4$ дня. При ДЛС средней тяжести в сочетании с другой акушерской или экстрагенитальной патологией, или при выраженной ДЛС, родоразрешение производили путем кесарева сечения. Из 115 беременных с ДЛС 76 (66,08%) были родоразрешены путем кесарева сечения, из них в плановом порядке – 64 (55,65%) и в экстренном – 12 (10,43%). В контрольной группе (n=100) плановое кесарево сечение было произведено у 35 (35,0%) и экстренное у 6 (6,0%) беременных. Послеродовой период у женщин с ДЛС, родоразрешенных абдоминальным путем, в целом протекал благоприятно. Из осложнений следует отметить анемию (15,7%), гипогалактию (3,94%), позднее

маточное кровотечение (1,31%). При тяжелой степени ДЛС 4 (5,26%) родильницы жаловались на выраженную боль в области лонного сочленения, требующую медикаментозного обезболивания. У остальных пациенток к 4 – 5 суткам после родоразрешения боль исчезала без какого-либо лечения, хотя диастаз лонного сочленения уменьшился незначительно. Койко-день у женщин с ДЛС, родоразрешенных оперативным путем, в среднем составил $6,4 \pm 0,7$ дней. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар, рожденных от матерей с ДЛС, была несколько выше при родах через естественные родовые пути ($7,9 \pm 0,52$ на 1 минуте и $8,6 \pm 0,6$ на 5 минуте), по сравнению с абдоминальным родоразрешением ($7,6 \pm 0,64$ на 1 минуте и $8,2 \pm 0,52$ на 5 минуте). У женщин с ДЛС масса тела новорожденных в среднем составила $3488 \pm 478,3$ г, в контрольной группе $3435 \pm 476,3$ г. Течение раннего неонатального периода в обеих группах не различалось, и было гладким. Таким образом, для своевременной диагностики ДЛС, кроме данных клиники следует использовать современные методы исследования (УЗИ, рентгенпельвиометрию, МРТ), что дает возможность оценивать степень тяжести заболевания, проводить адекватное лечение, определять рациональный способ родоразрешения.

ВЛИЯНИЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Чернышева Ю.С., Коротких И.Н., Мазуренко Л.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ ВПУ «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Воронеж, Россия

Актуальность: Хирургические методы лечения заболеваний шейки матки, а также широкое внедрение органосохраняющего лечения начальных форм рака шейки матки делает актуальным вопрос о последствиях указанных методов лечения для репродуктивной функции. Это ставит перед исследователями ряд крайне важных вопросов, в том числе и о разработке наиболее оптимальных методов ведения беременности и родов у пациенток, перенесших различные формы органосохраняющего лечения в связи с поражением шейки матки.

Цель исследования является изучение влияния перенесенной в анамнезе радиохирургической коррекции патологии шейки матки на репродуктивную функцию пациенток, течение гестационного периода и родового акта, оптимального способа родоразрешения.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный клинико-статистический анализ историй родов 83 пациенток, родоразрешенных в условиях родильного дома ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница №1» за 2005-2008 гг, которые были разделены на 2-е группы: 1-ая группа – контрольная – 48 пациенток, 2-ая группа – основная (с проведенным в анамнезе радиохирургическим лечением шейки матки) – 35 пациенток. Обе группы

однородны по возрастному составу, количеству первородящих и повторнородящих, сопутствующей соматической патологии.

Результаты исследований: течение настоящей беременности достоверно не отличалось в обеих группах и осложнилось токсикозом 1-ой половины беременности, угрозой прерывания беременности, гестозом 2-ой половины беременности, анемией беременных. Достаточно частым осложнением явился бактериальный вагиноз, нуждающийся в коррекции биоценоза влагалища, который отмечался у 18 беременных как из 1-ой (37,5%), так из 2-ой группы (51,4%).

Беременность закончилась срочными родами у 38 пациенток (79,2%) 1-ой группы и у 27 беременных (77,1%) 2-ой группы, преждевременные роды произошли у 7 беременных (14,6%) 1-ой группы и у 6 (17,1%) 2-ой группы соответственно, запоздалые роды были у 3 пациенток (6,3%) 1-ой группы и у 2 (5,7%) 2-ой группы.

У 72 пациенток обеих групп роды закончились через естественные родовые пути. Родоразрешение путем кесарева сечения было произведено в 1-ой группе у 6 пациенток (12,5%); во 2-ой группе у 5 беременных (14,3%). В 1 случае показаниями к оперативному родоразрешению были рубцовые деформации шейки матки.

Частым осложнением родов было дородовое излитие околоплодных вод: в 1-ой группе у 10 пациенток (20,8%), во 2-ой группе у 8 беременных (22,9%). Слабость родовой деятельности наблюдалась в 8,3% случаев (4 роженицы) 1-ой группы и в 8,6% (3 пациентки) 2-ой группы. Гипоксия плода имела место у 12 рожениц (25%) 1-ой группы и у 10 (28,6%) 2-ой группы. Материнский травматизм носил следующий характер: разрыв шейки матки I-II степени наблюдался в 6 случаях в 1-ой (12,5%) и во 2-ой группах (17,1%); разрыв промежности – у 4 рожениц (8,3%) 1-ой группы и у 3 (8,6%) 2-ой группы. Послеродовый период осложнился эндометритом в 4,2% случаев в 1-ой группе и в 5,7% во 2-ой.

Всего родилось 83 живых ребенка, из 11 недоношенных новорожденных 6 детей (12,5%) были из 1-ой группы и 5 (14,3%) из 2-ой группы.

Выводы: эластичность шейки матки после проведенного радиохирургического лечения шейки матки практически не нарушается, что весьма важно для женщин, которые в будущем планируют беременность и роды. Однако проведенное исследование позволяет отнести беременных, имеющих в анамнезе хирургическое лечение шейки матки, в группу риска по возможному осложненному течению беременности и родов с большей частотой абдоминального родоразрешения. Гипертрофические изменения шейки матки после хирургического лечения нередко сопровождаются нарушением биоценоза родовых путей, а так же воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, что требует проведения коррекции микробиоценоза влагалища и противовоспалительной терапии заблаговременно до планируемой беременности и родов.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: РЕЗЕРВЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Чочтаева А.И., Хамошина М.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Невынашивание беременности продолжает оставаться одной из приоритетных проблем современного акушерства. Среди комплекса факторов, определяющих перинатальный исход, достаточно весомыми являются медико-организационные факторы, особенно тактика ведения беременности и родов. В связи с увеличением частоты патологической беременности и родов частота абдоминального родоразрешения в последние годы продолжает неуклонно расти. Несмотря на несомненные преимущества кесарева сечения в ряде ситуаций, риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при этом остается достаточно высоким. С целью разработки путей возможного снижения частоты абдоминального родоразрешения у женщин, беременность которых протекала с угрозой прерывания во втором триместре, изучена первичная медицинская документация 387 рожениц в возрасте от 17 до 41 года, закончивших беременность и проживающих в Карачаево-Черкесской республике. Исследуемая группа была сформирована сплошным методом из числа беременных, получавших стационарное лечение по поводу угрозы прерывания в сроках 15-26 недель. Для статистической обработки результатов исследования в качестве основного программного обеспечения использовали пакет прикладных программ STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США). Достоверность различий между сравниваемыми величинами оценивали с помощью однофакторного дисперсионного анализа и дифференциального теста для пропорций и средних, различие признавали достоверным при $p < 0,05$. Выявлено, что большинство из 387 беременных (89,4%) были родоразрешены в срок, у 10,6% беременность закончилась преждевременно, в сроке 30-37 недель. Роды через естественные родовые пути отмечены у 73,6% рожениц, в том числе у 7,9% – индуцированные, что составило 10,9% от общего числа самостоятельных родов. Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 26,4% беременных, половина из них в плановом порядке, половина – в экстренном. В результате проведенного исследования выявлены особенности медико-социальной характеристики женщин изучаемой когорты, родоразрешившихся абдоминальным путем. Характерным для них является оптимальный репродуктивный возраст (20-35 лет). Среди рожениц преобладают первородящие женщины (57,8%), состоящие в зарегистрированном браке (82,4%), служащие (37,3%) и домохозяйки (39,2%). В плановом порядке родоразрешаются преимущественно женщины старше 25 лет (80,4%), каждая пятая старше 35 лет. Больше половины из них повторнородящие (56,9%). Экстренно родоразрешаются женщины оптимального репродуктивного возраста (78,4%, $p = 0,001$), преимущественно

первородящие (66,7%, $p=0,001$). Почти каждая третья из них не состоит в браке (29,4%). У беременных изучаемой когорты выявлена высокая частота (95,0%) хронических экстрагенитальных заболеваний (ХЭГЗ) с преобладанием в ее структуре болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (26,7%), органов дыхания (15,2%), мочевыделительной системы (14,1%) и органов пищеварения (14,1%). Среди рожениц, родоразрешенных в плановом порядке, преобладали болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (28,0%), мочевыделительной системы (16,0%) и сердечно-сосудистой системы (16,0%), у беременных, родоразрешенных экстренно, – эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (23,0%), мочевыделительной системы (20,0%) и анемия (16%). Частота гинекологических болезней в анамнезе в исследуемой группе составила 48,0%. В ее структуре преобладали воспалительные заболевания гениталий (46,1%), нейроэндокринные гинекологические синдромы (17,0%) и миома матки (10,2%). Среди рожениц, родоразрешенных в плановом порядке, преобладали воспалительные заболевания гениталий (60,9%), нейроэндокринные гинекологические синдромы (17,0%) и миома матки (9,6%), у беременных, родоразрешенных экстренно, – только воспалительные заболевания гениталий (67,2%). В структуре показаний к кесареву сечению преобладали гестоз (21,2%), аномалии родовой деятельности (17,4%) и ХЭГЗ (13,2%). У рожениц, родоразрешенных в плановом порядке, среди показаний лидировали гестоз (26,8%), рубец на матке (24,3%), ХЭГЗ (14,4%), среди родоразрешенных экстренно – аномалии родовой деятельности (24,3%, $p=0,007$), гестоз (14,4%, $p=0,08$) и ХЭГЗ (9,8%). Полученные данные свидетельствуют о том, что резервом снижения частоты кесарева сечения в изучаемой когорте являются экстренные операции, которые производятся преимущественно первородящим женщинам оптимального репродуктивного возраста по поводу аномалий родовой деятельности и гестоза. Следовательно, основными путями снижения частоты кесарева сечения являются повышение эффективности профилактики и лечения гестоза и аномалий родовой деятельности, особенно у первородящих, а также совершенствование работы с женщинами, страдающими ХЭГЗ, в системе планирования семьи. Группу высокого риска экстренного кесарева сечения составляют молодые первородящие женщины, рожавшие вне брака, имеющие высокий инфекционный индекс, страдающие болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ и анемией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМБРОБЕНЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СУРФАКТАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чугунов А.В., Тетелютин Ф.К., Сушенцова Т.В., Пантюхина Н.В.

Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Росздрава

Одним из наиболее часто встречающихся факторов риска рождения недоношенных детей является артериальная гипертензия (АГ), при этом нарушение созревания сурфактанта и наличие СДР у новорожденных по частоте встречаемости занимает одно из лидирующих мест.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения амбробене для подготовки сурфактантной системы плода у беременных с артериальной гипертензией.

Исследование проводилось в родильном доме №6 Республиканского клинического диагностического центра Удмуртской Республики (РКДЦ УР), специализированном на оказании помощи беременным, роженицам, родильницам, плоду и новорожденным с кардиальной патологией и тяжелыми гестозами. Под нашим наблюдением находилось 60 беременных в сроке гестации от 26 до 30 недель с артериальной гипертензией в возрасте от 19 до 40 лет. В I группу вошли 32 беременные (53,3 %), которые получали амбробене. Средний возраст составил $25,8 \pm 1,2$ лет. Вторая группа (II) представлена 28 беременными (46,7 %), которые получали дексаметазон. Средний возраст $26,1 \pm 1,1$ лет. В обследуемые группы не вошли новорожденные с внутриутробной пневмонией, а также дети, у которых были положительные результаты бактериального посева из эндотрахеальной трубки, положительный результат окраски по Грамму отделяемого из трахеобронхиального секрета.

Применение дексаметазона у беременных с АГ нежелательно, поэтому беременным I группы с целью подготовки сурфактантной системы плода к рождению в сроке от 26 до 32 недель гестации мы использовали амбробене. Известно, что препараты амброксола способствуют синтезу сурфактанта и главное препятствуют его распаду.

Амбробене как препарат, подготавливающий сурфактантную систему плода, назначался в дозе от 1800 до 2400 мг (на курс лечения). Сроки приема колебались от 24 часов до 5 суток. В количестве от 900 до 1200 мг дозы назначалась беременной внутривенно капельно, другая часть (от 900 до 1200 мг) – энтерально. Беременные II группы получали дексаметазон по общепринятой методике (8 мг/сутки в течение 3-х суток).

Роды закончились самостоятельно в I группе из 32 родов только у 2 (6,2 %) пациенток, во II группе – у 3 (10,4 %) из 28 рожениц. Абдоминальное родоразрешение проведено у 30 рожениц (93,8 %) I группы и у 23 (89,6 %) – II группы. Особо обращает внимание, что в I группе родились дети достоверно с более низкой массой

тела от 870 грамм до 2020 грамм, во II группе – масса тела колебалась от 1010 грамм до 2340 грамм ($p < 0,05$). В связи, с чем риск развития РДС значительно больше был у новорожденных I группы. Эффективность влияния на плод амбробене оценивали по следующим параметрам: оценка по Сильверману через 24 часа, 36 часов, 48 часов, ($7,2, 7,2$). Если ребенок на ИВЛ, то оценивалось FiO_2 , pip , реер, длительность по ИВЛ.

Результаты обследования ограничены 48 часами – «типом» развития РДС. Особо обращает внимание, что по результатам исследования видно, и это главное, что в I группе без ИВЛ обошлось 12 (30,7 %), во II группе 5 новорожденных (17,8 %) – ($p < 0,01$). Из них у 2 детей I группы ИВЛ началась со вторых суток. Параметры активной респираторной поддержки у новорожденных I группы были значительно мягче, ни один ребенок не умер. Во второй же группе требовались высокие концентрации кислорода, типового и «базового» давления, двум детям проводилась ВЧИВЛ. В первой группе практически не наблюдалось респираторного ацидоза, во второй он имел место у большинства детей. Продолжительность ИВЛ у детей первой группы составило в среднем 5,6 дня, и соответственно во второй – 12,2 дня ($p < 0,05$). Летальный исход с патологоанатомическим диагнозом: болезнь гиалиновых мембран был у 2 новорожденных второй группы.

Касаясь этиологической целесообразности, подготовка сурфактантной системы плода амброксом более дорога, но её результативность отбрасывает назад все сомнения. Известно, что стоимость лечения одного дня ребенка, находящегося на ИВЛ примерно в 6 – 8 раз выше, чем лечение ребенка, находящегося на «пассивной» кислородной поддержке.

Таким образом, результаты нашего исследования позволяют рекомендовать использование амбробене для подготовки сурфактантной системы плода у беременных с АГ.

ИММУНОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Чугунова Л.А., Морозов С.Г.

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии,
Российский Университет Дружбы народов*

Проблема неблагоприятных исходов беременности (привычное невынашивание, антенатальная гибель плода, врожденные пороки развития и т.д.) продолжает оставаться чрезвычайно актуальной в настоящее время. Одной из основных причин данной патологии является персистирующая вирусно-бактериальная инфекция у беременных, преимущественно передающаяся половым путем. В литературе неоднократно упоминается о влиянии различных хронических заболеваний на репродуктивную и иммунную систему женщины. В настоящее время показано, что одним из условий нормального развития эмбриона и плода является поддержание в крови беременных физиологических концентраций спектра естественных ау-

тоантител (а-АТ) класса IgG, постоянно присутствующих в организме и участвующих в регуляции эмбриогенеза. Изменения их содержания свидетельствуют о повышении степени риска неблагоприятного исхода беременности и рождения ребенка с различной патологией. О степени такого риска можно судить по изменениям уровней а-АТ к основному белку миелина (ОБМ), белку мозга S100, а также к фракциям анионных белков хроматина (АСВР-С) и мембранных белков (МР-С) нервной ткани.

Целью работы явилось улучшение исходов беременности и родов у женщин с генитальными инфекциями путем разработки дифференцированного лечения в зависимости от содержания в сыворотке крови указанных а-АТ.

Всего под наблюдением находилось 363 женщины в возрасте от 17 до 45 лет, из которых группу сравнения (I) составили 179 без генитальных инфекций, основную группу (II) – 184 со следующими генитальными инфекциями: ВПГ-2-, ЦМВ-, Коксаки А и В-, энтеровирусами, микоплазменной инфекцией, представителями условно-патогенной флоры (УПФ) в количестве, превышающем норму с наличием клинической картины заболевания, со смешанной инфекцией (УПФ+ микоплазменная инфекция). Далее мы разделили каждую группу на две подгруппы: одна – без сопутствующей хронической генитальной и экстрагенитальной патологии, вторая с данной патологией.

Для обследования пациенток были использованы общеклинические, функциональные и лабораторные методы исследования, в том числе бактериоскопический и бактериологический. Определение а-АТ класса IgG к ОБМ, S100, АСВР-С и МР-С проводили с помощью наборов ЭЛИ-П-Тест-1 (ООО «Биофарм-тест», Россия) для иммуноферментного анализа. В соответствии с инструкцией фирмы-производителя проводилось распределение пациенток на три подгруппы: норма-, гипо- и гиперреактивные по ЭЛИ-П-Тесту-1. Забор крови производили на сроках беременности 8-10, 12-14 недель.

Из гинекологических заболеваний в обеих группах наиболее частыми были эктопия шейки матки (21,7% и 36,1% соответственно), кольпит (35,3% и 36,9% соответственно), хронический аднексит и эндометрит (9,3% и 15,4% соответственно). Нами не было выявлено достоверных различий по наличию экстрагенитальной патологии и показателям репродуктивного анамнеза.

При распределении женщин по группам в зависимости от показателей ЭЛИ-П-теста-1 было выявлено, что нормореактивность встречалась в группе I – у 48% женщин, во II-ой – у 23%. Достоверных различий по гиперреактивным показателям в группах I и II выявлено не было (18% и 27% соответственно). В случае отсутствия у женщины какой-либо генитальной инфекции, наличие хронической генитальной или экстрагенитальной патологии самостоятельно не влияло на показатели ЭЛИ-П-теста-1. Нами было установлено, что наличие генитальной инфекции приводит к достоверному снижению показателей ЭЛИ-П-теста-1 независимо от наличия сопутствующей патологии. Так, достоверно чаще ($p < 0,05$) гипореактивность встречалась у 50% женщин во II группе против 35% в I-ой в случае отсутствия сопутствующих заболеваний.

Наличие инфекции в совокупности с хроническими генитальными и экстрагенитальными заболеваниями приводило к увеличению числа гипореактивных по ЭЛИ-П-тесту-1 женщин на 12%.

Из 98 гипореактивных пациенток основной группы 68 (подгруппа А) получали традиционную терапию без иммунокоррекции, остальные 30 (подгруппа В) применяли в дополнение иммуностимулирующую терапию Вифероном-1 и -2. На фоне терапии в подгруппе А лишь у 19% пациенток нормализовались показатели ЭЛИ-П-теста-1, а в подгруппе В - у 40% ($p < 0,001$) улучшились показатели у 13,2% и 16,7% соответственно).

Таким образом, можно сделать вывод, что для беременных с генитальными инфекциями характерно снижение уровней а-АТ, а наличие у них сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии усиливает отклонение показателей ЭЛИ-П-теста-1 в сторону гипореактивности. Применение у пациенток с генитальной инфекцией иммуностимулирующей терапии Вифероном приводит к нормализации содержания а-АТ в сыворотке крови.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чулков В.С., Сеницын С.П., Верейна Н.К., Зуйкова С.Э.
Россия, г. Челябинск, ГОУ ВПО «Челябинская государственная
медицинская академия Росздрава»,
МУЗ Городская клиническая больница №11

Актуальность. Однократное повышение АД 140/90 мм рт. ст. регистрируется примерно у 40-50% женщин во время беременности, поэтому однократного случайного измерения АД для постановки диагноза артериальной гипертензии (АГ) у беременных недостаточно. В диагностике АГ у беременных большое значение имеет суточное мониторирование артериального давления (СМАД). СМАД является безопасным и наиболее информативным методом для раннего выявления АГ у данной категории пациенток, что позволяет широко использовать этот метод диагностики в повседневной практике.

Цель исследования явилось выявление наиболее значимых показателей СМАД в диагностике АГ у беременных.

Материалы и методы. СМАД проведено у 100 беременных (в возрасте от 18 до 39 лет). Исследование проводилось во II триместре беременности (14-27 недель). Беременные были разделены на 2 группы: 1-я группа ($n=65$) – женщины, имевшие АГ до беременности и/или, как минимум, 2-кратное повышение АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. во время беременности по данным амбулаторного измерения АД (по методу Короткова) при разных визитах, 2-я группа ($n=35$) – женщины, не имевшие АГ до беременности и/или однократное повышение АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. во время беременности. СМАД проводилось амбулаторно с помощью монито-

ра ВРLab (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород). Вычислялись основные показатели суточного профиля АД: средние значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) за сутки, день и ночь; индекс времени гипертензии (ИВ САД и ИВ ДАД), вариабельность САД и ДАД за различные периоды суток, степень ночного снижения АД (СНС САД и СНС ДАД), а также динамика утреннего подъема АД.

Статистический анализ данных проводился при помощи пакета статистических программ STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Использовались t-критерий Стьюдента, непараметрический тест Манна-Уитни и критерий χ^2 (хи-квадрат) – в зависимости от типа данных и характера распределения.

В нашем исследовании у беременных с АГ средние значения САД (129 ± 11 против 116 ± 7 мм рт.ст., $p < 0,001$) и ДАД за 24 часа (75 ± 9 против 66 ± 4 мм рт.ст., $p < 0,001$), средние значения САД (133 ± 10 против 119 ± 7 мм рт.ст., $p < 0,001$) и ДАД в дневное время (79 ± 9 против 70 ± 6 мм рт.ст., $p < 0,001$), средние значения САД (120 ± 12 против 109 ± 8 мм рт.ст., $p < 0,001$) и ДАД в ночное время (68 ± 10 против 61 ± 6 мм рт.ст., $p < 0,001$) оказались достоверно выше по сравнению с таковыми у женщин без АГ.

У беременных с АГ имело место повышение ИВ САД выше 30% в следующие временные промежутки: в ночное время (среднее значение 34 (16-60)%) и за 24 часа (среднее значение 34 (17-56)%, соответствующее критериям истинной АГ, согласно критериям Американского общества по изучению гипертонии.

При изучении особенностей колебания АД в течение суток (суточного индекса) выявлено, что среди беременных без АГ было достоверно больше женщин, имевших нормальное снижение ночного АД («дипперы») – 51% против 26% в сравнении с женщинами, имеющими АГ ($p=0,012$). Среди беременных с АГ достоверно чаще встречались «овер-дипперы» – 15 женщин (23%, $p=0,012$) и «найт-пикеры» – 2 женщины (3%, $p=0,295$), при отсутствии таковых среди беременных без АГ.

Средние значения показателей вариабельности САД у беременных с АГ незначительно превышали пороговые значения в дневные часы (13 ± 4 мм рт.ст.) и за 24 часа (14 ± 3 мм рт.ст.). Однако у беременных без АГ показатели вариабельности САД и ДАД за все время измерений не превышали соответствующих пороговых значений.

Особое клиническое значение имеют показатели динамики АД в утренние часы. В нашем исследовании большинство показателей динамики АД в утренние часы были достоверно выше у беременных с АГ по сравнению с женщинами без АГ. Так, различались величины утреннего подъема САД (мм рт.ст.) (41 ± 13 и 25 ± 18 соответственно, $p < 0,001$) и ДАД (33 ± 10 и 23 ± 8 соответственно, $p < 0,001$), а также скорость утреннего подъема САД (мм рт.ст./ч) ($12; 6-19$ и $8; 5-11$ соответственно, $p=0,020$).

Выводы:

1. У беременных с АГ были достоверно более высокие показатели средних САД и ДАД за все временные промежутки (за 24 часа, в дневное и ночное время), величины утреннего подъема САД и ДАД, а также скорость утреннего подъема САД.

2. Среди беременных с АГ достоверно чаще встречались «овер-дипперы» – 15 женщин (23%, $p=0,012$) и на-

блюдались «найт-пикеры» – 2 женщины (3%, $p=0,295$) при отсутствии таковых среди беременных без АГ.

3. Показатели вариабельности САД и ДАД обладают меньшей диагностической значимостью в диагностике АГ у беременных в соответствии с современными критериями.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

Шапошникова М.А., Протопопова Н.В.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) в настоящее время считаются одной из наиболее актуальных проблем перинатальной медицины. Перинатальная смертность возрастает с уменьшением гестационного срока при родоразрешении. Выявление причин преждевременных родов нередко представляет значительные трудности даже при тщательном анализе анамнестических данных. Этиология преждевременных родов остается неизвестной и методы предотвращения отсутствуют. Новая стратегическая задача состоит в выяснении того, как подход типа «первичной профилактики» может снизить частоту преждевременных родов.

Цель исследования: изучение конституционально-биологических факторов преждевременных родов в зависимости от гестационного срока для разработки системы прогнозирования рождения детей с критически низкой массой тела.

Материалы и методы. Обследовано 521 беременных женщин различного акушерского и перинатального риска, родоразрешенных в областном и городском перинатальных центрах г. Иркутска с 2006 по 2008 гг. Изучены конституционально-биологические характеристики (рост, вес, исходный индекс массы тела, вес перед родами, прибавка веса за беременность). Пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от гестационного срока при родоразрешении: 1 группа – очень ранние преждевременные роды в сроке 22-27 недель ($n=133$); 2 группа – ранние преждевременные роды в 28-33 недели ($n=115$); 3 группа – поздние преждевременные роды в 34-37 недель ($n=133$); 4 группа контроля – срочные роды ($n=140$). Сравнительная оценка социальных данных проводилась в каждой из исследуемых групп и в сравнении с контрольной группой по t -критерию Стьюдента и z -критерию для сравнения процентных долей. Уровень доверительной вероятности $=0,05$. Статистическую обработку данных производили с использованием стандартного пакета анализа Excel 7.0 и пакета программ Statistika-6.0.

Результаты и обсуждение. Рост женщин варьирован от 137 до 185 см, в среднем – $162,1 \pm 0,5$ см. Рост от 160 до 170 см имели 56,1% женщин, менее 160 – 25,2% и более 170 см – 18,7%. В контрольной группе выше

была доля высоких женщин с ростом более 170 см, по сравнению с исследуемыми группами. Доля женщин низкого роста менее 160 см была выше в 1, 2 и 3 группах (23,1%, 29,7% и 30,5%), чем в контрольной (18,7%). Выявлена закономерность: с уменьшением роста ниже 160 см, увеличивается частота преждевременных родов. Для оценки степени развития жировой ткани проанализированы данные об исходном (в ранние сроки беременности) индексе массы тела (ИМТ). Нормальный ИМТ имели 57,5% женщин. В 1 группе доля женщин с избыточной массой тела (16,0%) и ожирением (14,7%) была выше, чем в контрольной (13,2% и 5,4%). В 1 и 2 группах доли женщин с нормальным ИМТ были ниже (56,0% и 47,1%), чем в контрольной (63,6%) ($p<0,05$). Во 2 и 3 группах доли женщин с низким ИМТ (32,9% и 26,1%) были выше, чем в 1 группе (13,3%) и в группе контроля (17,8%) ($p<0,05$). Вес перед родами менее 70 кг имело 54,4% пациенток, вес 70 кг и более – 45,6%. Минимальный вес перед родами составил 40 кг, максимальный 125 кг. В 1, 2 и 3 группах доли женщин с весом перед родами менее 70 кг были почти в 2 раза больше (68,6%, 66,4% и 57,6%), чем в группе контроля (29,5%) ($p<0,05$). В контрольной группе у 70,5% матерей вес перед родами составлял 70 кг и выше ($p<0,05$). Прибавка веса за беременность у 22,17% женщин составила 5 кг и менее (включая убыль веса до 9 кг), у 32,76% – 6-10 кг, у 29,56% женщин – 10-15 кг и 15,52% женщин – 15-35 кг. По мере увеличения прибавки веса за беременность увеличивается срок гестации при родоразрешении ($p<0,05$). В 1 группе доля матерей, имевших прибавку веса 5 кг и менее за беременность (59,7%) была выше, чем во 2, 3 и 4 группах (22,7%, 16,1% и 4,6%) ($p<0,05$); в 26% прибавка веса составила 6-10 кг, более 15 кг – 2,6%. Во 2 группе прибавка веса чаще составляла 6-10 кг (51,14%) ($p<0,05$), менее 5 кг – 22,7%, 11-15 кг – 14,4%, более 15 кг – 6,82%. В 3 группе чаще прибавка веса составляла 6-15 кг (67,8%). В контрольной группе в 41,09% прибавка веса составила 11-15 кг, 6-10 кг – 25,6% и более 15 кг – 28,7%. Прибавка веса 5 кг и менее (включая убыль веса до 9 кг) является фактором риска ПР в сроке 22-27 недель.

Закключение. Конституционально-биологические факторы риска преждевременных родов различаются в зависимости от срока гестации. В сроке 22-27 недель имеет значение исходно избыточная масса тела или ожирение, вес перед родами до 70 кг, незначительная прибавка веса за беременность (5 кг и менее, включая убыль веса до 9 кг). В сроке 28-33 недель – рост ниже 160 см, исходный дефицит массы тела, вес перед родами до 70 кг, прибавка веса за беременность 6-10 кг. В сроке 34-37 недель – рост ниже 160 см, исходный дефицит массы тела. Планируется дальнейшее детальное изучение корреляционной взаимосвязи между социальными, биологическими и медицинскими факторами риска преждевременных родов.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

Шапошникова М.А., Протопопова Н.В.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета,
Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутск, Россия

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) являются ведущей причиной перинатальной заболеваемости, смертности и инвалидности с детства в странах мира. 30-50% ПР происходят без видимой причины. Наиболее значимыми социально-демографическими факторами риска идиопатических преждевременных родов являются: низкое социально-экономическое положение, неблагоприятные условия труда (отсутствие стабильной работы, низкий прожиточный минимум), психоэмоциональный стресс, интенсивное курение (более 10 сигарет в день), употребление наркотиков, возраст младше 18 и старше 30 лет.

Цель исследования: изучение социальных факторов преждевременных родов в зависимости от гестационного срока для разработки системы прогнозирования рождения детей с критически низкой массой тела.

Материалы и методы. Обследовано 521 беременная женщины различного акушерского и перинатального риска, родоразрешенных в областном и городском перинатальных центрах г. Иркутска за период с 2006 по 2008 гг. Изучены социальные характеристики (образование, социальное положение, семейное положение, экзогенные интоксикации). Исследуемые пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от срока гестации при родоразрешении: 1 группа – очень ранние преждевременные роды в сроке 22-27 недель (n=133); 2 группа – ранние ПР в 28-33 недели (n=115); 3 группа – поздние ПР в 34-37 недель (n=133); 4 группа контроля – срочные роды (n=140). Сравнительная оценка социальных данных проводилась в каждой из исследуемых групп и в сравнении с контрольной группой по t-критерию Стьюдента и z-критерию для сравнения процентных долей. Уровень доверительной вероятности =0,05. Статистическую обработку данных производили с использованием стандартного пакета анализа Excel 7.0 и пакета программ Statistika-6.0.

Результаты и обсуждение. Выявлены различия в возрастном составе сформированных групп. В контрольной группе доля матерей 20-24 лет составила 40,0 %, до 19 лет -10,0%, 30-34 лет -13,6%, после 35 лет – 9,29% (p<0,05). Во 2 группе наблюдается статистически значимое уменьшение доли матерей 20-24 лет (26,1 %) (p<0,05) и увеличение доли матерей моложе 19 лет (15,7 %) и старше 35 лет (13,0 %), по сравнению с контрольной. Доля матерей старше 35 лет в 1, 2 и 3 группах выше (13,5%, 13,0%, 12,8%), чем в контрольной (9,3%). Доля матерей 30-34 лет также выше во всех исследуемых группах (19,6% 21,7%, 16,5%), чем в группе контроля (13,6%). В зависимости от уровня образования чаще родоразрешались женщины с высшим образованием (40,5%), чем с начальным (9,4%) (p<0,05). В группе контроля доля женщин с высшим и средне-специальным образованием была выше (44,3% и 36,4%), чем в исследуемых группах. Доля женщин с начальным образованием в 2 раза выше в 1 и 2 группе (10,5% и 13,0%), чем в контрольной (5,7%)

(p<0,05). В 1 группе доля женщин со средним образованием (27,8%) в 2 раза выше, чем в контрольной (13,6%). С уменьшением срока гестации доля женщин с низким уровнем образования увеличивается. В зависимости от социального статуса чаще родоразрешались женщины-домохозяйки (38,8%) и женщины-служащие (35,7%), в 4 раза реже – учащиеся (10,1%) и рабочие (9,6%), занимали руководящие должности 5,76%. В 1, 2 и 3 группах достоверно выше была доля домохозяек (44,4%, 40,0% и 42,1%), чем в контрольной (29,3%) (p<0,05), а доля учащихся (7,5%, 8,7%, 8,3%) в 2 раза ниже, по сравнению с контрольной (15,7%). В официальном браке состояло 53,2% женщин, в незарегистрированном браке – 37,4%, одиноких было 9,4%. Доля одиноких женщин в 1 группе была в 2 раза выше (13,5%), чем во 2, 3 и 4 группах (8,7%, 7,5% и 7,9%). Доля состоящих в неофициальном браке женщин достоверно выше во 2 группе (43,5%), чем в контрольной (30,0%) (p<0,05). В 1 и 2 группах доля женщин в зарегистрированном браке достоверно ниже (47,4% и 47,8%), чем в контрольной (62,1%) (p>0,05). Нестабильное семейное положение способствует увеличению частоты преждевременных родов. Не имели вредных привычек 85,60% женщин, 14,40% интенсивно курили (более 1 пачки в день) на протяжении всей беременности, из них употребляли героин 3%, алкоголь – 1%. Доля женщин с вредными привычками была в 2-2,5 раза выше в 1, 2 и 3 группах (14,4%, 18,3% и 18,8%), по сравнению с контрольной (7,1%) (p<0,05). Все женщины, употребляющие наркотики и алкоголь в сочетании с интенсивным курением при беременности родоразрешались преждевременно.

Закключение. Социальные факторы риска преждевременных родов различаются в зависимости от гестационного срока. В сроке 22-27 недель имеет значение возраст матери старше 35 лет, среднее и начальное образование, отсутствие постоянного места работы (домохозяйки), неустроенность семейной жизни (одинокие и состоящие в незарегистрированном браке), интенсивное курение в сочетании с наркоманией и алкоголизмом. В сроке 28-33 недель – возраст матери старше 30 лет и моложе 19 лет, начальное образование, социальная неустроенность (домохозяйки), незарегистрированный брак, интенсивное курение в сочетании с наркоманией и алкоголизмом. В сроке 34-37 недель – возраст матери старше 35 лет, отсутствие работы (домохозяйки), незарегистрированный брак, интенсивное курение.

РАННЯЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПЛОДОВ С ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ

Шевченко Е.А., Марченко Н.П.

МУЗ «Родильный дом №4», г. Красноярск

Врожденные пороки опорно-двигательного аппарата – это очень многочисленная группа пороков различных как по этиологии и патогенезу, так и по своим клиническим проявлениям. По данным «Бюро меди-

цинской статистики» за 2008 год в г. Красноярске зарегистрировано 98 инвалидов с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата от 0 до 17 лет (или 5,1% от общего количества инвалидов данного возраста. До сих пор существуют значительные трудности в медицинской и социальной реабилитации детей, страдающих врожденными и наследственными болезнями, в том числе и пороками опорно-двигательного аппарата. Складывающаяся экономическая, экологическая и демографическая ситуация в России диктует необходимость усиления внимания со стороны государственных органов, органов здравоохранения к вопросам предупреждения возникновения и распространения врожденных пороков развития, сопровождающихся тяжелой инвалидностью с рождения, либо приводящих к таковой в процессе роста и развития ребенка. Оценка скелета плода при трансвагинальном исследовании абсолютно доступна с 11 недель беременности. Для исключения скелетных аномалий изучению подлежат такие анатомические структуры, как кости свода черепа (его размеры, форма и экзогенность костей), профиль плода, позвоночник, грудная клетка и ребра, экзогенность и форма костей, кисти и стопы; состояние мягких тканей конечностей, подвижность крупных суставов. Целью исследования являлось изучение диагностических возможностей трансвагинальной эхографии для пренатальной диагностики врожденных пороков развития (ВПП) опорно-двигательного аппарата (ОДА) у плодов с эхографическими маркерами. Для достижения поставленной цели были ретроспективно проанализированы 17 случаев скелетных дисплазий, которые были пренатально диагностированы в конце I триместра беременности за период с 2004 по 2008 г. Ультразвуковые исследования проводились на приборе VOLUSON 730 EXPERT и VOLUSON 730 PRO с использованием В – режима, режима ЦДК и импульсной доплерографии. Кроме того, для ранней пренатальной диагностики использованы 3/4D режимы. Все данные исследования проведены с использованием трансвагинального датчика. Цитогенетические исследования выполнены в клинической лаборатории родильных домов № 4 и 5. Возраст пациенток исследуемой группы колебался с 21 до 34 лет и в среднем составил 26 лет. Срок установления пренатального диагноза у пациенток исследуемой группы варьировал от 11 недель 6 дней до 14 недель 3 дней и в среднем составил 12 недель 5 дней. У всех плодов была подробно изучена ультразвуковая анатомия. Увеличение толщины воротникового пространства (ТВП) от 2,6 до 8,4 мм (в среднем 5,2 мм) у плодов с системными заболеваниями скелета было отмечено в 8/47% случаях. Помимо увеличенной ТВП дополнительно зарегистрированы следующие маркеры и эхографические признаки ВПП ОДА: «дефицит» КТР в 7/41,2% случаях; гипоплазия/аплазия костей носа — в 12/70,6%; микрогения — в 6/35,3%; укорочение и аномальная форма трубчатых костей — в 13/76,5%; патологические кривые скоростей кровотока в венозном протоке — 3/17,6%; снижение экзогенности костей свода черепа, позвоночника, длинных трубчатых костей — в 3/17,6% наблюдениях. Инвазивная диагностическая процедура для исключения хромосомной патологии у плода проведена в 16/94,1% наблюдениях. Во всех случаях зарегистрирован нормальный кариотип плода.

Спектр пренатально выявленных системных заболеваний скелета достаточно разнообразен. В структуре системных скелетных дисплазий, которые составили наибольшую группу (7/41,2%), встретились такие варианты как, кампомелическая дисплазия, ахродрогенез I типа, диастрофическая дисплазия, синдром «коротких ребер — полидактилии», ЕЕС-синдром. В 5/29,4% наблюдениях зарегистрирован синдром дефекта лучевой кости с олигодактилией. Редукционные поражения нижних конечностей составили 3/17,6%. По 1/5,9% наблюдению пришлось на контрактурную арахнодактилию и синдром аплазии малоберцовой кости. В 2/11,8% наблюдениях ВПП ОДА сочеталась с другими пороками развития, такими как, аномалия Денди-Уокера и омфалоцеле. Во всех случаях диагностированных системных заболеваний скелета семейные пары приняли решение в пользу прерывания беременности. Пренатальный диагноз подтвержден во всех представленных наблюдениях. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о информативности изучения представленных маркеров для пренатальной диагностики ВПП ОДА.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЭНДОТОКСИНА В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Шестакова О.И.

ФГУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова, Москва

Преэклампсия – тяжелейшее осложнение беременности, которое занимает лидирующую позицию среди причин материнской и перинатальной смертности не только в нашей стране, но и во всём мире. Хотя проблеме преэклампсии уделяется пристальное внимание, глобальных изменений в интенсивной терапии этого осложнения беременности за последние 20 лет не произошло.

В последние годы широкое распространение получили взгляды на преэклампсию как на проявление системного воспалительного ответа. Фундаментальные исследования показали, что системное воспаление играет ключевую роль в развитии гораздо большего числа патологических процессов, чем предполагалось раньше. Детальное изучение механизмов и молекулярных основ воспаления позволило рассматривать преэклампсию в рамках ССВО.

Современные методы лечения преэклампсии преимущественно носят симптоматический характер и не устраняют причину заболевания. Недооценка степени тяжести преэклампсии, а следовательно, неадекватное лечение и запоздалое родоразрешение являются ведущими причинами материнской смертности при данном осложнении беременности. Это связано с частым несовпадением имеющихся клинико-лабораторных и инструментальных данных с истинной тяжестью патологических изменений в системе мать – плацента – плод, когда на фоне клинически лёгкой или среднетяжёлой преэклампсии внезапно развиваются такие тяжёлые осложнения, как эклампсия, преждевременная отслойка плаценты, полиорганная недостаточность.

Поэтому на современном этапе представляется важным поиск новых, более точных, достаточно высокоэффективных, экономически оправданных диагностикумов, что позволило бы в дальнейшем вплотную подойти к созданию концепции развития акушерских осложнений и разработке патогенетически обоснованных методов прогноза и профилактики.

Исследования последних лет показали, что при физиологической беременности определяется небольшой уровень эндотоксина, в то время как вне беременности эндотоксин не обнаруживался. Следовательно, при физиологической беременности прослеживаются элементы синдромной воспалительной реакции. В дальнейшем было обнаружено повышение эндотоксина при преэклампсии. Содержание эндотоксина в крови повышалось параллельно нарастанию тяжести приэклампсии и проявлениям полиорганной недостаточности.

Представляется чрезвычайно важным дальнейшее изучение роли эндотоксина в развитии акушерских осложнений как маркера системной воспалительной реакции, что в свою очередь даст возможность провести адекватную терапию, решить вопрос о возможности пролонгирования беременности или поставить вопрос о родоразрешении, в том числе досрочном, в интересах жизни и здоровья матери и плода

Не вызывает сомнения, что наиболее перспективным путём профилактики тяжёлых форм преэклампсии являются мероприятия, направленные на предупреждение развития и прогрессирования полиорганной недостаточности на ранних сроках гестации и, прежде всего, выявление пусковых механизмов возникновения и особенностей её прогрессирования.

Изучение ССВО в акушерстве и гинекологии ещё только начинается и можно надеяться, что представления о ССВО позволят найти новые варианты лечения и профилактики, способные разорвать звенья патогенеза осложнений беременности и спасти тысячи женщин и их детей.

СОСТОЯНИЕ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шиляева Е.Г.

Россия, г.Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская Государственная Медицинская Академия», Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП

По данным Института иммунологии, в России, астмой страдает от 2 % до 18 % всего населения (Ильина Н.И., Хаитов Р.М., 2001), среди беременных женщин распространенность БА составляет около 4 % (Domnick A. M., 1999), а в России от 0,4 до 1% (Шехтман М.М и соавт., 2002). На данный момент влияние бронхиальной астмы на репродуктивную функцию женщины изучено недостаточно, не выработаны четкие планы ведения беременных с бронхиальной астмой.

Большой интерес вызывает новый метод диагностики состояния организма – метод микроэлектрофореза, основанный на изучении движения живых клеток в

переменном электрическом поле под микроскопом. Изучение движения эритроцитов в переменном электрическом поле может использоваться с целью оценки изменений в организме, так как состояние мембран эритроцитов отражает состояние гомеостаза всего организма, в том числе и при бронхиальной астме.

Целью исследования явилось изучение состояния электрофоретических свойств эритроцитов у беременных с бронхиальной астмой, а также оценка особенностей течения беременности.

Материалы и методы. Обследованы 18 беременных женщин, страдающих бронхиальной астмой (проведены общеклинические и лабораторные методы исследования, изучены электрофоретические свойства эритроцитов). Группа сравнения представлена 20 практически здоровыми беременными.

Результаты исследования. Во время гестации все беременные с бронхиальной астмой наблюдались у акушера – гинеколога и пульмонолога. Средний возраст обследуемых составил $25,4 \pm 0,56$ лет и не отличался достоверно от среднего возраста беременных группы сравнения $26,1 \pm 0,71$ лет. Обострение бронхиальной астмы было у 7 (38,9 %) беременных. Из них в I триместре – у 4 (22,2 %), во II триместре – у 6 (33,3 %) и в III триместре – у 3 (16,7 %). У 11 (61,1 %) беременных состояние в динамике не изменилось. При анализе бронхиальная астма легкой степени диагностирована у 17 (94,4 %) пациенток и среднетяжелая у 1 (5,6 %) беременной.

По результатам исследования у каждой второй женщины – 9 (50,%) страдающей бронхиальной астмой, течение беременности осложнялось ранним гестозом беременных, у 13 (72,2 %) – угрозой прерывания беременности, у 10 (55,6 %) – анемией, у 5 (27,8 %) – преэклампсией легкой степени ($p < 0,05$). У 3 (16,7 %) беременных выявлена хроническая внутриутробная гипоксия плода, у 2 (11,1 %) – ВЗРП и у 6 (33,3 %) беременных выявлена фетоплацентарная недостаточность с нарушением маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения ($p < 0,05$).

Нами проводилась оценка электрофоретических свойств эритроцитов в обследуемой группе и группе сравнения наблюдения. При оценке результатов мы дополнительно разделили группу наблюдения и выделили две подгруппы: беременные с бронхиальной астмой без нарушений в фетоплацентарном комплексе – 12 пациенток и беременные с бронхиальной астмой, течение беременности у которых осложнилось фетоплацентарной недостаточностью – 6 пациенток. В ходе оценки электрофоретических свойств эритроцитов выявлено, что большинство эритроцитов во всех группах были дискоцитами, достоверной разницы выявлено не было. При оценке электрофоретической подвижности эритроцитов в первый десятиминутный интервал доля подвижных эритроцитов практически здоровых беременных составила $71,7 \pm 3,12\%$, у беременных бронхиальной астмой – $63,4 \pm 2,8\%$. При сравнительной оценке результатов у женщин с бронхиальной астмой доля подвижных эритроцитов была меньше по сравнению с практически здоровыми беременными, но достоверной разницы не было выявлено. Однако, в группе женщин с бронхиальной астмой, осложненной фетоплацентарной недостаточностью, доля подвижных эритроцитов была достоверно ниже $52,8 \pm 3,35\%$

по сравнению с практически здоровыми беременными ($p < 0,05$). Амплитуда движения в данном интервале была ниже в группах у беременных с бронхиальной астмой $8,9 \pm 1,9$ мкм и у беременных с бронхиальной астмой, осложненной фетоплацентарной недостаточностью – $8,5 \pm 1,74$ мкм, но достоверно не отличалась от группы сравнения – $10,5 \pm 2,1$ мкм.

Во втором десятиминутном интервале доля подвижных эритроцитов в группе сравнения составила $58,3 \pm 3,23\%$, у беременных с бронхиальной астмой – $41,1 \pm 2,95\%$; а у беременных с бронхиальной астмой, осложненной фетоплацентарной недостаточностью – $30,6 \pm 4,1$, что почти в два раза меньше по сравнению с практически здоровыми беременными. Амплитуда во втором десятиминутном интервале составила в группе сравнения – $8,7 \pm 1,93$ мкм, у беременных с бронхиальной астмой – $7,8 \pm 1,84$ мкм, а у беременных с бронхиальной астмой, осложненной фетоплацентарной недостаточностью – $6,9 \pm 1,89$ мкм. Амплитуда была снижена больше у беременных с бронхиальной астмой, однако, достоверных различий выявлено не было.

Заключение: При оценке электрофоретической подвижности эритроцитов у беременных с бронхиальной астмой было выявлено достоверное снижение их активности, что может привести к нарушению трансплацентарного обмена между матерью и плодом.

ФАКТОРЫ РИСКА СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Яковлева О.А., Кравченко Е.Н.

МУЗ «Клинический родильный дом №1», Омская государственная медицинская академия, Россия, г. Омск

В России аномалией родовой деятельности осложняется 11-17% родов. Частота патологии сократительной деятельности матки, клинически проявляющиеся слабостью родовой деятельности (СРД), достигает 12-16%.

Цель работы: изучить факторы риска развития слабости родовой деятельности.

Материалы и методы исследования: 227 историй родов, осложнившихся СРД у пациенток МУЗ «Клинический родильный дом №1» г. Омска. Контрольную группу составили 225 родов без аномалий родовой деятельности.

Проведена клиническая оценка роли некоторых социально-биологических факторов в возникновении СРД. По возрасту женщины основной группы распределились следующим образом: до 18 лет – $2,6 \pm 1,1\%$, 19-24 – $11,5 \pm 2,1\%$, 25-29 – $42,3 \pm 3,3\%$, 30-35 – $40,5 \pm 3,3\%$, старше 35 – $3,1 \pm 1,2\%$. В контрольной группе беременных до 18 лет было $0,4 \pm 0,4\%$, 19-24 – $35,1 \pm 3,2\%$, 25-29 – $44,4 \pm 3,3\%$, 30-35 – $19,5 \pm 2,6\%$, 36 и старше – $0,4 \pm 0,4\%$. Достоверных различий по социальному положению женщин выявлено не было. В основной группе домохозяйками были 26 рожениц (11,5%), служащими – 99 (43,6%), рабочими – 102 (44,9%). В контрольной группе женщины распределились соответственно 29 (12,9%), 94 (41,7%) и 123 (56,4%). Первородящими были 195 (86,0%) беременных, повторнородящими – 32 (14,0%). В контрольной

группе первородящих было 126 ($56,0 \pm 3,3\%$), повторнородящих – 99 ($44,0 \pm 3,3\%$; $p < 0,001$).

Роженицы обеих групп состояли в зарегистрированном браке и регулярно наблюдались в женской консультации с первого триместра беременности. Осложненный акушерский анамнез (2 и более абортов) имели $23,8 \pm 2,8\%$ женщин основной группы, $10,2 \pm 2,0\%$ – контрольной ($p < 0,01$). ОРВИ перенесли во время гестации $18,1 \pm 2,6\%$ рожениц основной группы, $8,9 \pm 1,9\%$ – контрольной ($p < 0,01$). Хронический аднексит имели в анамнезе $12,3 \pm 2,2\%$ основной группы, $5,3 \pm 1,5\%$ – контрольной ($p < 0,05$), бесплодие в анамнезе соответственно $4,4 \pm 1,4\%$ и $0,4 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$).

Осложнения гестации наблюдались у всех пациенток. Гестоз отмечен у 104 ($45,8 \pm 3,3\%$) рожениц основной группы и у $28,9 \pm 3,0\%$ – контрольной ($p < 0,01$). Признаки внутриутробной инфекции выявлены у $40,0 \pm 3,3\%$ основной группы и у $29,3 \pm 3,0\%$ контрольной ($p < 0,05$). ХПН в виде гипоксии плода и задержки его роста отмечены в $28,3 \pm 3,0\%$ наблюдений основной группы и $10,6 \pm 2,0\%$ – контрольной ($p < 0,01$). Многоводие диагностировано у $23,0 \pm 2,8\%$ рожениц основной группы и у $8,4 \pm 1,8\%$ – контрольной ($p < 0,01$). Пуповинный комплекс (однократное и двукратное обвитие пуповины вокруг шеи и туловища плода) отмечен у $17,1 \pm 2,5\%$ основной группы и у $6,2 \pm 1,6\%$ – контрольной ($p < 0,01$). Анатомически узкий таз выявлен у $15,9 \pm 2,4\%$ женщин основной группы и у $6,6 \pm 1,6\%$ – контрольной ($p < 0,01$). Достоверных различий угрожающего прерывания беременности выявлено не было (у $12,3 \pm 2,2\%$ рожениц основной и у $12,0 \pm 2,2\%$ – контрольной; $p > 0,05$). Крупный плод диагностирован у $11,5 \pm 2,1\%$ обследованных основной группы и у $4,4 \pm 1,4\%$ – контрольной ($p < 0,02$), многоплодие соответственно у $11,5 \pm 2,1\%$ и $5,3 \pm 1,5$ ($p < 0,01$). Тазовое предлежание плода имело место в $4,4 \pm 1,4\%$ наблюдений основной группы и $0,4 \pm 0,4\%$ – контрольной ($p < 0,05$).

Урогенитальные инфекции во время беременности чаще отмечались в основной группе. Наиболее встречаемым был микоплазмоз: у $10,6 \pm 2,0\%$ женщин основной группы и у $5,3 \pm 1,5\%$ – контрольной ($p < 0,01$). Уреаплазмоз наблюдался у $9,3 \pm 1,9\%$ рожениц основной группы и у $5,7 \pm 1,5\%$ ($p < 0,01$). Другие урогенитальные инфекции (хламидиоз, генитальный герпес, трихомониаз) наблюдались в основной и контрольной группе без достоверных различий.

Экстрагенитальную патологию имели 185 ($81,5 \pm 2,6\%$) женщин основной группы и 130 ($57,8 \pm 4,3\%$; $p < 0,01$) – контрольной. Наиболее чаще наблюдались хронические железодефицитные анемии: в основной группе в $26,0 \pm 2,0\%$ наблюдений, в контрольной – в $14,2 \pm 2,3\%$ ($p < 0,01$). На втором месте в основной группе были заболевания мочеполовой системы – в $15,4 \pm 2,4\%$, в контрольной – $9,3 \pm 1,9\%$ ($p < 0,01$). Достоверных различий по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отмечено не было: в основной группе они выявлены у $15,0 \pm 2,4\%$ беременных, в контрольной – у $12,9 \pm 2,2$ ($p > 0,05$). Ожирение и заболевания щитовидной железы чаще наблюдались в основной группе: у $12,3 \pm 2,2\%$ и $10,6 \pm 2,0\%$ пациенток соответственно; в контрольной группе у $5,3 \pm 1,5\%$ и $4,0 \pm 1,3\%$ ($p < 0,01$). Варикозная болезнь нижних конечностей диагностирована у $9,7 \pm 2,0\%$ рожениц основной группы и у $7,1 \pm 1,7\%$ (p

>0,05). Заболевания желудочно-кишечного тракта отмечены в 7,9±1,8% наблюдений основной группы и в 4,9±1,4% – контрольной ($p > 0,05$).

Таким образом, анализ историй родов со слабостью родовой деятельности выявил, роженицы чаще имели отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. При СРД чаще наблюдались осложнения гестации такие как гестоз, ХПН, анатомически узкий таз, крупный плод, тазовое предлежание плода. Урогенитальные инфекции и маркеры ВУИ так же чаще отмечались у женщин со СРД в сравнении с контрольной группой. Среди ЭГЗ у рожениц со СРД чаще выявлялись железодефицитная анемия, заболевания мочеполовой системы, щитовидной железы и ожирение.

ЗНАЧЕНИЕ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Яковлева О.В., Музурова Л.В.

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Актуальность. До настоящего времени существенным пробелом в проводимых исследованиях является малочисленность работ, направленных на систематическое изучение антропометрических параметров, генетических маркеров и физических качеств организма с точки зрения их использования в оценке здоровья индивидуума и первичной профилактики заболеваемости (Ермашова С.В., 2006; Мищенко Н.А., 2006; Негашева М.А., 2008). Рядом работ было установлено определяющее значение соматотипа в физических и психических реакциях человека (Харламов Е.В., 2008). Тип телосложения относительно устойчив, формируется под влиянием экзогенных и эндогенных факторов и характеризует целостный ответ организма.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных соматотипов при прерывании беременности у женщин первого периода зрелого возраста со сроком гестации 16 – 34 недели.

Материал и методы исследования. Нами проведено соматотипирование у 340 женщин первого периода зрелого возраста. Из них 168 (49,4%) были первородящие, 172 (50,6%) повторнородящие. В зависимости от исхода беременности все пациентки были разделены на 3 группы. 1 группу составили 150 женщин, с самопроизвольным выкидышем в 16-27 недель беременности. 2 группа была представлена 140 пациентками с преждевременными родами в срок гестации 28 – 34 недели. Группу контроля составили 50 женщин (3 группа), не имевших угрожающее прерывание при беременности и родоразрешенных в срок. Были оценены акушерско – гинекологический анамнез, состояние тонуса и возбудимости миометрия, наличие структурных изменений со стороны шейки матки, данные кардиотокографического и ультразвукового исследования, гормональный и инфекционный статус, коагулограмма. Соматотипирование женщин проводилось по методике Х.Т. Каарма (1991) и включало определение 19 индексов, а также роста – весо-

вые показатели в каждом триместре беременности.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование беременных показало, что среди женщин с невынашиванием в 16 – 34 недели беременности наиболее часто выявляются субатлетический, стенопластический и атлетический соматотипы ($p < 0,01$). По степени развития подкожно-жировой клетчатки женщины в 1 и 2 группах представлены: стенопластического и атлетического соматотипов – нормотрофами и гипотрофами в равной степени ($p < 0,01$); субатлетического соматотипа преимущественно гипотрофами ($p < 0,01$). В 3 группе преобладали беременные мезопластического телосложения нормотрофы ($p < 0,01$).

Выводы. Проведенное исследование позволяет предложить внедрение в комплекс первичного осмотра беременной женщины при взятии на диспансерный учет соматотипирование, которое не является инвазивным методом обследования, не требует дополнительного финансирования. Исследование проводится однократно. Оно позволяет прогнозировать риск невынашивания во II – III триместрах беременности.

Определять индекс массы тела необходимо до наступления беременности и при его низких значениях проводить коррекцию в прегравидарном периоде. Беременные субатлетического, стенопластического и атлетического соматотипов должны пройти прегравидарную подготовку с целью снижения риска невынашивания.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Яковлева О.В., Зрячкин Н.И., Музурова Л.В.

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Гипоксически – ишемическое повреждение центральной нервной системы плода и новорожденного является самой распространенной патологией, выявляемой в перинатальном периоде. Проводимые скрининговое УЗИ с доплерометрией и кардиотокография не всегда своевременно диагностируют патологическую централизацию кровотока и метаболические изменения в органах и тканях плода.

Цель исследования. Изучить возможные причины антенатального гипоксического повреждения центральной нервной системы у плода и новорожденного.

Материал и методы исследования. Проведены исследования течения беременности, родового акта, состояния плода и новорожденного у 248 женщин, имевших одноплодные срочные роды. Нами была проведена оценка акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальной патологии. Ультразвуковое исследование беременных и новорожденных осуществляли на аппаратах «SA-8000», «Aloca-3700» и «SSI-1000». В динамике беременности и во время родового акта проводили кардиотокографическое исследование на аппарате «Fetalcare». Соматотипирование пациенток оценивали по методике Х.Т. Каарма (1991). В зависимости от степени тяжести церебральной ишемии у новорожденного все обследуемые были разделены

на 2 группы: первую группу составили 100 новорожденных без признаков перинатального повреждения центральной нервной системы (группа сравнения), вторую группу — 148 новорожденных с церебральной ишемией среднетяжелой степени. Полученные данные подвергнуты корреляционному и регрессионному анализу.

Результаты исследования и их обсуждение. Во всех группах наблюдения основную долю беременных составили первородящие (1 группа — 81,0%, 2 группа — 85,1%). Средний возраст женщин, родивших детей 1 группы составил $25 \pm 2,7$ лет, 2 группы — $26,8 \pm 3,5$ лет. У беременных 2 группы достоверно чаще выявлялись: нерегулярный менструальный цикл, аборт, ОРЗ, инфекции мочеполовых путей, а хронический аднексит, анемия, угрожающее прерывание беременности были обнаружены в 2,7 раза чаще, чем у беременных 1 группы. При проведении соматотипирования установлено преобладание атлетического типа телосложения у беременных во 2 группе. У беременных 1 группы преобладали мезосомные типы телосложения. На большую степень тяжести развития церебральной ишемии у плода в значительной мере повлияли такие факторы как мекониальные воды, преждевременный разрыв плодовых оболочек при незрелой шейке матки, продолжительность активной фазы родового акта более 8 часов, замедленное продвижение плода во втором периоде родов, быстрые роды, конфликт с пуповиной. Ошибка в определении предполагаемой массы плода по данным ультразвукового исследования и объективного осмотра более 400 грамм чаще была у беременных, относящихся к гипертрофам. Это явилось одной из причин поздней диагностики стертой формы несоответствия плода и таза женщины.

Выводы. Фактором риска церебральной ишемии доношенного плода и новорожденного являются анемия беременных, угрожающее прерывание беременности, ОРЗ, перенесенные во II – III триместрах беременности, тугое обвитие пуповины, быстрые роды, замедленное продвижение плода во втором периоде родов, хроническая урогенитальная инфекция, аборт, атлетический соматотип.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СРОКЕ 41 И БОЛЕЕ НЕДЕЛЬ

**Янкевич Ю.В., Державина Н.Е., Шман В.В.,
Лазырина Н.С., Чирина П.Л. и Михайлов А.В.**

*Россия, Санкт-Петербург, СПбГУЗ «Родильный дом №17»,
СПбГУ, СПбГМА*

Беременности, продолжающиеся после 42 недель, расцениваются как переношенные и их частота колеблется от 3 до 14 % в зависимости от особенностей популяции и критериев расчета срока беременности. При переношенной беременности перинатальная смертность увеличивается более чем в два раза после 42 недель, в 4 раза – после 43 недель и 5-7 раз – после 44 недель, по сравнению с таковым показателем при родоразрешении в 40 недель беременности. Антенатальное или интранатальное развитие асфиксии является основной причиной перинатальных потерь при перенашивании.

Планируемое родоразрешение до наступления перенашивания является одним из методов профилактики перинатальной заболеваемости и смертности при данном осложнении беременности.

Проведен анализ результатов применения протокола ведения беременности и родов при сроке 41 и более недель у всех 404 пациенток, родоразрешенных в учреждении в эти сроки в 2008 году. Протокол предусматривал ожидание начала спонтанной родовой деятельности до срока 41 неделя и 3 дня, при ее отсутствии в этот день оценивали состояние шейки матки по модифицированной шкале Бишопа: при оценке 6 и более баллов проводили родовозбуждение с амниотомией; 0-2 балла – расценивали как бесперспективное и проводили родоразрешение путем операции кесарева сечения; 3-5 баллов – расценивали как перспективное и интрацервикально вводили препидил-гель, с ожиданием начала спонтанной родовой деятельности до срока 41 неделя и 5 дней. При не развитии родовой деятельности к этому сроку проводили повторную бальную оценку состояния шейки матки, при 6 баллах и более проводили родовозбуждение с амниотомией, при менее 6 баллах – пациентка родоразрешалась путем операции кесарева сечения.

Контроль состояния плода до начала родов осуществлялся посредством ежедневной КТГ и доплерометрии кровотока в артерии пуповины плода, в родах – непрерывной КТГ.

У 265 (65,6%) пациенток родовая деятельность после начала 41 недели развивалась спонтанно -1 группа. Абсолютно «незрелые» родовые пути на момент осмотра в 41 неделю и 3 дня были у 8 (2%) пациенток и они были родоразрешены операцией кесарева сечения. У 77 (19%) пациенток после осмотра шейки матки была проведена амниотомия – 2 группа, а у оставшихся 54 – интрацервикальное введение препидил-геля – 3 группа, в которой только у 2 пациенток при сроке 41 неделя и 5 дней шейка оставалась «незрелой» и они были родоразрешены операцией кесарева сечения.

Случаев перинатальной смертности у пациенток, вошедших в исследование не было. Частота рождения новорожденных в состоянии асфиксии при родоразрешении после использования препидил-геля (7,4%) была достоверно выше по сравнению с таковой в 1 и 2 группах (1,1 и 1,3%, соответственно). Однако, ни в одном случае, оценка по шкале Апгар не была ниже 5 на 5 минуте, и ниже 7 на 10 минуте после рождения. Частота развития аномалий родовой деятельности в 1 и 2 группах не различалась, и была ниже таковой в 3 группе (19,6%, 14,3% и 33,4%, соответственно). Те же соотношения показателей относились и к частоте родоразрешений путем операции кесарева сечения в группах – 24,2%, 20,8% и 37,0% соответственно. Частота оперативного родоразрешения через естественные родовые пути в группах не различалась и составила 7,5%, 8,2% и 6,5% соответственно.

Таким образом, проспективное исследование эффективности внедрения протокола ведения беременности и родов при сроке беременности 41 неделя и более показало возможность родоразрешения через естественные родовые пути в 72% случаев, при отсутствии перинатальных потерь. Недостаточная «зрелость» шейки матки к сроку беременности 41 неделя и 3 дня приводит к необходимости проведения ее подготовки простагландинами, что в свою очередь сочетается с по-

вышением частоты оперативного родоразрешения и частоты развития асфиксии новорожденных.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У РОДИЛЬНИЦ С ГИПОГАЛАКТИЕЙ

Яхьяева М.Р.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Золотым стандартом обеспечения интенсивного роста и развития ребенка является вскармливание грудным молоком. Вместе с тем гипогалактия встречается у 26-80% кормящих матерей. Применение ряда лекарственных препаратов, вмешивающихся в центральные механизмы регуляции секреции пролактина, не всегда является эффективным (Гайдуков С.Н., 1991), поэтому возрастает роль немедикаментозных методов коррекции нарушений лактационной функции.

В этом плане перспективным является поиск методов немедикаментозной терапии, одним из которых является транскраниальная электростимуляция защитных механизмов мозга (ТЭС-терапия), способствующая повышению α -эндорфинов, стимулирующему выброс пролактина, что в свою очередь может привести к усилению функции молочной железы.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения метода ТЭС-терапии у родильниц с гипогалактией.

Обследовано 205 родильниц с гипогалактией в возрасте от 17 до 42 лет. Основными этиологическими факторами гипогалактии были гестозы, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, использование эстрогенов в подготовке к родам и в регуляции родовой деятельности, а также ряд экстрагенитальных заболеваний (анемия, болезни почек и гепатобилиарной системы).

Диагностика гипогалактии основывалась на комплексном обследовании, включающем общепринятое клиническое исследование, объективную оценку лактационной функции (суточное количество молока) и измерение скорости кровотока в грудных артериях с помощью ультразвуковой доплерометрии.

Лечение заключалось в 4-5 ежедневных процедурах ТЭС-терапии с помощью портативного аппарата «Трансаир-01В». Длительность процедуры не превышала 40 минут, сила тока – 2-2,5 мА.

Результаты лечения оценивались по динамике суточного количества молока, показателям ультразвуковой доплерометрии (систолиадиастическое отношение (R), индекс резистентности (I.R.) и пульсационный индекс (P.I.).

В основной группе родильниц, состоящей из 103 женщин, лечение проводилось с использованием метода транскраниальной электростимуляции. В группе сравнения, состоящей из 102 родильниц, применялись традиционные методы лечения (окситоцин, апилак, обильное питье, грецкие орехи).

Использование ТЭС-терапии способствовало достоверному увеличению объема разового кормления у 92 % родильниц основной группы. Показатели доплерометрии после лечения подтверждали улучшение кровотока в грудной артерии у родильниц с гипогалактией: систолиадиастическое отношение снизилось с $10,02 \pm 0,56$ до $4,93 \pm 0,47$ ($p < 0,001$), индекс резистентности – с $2,86 \pm 0,13$ до $1,68 \pm 0,12$ пульсационный индекс – с $0,90 \pm 0,01$ до $0,79 \pm 0,01$ ($p < 0,001$).

В группе сравнения увеличение суточного количества молока было достигнуто у 40,2% родильниц. Достоверного улучшения кровотока в грудной артерии при использовании традиционных методов лечения гипогалактии не произошло.

Таким образом, полученные результаты показали высокую эффективность ТЭС-терапии в лечении гипогалактии у родильниц.

АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ В ГЕНЕЗЕ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ (ПГЭПГ)

Ящук А.Г., Масленников А.В., Мамаева А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Роль предшествующей травматизации мышечно-соединительнотканного пласта поддерживающего аппарата матки, прежде всего акушерского характера, в генезе развития функциональной несостоятельности тазового дна давно известна и неоднократно обсуждалась, и продолжает обсуждаться, в отечественной и зарубежной литературе, где наличие разрывов промежности, зачастую на фоне родов крупным плодом, представляются однозначными предикторами будущего опущения и выпадения внутренних половых органов. Между тем, при более подробном изучении данного вопроса у женщин с ПГЭПГ, он представляется не столь конкретным. Таким образом, целью нашего исследования явился ретроспективный анализ значимости факта травматичных родов в анамнезе для развития ПГЭПГ.

Для этого мы обследовали 41 пациентку, оперированную по поводу пролапса гениталий после гистерэктомии – основная группа. Средний возраст женщин на момент обследования составил $58,7 \pm 1,6$ лет. Вторую группу, контрольную, составили 20 женщин того же возраста без признаков пролапса гениталий и недержания мочи. По нашим данным, все женщины с ПГЭПГ были рожавшими, 80,5% из них имели 2 и более родов, а трое и более родов в анамнезе у них встречались 5 раз чаще, чем у женщины без пролапса гениталий. Таким образом, пациентки этих клинических групп достоверно различались по количеству родов в анамнезе ($p = 0,073$), что доказывает значимость данного показателя в развитии пролапса гениталий.

При изучении характера травм мягких родовых путей у обследуемых женщин выяснилось, что разрывы промежности в родах имели 28 (68,4%) женщин основной группы, из них у 4 (9,8%) травмы в родах возникали повторно, а у 2 (4,88%) имело место полное расхождение швов на промежности и заживление вто-

ричным натяжением. Но при этом ни у одной из представительниц основной группы не было в анамнезе разрывов промежности III-IV степени. Обращает на себя внимание и тот факт, что у женщин контрольной группы (без пролапса гениталий), наблюдался такой же высокий процент травм родовых путей в анамнезе (60%), но у них не было повторных травм родовых путей и заживления швов на промежности вторичным натяжением. Нами отмечена отрицательная корреляция между фактом травматизации родовых путей в родах и сроком формирования ПГЭПГ ($p < 0,05$), т.е. чем чаще и тяжелее были травмы, тем раньше развивался ПГЭПГ. Что касается анамнестического факта родов крупным плодом, то у 19 (46,3%) женщин с ПРЭПГ масса новорожденных составила 3501-3999 г, а у 15 (36,6%) вес новорожденных не превышал 3500 г. Минимальный вес составил 2100 г, максимальный – 4900 г, средний вес новорожденных составил 3581 г. Достоверных различий по массе плода между женщинами обеих групп нами не выявлено ($p = 0,879$).

Хотя следует отметить, что в нашем исследовании роды плодом, превышающим 4000 г, имели 6 (14,6%) женщин основной группы, тогда как в общей популяции этот показатель колеблется в пределах 7,7-10,0%.

Таким образом, можно сделать ряд закономерных выводов: 1) риск развития ПГЭПГ у много рожавших женщин выше, чем в популяции, следовательно, к подобному контингенту женщин необходимо более внимательно подходить с точки зрения профилактики и раннего выявления несостоятельности тазового дна; 2) факт однократной не осложнённой травматизации половых путей в родах существенно не влияет на вероятность дальнейшего развития ПГЭПГ и 3) роль массы новорожденного в генезе развития ПГЭПГ не столь однозначна, как кажется на первый взгляд, важным здесь является не фактический увеличенный размер плода, а сопутствующий этому возрастающий риск травматизации промежности. Таким образом, усиление позиций вторичной профилактики акушерского травматизма – прямой путь к снижению частоты развития ПГЭПГ.

ГИНЕКОЛОГИЯ

СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДОБРАКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Абдурахманов О.

Республика Узбекистан, г. Ташкент. Ташкентская медицинская академия. Городской родильный комплекс №6.

Известно, что патология шейки матки является одним из часто встречающихся заболеваний у женщин в репродуктивном возрасте. Особую проблему представляют собой доброкачественные заболевания шейки матки, так как на этой стадии патологических изменений шейки матки можно результативно снизить частоту рака шейки матки, лечебные мероприятия при котором часто оказываются запоздалыми. Особую проблему представляют женщины с герпетической инфекцией полового тракта. Вирусносительство способствует поддержанию патологического процесса в шейке матки, способствует его хронизации, возникновению атипичных форм, а также делает многие лечебные процедуры неэффективными. Целью нашего исследования явилась разработка рационального и эффективного скринингового обследования женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки для своевременной разработки лечебной программы. Нами было обследовано 200 женщин репродуктивного возраста с доброкачественными заболеваниями шейки матки (ДЗШМ). Из них хронический цервицит имел место у 51.5% (103), эрозированный эктропион – у 30% (60), эктопия шейки матки – у 18.5% (37). Возраст женщин составил 25-45 лет. У всех женщин было проведено обследование на наличие вируса простого герпеса, папилломы человека, цитомегаловируса и хламидий методом ПЦР и ИФА. В результате чего, было обнаружено наличие вируса простого герпеса у 40 (20%) женщин. Следует сказать, что женщины с сочетанным носительством других указанных выше возбудителей были исключены из группы исследуемых. Так же было проведено бактериологическое исследование цервикального канала и при наличии активного воспалительного процесса проводили этиотропное лечение. Всем женщинам проводилось клинико-визуальное, цитологическое, кольпоскопическое и гистологическое исследование. Цитологическое исследование проводили по Папаниколау (Pap-тест), а также мы определяли методом отражательной микроскопией наличие мелкодисперсных светящихся частиц (МСЧ) в слизи цервикального канала под микроскопом AXIOVERT 40 MAT. Известно, что МСЧ определяются при наличии атипического перерождения клеток, и, вероятно, могут служить маркерами начальной стадии

злокачественного процесса в шейке матки. Для чего брали слизь из цервикального канала с помощью шпателя, наносили на предметное стекло, высушивали и смотрели под микроскопом с увеличением в 1000 раз. Известно, что цитологический метод обследования имеет от 5 до 40% ошибочных результатов. Для снижения вероятности диагностических ошибок в настоящее время проводится стандартизация результатов цитологического исследования. Применяются методики повторных цитологических скринингов, которые способствуют повышению качества диагностики. Все обследуемые женщины были разделены на две группы. Так, 1-ю группу составили 20 женщин с ДЗШМ, у которых проводили цитологическое обследование по Папаниколау, во 2-ю группу – 20 женщин, у которых кроме теста по Папаниколау определяли мелкодисперсные светящиеся частицы. Длительность заболевания 1-2 года имела место у 40%(80), 3-4 года – у 33% (66), 5 лет и более – у 27% (54) обследованных женщин. Консервативное лечение неоднократно получали 62% (124) женщин. Причем солковагин применялся у 26% (52) женщин. У обследованных женщин имели место заболевания желудочно-кишечного тракта у 17%(34), сердечно-сосудистые заболеваний – у 9% (18), инфекция мочевыводящего тракта – у 30% (60), ожирение – у 12% (24). Анализ гинекологических заболеваний у обследованных женщин показал, что невынашивание имело место у 11% (22), бесплодие – у 8% (16), обострение хронического аднексита по 1-2 раза в год – у 46% (92). Применяли различные методы контрацепции 83% (166) женщин. Причем внутриматочные спирали использовали – 69.9% (116), спермицидные таблетки и мази – 19.9% (33) презервативы- 10,2% (17) женщин. После проведенного Pap-теста картина эпителиальной дисплазии шейки матки была обнаружена у 40% женщин, что имело подтверждение при кольпоскопическом и гистологическом исследованиях у 92.5% (16) пациенток. Во 2-ой группе обследованных после Pap-теста дисплазия обнаружена у 7 женщин, а наличие МСЧ было обнаружено у 9 женщин. Проведенная расширенная кольпоскопия и гистологическое исследование подтвердили наличие дисплазии клеток у 9 пациенток. Предложенная программа скринингового обследования при ДЗШМ требует дальнейшего изучения и анализа для оценки точности, достоверности полученных результатов и снижения ложноположительных ответов, что снизит неправильную интерпретацию результатов у практикующего врача.

ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ НА ФОНЕ ТРАНЗИТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИБОРА «СУРГИТРОН»

Агабеков К.Ф.¹, Лукьянова Е.А.¹, Никитина Е.В.², Рутковская Е.А.¹

¹ Республика Беларусь, Минск, УЗ «6-я городская клиническая больница»

² Республика Беларусь, Минск, Белорусский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Миома матки – одна из самых актуальных проблем хирургической гинекологии (обнаруживается у 25-37% женщин). Миома является наиболее частым гинекологическим заболеванием, требующим хирургического вмешательства и одной из значимых причин бесплодия и невынашивания. Возникает опухоль в возрасте 20-40 лет, оперативному лечению подвергается в 30-50 лет. Одним из звеньев в патогенезе роста миоматозных узлов является воздействие на рецепторный аппарат миометрия эстрогенов. В связи с большой частотой миомы матки у молодых женщин и необходимостью сохранения у них детородной и менструальной функции возросла актуальность пластических органосохраняющих операций на матке.

Цель исследования: разработать и внедрить в клиническую практику эффективный метод оперативного лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста с использованием оригинальной методики миомэктомии с метропластикой на фоне гормональной аменореи, транзиторной хирургической ишемии и применением радиохирurgicalического прибора «Сургитрон».

Содержание. За период 2007- 2008 г.г. было прооперировано 19 женщин с миомой матки с субсерозным, интромурально-субсерозным и интромуральным расположением узлов. Возраст женщин варьировал от 26 до 34 лет. Размеры узлов колебались от 3 до 7 см при множественной миоме, до 12 см при единичных узлах.

В качестве предоперационной подготовки для создания гормональной аменореи использовались препараты бусерелин-депо или луприд-депо по стандартной схеме. По результатам ультразвукового исследования (оценивались размеры миоматозных узлов, интенсивность кровотока в них в режиме цветового дуплексного картирования, изменение индексов резистентности и пульсативности) определялось количество инъекций агонистов ГнРГ и время проведения операции. В качестве антибиотикопрофилактики использовалась схема двукратного внутривенного введения цефалоспоринов 3 поколения во время операции и через 12 часов. К техническим особенностям проводимых операций относились: 1. создание транзиторной ишемии матки путем перевязки восходящих ветвей маточных артерий, 2. вылушивание узла тупым и острым путем с использованием радиохирurgicalического прибора «Сургитрон», 3. послойное ушивание ложа узла (метропластика) с перитонизацией.

Результаты. Количество инъекций ГнРГ составило 2-3, размеры узлов по данным ультразвукового исследования уменьшились на 22-30%. Общая продолжительность операции у женщин группы составила 53±6 минут, при этом операции выполнялись одними и теми же бригадами хирургов. Кровопотеря во время операции не превысила 250 мл ни в одном из случаев и составила в среднем 150±53 мл, переливания препаратов крови во время операции не производилось, кровезаменяющие растворы использовались с целью улучшения реологических свойств крови в 9 случаях (47,3%). Интраоперационных осложнений не было ни у одной пациентки. Срок послеоперационного пребывания в стационаре составил 7,4±0,56 суток.

Время отдаленного наблюдения за пациентками составило от 3 до 16 месяцев. За период наблюдения значимого увеличения размеров матки не было отмечено ни в одном из случаев. Для изучения репродуктивной функции наблюдение продолжается, т.к. прооперированным женщинам рекомендована контрацепция в течение 2-3 лет в зависимости от объема операции.

Выводы. Проведенные клинические исследования позволяют сделать следующие выводы: о преимуществах предложенного способа лечения: уменьшение времени и стоимости предоперационной гормональной аменореи; минимизация кровопотери, что позволяет исключить переливание препаратов крови и снизить количество используемых кровезаменителей и расходных материалов; уменьшение травматизации тканей даёт возможность уменьшить дозы и продолжительность обезболивания и антибиотикотерапии, время пребывания в стационаре; позволяет сохранить и восстановить репродуктивную функцию

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ У ЖЕНЩИН

Агеева И.В.

Россия, Москва, ООО Герпетический центр

Частота встречаемости генитального герпеса (ГГ) среди женщин репродуктивного возраста составляет до 25% и возрастает за последние годы. При обследовании женщин с невынашиванием беременности, преждевременными родами и внутриутробной гибелью плода наличие генитального герпеса диагностируется в 30-50 %. Велика связь герпетической инфекции и антифосфолипидного синдрома, играющего ведущую роль в этиологии осложнений течения беременности, а по сообщениям ряда исследований и в этиологии бесплодия. Пациенты, страдающие рецидивирующей формой генитального герпеса, планирующие беременность, вынуждены проходить длительные курсы комплексной противовирусной терапии. Однако, часто после достижения ремиссии и отмены контрацепции рецидивы возникают вновь, что вынуждает больных вновь возвращаться к лечению. Но действительно

ли ВПГ и его влияние на систему гемостаза лежит в основе привычных потерь плода и осложнений течения беременности?

Целью данного сообщения является попытка рассмотреть рецидивирующий ГГ с позиции психосоматической медицины. Наши данные получены в практике работы гинеколога с пациентками ООО герпетического центра г. Москвы в течение 10 лет. При обследовании примерно 120 пациенток в месяц выявлено, что пятая часть из них страдает бесплодием. Для анализа психологических особенностей этих женщин использовались клиническая беседа, рисуночные методики, эмоционально-образные и символические техники, сказкотерапия, анализ личных и семейных сценариев жизни и др. В настоящем сообщении представлен предварительный анализ результатов.

В структуре личности женщин, страдающих ГГ, преобладает повышенная тревожность, нарушение базового доверия к миру. Это создает дополнительные предпосылки для снижения противовирусного иммунитета и частым рецидивам, что еще более усиливает уровень психоэмоционального напряжения. Выявлен ряд закономерностей, свидетельствующих о наличии серьезного психологического конфликта. Отмечаются нарушения ранних диадических отношений, дефицит грудного вскармливания, что лежит в основе формирования не только тревожной структуры личности, но и ряда психосоматических заболеваний. В онтогенезе материнства этих женщин отмечались также определенные нарушения, что отразилось в их тревожном и амбивалентном отношении к своему материнству. По данным психодиагностики в структуре их жизненных ценностей материнство занимает далеко не ведущее место.

Все это необходимо учитывать при подготовке таких пациентов к беременности. Следует учитывать, что многократное интенсивное лечение и накапливающийся вследствие неоднократных репродуктивных неудач стресс приводят к напряжению звена иммунитета, что еще больше активизирует доминанту тревоги и приводит к подавлению гестационной доминанты. Кроме того, рецидивирующий ГГ нарушает гармонию сексуальных отношений, что, в сочетании с осложнениями в рождении детей, ведет к обострению супружеских отношений. В результате зачатие и имплантация либо не происходят, либо беременность прерывается на ранних сроках. Таким образом, генитальный герпес в структуре бесплодия можно рассматривать как патологический психосоматический симптомокомплекс, в основе которого лежит психологический конфликт принятия материнства, а на соматическом уровне отмечаются частые рецидивы, хроническое снижение противовирусного иммунитета, резистентность к противовирусным препаратам. К этим пациентам необходимо подходить с позиции психосоматической медицины, обязательно включая в комплекс лечения психологическую коррекцию.

СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Адамян Л.В., Ибинаева И.С., Железнякова А.И., Аполихина И. А., Козаченко И.Ф.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулаков Росмедтехнологий»
Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФГПО врачей ММА им И.М. Сеченова

Актуальность Недержание мочи (НМ) оказывает влияние на качество жизни женщин со значительными последствиями во многих сферах, таких как психологической, социальной, физической экономической, а также в регуляции личностных и сексуальных отношений. По данным O. Dalpiaz и соавт. (2008г), каждая вторая – третья женщина с НМ имеет сексуальные дисфункции, каждая четвертая – теряет мочу во время коитуса. Поэтому целью лечения НМ должно также являться устранение сексуальных дисфункций. Вместе с тем, при хирургическом лечении НМ у женщин часто сексуальная функция не оценивается.

Целью исследования явилась оценка сексуальной функции до и после проведения оперативного лечения у женщин с НМ.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 58 сексуально активных женщин с НМ, обратившихся в ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий». Возраст женщин составил от 33 до 62 лет (средний $51,5 \pm 1,5$). В качестве оперативного лечения стрессового НМ использовались slingовые операции (TVT, TOT и TVT-O). 19 (32,8%) женщин со стрессовым имели опущение органов малого таза. Всем пациенткам с НМ в сочетании с опущением органов малого таза параллельно со slingовыми операциями была проведена коррекция опущения органов малого таза. Для анкетирования пациенток использовался валидный опросник для оценки сексуальной функции у женщин с опущением органов малого таза и/или НМ (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-12)). Анкетирование проводилось перед проведением операции и в послеоперационном периоде через 6 и 36 месяцев

Результаты. Негативные эмоции, связанные со страхом потери мочи, уменьшились после операции до $26,8 \pm 10,7$ баллов через 6 месяцев, $28,2 \pm 5,8$ баллов через 36 месяцев по сравнению с суммой баллов до операции, равной $30,5 \pm 6,6$ ($p < 0,05$).

Страх потери мочи при половом контакте у женщин изменился: до операции составил $65,8 \pm 10,8$, через 6 месяцев после операции – $18 \pm 3,6$ ($p < 0,001$) и через 36 месяцев – $24,5 \pm 1,0,8$ ($p > 0,05$). Потеря мочи при половом контакте уменьшилась после операции через 6 месяцев на 48% и через 36 месяцев на 39%.

Интенсивность болевых ощущений во время полового контакта значительно снизилась и составила $28,4 \pm 7,9$ баллов до операции, $8,2 \pm 4,9$ через 6 месяцев и $10,8 \pm 7,2$ баллов через 36 месяцев после лечения.

Оценка сексуальной дисфункции при анализе данных опросника PISQ-12 показала, что общее количество баллов составило 40,9 до лечения, 46,3 через 6 месяцев и 42,5 через 36 месяцев. Для каждого ответа

средний балл 2,6 – 4,1 до лечения, 2,4-4,7 через 6 месяцев и 2,6 – 4,2 через 36 месяцев. Среднее количество баллов PISQ-12: до лечения – 85,2 +/- 10,7, через 6 месяцев – 82,4 +/- 17,7 и через 36 месяцев 84,5 +/- 10,8 ($p > 0.05$).

Вероятно, небольшая разница в общих баллах до и спустя 36 месяцев после операции у обследованных нами женщин была обусловлена возрастным фактором, а именно наступлением менопаузы и снижением сексуальной активности.

Заключение. Оценка сексуальной функции женщин с НМ является необходимым этапом предоперационной диагностики, так как от этого аспекта зависит психоэмоциональное состояние женщин, уровень самооценки и качество жизни в целом. После хирургической коррекции стрессового НМ крайне важно оценивать не только факт потери мочи, но и сексуальную функцию женщин. Для этого используются специально разработанные валидные анкеты, рекомендованные Международным обществом, занимающимся проблемами НМ.

КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЛАМИДИОЗОМ, МИКОУРЕПЛАЗМОЗОМ, У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 25 ЛЕТ

Айвазова Д.С., Пальчик Е.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский институт Орловского государственного университета, Орел, Россия

Инфекционные заболевания, передаваемые половым путем, являются одной из наиболее значимых социальных и психологических проблем современности. Социальное значение их определяется большой распространенностью, тяжестью последствий для здоровья заболевших, опасностью для общества, влиянием на воспроизводство потомства (Прилепская В.Н., 2005). В 50 % случаев хламидиоз и микоуреоплазмоз протекает бессимптомно, но общеизвестна тропность хламидий к цилиндрическому эпителию, и поэтому многие ученые считают, что «входными воротами» для «хламидийного инфицирования» являются именно эктопии (Манухин И.Б., 2004). Хламидиоз с физиологической эктопией на шейке матки выявляется у 12-49% женщин репродуктивного возраста и у 15-38% молодых нерожавших женщин в возрасте до 25 лет (Роговская С.И., 2005). Присоединение бактериальной инфекции приводит к сбою самоподдерживающей репаративной регенерации в зоне эктопии, где находятся наиболее чувствительные к возбудителю цилиндрический и метапластический эпителии (Козаченко В.П., 2005).

Целью нашего исследования явилась разработка комплексного консервативного метода лечения эктопии шейки матки, ассоциированной с хламидиозом, микоуреоплазмозом у молодых нерожавших женщин. Проведено клинико-лабораторное исследование 45 пациенток с эктопией шейки матки, ассоциированной с хламидиозом, микоуреоплазмозом в

возрасте от 15 до 25 лет, включающее цитологическое, бактериоскопическое, бактериологическое исследование, ПЦР – диагностику, расширенную кольпоскопию. Лечение состояло из двух этапов. На 1-м этапе всем пациенткам проводилась этиопатогенетическая терапия и санация нижнего отдела половых путей, учитываемая характере инфекционного агента. Для проведения второго этапа лечения больные были разделены на две группы.

Первую (основную) группу составили 15 женщин, которым проводилась квантотерапия при помощи низкочастотного лазерного терапевтического аппарата «АЛТО -05» (Россия). Вторую (контрольную) группу составили 30 женщин, которым была применена только квантотерапия. На 5 день менструального цикла всем пациенткам обеих групп было начато полостное лечение эктопии шейки матки, которое заключалось в ведении световода с рассеивающим наконечником во влагалище непосредственно к объекту облучения – шейки матки (предварительно на световод одевали презерватив). Пациенткам первой группы одновременно с квантотерапией использовался мазевой препарат «Редецил». Пациенткам второй группы проводилась только квантотерапия, методика проведения была аналогична первой группе. Суммарная экспозиция составила 5 минут, курс терапии был равен 8 сеансам ежедневно. Контроль за течением репаративных процессов проводился путем кольпоскопического и цитологического исследований шейки матки на 10-е, 20-е сутки, и через 1 месяц от начала лечения. Вопрос о неэффективности лечения решался через 2 месяца. Нами было выявлено, что комплексное лечение приводит к сокращению сроков эпителизации раны с 27,3+1,5 суток (в контрольной группе) до 20,2+1,5 суток (в основной группе). Это достигается за счет интенсификации внутриклеточных процессов в сторону их увеличения под воздействием мази «Редецил» и соответственно приводит к более быстрому процессу пролиферации и дифференцировки клеток многослойного плоского эпителия. Основным результатом исследования явилась клиническая эффективность лечения, которая в 1-ой (основной) группе составила 87%, во 2-ой (контрольной) группе – 71%. При контрольном проведении ПЦР – диагностики хламидийной и микоуреоплазменной инфекций через 3 месяца отрицательный результат наблюдался у 14 пациенток из 1-ой группы и 26 женщин из 2-ой группы, что составило 93% и 87% соответственно.

Таким образом, предложенный нами способ лечения эктопии шейки матки, ассоциированной с хламидиозом, микоуреоплазмозом у молодых нерожавших женщин позволил повысить эффективность лечения, являясь в тоже время простым, безопасным и доступным методом комплексной консервативной терапии в условиях женской консультации.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Акабирова Ш.А., Хафизова Н.А., Курбанов Ш.М.,
Эгамбердыева Н.Н., Атоева Г.

*Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии г. Душанбе, Таджикистан*

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение состояния шейки матки у женщин с первичным бесплодием, определение частоты и структуры заболеваний и методы щадящей терапии при наличии таковой.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 60 женщин с первичным бесплодием, которые находились под нашим динамическим наблюдением в течение 3 лет.

Длительность бесплодия колебалась от 2 до 12 лет и составляла в среднем $5,6 \pm 1,2$ года. Возраст обследуемых женщин колебался в пределах 20-35 лет и в среднем составил $26,01 \pm 3,5$ лет. Все больные были подразделены на 3 большие группы: 1 группа – 18 женщин у которых первичное бесплодие было обусловлено нейро-эндокринным генезом – синдромом склерокистозных яичников (6 чел), гиперпролактинемией (с выраженной галактореей) 4 больных, у 3 женщин с миомой матки и эндометриозом, у 4 женщин отмечался генитальный инфантилизм и гипоплазия матки, у 2 больных отмечался узловой зоб II степени с гиперфункцией. Нарушения менструального цикла в этой группе отмечались у 10 женщин, в виде опсоменореи, дисменореи и гипоменструального синдрома. Во 2 группе (24 чел) первичное бесплодие обусловлено инфекционным генезом – бактериально-вирусной инфекцией – хламидиозом, уреоплазменной, микоплазменной и герпетической ассоциацией. Во 2 группе у 25% (6 человек) отмечался трубный генез бесплодия. У 87,5% женщин во 2 группе мужа были трудовыми мигрантами и выезжали на работу в Российскую Федерацию и в Республику Казахстан. 3 группу составили женщины с сочетанным генезом бесплодия (18 чел). Длительность первичного бесплодия в этой группе составляла в среднем $7,432 \pm 2,132$ года (самая длительная) в отличие от 1 группы ($4,236 \pm 2,103$), во 2 группе – $4,1087 \pm 1,8042$.

Нами установлено, что заболевания шейки матки в виде – врожденного эндоцервикоза наблюдались у 3 женщин (16,5%) 1 группы, у 1 женщины (4,16%) 2 группы, и у 1 (5,5%) женщины 3 группы. Врожденная рубцовая деформация шейки матки наблюдалась у 1 (4,16%) больной во 2 группе. Цервициты (эндо- и экзоцервициты) наблюдались у 10 женщин 2 группы (41,66%), у 5 (27,5%) женщин 3 группы. Полипы цервикального канала диагностированы у 1 (4,16%) женщины во 2 группе, у 1 женщины (5,5%) в 3 группе. Эндометриоз шейки матки установлен у 2 (11%) больных в 1 группе и у 1 (5,5%) женщины в 3 группе. Дисплазии шейки матки были установлены у 1 женщины во 2 группе (4,16%), 1 женщины в 3 группе (5,5%). Папиллома шейки матки (ВПЧ 16 типа) обнаружена у 1 (5,5%) женщины в 3 группе. У больных с инфекционным и трубным генезом бесплодия у 13 женщин отмечались сальпингоофори-

ты, из них у 2 гнойно-воспалительные, явления бактериального вагиноза у 6, моноинфекция ЗППП у 10, сочетанная инфекция у 14. При этом наиболее часто наблюдались сочетания хламидиоз – ВПГ-ЦМВ, микоплазмоз – ВПГ-ЦМВ-гарднерелез.

Полипы наблюдались у 2 женщин с недостаточностью лютеиновой фазы (подтверждено фолликулометрией, измерением базальной температуры (7 дней держится температура 37,1, 37,0) и герпетическим и хламидийным цервицитом.

Полипэктомия и диагностическое выскабливание цервикального канала, а затем терапия дюфастоном с 11 по 25 день цикла по 10 мг в день (4-6 месяцев) дала результат- беременность наступила у обеих женщин. Диагноз дисплазия I и II степени нами установлен у 2 женщин при исследовании мазков на цитологию. Согласно рекомендуемой методике мы проводили местную противовоспалительную терапию с обязательным включением в комплекс лечения местных иммуномодуляторов в виде свечей (кипферон, генферон). Затем произвели широкую биопсию шейки матки в пределах здоровой ткани и соскоб цервикального канала. патоморфологическое исследование доказало наличие дисплазии 1 степени. Через 1 мес, мы произвели повторное цитологическое исследование мазков с поверхности экзо- и эндоцервикса и повторили расширенную кольпоскопию. Повторно атипической кольпоскопической картины и цитологической картины атипических клеток обнаружено не было у женщины с дисплазией 1 степени. Но больная находилась на диспансерном учете. У больной с дисплазией II степени была произведена электрокоагуляция шейки матки. У обеих женщин наступила беременность в течение 6-8 месяцев. 8 женщин были направлены на ЭКО, учитывая длительность бесплодия более 8 лет, отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Таким образом, нашими исследованиями установлено, что у 29 женщин с первичным бесплодием наблюдались различные виды заболеваний шейки матки, включая цервициты, врожденный эндоцервикоз, врожденную рубцовую деформацию шейки матки, дисплазии шейки матки, эндометриоз шейки матки, железистые полипы шейки матки, что составило 49%. Всем женщинам с первичным бесплодием следует проводить клинко-визуальное обследование шейки матки. Это позволит уточнить наличие или отсутствие патологии шейки матки и способствовать направлению данной больной на углубленное обследование (включая простую и расширенную кольпоскопию, по показаниям прицельную биопсию шейки матки).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Алексикова К.А., Куликова Т.П.,
Овчинникова О.Н., Черной А.Л.
Россия, г. Благовещенск МУЗ «ГКБ»

Целью исследования явилось изучение отдаленных результатов комплексной терапии лейомиомы матки за период с 2002г по 2005г. Проанализировано 129

случаев. Возраст пациенток: до 30 лет – 36%, 30-40 лет – 54%, 40-45- 6%, и старше 45 лет – 4% пациенток. Соматический анамнез отягощен: ожирение 64%, СС патологию – 60%, патологию ЖКТ – 40%, эндокринные нарушения 15% случаев. Длительность основного заболевания: до 2 лет была у 31%, 3 года у 17%, 4 года у 26%, 5 лет у 21%, 6 лет у 7.7%. Оперативное лечение выполнено в среднем через 3 года. По характеру роста: субсерозная – 36%, с «центрипитальным ростом» узла- 1.5%, быстрый рост субсерозного узла – 40%, множественная лейомиома матки с различным числом узлов и неодинаковой величиной и формой- 27%. Размеры опухоли составляли от 2 до 10 см в диаметре. Сочетание лейомиомы с другой гинекологической патологией отмечено у 82% женщин, в том числе с внутренним эндометриозом и эндометриозом яичников у 40%, хроническими воспалительными заболеваниями придатков- 35%, с доброкачественными заболеваниями яичников – 23%, с прогрессирующей трубной беременностью -7,7%, ЖКГЭ -11% женщин. Показанием к выполнению оперативного лечения явились; быстрый рост опухоли 39%, большие и гигантские размеры узла 12%, меноррагия 19%, бесплодие 29%. В качестве гормональной терапии использовались а-ГнРГ. Цель периперационного применения а-ГнРГ снижение риска кровотечения и тяжести анемии при проведении хирургического вмешательства на фоне медикаментозной аменореи. Периперационная терапия а-ГнРГ проводилась при лейомиоме матки больших размеров с преимущественной межмышечной локализацией узлов; большими размерами опухоли требующей вскрытия полости матки; анемией до операции; а так же при сочетании лейомиомы с эндометриозом. Лечение а-ГнРГ до операции получили 23% пациенток, из них 2 инъекции люкрин-депо – 2 пациентки (1.5%), 2 инъекции золадекса – 6(4.6%), гестагены были назначены -22(17%). Оперативное лечение лапароскопическим доступом без вскрытия полости матки проведено 78% пациенткам, при этом рана на матке восстанавливалась эндошвом – нить викрил. Лапаротомия выполнена в 22% случаев, в том числе в 2 случаях со вскрытием полости матки. При этом выполнялся продольный разрез по верхнему полюсу узла с ушиванием ложа нитью викрила послойно. В послеоперационном периоде гормональное лечение получили 56 женщин: люкрин-депо 4 инъекции 2 пациентки, золадекс 6 инъекций – 6, 4 инъекции -12, гестагены в течении 6 месяцев – 36. Для формирования полноценного рубца (рубцов) на матке и благоприятного вынашивания последующей беременности была назначена энзимотерапия, актовегин, дезагреганты, ангиопротекторы, нестероидные противовоспалительные препараты, 68 пациенткам проведена иммунокорректирующая терапия. Планирование беременности было разрешено в среднем через 6-7 месяцев после операции, с учетом того, что восстановление репродуктивной функции повышается сразу после окончания действия терапии а-ГнРГ. После проведения комплексной терапии отмечено восстановление менструальной функции в первые 1-3 месяца у 60 % пациенток, в течении года у 95%. Специфические жалобы купировались в 100%. 20% женщин отметили повышение либидо. Беременность наступила у 27% пациенток репродуктивного возраста: у 3 в течении первого года после оперативного лечения,

у 10 в течении второго года и у 14 в течении третьего и четвертого года. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания у 13 пациенток. Ранним токсикозом у 10, анемией у 8, гестозом у 5 и ХФПН у 5 пациенток. Однако отмечено что частота угрозы прерывания беременности у женщин после лапароскопической миомэктомии была гораздо ниже, чем у беременных с рубцом на матке после лапаротомии, у которых в течении гестации было от 2 до 5 клинических эпизодов угрозы прерывания беременности требующей стационарного лечения. В 5 случаях беременность закончилась самопроизвольными выкидышами до 12 недель беременности, в остальных случаях срочными родами, в том числе у 5 женщин через естественные родовые пути. У 13 выполнено кесарево сечение по совокупности относительных показаний. 16 новорожденных были оценены по шкале Апгар на 8-9 баллов. Остальные родились в состоянии асфиксии легкой степени. Все родильницы выписаны домой с ребенком на 5-7 сутки в удовлетворительном состоянии. Рецидив лейомиомы отмечен у 5 женщин через 3 года (1 случай) и 4 года (4 случая) после лечения в группе больных с множественными узлами и сочетанной гинекологической патологией в том числе в 3 случаях у женщин, которые по разным причинам не получали гормональную терапию в послеоперационном периоде, в 2 случаях потребовалось повторное оперативное лечение. Таким образом комплексное лечение способствует улучшению качества жизни пациенток, в подавляющем большинстве способствует восстановлению менструальной функции, повышается процент восстановления репродуктивной функции и снижается частота рецидива заболевания. Рецидивы чаще развиваются у больных с множественными миоматозными узлами, сочетанной гинекологической патологией, при отсутствии гормональной терапии в послеоперационном периоде, поэтому удаление узлов можно считать лишь одним из этапов комплексного лечения лейомиомы матки.

ИСХОДЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Алиева П.Ш.

Россия, г.Махачкала, Республиканская клиническая больница

Цель работы состояла в анализе эффективности эндовидеохирургических операций у больных с трубно-перитонеальным бесплодием, обусловленным воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное обследование 130 женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием. Критериями включения являлись: возраст от 19 до 45 лет, наличие первичного или вторичного бесплодия сроком более 1 года, подтвержденное при лапароскопии трубно-перитонеальное бесплодие (наличие спаечного процесса, непроходимости маточных труб, гидросальпингсов).

Результаты. Менее чем у половины больных с трубно-перитонеальным бесплодием, подтвержденным при лапароскопическом обследовании, в анам-

незе были указания на перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза, что указывает на высокую частоту «бессимптомного» течения инфекционно-воспалительных заболеваний, приводящих к бесплодию. Инфекции, передающиеся половым путем (хламидиоз, гонорея, трихомоноз) в анамнезе имели 57,8% женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. У большинства больных (в 86,4% случаев) обнаружен спаечный процесс органов малого таза. У обследованных больных выявлен спаечный процесс разной степени выраженности (по классификации J.Nulka): I-ая степень – в 27,3% случаев, II-ая – в 31,8%, III –ья – в 31,8% и IV-ая – в 9,1% случаев. Перигепатит установлен у 22 (16,9%) больных. Примерно у трети женщин (27,7%) обнаружены гидросальпингсы, у 8 больных гидросальпингсы были двусторонние. Выполнены следующие эндовидеохирургические вмешательства: сальпингоовариолизис – у 66,2%, фимбриолизис – у 32,3%, фимбриопластика – у 11,5%, пластика по Бруа – у 27,7% больных. В течение года после выполненных операций маточную беременность имели 58 (44,6%) женщин и у 9 (6,9%) наступила внематочная беременность. Проведен анализ частоты наступления беременностей в зависимости от возраста больных, выраженности спаечного процесса и вида выполненных реконструктивно-пластических операций. Наиболее высокий процент беременностей после реконструктивно-пластических операций наблюдался у больных в возрасте до 30 лет. В этой группе у 56,8% женщин наступила маточная и у 4,9% – внематочная беременность. В группе женщин 30-35 лет маточная беременность наступила у 29,7%, а внематочная – у 13,5% женщин. Наиболее низким был процент наступления беременностей у женщин в возрасте старше 35. Частота беременностей зависела от выраженности спаечного процесса и вида выполненных вмешательств. Максимальная частота маточных беременностей – 86,7% наблюдалась у больных со спаечным процессом I степени. При спаечном процессе II степени частота наступления беременности снижалась в два раза, а при выраженном спаечном процессе III и IV степени маточных беременностей не было и только у одной больной наступила внематочная беременность. После фимбриолизиса частота маточных беременностей составила 30,9%, внематочных беременностей – 2,4%. После фимбриопластики маточная беременность наступила у 13,3% женщин, внематочная – у 6,7%. Самый низкий процент беременностей наблюдался после стоматоластики по Бруа: у 11,1% больных наступила маточная беременность и у 5,6% – внематочная беременность.

Заключение. Анализ результатов эндовидеохирургического лечения больных с трубно-перитонеальным бесплодием, что наиболее благоприятные результаты наблюдаются у больных моложе 30 лет и при наличии спаечного процесса I степени. Риск наступления внематочной беременности повышен у больных старше 30 лет, при спаечном процессе II степени, после стоматоластики по Бруа.

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Альев Ш.А., Сирматова Л.И.,
Кислицына Э.М., Шестакова И.М.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

На сегодняшний день наиболее оправданным для профилактики спаечного процесса в брюшной полости является использование минимально инвазивной хирургической техники в сочетании со специфическими адъювантными барьерными средствами. Однако технология минимально инвазивных вмешательств находится в противоречии с методикой применения большинства местных барьеров (тканей и пленок). Универсальными можно признать только жидкие барьерные средства. Наше внимание привлек рассасывающийся противоспаечный барьер (гелевая форма), состоящий из производного целлюлозы («Мезогель», производитель ООО Линтекс, г. Санкт-Петербург). Гель представляет собой вязкую прозрачную массу; отвечает всем требованиям, предъявляемым к «барьерным» средствам; не оказывает токсического, аллергизирующего и местно-раздражающего действия; не является питательной средой для микроорганизмов; эффективен в присутствии крови и экссудата; разрешен в клинической практике.

Цель исследования: улучшение результатов лечения и профилактики послеоперационного спайкообразования при эндоскопическом лечении трубной беременности.

Материалы и методы. Клиническому обследованию и оперативному лечению были подвергнуты 36 пациенток, госпитализированных в отделение гинекологии МУЗ ГКБ№7 г. Казани с диагнозом «трубная беременность». Все операции были выполнены лапароскопическим доступом. Объем операции решался индивидуально в пользу щадящего оперативного вмешательства. Были произведены следующие операции: туботомия у 24 и тубэктомия у 12 пациенток. При наличии спаек в малом тазу, с целью сохранения репродуктивной функции, дополнительно выполняли сальпингоовариолизис и фимбриопластику.

Все включенные в исследование пациентки были разделены на 2 группы: основную группу (n=18) и контрольную группу (n=18). Пациенткам основной группы интраперитонеально вводился противоспаечный барьер. Профилактика послеоперационного спайкообразования пациенткам контрольной группы проводилась с использованием традиционной методики интраоперационного орошения брюшной полости 0,9% раствором хлорида натрия.

Ранняя динамическая лапароскопия с хромогидротубацией проводилась по показаниям и была назначена 18 пациенткам. Критерии эффективности противоспаечного действия оценивались посредством: 1) компьютерной оценки распространенности и характера спаечного процесса по предложенной нами методике; 2) применения шкалы бальной системы оценки послеоперационных спаек при контрольной лапароскопии (Мынбаев О.А., 1997); 3) по частоте косвенных и

прямых признаков спаечного процесса у пациентов по данным трансвагинального ультразвукового исследования и эхогистеросальпингоскопии.

Результаты. При оценке спаечного процесса спайки были обнаружены у 6 (33,3%) пациенток основной группы и у 14 (77,8%) контрольной группы. У женщин, которым был введен противоспаечный барьер, спайки были рыхлые, фиксировались к тканям на меньшем протяжении и легко отделялись от брюшины при тупом разъединении. В местах сальпингоовариолизиса (или прикрепления спаек) заметные рубцы не определялись, не прослеживалось деформации стенок маточных труб. Заживление участков брюшины происходило образованием слабо заметного рубца. Места адгезиолизиса были практически неотличимы от здоровых тканей. Поверхности в местах нанесения операционной травмы выглядела гладкой и блестящей.

При исследовании спаечного процесса у женщин контрольной группы выявлено, что спаечные изменения более выражены, фиксированы к тканям на большем протяжении, множественные, пленчатые, тяжистые, с деформацией маточных труб. Места адгезиолизиса отличались от здоровых тканей образованием заметных рубцов. В большинстве случаев попытка разъединения тупым путем сопровождалась кровотечением, что требовала использования электрокоагуляции.

Заключение.

Интраоперационное применение противоспаечного барьера на основе производного целлюлозы позволяет значительно снизить частоту и плотность образовавшихся спаек, что можно считать перспективным в плане сохранения репродуктивной функции женщин после эндоскопического лечения внематочной беременности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА И КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ

Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Московкина А.В., Машталова А.А., Герасимова И.А.

Россия, Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»

В настоящее время отмечается рост заболеваемости ожирением, как среди взрослого, так и детского населения. Ожирение всегда ассоциировано с множественной соматической патологией, а также нарушением менструальной и репродуктивной функции. Описаны множественные медикаментозные подходы к лечению ожирения и восстановлению фертильности у пациенток репродуктивного возраста. Рекомендации по лечению девушек-подростков в зависимости от выраженности эндокринно-метаболических нарушений

представлены малочисленно. Целью исследования явилась оценка эффективности применения препаратов Ярина и метформин на фоне редуциционной диеты в лечении девушек-подростков с ожирением и олигоменореей. Ретроспективно исследована динамика индекса массы тела (ИМТ), уровней лептина, грелина, гонадотропинов, 17 гидроксипрогестерона (17 ГОП), тестостерона (Ts), сексстероидсвязывающего глобулина (СССГ), показателей углеводного и липидного обмена в двух группах девушек-подростков с избыточной массой тела и олигоменореей через 3, 6 и 12 месяцев от начала лечения. В 1 группу вошли 18 пациенток, получавших Метформин (группа бигуанидов) в течение 6 месяцев по 500 мг 2 раза в сутки. Во 2 группу – 25 пациенток, получавших препарат Ярина, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона в течение 6 месяцев в режиме приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Группу контроля составили 25 здоровых девочек-подростков с нормальным индексом массы тела (ИМТ) без нарушений менструального цикла. При первом визите ни по одному из параметров обе подгруппы не различались.

На фоне 3 месячного лечения ИМТ в обеих группах снизился одинаково, но сохранялись все критерии инсулинорезистентности. Показатели липидного спектра крови в 1 группе нормализовались, во 2 группе – не изменились. Антиандрогенный эффект препарата Ярина проявился в увеличении уровня СССГ и снижении Ts. В 1 группе показатели грелина, Ts, 17 ГОП и СССГ остались без изменений.

Через 6 месяцев от начала лечения метформином произошла нормализация всех показателей углеводного и липидного обмена, что в сочетании с уменьшением ИМТ на 2,9 единицы указывает на эффективность терапии. Уровень грелина превысил значения 2 группы в 2 раза, но был ниже, чем в контрольной группе. Значения индекса лептин/грелин при этом снизились и были меньше, чем во 2 группе в 2,4 раза. У пациенток, получавших препарат Ярина, максимальные значения индекса были зарегистрированы через 6 месяцев от начала лечения, что было обусловлено наиболее высоким уровнем лептина, который достиг значений 52,9 нг/мл. Показатели липидного обмена достоверно ухудшились – уровни общего холестерина, триглицеридов, коэффициент атерогенности превышали не только значения предыдущих визитов, но и значения 1 и контрольной групп. Положительным эффектом приема препарата Ярина являлось уменьшение инсулинорезистентности и снижение ИМТ на 3,3 единицы по сравнению с 1 визитом.

Через 1 год от начала курации в 1 группе стойкое снижение ИМТ на 7,7 единиц, нормализация показателей углеводного и липидного обмена, гонадотропинов, и тестостерона косвенно указывает на адекватность коррекции инсулинорезистентности. Менструальный цикл нормализовался у 76% пациенток через 9 месяцев от начала лечения. Во 2 группе снизился, но не достиг нормативов 17ГОП, уровень Ts превышал значения 1 и контрольной групп. ИМТ за весь период курации уменьшился на 3 единицы. Несмотря на нормализацию ИМТ, уровней гонадотропинов, значений эстрадиола и СССГ, пациентки оставались угрожаемыми по андрогенной дисфункции яичников. Менструальный цикл нормализовался

у 51% пациенток через 9 месяцев от начала лечения. Показатели липидного обмена характеризовались нормализацией уровней триглицеридов и холестерина. Уровень грелина и индекса лептин/грелин пациенток, получавших Сиофор, в конце исследования достигли значений контроля, а у пациенток, получавших лечение Яриной, – вернулись к первоначальному.

Следовательно, у подростков с избыточной массой тела, назначению КОК, даже 4 поколения, должно предшествовать тщательное исследование не только показателей углеводного, но и жирового обмена. Выявленное повышение уровня гормона жировой ткани – лептина, а также изменения в липидном спектре крови, могут быть обусловлены инсулинорезистентностью, низкой чувствительностью висцеральной жировой ткани к антилиполитическому действию инсулина. Данный этап исследования косвенно указывает на необходимость сокращения курса приема КОК у девочек-подростков до 3 месяцев. На основании проведенного сравнительного анализа эффективности применения КОК с дросперином и сенситайзеров к инсулину статистически обоснованно доказано, что коррекцию нарушений менструальной функции у пациенток с избыточной массой тела следует проводить патогенетически, а именно – добиваясь снижения резистентности к инсулину, нормализации количества и сигнальной функции жировой ткани в организме.

РОЛЬ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИС- ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Московкина А.В.,
Машталова А.А., Герасимова И.А.**

*Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский научно-
исследовательский институт акушерства и педиатрии
Росмедтехнологий»*

Одной из проблем современной гинекологической эндокринологии является раннее выявление нарушений становления репродуктивной функции у девочек-подростков с избыточной массой тела и ожирением. Частота нарушений менструальной функции у женщин с избыточной массой тела достигает 70%. Одну из главных ролей в обеспечении энергетического гомеостаза и гипоталамического контроля над репродуктивной функцией играет лептин. В основе ожирения лежит резистентность к регулируемому действию лептина. Лептин находится в реципрокных взаимоотношениях на уровне нейронов гипоталамуса с пептидным гормоном грелином. Основным фактором, снижающих продукцию грелина, является поступление с пищей легкоусвояемых углеводов, что и определяет снижение аппетита и увеличение выработки инсулина. Являясь одним из основных гормонов, участвующих в нейроэндокринной регуляции пищевого поведения, грелин, вероятно, оказывает существенное влияние на регуляцию функции репродуктивной системы у этой категории больных. Целью исследования явилось определение уровней лептина, грелина и их

корреляции с показателями гонадотропинов, половых стероидов, инсулина, секстероидсвязывающего глобулина (СССГ), и индексом массы тела (ИМТ) у девушек-подростков с олигоменореей и избыточной массой тела. В I (основную) группу вошли 43 пациентки с нарушением менструального цикла и избыточной массой тела; II группу (сравнения) составляла 31 пациентка с избыточной массой тела без нарушения менструального цикла. Группы были полностью сопоставимы по возрасту и ИМТ. Группу контроля составили 25 здоровых девочек-подростков с нормальным ИМТ без нарушений менструального цикла.

При сопоставлении показателей лептина и грелина здоровых девочек-подростков и пациенток II группы (сравнения), выявлено, что у здоровых девочек показатели лептина ниже, а уровень грелина выше. Повышение индекса лептин/грелин у пациенток II группы по сравнению с контролем было обусловлено как гиперлептинемией, так и более низким уровнем грелина и соответствовало нормальным физиологическим механизмам регуляции массы тела. На взаимосвязь гипогрелинемии с гиперлептинемией указывает установленная нами прямая тесная корреляционная связь между уровнями лептина и грелина в группе сравнения ($r = 0,66$ при $p = 0,000232$). У пациенток I (основной) группы показатели лептина превышали не только значения контрольной группы, но и группы сравнения. Напротив, уровень грелина не имел статистически обоснованных различий ни с показателями пациенток из группы сравнения, ни с показателями контроля. Отсутствие статистически значимых различий между основной и контрольной группами в уровне грелина свидетельствует о наличии грелинрезистентности, то есть, несмотря на высокий уровень лептина, снижение выработки орексигенного грелина не происходило. Если в группе сравнения нами была установлена корреляционная зависимость между показателями лептина и грелина, то в основной группе данные корреляционные взаимоотношения отсутствовали, что указывало на несоответствие вырабатываемого грелина уровню лептина, то есть свидетельствовало о грелинрезистентности при установленной гиперлептинемии.

В современной литературе отсутствуют сведения о взаимодействии грелина с гормонами репродуктивной системы. Методом корреляционного анализа нами установлена обратная тесная корреляционная связь между показателями ФСГ и лептина ($r = -0,7$ при $p = 0,002785$), а также ФСГ и грелина ($r = -0,72$ при $p = 0,002667$) в группе сравнения, что указывает на «угрожаемость» пациенток с ожирением, гиперлептинемией и гипогрелинемией по нарушению центральной регуляции функции яичников. Установленная прямая тесная корреляционная взаимосвязь между уровнем СССР и грелина в контрольной группе ($r = 0,9$ при $p = 0,04$), отсутствие данных корреляций в группе сравнения ($r = -0,4$ при $p = 0,06$, что можно расценить как тенденцию к появлению обратной корреляционной связи), и наличие тесной обратной корреляционной связи между данными показателями в основной группе ($r = -0,9$ при $p = 0,037386$), доказывает участие грелина как в регуляции менструальной функции, так и в патогенезе овариальной дисфункции у подростков. При избыточной массе тела у девочек-подростков с со-

храненным менструальным циклом утрата прямой корреляционной связи и тенденция к появлению обратной корреляционной связи между уровнем СССГ и грелина, указывает на то, что избыточная масса тела у подростков, даже без нарушений овариально-менструального цикла и липидного обмена, является состоянием временным, нестабильным, угрожаемым по развитию данных осложнений.

У пациенток с избыточной массой тела и олигоменореей относительная гипергрелинемия, несмотря на гиперлептинемия, указывает на наличие грелин-резистентности, что при доказанной инсулинрезистентности и лептинрезистентности свидетельствует о формировании «порочного круга», в который с увеличением продолжительности заболевания вовлекаются новые составляющие.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ТЭС-ТЕРАПИИ

Андреева М.В., Смолова Н.В.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Особую роль в патогенезе воспалительного процесса играет окислительный стресс, основой развития которого является избыток активных форм кислорода. В настоящее время доказана взаимосвязь основных клинических проявлений воспалительных заболеваний гениталий (ВЗГ) с концентрацией продуктов липопероксидации, выявлена наиболее выраженная дестабилизация антиоксидантной системы защиты (АОСЗ) при хронизации процесса. В связи с этим одним из критериев эффективности лечения считается стабилизация процессов окисления мембранных липидов, которая достигается за счет активизации системы эндогенных антиоксидантов и нивелирования продуктов липопероксидации.

Цель работы. Оценка эффективности влияния ТЭС-терапии на систему перекисного окисления липидов и антиоксидантную систему у пациенток с ВЗГ.

Материалы и методы исследования. Проведены обследование и терапия 117 больных с ВЗГ. В основную группу вошло 68 пациенток, получавших комплексное лечение с включением ТЭС-терапии, в группу сравнения – 49 больных без применения ТЭС. Лечение методом ТЭС проводилось ежедневно с помощью прибора «Трансаир – 01». На курс требовалось 8-10 процедур. Эффективность терапии оценивали до и после лечения на основании клиники и лабораторных данных, отражающих интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови у пациенток с ВЗГ, а также состояния антиоксидантной системы.

Полученные результаты. Перед началом лечения показатель I max (интенсивность световой вспышки) был практически одинаковым в основной группе (2,48±0,04 mv/сек) и в группе сравнения (2,46±0,06

mv/сек) (p>0,05). К моменту клинического выздоровления у пациенток, получавших ТЭС-терапию, произошло статистически достоверное снижение I max до 2,1±0,02 mv/сек (p<0,05), в группе сравнения он оставался на прежнем уровне (p>0,05).

До лечения показатель S (светосумма) составил в основной группе 26,8±0,8 mv/сек, в группе сравнения – 26,1±0,06 mv/сек, (p>0,05). Только на фоне ТЭС-терапии выявлено достоверное снижение уровня S (в 1,4 раза, p<0,05).

До лечения уровень ОАОА крови в группах обследования был одинаковым (0,082±0,001 и 0,083±0,0004 отн.ед. соответственно, p<0,05). В результате ТЭС-терапии он возрос на 9,8% (p<0,05), в группе сравнения – на 3,6% (p>0,05) по сравнению с исходными данными.

Показатель малонового диальдегида (МДА) до лечения составил в основной группе 4,44±0,09 нмоль/мл, в группе сравнения – 4,39±0,05 нмоль/мл (p>0,05). После ТЭС-терапии уровень МДА снизился на 17%, (p<0,05), в группе сравнения – на 9,6% (p>0,05).

На фоне ТЭС у больных основной группы выявлено более быстрое купирование болевого синдрома, нормализация температуры тела, основных гематологических показателей (на 2-3 сутки от начала лечения, в группе сравнения – на 5-6 день).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высоком эффекте противовоспалительного, иммуномодулирующего и дезинтоксикационного действия ТЭС-терапии при лечении женщин с ВЗГ в результате купирования окислительного стресса.

ДИНАМИКА АНТИСПЕРМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ

Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Ким В.К.

Ведущие репродуктологи мира отмечают, что данные фундаментальных исследований все еще недостаточны для понимания причин мужской и женской infertility в полном объеме.

Причины, приводящие к повреждению репродуктивной системы, разнообразны, и одной из них является развитие аутоиммунной реакции против сперматозоидов, что сопровождается выработкой антиспермальных антител (АСАТ). Антиспермальные антитела – это антитела к антигенам мембраны сперматозоидов. В физиологических условиях АСАТ не формируются, благодаря наличию супрессорных механизмов защиты, хотя и обнаруживаются у здоровых мужчин и женщин в 1-10% случаев. Антиспермальные антитела обнаруживаются в сыворотке крови, семенной плазме, цервикальном канале и на поверхности сперматозоидов.

Развитие аутоиммунных реакций против сперматозоидов сопровождается ухудшением количественных и качественных показателей спермограммы и уменьше-

нием вероятности наступления беременности (Chech, 2006; Laz, 2004; Chin, 2004). Точный механизм реализации иммунного конфликта до конца не изучен, однако предполагается, что увеличение уровня АСАТ резко снижает подвижность сперматозоидов, нарушается их функциональная активность, затруднено прохождение сперматозоидов через цервикальный канал, ведет к агглютинации сперматозоидов (Naz, 2004; Chin, 2004; Аляев и соавт., 2008).

Использование метода плазмафереза у пациентов с бесплодием снижает уровень АСАТ в крови и эякуляте до нормальных значений, улучшая показатели спермограммы и повышая эффективность зачатия (Tiktinskii и соавт., 2004).

С целью снижения уровня антиспермальных антител в комплексе лечения пациентов с бесплодием нами проводится экстракорпоральная гемокоррекция. Плазмаферез используется при высоких значениях антиспермальных антител в сыворотке крови и/или на поверхности сперматозоидов по уровню MAR-теста. Тест показывает количество активных сперматозоидов, покрытых АСАТ, т.е. сперматозоидов, которые в обычной спермограмме рассматриваются как фертильные. MAR-тест рекомендован ВОЗ как обязательный и входит в стандартный алгоритм обследования при бесплодии.

Курс лечения состоит из 5-7 сеансов плазмафереза с интервалом 2-4 дня. Объем плазмаэкспузии составлял 30% ОЦП. Плазмазамещение осуществляли только кристаллоидными растворами. Операция плазмафереза проводили на аппарате «Haemonetics PSC-2». Сеансы плазмафереза начинали проводить только после лечения урогенитальных инфекций, простатита, и при необходимости, хирургической коррекции.

Исследования, проведенные после курса плазмафереза показали значительное снижение уровня антиспермальных антител у 92% мужчин и 88% женщин до нормальных величин. Результаты лечения с использованием метода плазмафереза отметили высокую эффективность при необходимости нормализовать повышенные уровни АСАТ мужчин и женщин с бесплодием. Особенно важно проведение экстракорпоральной гемокоррекции с целью подготовки к программе ЭКО. Необходимо продолжить исследования для уточнения роли антиспермальных антител в генезе бесплодия.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ I СТАДИИ

Артошина Е.А., Брюсов П.Г., Ушаков И.И., Названцев И.В., Леваков С.А.

Кафедра онкологии, ГИУВ МО РФ, ГКВК им Н.Н. Бурденко, Кафедра акушерства и гинекологии, ИПК ФМБА, Москва, Россия

У 85 – 90% больных раком эндометрия (РЭ) распространенность опухоли соответствует I – II стадиям классификации FIGO. Этот показатель остается относительно стабильным, что объясняется особенностями

клинической картины заболевания, заставляющих пациенток рано обращаться к врачу.

Основным наиболее точным диагностическим методом, определяющим тактику лечения, до сегодняшнего дня остается раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием полученного материала. Так при оценке ретроспективных данных 97 пациенток, больных раком эндометрия I–II стадий, находящихся на диспансерном наблюдении в Онкологическом диспансере №3, во всех 97 случаях гистологический результат указал на наличие опухолевого процесса.

Но, как известно, объем оперативного вмешательства и проведение дальнейшей адъювантной терапии зависит от степени инвазии в миометрий, распространения на цервикальный канал, шейку матки и поражения лимфатических узлов. Одним из последних диагностических методов, позволяющих оценить степень поражения лимфатических узлов, является ПЭТ КТ.

Inubashiri E. et al. [2009], провели сравнительную эффективность методов первичной диагностики поражения лимфатических узлов (ПЭТ КТ, КТ, МРТ) у больных раком эндометрия I – II стадий.

Результаты проведенной работы показали, что из 46 пациенток, получивших оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками, тазовой и/или парааортальной лимфодиссекция, и, обследованные с помощью ПЭТ КТ, КТ и МРТ, поражение лимфатических узлов тазовой группы доказано морфологически у 11 (I группа – 4 пациентки с инвазией миометрия более ; II группа – 7 менее). До и после операции позитивность тазовых лимфатических узлов по результатам ПЭТ КТ в группах составила 31,3% , 96,1% и 36,4% , 91,4% соответственно. При этом, во второй группе у 3 из 4 пациенток поражение лимфатических узлов доказано всеми диагностическими методами, а в первой группе лишь у 1 из 7 позитивные лимфатические узлы выявлены по результатам ПЭТ КТ и КТ. По результатам МРТ исследования у пациенток I группы поражения тазовых лимфатических узлов не отмечено.

Таким образом, оценивая полученные результаты зарубежных коллег, отмечено, что данные ПЭТ КТ не дают достоверно больше информации о поражении лимфатических узлов по сравнению с другими, методами первичной диагностики. А, учитывая, что ПЭТ КТ является дорогостоящим методом обследования, затруднительно его широкое использование для первичной диагностики.

НАШ ОПЫТ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ТОЛЩЕ МИОМЕТРИЯ

Голда Г.А., Пономарев В.В.,

Уманская С.Г., Артюшков В.В.

Отделение гинекологии МУЗ 2 городская больница
г. Краснодара

В течение последних 4 лет нами было описано 3 случая эндоскопического лечения пациенток с эктопической беременностью с локализацией плодного яйца в толще миометрия, у одной из них имела место замершей беременность. Это были женщины репродуктивного возраста, желающие иметь еще детей.

Все пациентки поступали с жалобами на боли в низу живота, кровянистые выделения из влагалища. АФА на ХГЧ было в пределах 1800 – 960 мМЕ/мл, по данным УЗИ диагностировалась маточная беременность, либо эктопическая беременность в трубном углу матки.

Ранее этим больным в других лечебных учреждениях производились выскабливания полости матки (в полости матки плодное яйцо не было обнаружено), лапароскопия, либо лапаротомия (патологии не было выявлено).

В после операционном периоде продолжали беспокоить выше перечисленные жалобы, ИФА на ХГЧ имела тенденцию к росту. Больные были переведены в гинекологическое отделение МУЗ ГВ N 2 гор. Краснодара.

При обследовании в нашем отделении на УЗИ была диагностирована эктопическая беременность с локализацией плодного яйца в толще миометрия.

Для уточнения диагноза и выбора дальнейшей тактики ведения больной производилась гистероскопия: полость матки щелевидная, плодного яйца в полости матки не было, имело место выбухание одной из стенок матки в области проекции плодного яйца. В полость матки вводился миомрезектоскоп, под контролем УЗИ производилась резекция миометрия в проекции плодного яйца. Под контролем УЗИ выполнялось опорожнение плододместилища. Матка сокращалась хорошо. Кровопотеря составляла 10-20 мл. В после операционном периоде проводилась антибактериальная, противовоспалительная, сокращающая терапия. Послеоперационный период протекал гладко. Больная была выписывалась на 5-7 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

У женщин репродуктивного возраста при локализации плодного яйца в толще миометрия возможно проведение под контролем УЗИ гистероскопии, резекции миометрия в проекции плододместилища, с последующим его опорожнением.

Данная методика позволяет избежать проведения лапаротомии, иссечения плододместилища, а следовательно, снизить продолжительность нетрудоспособности больной, а так – же избежать рубца на матке.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН С ЭУТИРЕОЗОМ

Ахмедова Ш.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинская Академия, Махачкала, Россия

С целью изучения особенностей течения мастопатий у женщин старше 40 лет с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ) в состоянии эутиреоза нами обследовано 137 женщин старше 40 лет. I группу составили 105 женщин с патологией тиреоидной системы (эндемический зоб, аутоиммунный тиреоидит (АИТ), рецидив зоба после резекции ЩЖ) без нарушения функции ЩЖ (IA группа- 69 женщин с мастопатией и IB группа- 36 женщин без патологии молочных желез (МЖ). В группу сравнения (II группа) вошли 32 женщины с мастопатией без заболеваний ЩЖ. Обследование включало осмотр, пальпацию, УЗИ МЖ и ЩЖ, маммографию, по показаниям тонкоигольную аспирационную пункцию ЩЖ и МЖ с последующим цитологическим исследованием пунктата, исследование уровней гормонов в крови (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, Э2, П, Т3, Т4 св., ТТГ, антител к ТТГ)

Для женщин с патологией ЩЖ в состоянии эутиреоза был характерен жировой тип строения МЖ (83 женщины- 79,05%), что свидетельствовало о преждевременном замещении паренхимы МЖ жировой тканью с преобладанием последней. Фиброаденоматозом страдали в данной группе 69 женщин (65,71%). Распространенность фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) среди эутиреоидных женщин с АИТ (11 женщин- 61,11%) и эндемическим зобом (57 женщин- 66,28%) была одинаковой и значительно превышала частоту мастопатии у женщин после резекции ЩЖ (1 пациентка- 14,29%) ($P < 0,05$) с меньшим количеством патологических измененной ткани ЩЖ. Исследование частоты мастопатии в зависимости от характера патологических изменений в ЩЖ обследуемых выявило, что 49 женщин с диффузным зобом в состоянии эутиреоза страдали ФКМ (70,0%). Среди пациенток с узловым зобом мастопатия диагностирована у 4 женщин (66,67%). Частота ФКМ при диффузно-узловом зобе составила 55,17% (16 женщин), что было реже, чем при диффузной форме зоба ($P < 0,05$).

Частота дисплазий в МЖ обследуемых женщин возрастала с увеличением продолжительности заболевания ЩЖ ($P < 0,05$). ФКМ диагностирована у 8 пациенток (53,33 %) с длительностью заболевания ЩЖ до 1 года, у 18 пациенток (54,55%), болеющих от года до 5 лет, у 11 женщин (68,75%) с давностью заболевания ЩЖ от 5 до 10 лет и у 32 женщин (78,05%), болеющих более 10 лет. Установлено также, что средняя продолжительность заболевания ЩЖ в IA группе составила $6,23 \pm 0,24$ года, что превышало ($P < 0,05$) таковой показатель в группе женщин без патологии МЖ ($5,45 \pm 0,31$ года).

Дисплазии в МЖ чаще носили двусторонний характер (52 женщины- 75,36% IA группы и 22 пациентки II группы- 68,75%). Мастопатия только левой МЖ обнаружена у 9 пациенток (13,04%) IA группы и у 6 женщин (18,75%) II группы, правой МЖ- у 8 пациенток (11,59 %) IA группы и 4 пациенток (12,5%) II группы. Локализация патологических изменений в МЖ была неоднородной в обеих группах. Преимущественная

локализация фиброзно-кистозных изменений как на фоне эутиреоидной патологии, так и при изолированной мастопатии обнаружена в верхненаружном квадранте (ВН) МЖ ($P < 0,05$). В левой МЖ пациенток IA группы достоверно чаще патологические изменения выявляли в ВН квадранте (44 пациентки- 72,13%) и реже в верхневнутреннем (ВВ) квадранте (14 пациенток- 22,95%). В правой МЖ также наиболее частой локализацией дисгормональных изменений был ВН квадрант (41 пациентка- 68,33%). Мы не обнаружили достоверных различий в распространенности дисплазий во всех остальных квадрантах. В группе сравнения изменения локализовались преимущественно в ВН (24 пациентки- 80,0%) и НН (19 пациенток- 63,33%) квадрантах левой МЖ и в ВН квадранте (21 пациентка- 80,77%) правой МЖ.

Клинически мастопатия проявлялась умеренной болезненностью МЖ (39 женщин (56,52%) IA группы и 16 женщин (50,0%) II группы). В IB группе масталгией страдали 10 женщин (27,78%), что было достоверно реже ($P < 0,01$). При этом на фоне ФКМ боли чаще предшествовали менструациям (64,1% женщин IA группы и 56,25% пациенток II группы). Постоянная масталгия беспокоила 35,9% пациенток IA группы и 43,75% пациенток II группы. Более высокая ($P < 0,01$) частота галактореи отмечена у женщин с ФКМ (22 пациентки (36,67%) IA группы и 14 женщин (43,75%) II группы), тогда как при отсутствии патологических изменений МЖ выделения беспокоили лишь 2 пациенток (5,56%).

Наши данные указывали на преобладание диффузной мастопатии, которая наблюдалась у 51 женщины (73,91%) IA группы и у 33 женщин (91,67%) II группы. Обращает на себя внимание более высокая частота узловой мастопатии на фоне эутиреоидной патологии ЩЖ (18 женщин IA группы (26,09%), против 3 пациенток (8,33%) группы сравнения) ($P < 0,01$). В обеих группах чаще наблюдалась умеренно выраженная мастопатия.

При оценке распространенности различных типов мастопатий выявлено, что среди эутиреоидных женщин превалировала фиброзная мастопатия (24 женщины- 47,06%) ($P < 0,05$). Смешанная мастопатия диагностирована у 13 пациенток (25,49%). Пациентки IA группы одинаково часто страдали мастопатией с преобладанием как железистого, так и кистозного компонентов (по 7 пациенток- 13,73%). Во II группе (с изолированной ФКМ) преобладала кистозная (13 женщин- 44,83%) и смешанная мастопатия (9 женщин- 31,03%).

Таким образом, заболевания ЩЖ даже при сохраненной функции несомненно влияют на развитие дисгормональных гиперплазий МЖ и ежегодное исследование МЖ больных с тиреоидной патологией должно входить в стандарт обследования данных пациентов.

СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИНА (АБГ) ПРИ ПРИЕМЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Баженова Л.Г., Керемецкая Е.В., Зорина Р.М.

Лукина Н.А., Полукаров Н.А.,

Василовская Е.Г., Катернюк О.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, НИЛ иммунохимии ГОУ ДПО «НГИУВ Росздрава»,

Зональный перинатальный центр, Новокузнецк, Россия

Цель исследования состояла в изучении зависимости сывороточного уровня ассоциированного с беременностью альфа-2-гликопротеина (АБГ) от возраста и паритета пациенток, принимающих комбинированные оральные контрацептивы, дозы входящего в их состав этинилэстрадиола и длительности приема препаратов.

Обследовано 40 пациенток в возрасте от 17 до 35 лет, принимавших монофазные комбинированные оральные контрацептивы, содержащие 20 мкг этинилэстрадиола: Новинет, Линдинет, Логест, Мерсилон (14 женщин) и 30 мкг этинилэстрадиола: Ригевидон, Марвелон, Ярина, Жаннин, Диане-35 (19 женщин), а также трехфазные КОК: Три-мерси, Три-регол, содержание этинилэстрадиола в которых колебалось от 30 до 35 мкг (7 пациенток). Контрольная группа была представлена 54 женщинами репродуктивного возраста, обследованными во II фазу менструального цикла, не принимавшими в анамнезе эстроген-гестагенные препараты с контрацептивной и лечебной целью.

Уровни АБГ оценивались методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифических антисывороток против данного белка (Зорин Н.А. и соавт. 1992). Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи пакета сертифицированных прикладных статистических программ InStat 2 (Sigma, США).

Нами установлено значимое повышение сывороточного уровня АБГ у 10 (71,4 %) из 14 пациенток, принимающих КОК, содержащих 20 мкг этинилэстрадиола ($0,1 \pm 0,02$ г/л; $p < 0,0001$), в сравнении со здоровыми женщинами репродуктивного возраста ($0,017 \pm 0,003$ г/л) и у 25 (96,1 %) из 26 женщин, принимающих оральные контрацептивы, содержание этинилэстрадиола в которых было 30-35 мкг ($0,09 \pm 0,014$ г/л; $p < 0,0001$). При этом уровни АБГ у пациенток, принимающих КОК, были сопоставимы между собой и не зависели ни от дозы эстрогенного компонента в препаратах, ни от длительности приема оральных контрацептивов.

Вместе с тем, заслуживает внимания установленный факт наличия максимальных значений сывороточных концентраций АБГ ($> 0,2$ г/л) у пациенток позднего репродуктивного возраста, имевших в анамнезе роды, и минимальные значения белка ($< 0,02$ г/л) у женщин раннего репродуктивного возраста, не имевших в анамнезе беременностей, вне зависимости от длительности приема КОК.

Таким образом, уровень ассоциированного с беременностью альфа-2-гликопротеина в крови женщин,

принимающих современные низкодозированные оральные контрацептивы, содержащие от 20 до 35 мкг этинилэстрадиола, более чем в 5 раз превышал его концентрацию у здоровых женщин. При этом встречаемость высоких концентраций белка была выше на 25% среди пациенток, принимавших КОК с содержанием этинилэстрадиола 30-35 мкг. Вместе с тем, зависимости средних значений АБГ от дозы этинилэстрадиола, входящего в состав КОК и длительности приема препаратов, нами не выявлено. Однако наиболее высокие концентрации АБГ, в 16-17 раз превышающие нормативные значения белка, были характерны для рожавших женщин позднего репродуктивного возраста, тогда как минимальные значения – для женщин раннего репродуктивного возраста, не имевших в анамнезе беременностей.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОЭТАПНОЙ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ

Баканова А.Р. Губайдуллин А.Р.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Подслизистая локализация миоматозных узлов определяется примерно у 20-30% больных миомой матки, обычно сопровождаясь выраженными клиническими симптомами, которые становятся частым поводом для хирургического лечения. В последние годы трансцервикальная миомэктомия подслизистых миом матки стала рутинной операцией. Однако, гистерорезекция узлов со значительным интрамуральным компонентом остается технически сложной, а в ряде случаев – невыполнимой, даже при проведении операции в несколько этапов. Комбинация хирургического лечения с адьювантным применением агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов (аГнРГ) позволяет снизить потенциальный риск осложнений и неудач органосохраняющего лечения. В тоже время, использование аГнРГ в качестве предоперационной подготовки не во многих случаях оправдывает себя, оказываясь недостаточно эффективным. Представляется целесообразным использование медикаментозного лечения после проведения трансцервикальной миомэктомии, а при необходимости повторной операции – между этапами хирургического вмешательства.

Целью исследования: улучшение результатов комбинированного лечения больных миомой матки с субмукозно-интерстициальным расположением миоматозных узлов со значительным интерстициальным компонентом.

Материалы и методы. В исследование включены 26 женщин с субмукозной миомой матки II типа по классификации Wamsteker, в виде единственной опухоли диаметром от четырех до девяти см, со значительным интрамуральным компонентом. Всем па-

циенткам была выполнена трансцервикальная миомэктомия в несколько этапов.

Основную группу составили 13 пациенток, у которых оперативное лечение миомы матки сопровождалось адьювантным трехмесячным курсом гормональной терапии с применением агониста гонадотропин-рилизинг гормона диферилина в дозировке 3,75 мг в месяц между этапами трансцервикальной миомэктомии.

Контрольную группу – 13 женщин, которым проведена гистерорезекция миоматозных узлов в несколько этапов по стандартной методике. Подбор контрольной группы осуществлялся по принципу «копи-пара» с учетом размера и локализации субмукозно-интерстициальных узлов, а также возраста, веса, роста и паритета. Средний возраст пациенток не отличался между группами, составил $32,3 \pm 2,7$ лет и $32,9 \pm 2$ года соответственно. Общая величина матки, определенная в ходе объективного и ультразвукового исследований, также не отличалась между группами, варьировала от 6 до 8 недель беременности у 72% пациенток, и от 8 до 10 недель беременности у 28% пациенток.

Все операции проводились в плановом порядке с предварительным клиническим обследованием, включающим диагностическую гистероскопию с последующим гистологическим исследованием полученных материалов эндометрия.

Операции выполнялись стандартным трансцервикальным доступом. Применялись гистерорезектоскопы фирм «Карл Шторц» и «Эндомедиум» с монополярным активным рабочим элементом. Во всех случаях после удаления субмукозного компонента узла в межмышечном слое достоверно определялась остаточная опухоль.

Результаты. В основной группе всем больным были выполнены органосохраняющие операции. У 10 (76,9%) пациенток полное удаление субмукозного миоматозного узла выполнено в два этапа гистерорезекции. У трех (23,1%) больных после трехкратного применения инъекций диферилина при проведении диагностической гистероскопии через 4 месяца после первого вмешательства остаточная опухоль в полости матки не обнаруживалась, что позволило ограничиться одним этапом операции.

В контрольной группе органосохраняющее лечение оказалась успешным у 9 из 13 пациенток, при этом, среднее число этапов трансцервикальной миомэктомии составило 2,8 этапов на одну больную, по сравнению с 1,76 в основной группе ($p < 0.05$). У одной пациентки, 38 лет, послеоперационный период после второго этапа гистерорезекции осложнился формированием гематометры с развитием метроэндометрита. Отсутствие эффекта от консервативного лечения было показанием к тотальной гистерэктомии без придатков. У трех больных в связи с развитием выраженного геморрагического синдрома после операции и отказа больных от многоэтапного лечения была выполнена субтотальная гистерэктомия без придатков в плановом порядке.

Выводы. Применение агониста ГнРГ диферилина в послеоперационной адьювантной терапии при лечении субмукозных миом матки со значительным интрамуральным компонентом позволяет ограничиться меньшим количеством внутриматочных вме-

шательств, обеспечивая эффективность органосохраняющих операций, и является оправданным в случае необходимости сохранения детородной функции у женщин фертильного возраста.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПЕРИТОНИТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Балакшина Н.Г., Кох Л.И.

*Сибирский государственный медицинский университет,
Томск, Россия*

С целью оценки тяжести гинекологического перитонита нами обследовано 123 пациентки репродуктивного возраста на основании оценочных шкал и индекса эндогенной интоксикации. Средний возраст составил $34,10 \pm 4,18$ лет. Пациентки поступили по скорой помощи с клиникой «острого живота» в гинекологическое отделение областной клинической больницы. При поступлении все пациентки предъявляли жалобы на боли в животе, общую слабость, недомогание, боли с иррадиацией в прямую кишку отмечали 55% больных, в поясницу – 45%. Субфебрильная температура наблюдалась у 49% женщин, гектическая – у 51%. Тошнота была у 47% больных, рвота – у 15%, дизурические нарушения – у 43%, запоры – у 7%. Давность заболевания была от 12 часов до 1,5 месяцев.

Всем проведено общеклиническое и дополнительные методы исследования. Степень тяжести эндогенной интоксикации определялась путем вычисления индекса эндогенной интоксикации – ИЭи = ССЭ/РФМК: (сорбционная способность эритроцитов к уровню растворимого фибрина в плазме. При значении ИЭи = $2,48 \pm 0,10$ прогнозировали высокую степень, при $3,29 \pm 0,23$ – среднюю, при $4,60 \pm 0,01$ – низкую степень вероятности развития тяжести эндогенной интоксикации. Синдром системной воспалительной реакции (SIRS) оценивался при наличии гнойного образования в малом тазу по следующим критериям: длительной лихорадки (свыше 3-х дней) более 38°C или прогрессирующей гипотермии (ниже 35°C); тахикардии (более 90 уд/мин); тахипноэ (частота дыхательных движений более 20/мин) или по потребности в искусственной вентиляции легких (ИВЛ); гиперлейкоцитозу ($>12 \times 10^9/\text{л}$) или лейкопении ($<4 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево (более 10% незрелых клеток). Терапевтическая шкала оценки тяжести больного (SAPS) определялась путем подсчета суммы баллов по 7 клиническим и 7 лабораторным параметрам.

Результаты оценки по интегральным шкалам показали: у 34 (27,65%) пациенток наблюдался SIRS с 2-мя признаками и соответствовал абдоминальному сепсису; у 21 (17,07%) с 3-мя – соответствовал сепсису, у 8 (6,5%) – с 4-мя – тяжелому сепсису. Ни одного признака ССБР не было у 13,82% обследованных.

Из 123 обследованных по шкале SAPS у 78% была оценка 0-4 балла, что указывало на благополучный исход при своевременном проведении адекватного хи-

рургического лечения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде. У 26 (21,14%) обследованных оценка соответствовала 5-6 и 7-8 баллам, что указывало на более тяжелое состояние. Прогноз летальности у них составлял 10,7 – 13,33% и указывал на неотложные и срочные лечебные мероприятия. Эти больные имели шанс на выздоровление при условии короткой предоперационной подготовки и адекватного хирургического лечения. Оценка синдрома эндогенной интоксикации по степени индекса эндогенной интоксикации (ИЭи) показала, что у 40,7% больных она имела высокую степень, у 24,42% – среднюю, у 25,94% – низкую. У 8,94% (11) женщин симптомы интоксикации отсутствовали.

Сопоставимость показателей по шкале SAPS и ИЭи не всегда соответствовала. Так, при оценке по шкале SAPS 0 – 4 балла у 97 (78,86%) больных была выявлена высокая степень интоксикации – у 36 (37,11%); средняя – у 21 (21,65%); низкая – у 40 (41,24%). При оценке по шкале SAPS 5 – 6 баллов у 11 (47,82%) больных ИЭи был высоким, у 9 (39,13%) – средним, у 13,05% (3) – низким. Полное совпадение показателей отмечено при оценке по шкале SAPS 7-8 баллов, при этом ИЭи был высоким – 100%. Полученные данные позволяют оценку по индексу эндогенной интоксикации при определении тяжести больных считать дифференцированной и более точной. Таким образом, прогнозирование средней и высокой степени эндотоксикоза у 58,76% (57 из 97) больных с оценкой 0-4 балла по шкале SAPS, у 86,95% (20 из 23) – с оценкой 5-6 баллов, у 100% – с оценкой 7-8 является показанием к активной тактике ведения данного контингента

У женщин был установлен клинический диагноз: перитонит на фоне одно или двусторонних tuboоариальных образований, что и явилось в сочетании с выраженной интоксикацией показанием к хирургическому лечению. Во время лапаротомии были выявлены: tuboоариальный абсцесс одно- и двухсторонний (64), пиосальпинкс с одной стороны (16), абсцесс яичника (6), гнойный сальпингит (37). Объем операции был следующим: удалены придатки с обеих сторон – у 57,25% больных; обе маточные трубы – у 17,07%; обе маточные трубы и яичник – у 4,88%; сохранены маточная труба и яичник – у 21,13%. Оценка тяжести состояния пациенток с ГВЗПМ по шкалам и индексу эндогенной интоксикации способствовала дифференцированному подходу к проведению предоперационной подготовке и назначению экстракорпоральных методов детоксикации после операции.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ АТРОФИИ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Балан В.Е., Ковалева Л.А.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»

Урогенитальные расстройства или урогенитальная атрофия в климактерии – комплекс вагинальных и мочевого симптомов, развитие которых является

осложнением атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта: влагалище, мочевом пузыре, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. Атрофические изменения в урогенитальном тракте являются фактором риска развития рецидивирующих инфекций мочевых путей, которые характеризуются «волнообразным» течением с периодами обострения, протекающими по типу острого или подострого цистита с различной периодичностью рецидивов, и периодами ремиссии.

Цель исследования: оценить эффективность терапии пациенток с симптомами вагинальной и цисторетральной атрофии, осложнившихся рецидивирующими циститами препаратами Овестин в сочетании с Экофемин, в сравнении с монотерапией Овестин.

Материал и методы: в исследование включены 30 пациенток в возрасте 55-78 лет (средний возраст $66,8 \pm 6,7$ лет) в постменопаузе длительностью от 4 до 30 лет ($17,03 \pm 7,1$ лет), с длительностью заболевания от 1 до 9 лет ($4,7 \pm 1,8$ лет), числом рецидивов от 3 до 18 эпизодов в год (в среднем за последний год составило $5,3 \pm 2,9$ эпизодов). Пациентки I группы (n=15) получали крем Овестин, по 1 дозе ежедневно в течение 2 недель, затем по 1 дозе через день 10 недель. Пациентки II группы (n=15) – комбинацию крема Овестин и вагинальных капсул Экофемин, содержащих натуральные молочнокислые бактерии *Lactobacillus acidophilus* с лактозой. Схема введения Овестина не отличалась от таковой у пациенток I группы, Экофемин вводился интравагинально по 1 капсуле 2 раза в день 6 дней, затем по 1 капсуле однократно через день. До лечения и к концу третьего месяца терапии проводилась оценка Ph влагалищного содержимого; значения зрелости влагалищного эпителия (ЗЗВЭ); кольпоскопическое исследование; клинический анализ мочи; комплексное микробиологическое исследование содержимого влагалища; уродинамическое исследование; опрос по 5-бальной шкале D. Barlow.

Результаты: До начала терапии у всех пациенток (n=30) отмечались атрофические изменения малых половых губ и стенок влагалища (складчатость сглажена, слизистая бледная, истончена, местами с петехиальными кровоизлияниями). У 11 (36,7%) пациенток старше 65 лет определялся выворот слизистой уретры (эктропион). При расширенной кольпоскопии определялась выраженная атрофия эпителиального слоя влагалища, развитая капиллярная сеть, окраска Люголем недостаточно интенсивная, с многочисленными участками беловато-желтого цвета и нечеткими границами. Значение pH колебалось от 5,5 до 7,0 ($6,3 \pm 0,7$), ЗЗВЭ от 30 до 50 ($34 \pm 5,2$). Результаты клинического анализа мочи во всех случаях находились в пределах нормальных значений. При оценке симптомов по 5-бальной шкале D. Barlow у большинства пациенток значения достигали 3-4 баллов. Отмечалось резкое снижение (до 103 КОЕ/мл) или элиминация (в 23,3%) титра лактобацилл, определялись условно-патогенные микроорганизмы (103-105 КОЕ/мл): коагулазоотрицательный стрептококк (45,8%), энтерококк (25%), стрептококк группы В (29,2%), клебсиелла (4,2%), кишечная палочка (33,3%), дифтероиды (45,8%). У 9 (30%) пациенток выявлялось снижение функционального и максимального объемов моче-

вого пузыря, колебание детрузорного давления при выполнении цистометрии наполнения. К концу третьего месяца лечения у всех больных наблюдалось значительное улучшение состояния слизистой вульвы и влагалища, отмечалась их бледно-розовая окраска, появление складчатости, достаточная увлажненность. Определялось значительное улучшение состояния вагинального эпителия. При выполнении пробы Шиллера окраска слизистой оболочки влагалища равномерная. У больных обеих групп отмечалось снижение уровня pH до 3.5-4.5 ($3,8 \pm 0,3$) и повышение ЗЗВЭ до 75-80 ($76 \pm 2,3$) ($p < 0.05$). Оценка симптомов по 5-бальной шкале D. Barlow у пациенток I группы составила 1-2 балла, у пациенток II группы 0-1 балла. Отмечалось снижение титра ($103-104$ КОЕ/мл) и частоты выявления большинства условно-патогенных микроорганизмов: коагулазоотрицательного стрептококка (72%), энтерококка (20%), стрептококка группы В (4,0%), α -гемолитического стрептококка (4,0%), кишечной палочки (36,0%), дифтероидов (44,0%). В 100% случаях доминировали морфотипы лактобацилл (преимущественно штаммы *L. Acidophilus*), концентрация лактобактерий достигала нормативных значений ($106-107$ КОЕ/мл). У 4 (13,3%) больных I группы в течение первого месяца терапии возникли рецидивы циститов, потребовавшие применение антибактериальной терапии (Монурал). У пациенток II группы за время наблюдения рецидивов не было.

Выводы: Комбинация Овестина с Экофемин при тяжелой форме урогенитальной атрофии с рецидивами инфекций мочевых путей является предпочтительной, так как способствует гораздо более быстрому восстановлению вагинальной микроэкологии и проявлению защитного действия лактобацилл, что, вероятно, препятствует развитию рецидивов заболевания.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ И МАСТОПАТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛА

Баратюк Н.Ю., Трубникова Л.И

Кафедра акушерства и гинекологии, Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

С целью оценки эффективности индол-3-карбинола в лечении женщин с миомой матки малых размеров и мастопатии обследовано 79 пациенток с миомой матки малых размеров (1 группа – 40 женщин) и доброкачественными заболеваниями молочных желез (2 группа – 39 человек). В комплекс обследования включено общеклиническое обследование, консультация маммолога, УЗИ гениталий и молочных желез, маммоцинтиграфия, рентгеномаммография по показаниям, морфологическое исследование сыворотки крови по методу Шабалина-Шатохиной. Для оценки активности пролиферативных процессов в молочных железах использовалась маммоцинтиграфия, которая проводилась на двухканальной гамма-спектрометрической установке УГС-2 «ЭНИН» с использованием радиофармацевтического препарата (РФП) сульфата же-

леза ^{59}Fe , активностью 29 кБк в одной таблетке. Обследование проводилось на 4-10-й дни менструального цикла. Для коррекции пролиферативных процессов в молочных железах всем пациенткам назначался индол-3-карбинол в суточной дозе 400 мг. Длительность терапии составила от 3 мес. до 1 года.

Длительность миомы матки у женщин 1-й группы варьировала от только поставленного диагноза при данном обследовании до 8 лет, средняя длительность миомы матки составила 1 год 7 месяцев. У 4 пациенток (10%) отмечался медленный рост миомы, в остальных наблюдениях миома матки не имела тенденции к росту. Средний размер миоматозных узлов при первичном обследовании по данным УЗИ составил 23,8 мм при колебаниях от 6 до 58 мм, при этом локализация узлов была интерстициальной (52%), интерстициально-субсерозной (23%), субсерозной на широком основании (16%), субмукозной (9%). Характерно, что у 93% пациенток с миомой матки при исследовании морфологии сыворотки крови обнаружены маркеры доброкачественной гиперплазии. При маммографии установлена нормофиксация РФП в обеих молочных железах у 55% женщин, у 45% больных с миомой матки в сочетании с мастопатией выявлено повышенное накопление РФП различной степени в одной или обеих железах. При этом умеренное повышение накопления РФП в молочных железах наблюдалось у 30% пациенток с миомой матки, выраженная гиперфиксация – у 15%.

В процессе лечения улучшение клинического состояния было отмечено у 40% женщин с миомой матки уже на втором месяце приема индол-3-карбинола, через 3 мес. терапии – у 57%. В первые 3 месяца лечения величина узлов была стабильной, через 6 мес. отмечалось уменьшение диаметра узлов на 10% – от исходного показателя 23,8 мм до 21,4 мм. У 12 пациенток с многоузловой миомой матки терапия в течение 1 года способствовала уменьшению размеров узлов на 8,0%. При проведении маммографии в процессе лечения у всех женщин наблюдалось увеличение частоты нормофиксации и уменьшение – гиперфиксации РФП, что свидетельствует о снижении пролиферативной активности в тканях под влиянием терапии индол-3-карбинолом.

По данным УЗИ и рентгенологического исследований у женщин 2-й группы выявлена диффузная форма мастопатии с преобладанием кистозного (45%), фиброзного (21%) или железистого компонента (10%), в 10% – смешанная форма мастопатии и в 14% – фиброаденомы. У 28% женщин имело место бессимптомное течение заболеваний молочных желез, а изменения в молочных железах были выявлены при обследовании. При маммографии у трети женщин (27%) зафиксировано нормальное накопление радионуклида, причем нормофиксация была характерна для мастопатии с преобладанием кистозного и фиброзного компонентов. Гиперфиксация РФП умеренная (при кистозной и фиброзной формах мастопатии) и выраженная (при железистой и смешанной формах) при маммографии отмечена у 73% женщин. При терапии индол-3-карбинолом у значительного числа женщин с мастопатией уже в первые недели лечения отмечался положительный клинический эффект. Чувствительность очагов мастопатии к индол-3-

карбинолу была более значительной, чем при миоме матки. Уже на втором месяце лечения у 65% женщин отмечалось улучшение клинического состояния, через 3 мес. терапии – у 76% пациенток, при этом 24% женщин отмечали полное исчезновение симптомов мастопатии. Через 3 месяца терапия была прекращена в связи с клиническим выздоровлением у 25 женщин. Необходимость пролонгировать терапию до 6 месяцев возникла только у 31% женщин. Через 3 месяца терапии также уменьшалась частота гиперфиксации РФП в молочных железах, через 6 месяцев показатели нормофиксации увеличились в 3 раза, только у 19% женщин сохранилось повышенное накопление РФП.

Проведенное лечение женщин с малыми миомами матки и мастопатией подтвердило эффективность индол-3-карбинола, в особенности при гиперпластических процессах в железистых эпителиальных элементах тканей. Активное использование индол-3-карбинола в консервативном лечении миомы матки малых размеров и мастопатии является целесообразным и может быть рекомендовано для внедрения в клиническую практику.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО ДРОСПИРЕНОН

Басова О.Н., Волков В.Г.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский институт,
Тульский Государственный Университет, Тула, Россия*

Целью исследования являлась оценка контрацептивной и лечебной эффективности низкодозированного комбинированного орального контрацептива (КОК), содержащего в качестве гестагенного компонента производное спиронолактона дроспиренон, у пациенток репродуктивного периода с предменструальным синдромом (ПМС), нарушением менструального цикла (НМЦ), андрогензависимой дерматопатией (acne vulgaris, себорей). По своим гестагенным, антиандрогенным и антиминералокортикоидным свойствам дроспиренон приближается к эндогенному прогестерону.

Материалы и методы исследования.

Были обследованы 102 пациентки репродуктивного возраста от 20 до 35 лет (средний возраст $\pm 27,5$ лет), получавшие препарат, содержащий дроспиренон, в течение 6 месяцев с контрацептивной и лечебной целью. Оценка циклических симптомов проводилась с помощью анкетирования, включающего наиболее часто встречаемых 24 соматических и 20 психоэмоциональных симптомов, тяжесть каждого симптома исчислялась по 11-бальной шкале.

Результаты и обсуждение.

Среди обследуемых наличие ПМС выявлено у 70,6% пациенток; андрогензависимая дерматопатия в виде акне и себореи у 25,5%; нарушения менструального цикла по гипоменструальному типу у 29,4% и в виде дисменореи у 17,6%. Избыток массы тела наблюдался у 22,5% (среднее значение ИМТ $\pm 31,8$ кг/м²).

Из соматических симптомов наиболее часто встречались: мастодиния и масталгия (70,8%), вздутие живота (58,3%), отеки (45,8%), головные боли (29,2%); из психоэмоциональных симптомов: эмоциональная лабильность (66,6%), раздражительность (62,5%), плаксивость (54,2%), депрессия (41,7%), повышение аппетита (33,3%), утомляемость (37,5%), чувство тревоги (29,2%). На фоне проводимой терапии частота основных проявлений ПМС существенно снизилась. Мастодиния и масталгия наблюдались к концу 3 цикла у 41,7% женщин, к окончанию 6 цикла у 16,7%, вздутие живота отмечено соответственно у 25,0% и 12,5%, отеки оставались у 12,5% и 8,3%, головные боли – у 16,7% и 4,2%, утренняя сыпь – у 8,3% и 4,2%, эмоциональная лабильность – у 37,5% и 12,5%, раздражительность – у 45,8% и 16,7%, плаксивость – у 25,0% и 12,5%, депрессия – у 20,8% и 8,3%, повышение аппетита – у 25,0% и 8,3%, утомляемость – у 16,7% и 4,2%, чувство тревоги – у 16,7% и 4,2%. Благодаря дроспиренону отмечена тенденция к улучшению аффективного самочувствия пациенток.

Антиандрогенная активность дроспиренона позволила достичь значительного лечебного эффекта в отношении аспе средней и легкой степени. Тенденция к снижению аспе наблюдалась уже в первые месяцы приема препарата, через 3 мес. у 11,8% пациенток оставалась данная симптоматика, а к концу лечения у 5,9% женщин – слабой степени выраженности.

Нами отмечено влияние препарата на стабильность менструального цикла: у всех 29,4% женщин с НМЦ по гипоменструальному типу наблюдался регулярный цикл на протяжении всего курса лечения. Дополнительным лечебным эффектом данного контрацептива является снижение частоты и тяжести дисменореи. К концу проводимой терапии болезненные менструации слабой степени выраженности отмечены только у 2,8% женщин.

Средняя масса тела женщин до исследования составляла $72,5 \pm 7,8$ кг то к концу исследования снизилась до $66,85 \pm 6,9$ кг. Это объясняется антиминералокортикоидным действием дроспиренона. Снижение массы тела на 3,5–4,5 кг к концу приема отмечена у 15,3% пациенток; прибавка массы тела на 1,8–2,3 кг зафиксирована у 2,8%.

Одновременно проводили оценку контрацептивной эффективности препарата. При ультразвуковом мониторинге только у 2,8% женщин наблюдали развитие фолликула до 18 мм, но овуляции не было зафиксировано ни в одном наблюдении. За период исследования не отмечено ни одной беременности, что свидетельствует о высокой контрацептивной эффективности препарата.

Выводы.

В результате применения низкодозированного КОК, содержащего в своем составе дроспиренон, у пациенток с ПМС были отмечены: достоверное улучшение соматической и аффективной симптоматики, положительный косметический эффект, нормализация менструального цикла, поддержание стабильного веса, высокая контрацептивная эффективность. Это позволяет рекомендовать его не только в качестве контрацептивного, но и лечебного препарата у пациенток с ПМС, НМЦ, андрогензависимой дерматитией в виде аспе и себореи средней и легкой степени и нестабильным весом.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПАТОСПЕРМИЕЙ

Беленькая Л.В., Колесникова Л.И., Сафроненко А.В., Гребенкина Л.А., Шолохов Л.Ф.

Россия, г.Иркутск, Учреждение Российской академии медицинских наук научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН

В настоящее время установлено, что демографическая ситуация характеризуется негативными тенденциями, при этом частота бесплодных браков как в России в целом, так и в Сибири достигла критической отметки – 15%. Одной из важных составляющих бесплодия в 36–60% случаев в браке является нарушение репродуктивной функции у мужчин. Наиболее частой причиной бесплодия у мужчин, наряду с анатомическими и функциональными нарушениями, является патоспермия. Наряду с эндокринными и иммунологическими расстройствами, которые непосредственно влияют на данное состояние, важная роль принадлежит системе, отражающей неспецифические реакции организма, которой является система перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты. Вместе с тем, до сих пор недостаточно четко установлено, как изменяются процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты и их взаимоотношения у больных сахарным диабетом 1-го типа и патоспермией. Это и явилось целью данного исследования.

Были обследованы мужчины фертильного возраста, больные сахарным диабетом 1 типа с установленной патоспермией. Группу сравнения составили мужчины соответствующего возраста с патоспермией, без нарушений углеводного обмена.

Материалом для исследования показателей СРО липидов и АОА послужила сыворотка крови и гемолизат эритроцитов. Были использованы спектрофотометрические и флюорометрические методы исследования.

Результаты проведенного исследования показали, что уровень субстратов с сопряженными двойными связями в группах пациентов с патоспермией без нарушения углеводного обмена имел тенденцию к повышению по сравнению с больными СД 1 типа. Уровень диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов и сопряженных триенов (КТ) в группе бесплодных мужчин без нарушения углеводного обмена был выше по сравнению с больными СД 1 типа. Следует отметить, что у больных с патоспермией и СД 1 типа отмечается повышение уровня токсического продукта ПОЛ – малонового диальдегида по сравнению с группой пациентов с патоспермией без нарушения углеводного обмена.

При оценке антиоксидительного статуса в исследуемых группах отмечено снижение общей антиоксидительной активности у больных СД 1 типа по сравнению с группой сравнения.

При оценке содержания витаминов А и Е и активности фермента супероксиддисмутазы в исследуемых группах достоверных различий не установлено.

При оценке состояния системы глутатион различий между окисленной (GSH) и восстановленной (GSSH) формами в анализируемых группах не установлено. Однако при анализе соотношения GSH/ GSSH в группе больных СД 1 типа был установлен более высокий данный коэффициент по сравнению с группой сравнения, что является компенсаторным механизмом, направленным на частичное сдерживание повреждающего воздействия продуктов ПОЛ на сперматогенез.

Таким образом в ходе проведенного исследования установлено, что наиболее значимые изменения в системе ПОЛ- АОЗ установлены в группе больных с патоспермией. Особенностью состояния системы ПОЛ у больных с патоспермией без нарушения углеводного обмена является её активация на первичном этапе (ДК и КТ) с последующим снижением на уровне конечных продуктов, в то время как у больных с патоспермией с СД 1 типа характерна её активация на конечных этапах. При сопоставлении системы антиокислительной защиты с активностью процессов ПОЛ выявлено снижение антиокислительной активности у больных с патоспермией и СД 1 типа на конечных этапах, что может быть связано с её истощением. Антиоксидантный эффект у больных данной группы в большей степени обеспечивался системой глутатиона. Данные изменения показателей в системе АОЗ являются отражением компенсаторной реакции организма, направленной на подавление процессов ПОЛ, способствующего нейтрализации избыточного количества свободных радикалов, негативно воздействующих на сперматогенез, что особенно важно для больных с патоспермией и СД 1 типа в условиях сниженной реактивности организма. В связи с этим оценка характера взаимоотношений в системе ПОЛ-АОЗ у больных с патоспермией и нарушением углеводного обмена позволит определить некоторые звенья патогенеза бесплодия у мужчин.

СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И НАРУШЕНИЕМ СПЕРМАТОГЕНЕЗА

Беленькая Л.В., Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Сафроненко А.В., Михалевич И.М., Шолохов Л.Ф.

Россия, г. Иркутск, Учреждение Российской академии медицинских наук научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН

Демографическая ситуация в России характеризуется негативными тенденциями, что наряду с прочими факторами, определяется и растущей частотой мужского бесплодия. В настоящее время доказана роль изменений в системе нейро-эндокринной регуляции, приводящих к инфертильности, одним из проявлений которой является патоспермия. Особенно это выражено у больных инсулинзависимым сахарным диабетом в связи с доказанным участием инсулина в многофакторной системе регуляции секреции ан-

дрогенов как надпочечниками, так и семенниками. Несмотря на проводимые исследования, до настоящего времени нет убедительных данных о нарушениях функционального состояния гипофизарно- гонадной системы у больных сахарным диабетом 1 типа с различными проявлениями изменений в спермограмме. Это и явилось целью данного исследования.

Были обследованы мужчины фертильного возраста, больные сахарным диабетом 1 типа с установленной патоспермией, Группу сравнения составили мужчины соответствующего возраста, больные СД 1 типа без нарушений в спермограмме. Группу контроля составили мужчины соответствующего возраста, без нарушений углеводного обмена и изменений в спермограмме.

Гормональное обследование проводилось иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем (Россия, США).

В результате проведенных исследований было установлено, что у больных сахарным диабетом 1 типа по сравнению с группой контроля отмечается увеличение уровней тестостерона и ФСГ, снижение – ЛГ, ДГЭА и 17-ОН- прогестерона при неизменном уровне пролактина. Состояние гипофизарно-гонадной системы у больных сахарным диабетом 1 типа с патоспермией характеризовалось более низкими уровнями ФСГ, тестостерона и более высоким содержанием ЛГ и ДГЭА по сравнению с таковыми показателями у больных СД 1 типа без нарушений в спермограмме. Достоверных различий в содержании пролактина, 17-ОН- прогестерона не установлено.

По нашему мнению более высокие уровни тестостерона и ФСГ в группе больных СД 1 типа без нарушений в спермограмме свидетельствуют об адаптивной перестройке в гипофизарно-гонадной системе, направленной на сохранение и поддержание нормального сперматогенеза.

Следует отметить, что у больных СД1 типа и патоспермией повышение уровня тестостерона и несущественные изменения содержания ЛГ и ДГЭА отражают нарушения в гипофизарно-гонадной системе, проявляющейся неадекватной реакцией между регулирующим влиянием гипофиза и органом мишенью-семенниками.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлены изменения в функционировании гипофизарно-гонадной системы у больных СД 1 типа с различным состоянием сперматогенеза, что может являться дополнительным критерием в прогнозировании развития инфертильности у мужчин.

ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Белоконов В.И., Шляпников М.Е.,

Меркулова В.И., Салем Ахмад Ибрагим

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,

ММУ «ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г.о. Самара»

Многочисленные исследования показывают, что частота гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) не имеет тенденции к уменьшению (Стрижаков А.Н. с соавт. 1999; Шатунова Е.П., 2003; Каганова М.А., 2007). Этому способствуют дисбиотические изменения микроценоза влагалища, наблюдающиеся у 22,4% женщин, специфические и неспецифические воспалительные заболевания нижних отделов генитального тракта, вагинальный кандидоз, использование внутриматочных контрацептивов, аномалии развития половых органов. На фоне острых гнойных воспалительных заболеваний придатков матки возможно развитие абдоминальной хирургической патологии, частота и особенности клинического течения, которой изучены недостаточно. Цель исследования – изучить особенности абдоминальной хирургической патологии у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Проведен ретроспективный анализ историй 780 болезней женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки, из них 150 случаев, осложненных абдоминальной хирургической патологией, находившихся на лечении в отделении гнойной гинекологии ММУ «ГКБ №1 г.о. Самара». Возраст больных колебался от 13 до 60 лет. Наиболее часто абдоминальная хирургическая патология у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями в придатках матки наблюдалась в возрастной группе от 41-50 лет – 42 % случаев. Из 150 больных женщин с ГВЗПМ, осложненных хирургическими заболеваниями, 44,67% использовали ВМС сроком от 5-10 лет – 29,3%, а от 10-15 лет – 10% пациенток. При лечении больных женщин с ГВЗПМ использовали выжидательно-индивидуализированную тактику. Суть подхода состоит в том, что после комплекса диагностических мероприятий при отсутствии данных за перитонит начинали консервативную терапию, предоперационную подготовку. При положительной динамике лечения продолжали до купирования острого воспаления. В случае отсутствия эффекта от терапии или при появлении перитониальных симптомов выполняли экстренную операцию. Из числа пациенток с сочетанной абдоминальной хирургической патологией прооперировано в экстренном порядке (в день поступления) – 51,3 % (77 женщин), в срочно-отсроченном – 48,67 % (73 женщины). Во время выполнения первичной операции у женщин с ГВЗПМ абдоминальная хирургическая патология была выявлена у 24% пациенток, послеоперационные осложнения, обусловленные развитием абдоминальной хирургической патологии, имели место у 4 женщин,

что составило только 0,51% случаев. Частота абдоминальных хирургических заболеваний и послеоперационных осложнений у женщин с ГВЗПМ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота абдоминальной хирургической патологии у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки

Характер патологии	Частота патологии (n=150)	
	абс.	%
Острый аппендицит	88	59
Перитонит	59	39
Спаечная болезнь брюшной полости	38	25
Оментит	33	22
Межпечельный абсцесс	7	6
Абсцесс послеоперационной раны	2	1
Острая кишечная непроходимость	2	0,7
Кишечный свищ	1	1
Внутрибрюшное кровотечение	1	0,7
Сигмоидит	1	0,7

Анализ абдоминальной хирургической патологии у женщин с ГВЗПМ показал, что у больных одновременно имели место несколько заболеваний. Наиболее часто выявлены изменения в червеобразном отростке – острый аппендицит (59%), перитонит (39%), спаечная болезнь брюшной полости (25%), оментит (22%) и межпечельные абсцессы (6%).

Таким образом, в результате анализа выявлено, что у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки в 24 % случаев возникает абдоминальная хирургическая патология, требующая расширения объема выполняемого вмешательства с привлечением специалиста – врача – хирурга.

ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Корнеева Е.В.

Россия, г. Сургут, БУ ХМАО-Югры Сургутский государственный университет

Цель исследования – определить частоту встречаемости гиперпластических процессов у женщин с метаболическим синдромом в перименопаузальном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 156 женщин в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст – 46,3±0,6

лет), находящихся в менопаузе (средняя продолжительность $7,5 \pm 0,5$ лет). Оценка метаболического синдрома проведена согласно рекомендованных критерий ВОЗ (1998). У 71,8% женщин наблюдалась повышенная толерантность к глюкозе и инсулинорезистентность (средний уровень глюкозы натощак составил $6,2 \pm 0,34$ ммоль/л, с нагрузкой $8,54 \pm 0,25$ ммоль/л, среднее значение индекса НОМА- 3,5; индекса Саго – 0,26). У 28,2% – был выявлен сахарный диабет 2 тип. У 93,6 % женщин встречалась артериальная гипертензия (среднее АД $145/95 \pm 10$ мм рт.ст.). 2/3 пациенток имели избыточную массу тела (средний ИМТ $29 \pm 1,5$ кг/м², ОТ/ОБ > 0,95). У большинства женщин в крови была определена гипертриглицеридемия (среднее значение – 2,4 ммоль/л). Из анамнеза женщины с признаками метаболического синдрома имели клинические особенности в виде большей частоты нарушений менструального цикла (48%), отягощенной наследственности (34,6%) и нарушений репродуктивной функции (20,5%). Исследование состояния эндометрия осуществлялось трансвагинальным датчиком 6.5 мГц. У 42 (26,9%) женщин были проведены гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание полости матки при наличии эхографических признаков патологии эндометрия (средняя толщина М-эхо в менопаузе превышала более 5 мм). Точность определения наличия патологии эндометрия составила 81%, у этих 34 пациенток был выявлен гиперпластический процесс. У 9% обследованных пациенток при толщине М-эхо более 8 мм была выявлена гистологическая картина атрофичного эндометрия. Спустя 9-12 месяцев 2 женщины обратились с жалобами на эпизоды кровянистых выделений из половых путей. При контрольном ультразвуковом исследовании было выявлено повторное утолщение М-эхо до 6 мм и по результатам гистологии при повторной гистероскопии и раздельном диагностическом выскабливании – гиперплазия эндометрия. Данным больным рекомендовано введение внутриматочной системы «Мирена». В процессе динамического контроля в течение 2-х лет рецидивов кровотечения не было, и толщина М-эхо оставалась в пределах 2-3 мм в виде гиперэхогенной линии.

Таким образом, женщин в перименопаузальном периоде с проявлениями метаболического синдрома следует выделять в группу повышенного риска по развитию гиперпластических процессов и рака эндометрия и проводить динамический контроль.

РОЛЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

Беляева Е.В., Андреева Н.А.

Россия, г. Саранск, ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарева», медицинский институт, кафедре акушерства и гинекологии

Метод цитологического исследования, впервые примененный в онкогинекологической практике А. Бабасом (1982), получил широкое распространение. Он дает возможность не только изучать состояние клеток при различных патологических процессах, но и наблюдать за больными в динамике.

Цель нашей работы. Оценка цитологических данных у больных злокачественными опухолями яичников, находящихся в состоянии клинической ремиссии (пунктаты и смывы с брюшины дугласова пространства) после успешного первичного лечения.

Материалы и методы исследования. Нами было проанализированы клиничко-морфологические данные о 80 больных злокачественными опухолями яичников, находящихся в ремиссии после первичного комбинированного лечения. Средний возраст больных составил $55,3 \pm 1,3$ г, большинство (75,1%) – женщины в постменопаузе. В период первичного лечения ранние стадии заболевания были зарегистрированы у 12,5% больных, а поздние – у 87,5%. У 46,8% больных имелся асцит, у 3,9% – гидроторакс и у 13,0% больных отмечено сочетание асцита и плеврита. Всем больным в процессе наблюдения выполняли пункции заднего свода влагалища и цитологическое исследование пунктатов. Всего было произведено 180 пункций. При этом в 50% случаях пункции выполнены в первый год после окончания первичного лечения, в 25% – во второй и в 25% – в течение 3 – 5 лет. По состоянию на момент обследования ремиссия продолжалась у 35 из 80 больных (44,8%), а у 45 (56,2%) наступил рецидив заболевания. Из 45 больных на первом году рецидив (обнаружение опухолевых клеток в пунктатах и смывов дугласова пространства) наступил в 60% случаев, на втором году – в 26,6%, на третьем – в 8,8% и в течение 4 – 5 лет – по 1 наблюдению в год (4,4%). Следует отметить, что позитивные цитологические данные при I – II стадиях процесса встречались значительно реже, чем при III – IV. Кроме того, выявлена закономерность к увеличению частоты обнаружения опухолевых клеток, у больных с асцитом и плевритом, по отношению к больным без выпотов в серозных полостях (35,7% и 22,1% соответственно). Положительные цитологические находки на фоне ремиссии заболевания отмечались независимо от варианта первичного лечения. Однако отмечена тенденция к повышению случаев позитивной цитологии при лечении «химиотерапия+операция» (51,4%) по сравнению – «операция+химиотерапия» (29,1%). Интересен и тот факт, что частота обнаружения опухолевых клеток не зависела от объема операции, по-

сколькo при выполнении так называемых операций выбора у 35,5% больных на фоне ремиссии возникает рецидив, очевидно, необходимо учитывать и степень её радикальности. Следует отметить, что нет существенного различия в частоте выявления опухолевых клеток у больных, получающих в период первичного лечения моно- или полихимиотерапию (30,1% 25,3% соответственно).

Вывод. Цитологический метод исследования можно успешно использовать при прослеживании больных в состоянии ремиссии после первичного лечения, с целью подтверждения продолжения ремиссии или для диагностики рецидива заболевания. Особенно важно проведения цитологии с интервалом, не менее 3 месяцев, на протяжении первых трех лет после лечения.

КОНТРАЦЕПЦИЯ И ИНФЕКЦИИ ВЛАГАЛИЩА – ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Белякина И. В., Кира Е.Ф.

*Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ
ГРФ Национальный медико-хирургический центр им. Пирогова
Н.И. , Медицинский центр «Карс» Москва*

Нормальное функционирование микроэко системы влагалища является маркером здоровья и благополучия женщины. Влияние методов контрацепции на микробиоценоз, методы лечения и профилактики инфекционных заболеваний внутренних женских половых органов послужили целью нашего исследования.

Материалы и методы исследования: обследовано 438 женщин в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст составил 31,2 года) принимающих КОК (n-190), использующих внутриматочную контрацепцию (n-60), внутривлагалищное кольцо НоваРинг (n-30), презервативы (n-50), спермициды (n-40), биологический метод (n-50) и хирургическую стерилизацию (n-18).

Были проведены качественные и количественные бактериоскопические и бактериологические исследования материала цервикального канала и влагалища, PSR – диагностика STD. Период наблюдения составил от 6 до 24 месяцев.

Результаты и их обсуждения: установлено, что во влагалище у женщин ассоциации микроорганизмов соответствующие бактериальному вагинозу (БВ) выявлены в группе ВМС у 14(23,3%), применявших НоваРинг у 14(46,7%), спермициды у 4(20%), презервативы у 4(8%), КОК у 9(4,7%), биологический метод у 4(13,3%), хирургическую стерилизацию у 1(5,6%). Неспецифический вагинит (НВ) вследствие аллергической реакции на смазку и латекс в группе женщин, использующих презервативы выявлен у 3(6%) и у 2(6,7%) в группе НоваРинг. Вульвовагинальный кандидоз(ВВК) в исследуемых 7 группах диагностирован у 56(12,8%) женщин. Воспалительные заболевания органов малого таза(ВЗОМТ) развились у 11(18,3%) пациенток.

В вышеуказанных группах женщин с инфекционными заболеваниями половых органов, возникших на фоне того или иного способа контрацепции, лече-

ние начиналось с отмены контрацепции и проведения терапии: при НВ свечи Депаптол – вагинально 6 дней, свечи Полижинакс – вагинально 6 дней. При ВВ: Клиндацин крем вагинальный 6дней, Флюкостат 150 мг однократно (в группе НоваРинга исключительно системно –Метронидазол 500мг два раза в день 7дней, Флюкостат 150 мг однократно). При ВВК: свечи Гексикон вагинально 5 дней (в группе НоваРинг: Флюкостат150мг), ВЗОМТ-Аугментин 375мг три раза в день, Юнидокс солотаб 100мг два раза в день 7 дней, Флюкостат 150мг на 3 и 6 день антибиотикотерапии.

Выводы: Применение контрацептивных средств не безразлично для состояния микробиоценоза влагалища. Лечение инфекционных заболеваний половых органов на фоне контрацепции имеет свои особенности.

С целью профилактики и ранней диагностики инфекционной патологии влагалища нами предлагается проведение контроля микробиоценоза через три месяца использования контрацепции.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ НА ПРИМЕРЕ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ

Блох М.Е, Печникова Е.Ю.

*Россия, Москва, медико-психологическая клиника
«Семья с плюсом»*

Функционирование репродуктивной системы по сравнению с другими функциональными системами организма начинается значительно позже, в том возрасте, когда уже сложились характерологические особенности и личностные свойства человека. В настоящем сообщении мы обратимся к эндокринным нарушениям регуляции репродуктивной системы женщин. У женщин в процессе становления репродуктивной функции должны сформироваться две взаимосвязанные части репродуктивной сферы: родительская (материнская) – обеспечивающая вынашивание, рождение и воспитание ребенка, и половая (сексуальная) – обеспечивающая половое поведение и зачатие (Г.Г. Филиппова). И та, и другая часть формируются в процессе онтогенеза и обе они имеют свои определенные стадии развития. Нарушение или искажение стадий развития приводит к специфическим нарушениям регуляции репродуктивной функции, при этом особенности нарушений будут связаны с тем, какие нарушения произошли на определенных стадиях развития родительской и половой частей репродуктивной сферы женщины. Если есть количественное или качественное нарушение в онтогенезе родительской сферы, то, как показывает опыт нашей клинической работы, на соматическом уровне мы обнаружим расстройство овуляции, которые на физиологическом уровне могут реализоваться и как болезни репродуктивной сферы, и как экстрагенитальные заболевания, приводящие к расстройству овуляторной функции. Если же нарушения были связаны с ощущением и восприятием себя как женщины (сексуальная сфера), то расстройства будут связаны с ощущениями в период менструации и харак-

тером кровопотери (болезненные, скудные, длительные, обильные выделения и т.п.). Опыт нашей работы свидетельствует, что при диагностике и лечении эндокринных расстройств женской половой сферы всегда необходима помощь психологов (психотерапевтов), которая будет направлена на выявление и коррекцию нарушений родительской и сексуальной сфер женщины. В качестве примера приведем клинический случай пациентки Н. с диагнозом вторичная аменорея. Предполагаемые причины нарушений по результатам психологической диагностики: инфантильная личностная позиция, отсутствие сепарации с собственной матерью, как следствие женщина демонстрирует неготовность к взрослой позиции женщины-матери. Воспитание в семье осуществлялось по типу воспитания мальчика, как следствие обнаруживается нарушение полоролевой идентификации. Мишенями коррекционной психотерапевтической работы явились: инфантильность пациентки, отсутствие сепарации с матерью, принятие себя как женщины, неудовлетворенность отношениями с партнером. В ходе психотерапевтической работы была достигнута личностная зрелость, произошла сепарация от матери, сформировалось принятие своей сексуальности и женской роли. Катамнез в течение 1,5 лет: менструальная функция восстановилась, пациентка отмечает удовлетворенность в женско – мужских отношениях.

СООТНОШЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА

Боронбаев А.К.

*Татарстан, г. Казань, Медицинская Академия,
Кафедра акушерства и гинекологии №1*

Медицинский аборт в первом триместре беременности является одной из самых распространенных операций в гинекологической практике, имеющей значительное количество интра и послеоперационных осложнений. Одним из осложнений аборта является нарушение гормонального фона, что проявляется дисплазией шейки матки, эндометриозом (аденомиоз), лейомиомой, фиброзно-кистозной болезнью, а так же является фактором риска развития рака шейки матки и рака молочной железы.

В обзорной статье обобщены данные публикаций последних лет, посвященных изучению метаболизма эстрогенов в связи с развитием вышеописанных осложнений. Большинство исследователей установлено, что прогностически более достоверным в отношении риска развития гормонозависимых онкозаболеваний является соотношение метаболитов эстрогенов в моче – 2-гидроксистерона (2-ОНЕ1) и 16-гидроксистерона (16-ОНЕ1), где 2-гидроксистерон – метаболит, обладающий слабым эстрогеновым действием и не оказывающий пролиферативного действия и напротив 16 -гидроксистерон – «агрессивный» метаболит с онкогенным потенциалом.

Цель исследования: изучить соотношение метаболитов эстрогенов у женщин после перенесенного ар- тифициального аборта.

Материал и методы исследования: соотношение метаболитов эстрогенов определялось в моче у 72 жен-

щин (20 женщин после мини – аборта, после хирургического – 25, медикаментозного – 27) через 2, 4 и 6 месяцев после перенесенного аборта. Группу сравнения составили 12 здоровых женщин, без абортов в анамнезе.

Комбинированные оральные контрацептивы были назначены 15 женщинам после каждого вида аборта в течении от 3 до 6 месяцев, остальные – КОК не принимали.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что у 65 (90,5%) пациенток содержание 16а-ОНЕ1 в 2 и более раз превышало содержание 2-ОНЕ1.

При исследовании соотношения метаболитов эстрогенов через 2, 4 и 6 мес. результаты были однотипными. После медикаментозного и мини – аборта отмечено резкое снижение показателей с тенденцией к повышению, к 6 месяцу наблюдения (от 0,8 до 1,0 и от 0,9 до 1,26). Но этот уровень по – прежнему оставался существенно ниже значений здоровых пациенток. Аналогичная картина наблюдалась у женщин после хирургического аборта.

Наиболее низкие показатели соотношения метаболитов (от 0,47 до 0,8) без тенденции к повышению оставались у женщин с миомой тела матки (6) и мастопатией (8), независимо от вида аборта, тогда как у здоровых — 2,1. Применение КОК после аборта не привело к нормализации соотношения метаболитов эстрогенов за весь период наблюдения.

Таким образом любой вид медицинского аборта, включая медикаментозный, вероятно, способствует нарушению метаболизма эстрогенов, с увеличением фракций 16а-ОНЕ1, что формирует риск развития гормонозависимых заболеваний.

ЯРИНА КАК МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Борщева А.А., Перцева Г. М.,
Каплиенко Л. П., Илюхина О. В.**

*Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО РостГМУ,
женская консультация БСМП №1*

Актуальность. Комбинированные оральные контрацептивы – один из наиболее эффективных методов предупреждения нежелательной беременности. Несмотря на доступность и удобства применения КОК, многие женщины отмечают их побочные действия, а именно, прибавку массы тела, снижение либидо, головную боль, нагрубание молочных желез, эмоциональную напряженность, повышение АД. Поэтому поиск КОК с меньшим количеством отрицательных эффектов является актуальным. Последнее время все большую популярность приобретает КОК Ярина – низкодозированный, монофазный, комбинированный препарат с антиминералокортикоидными и антиандрогенными свойствами.

Целью данного исследования явилось изучение противозачаточного эффекта препарата у женщин с

хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов применения КОК Ярина у 47 женщин, состоящих на диспансерном учете по поводу воспалительных заболеваний половой сферы. Возраст, социальный статус, сексуальная активность, анамнестические данные у всех женщин были идентичными. Для оценки состояния здоровья использовали общеклинические, биохимические, ультразвуковые методы исследования. Противопоказаний к применению препарата у данных женщин выявлено не было. Препарат применялся по стандартной схеме в течение шести месяцев.

Результаты исследования. На фоне применения препарата Ярина ни у одной из женщин не отмечалось мажущих кровянистых выделений из половых путей и прорывных маточных кровотечений. Рецидив воспалительного процесса возник у 3(6,4%) женщин из 47; у 2(4,2%) было нагрубание молочных желез; у 4(8,5%) увеличилась масса тела; у 3(6,4%) периодически возникала головная боль. Контрацептивный эффект составил 100%. Одним из положительных моментов действия препарата явилось отсутствие его влияния на АД (в течение шести месяцев наблюдения ни у одной пациентки не было отмечено достоверных изменений цифр артериального давления); ни одна женщина не предъявила жалобы на возникновение предменструальных симптомов.

Выводы. Исходя из вышеизложенного следует, что Ярина является надежным противозачаточным препаратом и обладает хорошей переносимостью. Несмотря на незначительные побочные эффекты, препарат успешно можно использовать у женщин с хроническими воспалительными процессами. А отсутствие гипертензивного действия препарата свидетельствует о потенциальной возможности его применения у женщин с сердечно-сосудистой патологией (в частности с повышенным артериальным давлением).

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

**Брусницина В.Ю., Чистякова Г.Н., Газиева И.А.,
Ремизова И.И., Кузнецова Т.А.**

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Актуальность проблемы Наружный генитальный эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Боль, нарушение менструального цикла и бесплодие – это неотъемлемые спутники патологии. Данные многочисленных научных исследований говорят о том, что генитальный эндометриоз справедливо рассматривается как типичный представитель мультифакториальных заболеваний, в появлении, прогрессировании и рецидивах которого участвует иммунная система. Связанный с эндометриозом воспалительный ответ, тканевые изменения и неопластический процесс зависят от пе-

ритонеальных макрофагов и их секреторных продуктов – цитокинов (Calhaz-Jorge et al., 2000). Рядом исследователей было показано, что ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 и ФНО вовлечены в патогенез эндометриоза (McLaren et al., 1997; Koninckx et al., 1998; Zeyneloglu et al., 1998; Garcia-Velasco and Arici, 1999; Iwabe et al., 2000; Mass et al., 2001). Не существует единой точки зрения по цитокиновому статусу как в перитонеальной жидкости, так и в периферической крови, а также по их взаимосвязи у пациенток с перитонеальным эндометриозом.

Цель исследования. Изучение цитокинового профиля в перитонеальной жидкости у пациенток с наружным генитальным эндометриозом.

Материалы и методы. Были обследованы 35 больных, прооперированных в гинекологическом отделении ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий». Всем пациенткам проведена лечебно-диагностическая лапароскопия с использованием оборудования фирмы «Richard Wolf». Во время операции у 17 пациенток выявлен наружный генитальный эндометриоз, а у 18 – доброкачественные новообразования яичников (зрелые тератомы и простые кисты яичников). Во время операции проводился забор перитонеальной жидкости пункционной иглой, введённой через троакар. Собранные образцы перитонеальной жидкости хранились в морозильной камере при температуре -18°C. Постановка реакции осуществлялась одномоментно. Определение уровней ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, фактора некроза опухолей α и интерферона γ в нативной перитонеальной жидкости осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) на планшетном фотометре Мультискан МСС/340 фирмы «Labsystems» (Финляндия) с использованием наборов «Вектор Бест» (Россия) согласно прилагаемой к наборам методике.

Результаты. При сравнении уровней цитокинов в нативной перитонеальной жидкости в группе больных эндометриозом выявлены более низкие уровни ИЛ-4, ФНО α и ИФН γ по сравнению с теми больными, у которых этого заболевания не было. Выявлена также тенденция к увеличению продукции ИЛ-6 и ИЛ-8, причём различие в показателях по ИЛ-8 было достоверным ($p=0,02$). Известно, что именно ИЛ-8 является мощным стимулятором неопластического процесса, активация которого является одним из звеньев патогенеза эндометриоза.

Выводы. Полученные на предварительном этапе результаты подтверждают существование особенностей цитокинового профиля в перитонеальной жидкости у больных наружным генитальным эндометриозом и возможность лечения этого заболевания с применением препаратов цитокинов и ингибиторов неопластического процесса.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Брюхина Е.В., Нужнов С.Г., Усольцева Е.Н.
Россия, г. Челябинск, ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава

Актуальность. Миома матки является самой распространенной патологией среди всех заболеваний женской половой сферы и составляет от 10% до 30%. В настоящее время активно изучается качество жизни (КЖ) женщин при различных гинекологических заболеваниях, в том числе и при миоме матки. Любые инвазивные вмешательства оказывают более или менее выраженное отрицательное влияние на КЖ больных. Однако, КЖ при органосохраняющих методах лечения остается недостаточно изученным аспектом.

Цель исследования. Оценить динамику показателей качества жизни у женщин с миомой матки репродуктивного возраста в зависимости от методов лечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 109 женщин в возрасте от 18 до 45 лет в клинике УГМАДО. Критериями включения в исследование были пациентки с наличием миомы матки в репродуктивном возрасте и отказ от оперативного лечения. Критерии исключения – возраст женщин старше 45 лет и наличие противопоказаний к гистерэктомии и эмболизации маточных артерий (ЭМА). Были выделены четыре группы: I группа – 53 пациентки, которым была проведена ЭМА; II группа – 15 женщин, которые получали гормональное лечение (агонисты гонадотропин ризинг-гормонов в непрерывном режиме в течение 3 – 6 месяцев); III группа включала 24 пациентки, получавшие негормональное лечение (индол-3-карбинол по 4 капсулы/сут. с эпигаллокатехин-3-галлатом по 4 капсулы/сут. в непрерывном режиме в течение 3 – 6 месяцев); IV группа – 17 женщин, которым не проводилось лечение (отказ пациенток и отсутствие материальных возможностей для терапии). В процессе исследования заполнялась специальная карта наблюдения, в которой фиксировались медико-социальные данные. Для оценки КЖ мы применяли стандартизированные общие опросники: SF-36, который состоит из 36 вопросов и содержит 8 шкал, ответы выражаются в баллах от 0 до 100. Опросник EQ-5D состоит из двух частей: первая часть представлена как индекс здоровья, вторая часть имеет визуально-аналоговую шкалу – «термометр здоровья», который оценивается от 0 до 100 баллов. Данные опросники заполнялись пациентками самостоятельно в присутствии исследователя, в I группе применялись при первом обращении до ЭМА, сразу после манипуляции (1-3 сутки), через 1, 3, 6 и 12 месяцев после начала обследования; во II, III и IV группах – применялись при первом обращении, через 3, 6 и 12 месяцев после начала обследования. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием программы SPSS 12.0.

Полученные результаты. По данным общего опросника SF-36 у женщин было выявлено в I группе – значительное улучшение физического функционирования – с $78,0 \pm 21,5$ до $92,4 \pm 10,3$ баллов ($p < 0,05$); ролевого физического функционирования – с $66,7 \pm 28,5$ до

$92,6 \pm 14,7$ баллов ($p = 0,001$) и ролевого эмоционального функционирования – с $69,2 \pm 30,0$ до $84,4 \pm 24,8$ баллов ($p < 0,05$); снижение показателя боли – с $43,8 \pm 21,1$ до $35,7 \pm 16,2$ баллов ($p = 0,002$). По жизнеспособности, социальному функционированию и психологическому здоровью не было выявлено особо значимых изменений до и после лечения. Было отмечено снижение показателя общего здоровья – с $58,1 \pm 13,2$ до $52,4 \pm 7,7$ баллов. Во II группе показало снижение физического функционирования – с $84,7 \pm 18,0$ до $77,5 \pm 17,7$ баллов; ролевого физического функционирования – с $84,6 \pm 29,8$ до $62,5 \pm 53,0$ баллов; жизнеспособности – с $61,7 \pm 7,2$ до $55,0 \pm 7,1$ баллов ($p < 0,05$); социального функционирования – с $46,7 \pm 7,4$ до $37,5 \pm 17,7$ баллов и ролевого эмоционального функционирования – с $76,9 \pm 28,5$ до $33,3 \pm 18,3$ баллов. Увеличение показателей боли – с $34,3 \pm 17,2$ до $40,0 \pm 14,1$ баллов и общего здоровья – с $56,3 \pm 11,1$ до $60,0 \pm 7,1$ баллов. Показатель психологического здоровья остался без изменений до и через 12 месяцев наблюдения. В III группе было отмечено улучшение физического функционирования – с $80,9 \pm 19,7$ до $95,0 \pm 7,1$ баллов ($p = 0,005$); ролевого физического функционирования – с $82,4 \pm 24,6$ до $100,0 \pm 0,0$ баллов; социального функционирования – с $44,3 \pm 10,7$ до $50,0 \pm 17,7$ баллов; ролевого эмоционального функционирования – с $83,3 \pm 23,6$ до $100,0 \pm 0,0$ баллов и психологического здоровья – с $59,6 \pm 8,5$ до $70,0 \pm 2,8$ баллов. Снижение показателей боли – с $37,1 \pm 12,0$ до $35,0 \pm 20,7$ баллов и общего здоровья – с $55,0 \pm 6,9$ до $45,0 \pm 7,1$ баллов. По жизнеспособности не было выявлено особо значимых изменений до и через 12 месяцев. В IV группе – снижение ролевого физического функционирования – с $86,8 \pm 20,0$ до $75,0 \pm 17,7$ баллов; боли – с $22,0 \pm 11,4$ до $20,0 \pm 14,1$ баллов; общего здоровья – с $59,1 \pm 12,1$ до $55,0 \pm 7,1$ баллов; социального функционирования – с $43,4 \pm 9,0$ до $37,5 \pm 7,2$ баллов и ролевого эмоционального функционирования – с $78,4 \pm 26,2$ до $33,3 \pm 47,1$ баллов. Увеличение показателей жизнеспособности – с $52,6 \pm 7,9$ до $60,0 \pm 3,5$ баллов и психологического здоровья – с $61,2 \pm 9,8$ до $84,0 \pm 2,8$ баллов. Показатель физического функционирования остался без изменений. По общему опроснику EQ-5D состоящего из индекса здоровья и визуально – аналоговой шкалы были получены следующие данные до и через 12 месяцев наблюдения в I группе: индекс здоровья – с $0,59 \pm 0,28$ до $0,88 \pm 0,1$; по шкале – с $57,1 \pm 20,77$ до $83,5 \pm 12,79$ баллов ($p = 0,001$). Во II группе – индекс здоровья составил с $0,82 \pm 0,13$ до $0,71 \pm 0,07$; по шкале – с $77,2 \pm 14,98$ до $67,5 \pm 10,61$ баллов. В III группе: индекс здоровья – с $0,74 \pm 0,17$ до $0,92 \pm 0,11$; по шкале – с $69,2 \pm 18,83$ до $75,0 \pm 21,21$ баллов. В IV группе: индекс здоровья – с $0,86 \pm 0,12$ до $0,73 \pm 0,2$; по шкале – с $71,4 \pm 13,99$ до $50,0 \pm 24,75$ баллов.

Выводы. Исследование КЖ – простой, надежный и эффективный инструмент оценки состояния больной до лечения, в ходе лечения и после лечения. Сравнительный анализ КЖ пациенток с использованием общих опросников SF-36 и EQ-5D указывает на то, что ЭМА и негормональное лечение миомы матки приводит к повышению уровня физического и психологического комфорта женщин, сопровождается улучшением состояния пациенток. Снижение же показателей КЖ при гормональном лечении связано с большим количеством побочных эффектов и осложнений. Таким образом, ЭМА и негормональное лечение миомы матки оказывает положительное влияние на КЖ пациенток.

Показатели КЖ обладают независимой прогностической ценностью и могут быть использованы при выборе стратегии лечения женщин с миомой матки. Разработка концепции исследования КЖ в клинической медицине позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики «лечить не болезнь, но больного».

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бызова Т.Е., Севостьянова О.Ю.,
Сударикова Е.Г., Чистякова Г.Н.
Россия, г.Екатеринбург,
ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов и диагностируется у 20-25% женщин репродуктивного возраста. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью оптимизации тактики ведения пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки для сохранения репродуктивного потенциала. Целью нашей работы явилось выявление клинико-лабораторных особенностей пациенток с различными морфологическими вариантами лейомиомы матки.

Таблица 1

Иммунологические показатели периферической крови, используемые для прогноза морфологического варианта лейомиомы матки, $M \pm m$

Показатели	Контрольная группа n=30	1-ая подгруппа n=27	2-ая подгруппа n=33	p
CD4+, 109/л	0,77±0,04	1,60±±0,07 *	1,21±±0,11*	<0,01
CD8+, %	27,83±0,86	22,55±±1,16*	28,17±±1,31	<0,05
НСТ тест, %	13,07±1,98	9,24±±0,89 *	6,96±±0,92*	<0,05
СН/50, усл. ед.	41,20±1,24	45,08±±2,10	53,55±±1,67 *	<0,001
TNF-α, пг/мл	20,25±3,67	73,62±±4,26 *	47,26±±7,75*	<0,001

ПРИМЕЧАНИЕ: n – число наблюдений; p – достоверность различий между показателями 1-ой и 2-ой подгруппы по t-критерию Стьюдента; * – достоверность различий между показателями контрольной группы и исследуемых подгрупп при $p < 0,05$.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Валиуллина Н.З., Кульмухаметова Н.Г., Габитова Л.Р.,
Озерчук А.Ф., Рахматуллина Г.Р.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Эффективность лечения диффузных доброкачественных заболеваний молочных желез (ДДЗМЖ), как мастопатия, в настоящее время остается недо-

Материал и методы

Исследуемую группу составили 190 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки, которым проведено оперативное лечение в гинекологической клинике ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» в период с 2003 по 2008 гг., по результатам гистологического исследования операционного материала выделены две подгруппы. Первую подгруппу составили 83 пациентки с непролиферирующей (простой) миомой матки. Вторая подгруппа объединила 107 пациенток с пролиферирующей формой заболевания. Контрольную группу составили 30 соматически здоровых женщин с нормальной репродуктивной функцией.

Иммунологическое исследование крови пациенток включало определение относительного содержания лимфоцитов, общей комплементарной активности сыворотки крови (СН/50), функциональной активности лейкоцитов в спонтанном НСТ-тесте, содержание туморо-некротического фактора (TNF- α), вычисление абсолютного содержания CD4+-лимфоцитов.

Результаты и выводы нами были выявлены диагностически значимые признаки пролиферирующего варианта опухоли. К ним относятся оптимальный репродуктивный возраст (18-35 лет), невынашивание беременности в анамнезе. Из клинических проявлений – болевой синдром, интерстициальная локализация опухоли, размеры опухоли более 5 см. Иммунологические показатели периферической крови имеют достоверные различия в подгруппах (табл.1).

Таким образом, на дооперационном этапе возможно прогнозирование морфологического варианта лейомиомы матки, что позволяет выбрать оптимальную тактику ведения у пациенток репродуктивного возраста.

статочной, несмотря на использование современных медицинских препаратов и технологий. Разработка новых методик терапии ДДЗМЖ, с более выраженным эффектом по сравнению с используемыми лекарственными препаратами является актуальной. Гирудотерапия достаточно широко применяется в лечении различных заболеваний, однако эффективность ее в лечении ДДЗМЖ изучена не достаточно. Основанием для предложения данной методики являются свойства секрета слюнных желез медицинской пиявки, обладающей анальгезирующим, спазмолитическим, противовоспалительным, тромболитическим, реологическим, антикоагуляционным,

противоотечным действием. Целью исследования явилось повышение эффективности лечения диффузной мастопатии путем включения в терапевтический комплекс курса гирудотерапии. Для реализации поставленной цели решались следующие задачи: оценить клиническую эффективность стандартного курса лечения (мастодинон, циклодинон, гелариум, гормонотерапия) и включение в курс лечения больных с мастопатией гирудотерапии. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения мастопатии у 87 пациенток с гинекологической патологией. 45 пациенток получали стандартный курс лечения мастопатии (контрольная группа), у 42 женщин (основная группа) в курс лечения была включена гирудотерапия. Обе группы были сравнимы по возрасту (от 19 до 45 лет), соматическому, гинекологическому статусу, а также по исходным показателям УЗДГ с доплерографией, данным маммографии, а также по исходным показателям в системе гемостаза. Было проведено цитологическое исследование асператов. Лечение пиявками проводили по оригинальной методике, используя на один сеанс от двух до шести пиявок, количество процедур от пяти до десяти, с интервалом между ними 42-72 часа. Во всех случаях наблюдения был использован единый план терапии с учетом индивидуальных особенностей течения болезни. Пиявки приставляли на копчик, пупок, печень, правую подвздошную и паховые области, нижние отделы живота, своды влагалища и шейку матки. Если же уменьшение болезненных ощущений оказывалось недостаточным и пациентки чувствовали себя некомфортно, то пиявки приставляли местно, вокруг соска, на область пигментного ареола, а также над увеличенными лимфатическими железами в подмышечных впадинах. При оценке клинической эффективности установлено, что скорость регресса болевого синдрома в основной группе была выше: на 14 сутки лечения боли купировались у 70 % женщин основной и 40% контрольной групп, на 20 сутки у 92,5 % и 77,5 %, соответственно наблюдалось уменьшение объема и плотности желез. Частота рецидивов болевого синдрома, неоднородность структуры желез, увеличение объема в течении года в основной группе составили 17,5% , в контрольной 47,5%.

Оценка результатов лечения оказалась следующей: хороший эффект при использовании гирудотерапии отметили 80% пациенток, при стандартном лечении 62,5%, удовлетворительный результат был у 30% и 20% соответственно. Недостаточную эффективность терапии отметили 7,5% женщин, получивших стандартное лечение. При исследовании локального гемостаза выявлено достоверное преимущество гирудотерапии перед стандартным курсом лечения в коррекции нарушений коагуляции в виде различных вариантов тромбофилии. Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности включения медицинской пиявки в комплекс лечебных мероприятий у пациенток с диффузными доброкачественными заболеваниями молочной железы. Данная методика способствует регрессу клинических проявлений, уменьшению частоты рецидивов, более выраженным положительным изменениям в молочной железе, а также в системе гемостаза.

ПРОБЛЕМА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Васильев Л.Е., Кулавский В.А., Архипов В.В.

*Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова,
Башкирский государственный медицинский университе,
г. Уфа*

На сегодняшний день проблема спайкообразования остается актуальной, так как нет гарантированного метода профилактики. Данная проблема имеет большое значение и в гинекологии, так как связана с высокой частотой тазовых болей и трубноперитонеального бесплодия. Процесс спайкообразования имеет каскадный (поэтапный) характер. Структурно спайки представлены нерастворимыми коллагеновыми волокнами, которые являются как бы каркасом и полимерфibrиновым гелеобразным матриксом, располагающимися как на поврежденных так и на здоровых участках.

Процесс спайкообразования определяется генетически детерминированным полиморфизмом по фенотипу фермента N- ацетилтрансферазы. По активности этого фермента люди делятся на 2 типа: с фенотипом быстрого ацетилирования и медленного. У 1-го типа процесс спайкообразования превалирует над процессом их лизиса. У таких больных можно прогнозировать в послеоперационном периоде выраженный процесс спайкообразования. У 2-го типа – наоборот, и у них в послеоперационном периоде процесс спайкообразования незначителен или отсутствует.

Были обследованы 27 больных с повторными оперативными вмешательствами по поводу различных гинекологических заболеваний на предмет спайкообразования. Кроме общепринятых возрастных, профессиональных и социальных факторов учитывались факторы, по которым можно было судить о наличии или отсутствии спаечного процесса в малом тазу:

- анамнестические данные (характер болей и время их появления после 1-ой или последующих операций, наличие или отсутствие болевого синдрома)
- наличие или отсутствие симптомов спайкообразования (трубноперитонеальное бесплодие, явления кишечной непроходимости, нарушение функции соседних органов)
- наличие или отсутствие косвенных признаков спайкообразования по УЗИ
- Все больные были детородного возраста. В анамнезе было от 1 до 3 родов. Из перенесенных гинекологических оперативных вмешательств были:
- кесарево сечение, ампутация матки, внематочная беременность, опухоли яичников.
- лапаротомных вмешательств было 19
- лапароскопических 7

Все больные были разделены на группу с наличием клинических симптомов спайкообразования и характерными субъективными жалобами и контрольную группу у которых отсутствовали жалобы и клинические симптомы спайкообразования. Кроме того, наличие или отсутствие указанных факторов подтверждалось соответствующей шкалой качества жизни.

После лапароскопических операций (внематочная беременность, сактосальпинкс, опухоль яичника) в количестве 7 спаечного процесса не было выявлено.

но или он был незначительным. После 20 случаев повторных лапаротомий в 10 случаях был выявлен выраженный спаечный процесс который сочетался с характерными анамнестическими и клиническими данными и данными УЗИ. В 3-х случаях наличие спаечного процесса не сочеталось с анамнезом и клиникой, то есть не было жалоб и клинических проявлений. В группе контроля у больных спаечный процесс был незначительным или отсутствовал и отсутствовали характерные анамнез и клиника.

Выводы:

Лапароскопические вмешательства в гинекологии являются наименее травматичными и в техническом плане и в плане спайкообразования и должны быть методом выбора при оперативных вмешательствах при отсутствии противопоказаний.

Наличие выраженного спаечного процесса далеко не всегда приводит к нарушению функции органов, тазовым болям, трубноперитонеальному бесплодию, явлениям кишечной непроходимости. В ряде случаев качество жизни больной вообще не страдает. Исходя из этого представляется целесообразным выявление в субпопуляции лиц, подвергшихся ранее оперативному вмешательству определенного генотипа (аллельного гена), детерминирующего какой-либо фактор, определяющий интенсивность спайкообразования (так например (TNF-фактор). В дальнейшем при поступлении больной в стационар путем общедоступной реакции ПЦР в образце крови можно будет выявить или подтвердить отсутствие данного генотипа. И таким образом в послеоперационном периоде прогнозировать наличие или отсутствие спайкообразования и соответственно принимать меры по их профилактики в интра – и в послеоперационном периоде.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА

Василькова Е.В., Тетелютина Ф.К., Жуковская И.Г.

*Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и гинекологии
ФПК и ПП*

*ГОУ ВПО Ижевская государственная
медицинская академия Росздрава*

Неспецифический цервицит является одной из наиболее часто встречающихся видов генитальной инфекции у женщин репродуктивного возраста. Данной патологией страдает каждая 3-я (29%) пациентка гинекологической практики. Традиционная антибактериальная терапия оказывается недостаточной, частота рецидивов составляет 20-40%, что диктует необходимость поиска новых эффективных методов лечения.

Цель исследования: оценить эффективность интравагинального применения геля «гинокомфорт» и вагинальных суппозитория «бетадин» в сочетании с традиционной антибактериальной терапией у пациенток с хроническими неспецифическими цервицитами. Гель «гинокомфорт» созданный на основе масел чайного дерева, розы и экстракта ромашки, обладает выраженным антисептическим, противомикробным, противовоспалительным и регенерирующим действием.

Материалы и методы: обследовано 87 пациенток с хроническими неспецифическими цервицитами в возрасте от 18 до 43 лет с длительностью заболевания от 0,5 года до 3-х лет. Первую группу составили 47 женщин, которые ежедневно получали 5 г «гинокомфорта» интравагинально в течение 7 дней. Во вторую группу вошли 40 пациенток, которые использовали вагинальные суппозитории «бетадин» ежедневно 2 раза в день. Женщинам обеих групп назначалась базисная антибактериальная терапия. Применялось клиническое и гинекологическое обследование пациенток; бактериоскопическое, бактериологическое исследование цервикального секрета.

Результаты исследования: переносимость «гинокомфорта» была хорошей, побочных явлений не отметила ни одна пациентка. При использовании суппозитория «бетадин» 5 пациенток указали на чувство жжения. До лечения при микроскопическом исследовании у пациенток обеих групп отмечался высокий лейкоцитоз более 50,0 лейкоцитов ($68,7 \pm 2,3$) в поле зрения, наличие обильной смешанной микрофлоры у 66,3%, кокковой у 17,4%, палочковой у 16,3%. После проведенной терапии уровень лейкоцитоза составил у пациенток I группы $27,0 \pm 2,2$, во II группе $36,8 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). Смешанная микрофлора после лечения выявлена у 59,6±7,2% женщин I группы, палочковая у 29,8±6,7%, кокковая у 10,6±4,5%, во II группе соответственно у 82,1±6,7%; 12,8±5,3% и 5,1±3,5% пациенток ($p < 0,05$). Бактериологическое исследование показало, что при хронических неспецифических цервицитах до лечения наиболее часто в цервикальном секрете обнаруживались в титрах более 104 КОЕ/г *Gardnerella vaginalis* у 17,4% пациенток, *Staphylococcus spp.* у 16,3%, *Peptostreptococcus spp.* у 12,8%, *Candida albicans* у 11,6%, *Enterococcus faecalis* у 11,6%, *Streptococcus spp.* у 9,3%, *E. coli* у 9,3%; у 24,4% женщин возбудитель не был идентифицирован. При исследовании цервикального секрета после проведенной терапии обсемененность бактериями не превышала 104 КОЕ/г у 91,5±4,1% пациенток I группы и у 69,2±7,4% женщин II группы ($p < 0,01$). Таким образом, проведенное исследование показало, что интравагинальное применение геля «гинокомфорт» и суппозитория «бетадин» в комплексной терапии пациенток с хроническими неспецифическими цервицитами характеризуется хорошей переносимостью среди женщин, обеспечивает значимое уменьшение лейкоцитоза, восстанавливает микрофлору влагалища, способствует снижению обсемененности бактериями цервикального секрета. Однако, эффективность лечения хронического неспецифического цервицита достоверно выше при интравагинальном применении геля «гинокомфорт».

ЭНДОМЕТРИОЗ И ТАЗОВАЯ БОЛЬ

Волков В.Г., Ростовцева О.О., Матвеева Н.В.

*Россия, г. Тула, ТулГУ Медицинский институт, кафедра
акушерства и гинекологии*

В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает 3-е место после миомы матки и воспалительных заболеваний органов малого таза,

однако его патогенез остается до конца неизученным. Одно из основных и социально значимых клинических проявлений эндометриоза – болевой синдром. Его составляющими являются альгодисменорея, тазовые боли, не имеющие связи с менструациями, диспареуния, а также редкие болевые симптомы – дисхезия и дизурические расстройства, цисталгии, поясничные боли. Тазовые боли различной локализации и интенсивности, возникающие в межменструальный (в том числе перивульторный) период, отмечаются у 40-90 % больных. Жалобы на диспареунию предъявляют от 25 до 50% пациенток с наружным генитальным эндометриозом.

Цель исследования: выяснить существование взаимосвязи между степенью распространенности эндометриоза и наличием синдрома тазовой боли.

Материал и методы: обследованы 50 женщин репродуктивного возраста с диагнозом эндометриоз, подтвержденным лапароскопически.

В течение предшествующих 6 месяцев ни одна из пациенток не получала гормональной терапии и лечения агонистами гонадотропных гормонов. У пациенток отсутствовала сопутствующая гинекологическая патология, связанная с синдромом тазовой боли (варикозное расширение вен малого таза, воспалительные процессы, опухоли матки и яичников неэндометриоидной природы). Были сформированы две группы в зависимости от стадии распространенности эндометриоза, согласно классификации предложенной Американским обществом фертильности (AFS). В I группу было включено 26 пациенток с перитонеальным эндометриозом I-II стадии, во II – 24 пациентки с генитальным эндометриозом III-IV стадии. Средний возраст составил – $33 \pm 2,5$ года. Оценка наличия или отсутствия болевого синдрома проводилась по стандартной методике, в предоперационном периоде (опрос больной, анализ анамнестических данных и медицинской документации). К дефинициям болевого синдрома были отнесены: альгодисменорея, диспареуния и тазовая боль, не связанная с менструацией (нециклическая тазовая боль).

Результаты: у больных I группы частота имеющегося болевого синдрома составила 73%; во II группе – 75%. В структуре болевого синдрома I группы преобладали: сочетание нециклической тазовой боли с альгодисменореей (42,1%), альгодисменорея (21%), диспареуния в сочетании с альгодисменореей (15,8%), моносимптомный болевой синдром в виде диспареунии составил (10,5%), нециклической тазовой боли 10,5%). В структуре болевого синдрома II группы преобладали сочетанные формы: нециклическая тазовая боль и диспареуния (44,4%), сочетание диспареунии с альгодисменореей (27,7%), моносимптомный болевой синдром проявлялся в виде альгодисменореи (11,1%), ациклической тазовой боли (11,1%), диспареунии (5,5%).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что среди пациенток обеих групп не выявлено значительной разницы в наличии тазового болевого синдрома, несмотря на различную степень распространенности процесса. У больных I группы основными жалобами являлась нециклическая тазовая боль и болезненные менструации. Тогда как во II группе преобладали жалобы на диспареунию на фоне нециклической тазовой боли, что можно объяснить глубиной инвазии и

спаечным процессом. По-видимому, в генезе болевого синдрома, лежат тонкие патогенетические механизмы связанные не только с активностью болезни в данный момент, но и с заинтересованностью подлежащих невралных структур, независимо от распространенности процесса, а так же успевшие сформироваться в результате былой активности патологические нейрональные связи.

Патогенетические механизмы возникновения боли при эндометриозе требуют дальнейшего изучения для поисков таргетной терапии болевого синдрома, косвенных суждений о длительности существования заболевания и соответственно прогнозирования течения болезни.

ENDOMETRIOSIS AND PELVIC PAIN

Volkov V., Rostovtseva O., Matveeva N.

Russia, Tula, Tul SU, department of Obstetrics and Gynecology

The aim of our work was to ascertain the existence of the interdependence between the extent of endometriosis and the presence of pelvic pain syndrome.

The study did not reveal significant difference in the presence of pain syndrome, regardless of stage of disease. In prospect it is necessary to explore more subtle mechanisms for the generation of pain with endometriosis.

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Волкова Н.И., Димитриади Т.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Ростовский Государственный Медицинский Университет, каф Внутренних болезней №3; Областной Консультативно Диагностический Центр

Для изучения реальной практики выявления ГА, было изучено 100 истории болезней пациенток в возрасте от 19 до 44 лет, обратившихся к гинекологу с нарушениями менструального цикла (НМЦ). Условно всех обследованных женщин разделили на 2 группы, в 1-ю группу (n=23) вошли пациентки с выявленной ГА, т.е. те у кого уровень общего тестостерона (Т общего) > 56 нг\дл, во 2-ю (n=77) те у кого уровень Т общего был в пределах нормы 9,40-56 нг\дл. Ретроспективно выяснено, что общеклиническое обследование, сбор анамнеза общий и гинекологический осмотр выполнялось всем обследованным женщинам, ИМТ подсчитывался у 75 % пациенток, подсчет гирсутного числа по шкале D. Ferriman, J. Gallwey не выполнялось ни одной пациентке, хотя всем 100 проведено тестирование уровня андрогенов. Пациенткам обеих групп было сделано 1349 исследований различных гормонов в сыворотке крови. Уровни всех андрогенов Т общ, ДГЭАС, 17-ОП и ГСПС в сыворотке крови определили только 64 % пациенток. Повышение Т общего выявлено у 23 %. При этом 42% больным исследовали уровень А4, 34% уровень Т свободного (при отсутствии стандартизированных тест-систем). Обращает на себя внимание тот факт, что при 84 определениях обще-

го тестостерона выполнено 132 теста ФСГ, 168 – ЛГ, 181 – эстрадиола. Таким образом, гормональные исследования проводятся без должных на то оснований, в различные фазы цикла и бессистемно, с использованием не стандартизированных методов, что не позволяет получить достаточной информации для установления диагноза и приводит к большим временным и финансовым тратам (в некоторых случаях сумма обследования превышала 15000 рублей, при отсутствии выявленной патологии).

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ В АНАМНЕЗЕ

Воробьев А.В.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ, Онкологический клинический диспансер №1 г. Москвы

Актуальность: Высокий процент генетических форм тромбофилии в популяции, а также наличие рецидивирующего тромбоза как частого осложнения у онкологических больных побудило провести изучение наличия связи врожденных дефектов гемостаза и рецидивирующих тромбозов у онкогинекологических больных

Цель исследования: Своевременное выявление генетических форм тромбофилии позволяет выделить группу высокого риска по тромботическим осложнениям и своевременно начать специфическую профилактику. Выявление частоты и структуры генетических форм тромбофилии у онкологических больных с тромбозами в анамнезе.

Материалы и методы исследования: Нами обследована 31 пациентка с тромботическими эпизодами в анамнезе: у 17 диагностирован рак яичников, у 8 – рак тела матки, у 6 пациенток – рак шейки матки, 24 пациентки имели семейный тромботический анамнез.

В анамнезе инфаркт миокарда у 2 пациенток, инсульт у 6, острый тромбофлебит у 9, тромбоэмболия мелких сосудов легочной артерии у 6, сочетание 2-х и более форм тромбоза у 5, тромбоз сосудов сетчатки у 3. У 11 пациенток тромбоз был диагностирован до обнаружения злокачественной опухоли, у 20 – после первичной диагностики рака. Контрольную группу составили 30 женщин с онкогинекологическим раком без тромбозов в анамнезе и с неотягощенным семейным тромбозом. Применяемые методы оценки: ПЦР исследование APC-R мутация фактора V Leiden, мутация протромбина G20210A, полиморфизм гена PAI-1 G4/G5, мутация гена MTHFR C677T, полиморфизм генов тромбоцитарных гликопротеинов: GP IIb/IIIa, GP Ia/IIa, GPIIb, GP ADP.

Результаты: В группе пациенток с рецидивирующими тромбозами было обнаружено мутация фактора V Leiden у 6 пациенток (19,4%); гомозиготная форма мутации MTHFR у 13 (41,9%); гетерозиготная форма мутации MTHFR у 16 пациенток (51,6%); мутация протромбина у 5 (16,1%); полиморфизм гена PAI-1 у

9 (29%); полиморфизм генов тромбоцитарных гликопротеинов у 14 (45,2%). В контрольной группе мутация фактора V Leiden была обнаружена у 3 пациенток (10%); гомозиготная форма мутации MTHFR у 2 (6,7%); гетерозиготная форма мутации MTHFR у 5 пациенток (16,6%); мутации протромбина обнаружено не было; полиморфизм гена PAI-1 у 3 (10%); полиморфизм генов тромбоцитарных гликопротеинов у 3 пациенток (10%).

Заключение: Более высокая частота генетических форм тромбофилии у пациентов со злокачественными новообразованиями с тромботическими эпизодами в анамнезе позволяет заключить, что наличие мультигенной формы тромбофилии и семейного тромботического анамнеза является выраженным триггером тромбозов. Таким пациентам показана перманентная антикоагуляционная терапия НМГ под контролем маркеров тромбофилии Д-димер, ТАТ, PF4.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 4% РАСТВОРА ИКОДЕКСТРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Высоцкий М.М., Манухин И.Б., Попхадзе Ш.Т.

Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета московского государственного медико-стоматологического университета

Развитие спаечного процесса после операций на органах малого таза встречается чрезвычайно часто. Однако эта патология недостаточно осознается как фактор значительного риска повторных операций и нарушений репродуктивной функции, а также интраоперационных и послеоперационных осложнений, обструкции тонкой кишки, хронического болевого синдрома в области таза и бесплодия. Частота развития спаек в малом тазу после хирургического лечения варьирует от 47% до 93%. Случаи повторного обращения по поводу осложнений, сопровождающих спаечный процесс, также являются существенной проблемой по причине занятости коечных мест, стоимости лечения, продолжительности наблюдения.

Несмотря на эффективное применение как эндоскопической техники, так и других новых методов оперативных вмешательств, частота образования послеоперационных спаек остается высокой и определяет большую актуальность этой проблемы в хирургии и гинекологии.

Учитывая, что спайки являются самым частым осложнением хирургического вмешательства на органах малого таза, а также то, что основным этиопатогенетическим звеном процесса является повреждение брюшины и организация соединительной ткани между ее листками, наиболее перспективной является разработка средств, разграничивающих раневые поверхности, а также создание единых протоколов оценки эффективности противоспаечных барьеров.

Цель исследования. Оценить эффективность применения 4% раствора икодекстрина при лечении и профилактике спаечного процесса у гинекологических пациенток репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на 50 пациентках в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст $30 \pm 3,2$ года) после открытых и лапароскопических операций на органах малого таза. Было выделено 2 группы пациенток: 1 группа – 30 пациенток, у которых применялся 4% раствор икодекстрина и 2 группа – группа контроля. 10 пациенток из первой группы страдали бесплодием, связанным с выраженным спаечным процессом. При лапароскопии в горизонтальном положении операционного стола, перед извлечением параумбиликального троакара, через него с помощью инструмента для промывания/аспирации в брюшную полость вливался 1000мл 4% икодекстрина после чего параумбиликальный доступ ушивался. Во время лапаротомических операции фильтр и разъем Luer отрезался для получения гладкой трубки, конец трубки вводился в рану, которая ушивалась до трубки. После вливания 1000мл 4% икодекстрина, трубка извлекалась, и брюшная полость окончательно ушивалась. Проводилась оценка течения послеоперационного периода, скорости восстановления репродуктивной функции и отдаленных результатов оперативного лечения по поводу различных гинекологических заболеваний.

Для оценки результатов исследования использовались общеклинические, морфологические, ультразвуковые методы исследования, а также эндоскопия и кульдоскопия.

Результаты. В результате данного исследования было выявлено, что практический у всех пациенток первой группы отмечалось улучшение исходов оперативного лечения, значительно снизился риск развития спаечного процесса в позднем послеоперационном периоде, что своей стороны уменьшило риск повторных оперативных вмешательств. К настоящему моменту у 3 пациенток, страдающих бесплодием в течение полугодия после проведенного лечения 4% раствором икодекстрина наступила беременность.

Выводы. Учитывая результаты обследования, 4% раствор икодекстрина можно использовать с целью профилактики внутрибрюшных спайкообразований, что позволит избегать послеоперационных осложнений. Кроме того, этот препарат может быть эффективен при лечении бесплодия, причиной которого является спаечный процесс и при котором показано оперативное вмешательство. Использование 4% раствора икодекстрина может сократить продолжительность операций и срок пребывания пациентов в стационаре.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АМЕНОРЕЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА ЗГТ

Гависова А.А., Бурдули А.Г.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

В современной литературе большое количество публикаций посвящено изучению метаболизма костной ткани и методам ее коррекции у женщин в постменопаузе. Доказано, что остеопороз характеризуется высокими темпами потери минеральной плотности кости (МПК), достигая 14% в год, и увеличивает риск развития переломов позвоночника и дистального отдела предплечья. Роль половых гормонов в поддержании баланса процессов костного ремоделирования не подвергается сомнению (Lindsay R., Kleerekoper M., 2005). Дефицит половых стероидов в молодом возрасте (гипогонадизм) приводит к метаболическим нарушениям, в том числе снижению МПК. Предполагается, что механизм костных потерь на фоне дефицита эстрогенов при аменореях и в постменопаузе аналогичен.

Цель исследования: провести сравнительную оценку состояния МПК у пациенток с аменореями различного генеза в зависимости от приема ЗГТ.

Материалы и методы исследования: В исследование включены женщины 234 женщины с гипер- и гипогонадотропной аменореей, исключены с аменореей на фоне экстрагенитальных заболеваний (патология щитовидной железы, коры надпочечников, диабет) синдром Майера-Рокитанского-Кюстера, маточными формами. Средний возраст пациенток составил $31,8 \pm 0,7$ лет. Всем пациенткам проводилась двухэнергетическая остеоденситометрия.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного ретроспективного анализа было выявлено, что 145 (62%) пациенток принимали разные препараты ЗГТ. Поэтому было решено проанализировать состояние МПК в зависимости от приема ЗГТ. Средняя продолжительность приема препаратов ЗГТ у 145 пациенток составила $7,2 \pm 2,9$ лет. По объективным и субъективным причинам от приема гормонотерапии отказались 89 (38%) пациенток.

Анализ МПК пациенток с аменореями различного генеза показал, что среди получавших ЗГТ было достоверно больше женщин с неизменной МПК 38 (26,2% $p < 0.05$) и достоверно меньше женщин с остеопорозом – 33 (22,8% $p < 0.05$), по сравнению с женщинами не принимавшими гормонотерапию, у которых неизменные показатели МПК встречались только в 9 (10.1%), а остеопороз – в 34 (38,2%) случаях.

Анализ различных участков скелета богатых губчатым веществом, показал, что сочетание остеопороза L1-L4 и дистального отдела предплечья достоверно чаще встречалось у пациенток, не получавших ЗГТ – 10 (32,3%), по сравнению с 6 (18,2%) пациентками, получавшими препараты ЗГТ ($p < 0.05$). Менее выраженные изменения отмечались в шейке бедренной кости как в группе с ЗГТ, так и без нее,

так как кортикальная часть метаболически менее активна по сравнению с губчатым веществом.

Таким образом, полученные результаты подтверждают костнопротективное влияние ЗГТ, что, безусловно, способствует снижению частоты остеопороза и обусловленных им переломов. Применение гормонотерапии натуральными половыми стероидами – является патогенетическим видом профилактики и терапии, направленным на обеспечение сохранности костной ткани, помимо коррекции других нарушений, обусловленных дефицитом эстрогенов у молодых женщин (гипогонадизм).

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЗГТ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АМЕНОРЕЯМИ

Гависова А.А.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

Проблемы, связанные с длительной гипоестрогенией у молодых женщин, становятся особенно актуаль-

osteoporоза у женщин в постменопаузе. Однако, отсутствует единая точка зрения о профилактической и лечебной дозе половых стероидов, которая обладала бы защитными свойствами на костную ткань.

Цель исследования: оценить эффективность различных видов ЗГТ на минеральную плотность кости у женщин с аменореями по данным двухэнергетической остеоденситометрии.

Материалы и методы исследования: Группы пациенток с аменореями различного генеза были сформированы по типу принимаемой ЗГТ: в 1-ю группу (2 мг 17β-эстрадиола с 1 мг НЭТА) вошли 13 пациенток; во 2-ю группу – двойная доза эстрогенгестагенной терапии – (4 мг 17β-эстрадиола с 2 мг НЭТА) вошли 12 пациенток; 3-ю группу составили 10 пациенток (2мг эстрадиол валерата и 150мкг левоноргестрела) и группу сравнения – 12 пациенток без ЗГТ. Динамика МПК ретроспективно оценивалась методом DXA в поясничном отделе позвоночника L1-L4, шейке бедра и дистальном отделе предплечья исходно и через год от начала лечения.

Результаты: Анализ данных остеоденситометрии у пациенток, использующих ЗГТ, показал статистически достоверную прибавку МПК в исследуемых сегментах скелета. Это свидетельствует о благоприятном влиянии ЗГТ на метаболизм костной ткани (таблица 1).

Таблица 1

Динамика МПК при приеме различных комбинаций препаратов ЗГТ

Исследуемый сегмент скелета		1 группа n=13	2 группа n=12	3 группа n=10	Группа сравнения n=12
L1-L1V	Фон г/см2	0,924±0,038	0,886±0,047	0,893±0,042	0,874±0,058
	Через год, г/см2	0,959±0,036*	0,943±0,034*	0,925±0,037	0,849±0,051
	Изменение в %	4,4±0,1*	5,3±0,1* **	3,8±0,2*	-3,5±0,1
Шейка бедра	Фон, г/см2	0,974±0,054	0,963±0,078	0,972±0,072	0,956±0,053
	Через год, г/см2	0,989±0,046	0,985±0,063	0,983±0,045	0,949±0,067
	Изменение в %	2,0±0,3*	2,6±0,1* **	1,9±0,2*	-1,5±0,2
ДОП	Фон г/см2	0,423±0,028	0,401±0,037	0,419±0,051	0,412±0,064
	Через год, г/см2	0,446±0,033	0,439±0,029*	0,429±0,060	0,392±0,039
	Изменение в %	3,6±0,3*	4,1±0,1* **	3,2±0,2*	-2,5±0,2

* p<0.05 сравнение с группой контроля

** p<0.05 сравнение с группой 1

ДОП-дистальный отдел предплечья

ными, так как необходима профилактика и лечение метаболических нарушений, вызванных дефицитом эстрогенов. Выраженное снижение функции яичников сопровождается у большинства женщин развитием метаболических нарушений во многих органах и системах, в том числе и в костной ткани. Поскольку остеопороз при аменореях (гипогонадизме) характеризуется преобладанием процессов резорбции, целесообразнее использовать, в первую очередь, антирезорбтивные средства. Профилактика и терапия остеопороза при эстрогендефицитных состояниях состоит в приеме препаратов половых гормонов, возмещающих их патологический дефицит, для достижения минимально-оптимальных уровней гормонов. Заместительная гормональная терапия (ЗГТ), в течение длительного периода времени является первой линией профилактики и терапии начальных форм

При анализе данных обращает на себя внимание прибавка МПК во 2-ой группе, получавшей двойные дозы циклической ЗГТ, составив в L1-L1V и ДОП, 5,3% и 4.1% соответственно (p<0.05). В группе сравнения во всех исследуемых сегментах произошло снижение МПК с разной выраженностью. Необходимо отметить, что среди получавших ЗГТ, прибавка МПК наблюдалась у 25 пациенток, у остальных 5 костных потерь не было, что тоже свидетельствует о торможении резорбции кости при приеме ЗГТ. Полученные результаты позволяют заключить, что ЗГТ независимо от дозы и типа гестагена оказывает выраженное антирезорбтивное воздействие на костную ткань у молодых женщин с остеопенией и остеопорозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ CIN 2,3

Гаврикова М.В., Минкина Г.Н., Комарова Е.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Как по литературным данным, так и по результатам собственных исследований, 16 тип ВПЧ является наиболее распространенным у пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки – цервикальной интраэпителиальной неоплазией 2 и 3 степени тяжести (CIN 2,3). После лечения CIN 2,3 у части пациенток, по-прежнему, обнаруживаются высококанцерогенные типы ВПЧ (ВПЧ ВКР). Целью настоящего исследования явился анализ результатов генотипирования в различные сроки после лечения CIN 2,3 у ВПЧ ВКР-положительных пациенток. 157 пациенток с гистологически верифицированным диагнозом CIN 2,3 наблюдались в специализированном кабинете кафедры акушерства и гинекологии МГМСУ после процедуры петлевой электрохирургической эксцизии через 3, 6 и 12 месяцев. В период наблюдения после лечения использовались те же методы, что и для диагностики перед лечением: цитология, кольпоскопия и ВПЧ-тестирование. Для определения конкретных онкогенных типов использовалась система “Амплиценс ВПЧ ВКР генотип”. В первый постлечебный визит ВПЧ ВКР-положительными оставались 60 пациенток. Анализ данных генотипирования продемонстрировал следующие результаты: наиболее часто выявлялся 16 тип ВПЧ – у 22 (36,7%) пациенток, в два-три раза реже встречались ВПЧ 31 и 33 типов (16,7% и 13,3% соответственно). 35 и 18 типы обнаружены в 10% наблюдений. Доля других онкогенных типов в совокупности составила 13,3%, т.е. они встречались в единичных случаях. Дальнейший анализ продемонстрировал у 34 (56,7%) пациенток наличие моноинфекции, у 26 (43,3%) – коинфекции несколькими онкогенными типами вируса. Такие онкогенные типы ВПЧ как 56, 58 и 45 присутствовали только в случаях коинфекций. Среди носителей одного типа ВПЧ преобладал 16 тип (55,9%). Анализ распространенности конкретных типов вируса у ВПЧ ВКР-положительных пациенток через 12 месяцев, по-прежнему, выявил преобладание 16 типа (51,8% наблюдений), также часто обнаружены 33 тип (15,3%), 18 тип (11,6%), 51 тип (10,3%) и 31 тип (9,2%). В небольшом количестве наблюдений определялись 52, 35 и 45 типы. 56 и 59 онкогенные типы через 12 месяцев постлечебного мониторинга обнаружены не были. Таким образом, ВПЧ 16 является наиболее часто встречаемым онкогенным типом у пациенток с персистирующей инфекцией после лечения CIN 2,3.

СПОСОБ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Газазян М. Г., Иванова Т. С., Пономарева С.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, Курский Медицинский Университет, Россия

Проблема неразвивающейся беременности продолжает оставаться чрезвычайно актуальной как в клиническом, так и социальном аспекте. К одному из основных факторов, обуславливающих осложненное течение послеоперационного периода у женщин с неразвивающейся беременностью, относится неполноценная регенерация эндометрия, связанная с инфицированием матки, как правило, условно-патогенной флорой. Цель: Оценка комплексной ранней реабилитации эндометрия путем внутриматочного применения препарата «Линтекс-Мезогель» после инструментального опорожнения полости матки по поводу замершей беременности в первом триместре. Материалы и методы: Проведено комплексное обследование 80 женщин, с неразвивающейся беременностью в I триместре. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от метода лечения. Основную (первую) группу составили 30 женщин, которым сразу после инструментального опорожнения полости матки вводили 5 мл препарата «Линтекс-Мезогель» на фоне проводимой антибактериальной, утеротонической терапии и физиотерапевтических методов лечения. В группу сравнения (вторая группа) вошли 30 пациенток без применения внутриматочных средств с традиционным ведением данной категории больных. Контрольную (третью) группу составили 20 пациенток детородного возраста, которым был произведен медицинский аборт по желанию в I триместре беременности. Методы исследования: клинико-анемнестический, бактериологическое исследование микрофлоры цервикального канала, исследование внутриматочных аспирационных цитогрaмм для контроля регенерации эндометрия на 3-и сутки, 5-и сутки, 7-и сутки послеоперационного периода проводилось на микроскопе МБЛ-16 с количественным и качественным анализом сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, полибластов, моноцитов, макрофагов, эозинофилов и фибробластов при увеличении в 180, 450, 630 раз. Интерпретация результатов исследования 80 аспирационных биоптатов из полости матки основывались на классификации раневого процесса, предложенных М.Ф. Камаевой. За норму были приняты результаты исследования метроаспираатов у 20 клинически здоровых женщин после проведенного медицинского аборта по желанию на 3-и сутки неосложненного послеабортного периода (контрольная группа). Результаты. Проведенное нами исследование показало, что средний возраст женщин составил $28,2 \pm 0,5$ лет в основной группе, $27 \pm 0,4$ лет в группе сравнения и в группе контроля $27,2 \pm 0,4$ года. При поступлении в стационар пациентки сравниваемых групп жаловались на боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения из половых путей. Без жалоб поступили 8 (26,7%) женщин первой группы и 7 (23,3%) женщин второй группы, а также 100% паци-

енток группы контроля. Практически во всех группах выявлены гинекологические заболевания. В основной группе – кольпиты, эрозии шейки матки, цервициты, хронические сальпингоофориты и хронический эндометрит. В группе сравнения и контроля преобладали эрозии шейки матки, цервициты. В структуре микрофлоры цервикального канала преобладали различные штаммы стафилококков: в основной группе и группе сравнения у 7 (23,3%) и 6 (20%) больных соответственно. Также в этих группах наблюдался высокий процент лактобацилл от 12 до 17 %. В 16,7% (5) и 23,3% (7) обследуемых пациенток в I и II группе обнаружена в составе микрофлоры цервикального канала кишечная палочка. Бактерии рода *Enterococcus* идентифицированы у 3 (10%) пациенток основной группы и 4 (13,3%) пациенток группы сравнения. Микрофлора цервикального канала при бактериологическом исследовании не выделена в 10% (3) женщин. При исследовании аспирационных цитограмм на 3-и сутки послеоперационного периода морфологическая картина в основной группе соответствовала 1-й фазе регенераторного периода; в группе сравнения – дегенеративно-воспалительной фазе. Для женщин контрольной группы тип мазка соответствовал переходу из 1-й во 2-ю фазу регенераторного периода. У больных основной группы в процессе лечения на 5-е сутки происходили изменения численности нейтрофилов и лимфоцитов (соответственно с $59,1 \pm 1,2$ до $47,3 \pm 2,0$; с $20,1 \pm 1,01$ до $25,3 \pm 1,3$) и отмечалось появление фибробластов (с $4,2 \pm 0,3$; $p < 0,01$), что характерно для 2-й фазы регенераторного периода и указывало на благоприятное течение репаративных процессов. У больных группы сравнения и на 5-е сутки послеоперационного периода мазок соответствовал дегенеративно-воспалительной фазе. Только к 7-м суткам послеоперационного периода происходило снижение числа нейтрофилов (с $72,8 \pm 1,04$ до $61,1 \pm 1,9$; $p < 0,01$), увеличение количества лимфоцитов, полибластов и эозинофилов. Тип мазка при этом соответствовал 1-й фазе регенераторного периода. Таким образом, репаративные процессы в полости матки у женщин с неразвивающейся беременностью после выскабливания полости матки протекали значительно быстрее в тех случаях, когда на фоне проводимой традиционной терапии внутриматочно применялся препарат «Линтекс-Мезогель».

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ АБОРТОМ

**Гайсина М.В., Красникова М.Б., Додонов А.Н.,
Трубин А.Р.**

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

В России искусственный аборт продолжает оставаться основным, хотя и небезопасным средством регулирования рождаемости. Медицинский аборт в зависимости от условий, причин и показаний негативно влияет не только на репродуктивное здоровье, но и

на психоэмоциональное состояние женщины. Особый риск для репродуктивной функции и для психоэмоционального статуса возникает при прерывании первой беременности, особенно у юных женщин. В настоящее время в практическое здравоохранение внедрен неинвазивный метод прерывания ранних сроков беременности – медикаментозный аборт, имеющий ряд преимуществ перед инвазивными методами.

Цель исследования: изучить негативное влияние медикаментозного аборта на психоэмоциональное состояние женщины.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и изучены результаты медикаментозного аборта у 104 женщин.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, анонимное анкетирование, психодиагностическое тестирование по Спилбергеру-Ханаину, Люшеру, Цунгу.

На основании результатов анкетирования и психодиагностического обследования перед медикаментозным абортом разработаны критерии для определения типа реагирования: компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный.

Для компенсированного типа реагирования характерны отсутствие тревоги, саморегуляция сохранена, контроль над эмоциями и поведением сохранен, степень конфликта и признаки депрессии отсутствуют. Для субкомпенсированного типа реагирования характерно: ситуационная тревога (1-3 балла), саморегуляция ослаблена, контроль над эмоциями и поведением ослаблен, способность оценить и повлиять на ситуацию ослаблена, признаки депрессии отсутствуют. Для декомпенсированного типа реагирования характерны: выраженная тревога (4-12 баллов), саморегуляция резко снижена, эмоции отрицательные, способность повлиять на ситуацию утрачена, депрессия легкой степени.

Результаты. Обследованные пациентки находились в возрасте от 19 до 47 лет, в том числе 19-24 лет – 29,8%, 25-39 лет – 63,3%, старше 40 лет – 6,8%. Социальный состав: учащиеся колледжей и вузов (25,8%), работающие (61,5%), домохозяйки (13,7%). В браке не состояли 47,5% женщин. Первую внебрачную нежелательную беременность прервали 27,6% пациенток, повторную (в анамнезе аборты) – 21,3%, имели в анамнезе роды (от 1 до 3) и аборты (от 1 до 4) – 51,1%. Диагностированы экстрагенитальные и гинекологические заболевания (в фазе ремиссии) у 64,5% и 43,4% пациенток соответственно. Вредные привычки выявлены у 75,5% пациенток (курили 28,3%, периодически употребляли спиртные напитки – 48,2% женщин). Частые конфликты в семье имели 16,7% женщин. Контрацептивные средства использовали 27,9% пациенток.

Основные причины прерывания беременности – социальные (учеба, материальная необеспеченность, жилищные проблемы, настоящие родители, партнера). Осознание наступления беременности сопровождалось у большинства (85,5%) беспокойством, страхом, сожалением о необходимости аборта, угрызением совести, чувством тревоги.

Медикаментозное прерывание беременности проведено у 104 женщин с помощью отечественного препарата «Пенкрофтон», который назначался в виде та-

блеток 600 мг (3 таблетки по 200 мг) в сочетании с применением мезопростола (через 36-48 часов) – 400 мкг. Прием препарата производился в присутствии врача, наблюдение осуществлялось 2 часа, после чего женщина отпускалась домой с соответствующими рекомендациями. Повторные осмотры проводились через 4 и 7 дней с УЗИ контролем. Экспульсия произошла в 97,4% наблюдений. В 2,6% на 4 сутки диагностирована неполная экспульсия плодного яйца, в связи с чем произведено выскабливание в условиях стационара с благоприятным исходом.

Согласно тестированию по Спилбергеру-Ханину после аборта преобладали пациентки со средней (72,4%) и высокой (12,5%) личностной тревожностью, что свидетельствует о выраженной стрессовой реакции на прерывание беременности. Пролонгированное действие стрессового фактора сохранилось через месяц после аборта у 62,5% женщин в виде умеренно выраженных аффективных нарушений. В зависимости от выраженности психоэмоциональных нарушений установлен компенсированный тип реагирования у 45,7%, субкомпенсированный – у 31,4%, декомпенсированный – у 22,9% пациенток. Мотивацией выбора медикаментозного аборта явились: надежность и безопасность метода, стремление избежать осложнений связанных с хирургическим вмешательством, благоприятный исход прерывания беременности данным методом, меньше временных затрат, рекомендация этого метода врачом, возможность избежать наркоза или инвазивных процедур, связанных с использованием инструментария.

Закключение: проведенное исследование позволило определить тип психоэмоционального реагирования женщины на медикаментозный аборт в зависимости от степени психоэмоциональных нарушений, подтвердило высокую эффективность данного метода и практически высокую значимость для врача, помогающего женщине принять решение о способе искусственного прерывания беременности и для специалиста, оказывающего психологическую помощь женщине на всех этапах осуществления медикаментозного аборта.

ЛАЗЕРНАЯ ДОПЛЕРОВСКАЯ ФЛОУ- МЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЛА- ПАРАСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Галеев А.А., Габидуллина Р.И.

*Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань*

При лапароскопических операциях с целью отведения брюшной стенки от внутренних органов для создания операционного пространства необходим пневмоперитонеум. Среди различных апробированных сред углекислый газ оказался более безопасным из-за его высокой растворимости в воде и обменном курсе в легких, а также отсутствия его взрывоопасности и дешевизны в изготовлении. С накоплением

опыта применения напряженного пневмоперитонеума с CO₂ выявились и его нежелательные и побочные эффекты: гемодинамические, метаболические нарушения типа абсорбции CO₂, гиперкапния, негативно отражающаяся на сердечно-сосудистой и дыхательной функциях и изменения кислотно-щелочного равновесия. CO₂ пневмоперитонеум вызывает локальные изменения такие как интраперитонеальный ацидоз, уменьшение pH перитонеальной жидкости, а интраперитонеальное давление вызывает неблагоприятные эффекты на перитонеальную микроциркуляцию, вызывая гипоксемию. Углекислый газ изменяет брюшную жидкость и морфологию мезотелиальных клеток, способствуя спаечному процессу в брюшной полости. Экспериментальные исследования показали, что добавление 3% кислорода в газовую смесь при лапароскопических операциях на моделях крыс способствует улучшению исходов оперативных вмешательств.

Целью настоящего исследования явилась оценка изменений показателей микроциркуляции у пациенток при использовании во время эндоскопических вмешательств углекислого газа (CO₂) и газовой смеси с 3 % кислородом (O₂).

Для определения состояния микроциркуляторного русла методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) применяли лазерный анализатор капиллярного кровотока – ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Россия). Исследования проведены при лапароскопических вмешательствах у 62 гинекологических больных с диагнозом первичное бесплодие трубно-перитонеального генеза в программе подготовки к ЭКО. Средний возраст пациенток составил 30±0,7 лет. Наполняемость групп составила в группе с применением карбоксиперитонеума 30 женщин, в группе с газовой смесью – 32. Снятие данных микроциркуляции с брюшины производили в начале наложения пневмоперитонеума и при окончании инсуффляции газов. Оценивали статистические параметры ЛДФ-сигнала: показатель микроциркуляции (ПМ), его среднеквадратическое отклонение (СКО), коэффициент вариации (KV) и индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ).

В результате исследований было выявлено, что воздействие инсуффлируемых газов приводит к ухудшению состояния микроциркуляции брюшины в обеих группах. Так, показатель микроциркуляции в группе с карбоксиперитонеумом упал с 29,3 перфузионных единиц в начале операции до 23,8, а в группе с газовой смесью с 29 до 25,8 единиц. Вместе с тем, добавление кислорода достоверно уменьшило падение показателя микроциркуляции: в сопоставлении с исходными данными применение в смеси 3% кислорода приводило к ухудшению капиллярного кровотока на 16,3%, а в группе с карбоксиперитонеумом – на 28,1%. Нарушение микроциркуляции брюшины, явления застоя в венах способствовали включению компенсаторных механизмов в виде увеличения амплитуды дыхательного ритма и повышения вазомоторной активности сосудов. Эти явления отражают показатели СКО и Kv, которые были достоверно выше при использовании углекислого газа. Индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ), характеризующий соотношение пассивных и активных механизмов регуляции микроциркуляции в конце

операции составил при использовании кислорода в смеси 0,56 и 0,43 в группе с углекислым газом.

Таким образом, при проведении эндоскопических вмешательств в гинекологии состояние микроциркуляции брюшины ухудшается. Однако в группе, где применяли для инсуффляции газовую смесь с добавлением к карбоксиперитонеуму 3% кислорода, показатели микроциркуляции были объективно выше в сопоставлении с данными, полученными при использовании «чистого» углекислого газа.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК В РИ

ГатагажеваЗ.М., ФерзаулиХ.М.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Ингушский
Государственный Университет, г. Магас*

Понятие «репродуктивное здоровье» - это полное социальное, физическое, умственное благополучие, во всех вопросах, связанных с репродуктивной системой, то есть возможность производить на свет желанных детей. Репродуктивное здоровье является важной составляющей общего здоровья и занимает центральное место в жизни человека.

В последнее время в нашей стране и общественные, и государственные органы стали задумываться о репродуктивном здоровье нации. В России охрана репродуктивного здоровья признана одним из национальных приоритетов государственной политики. За последние пять лет общая заболеваемость детей до 14 лет в целом по России увеличилась на 18,2%, а подростков 15-17 лет - на 20,2%. Гинекологическая заболеваемость девочек и девочек-подростков по России составляет 13,2%. Снижению репродуктивного здоровья современных подростков могут способствовать различные факторы: постоянно ухудшающийся экологический фон, природно-климатические условия проживания, стрессы, в частности, в нашем регионе из-за военных действий, нарушение пищевого поведения с исходом в ожирение, природно-бытовой дефицит йода, широкое распространение вредных привычек (курение, употребление алкоголя), низкая двигательная активность, диеты, приводящие к чрезмерному снижению веса и т.д. Если среди первоклассников хроническими заболеваниями страдает каждая 3-я девочка, то к выпуску из школы уже 73-75% девочек имеют экстрагенитальные и сочетанные с гинекологической патологией хронические болезни. Всероссийская диспансеризация 2002 года показала, что расстройства соматического и психического здоровья в сочетании с патологией репродуктивной системы встречаются у 50-57% девочек в возрасте до 18 лет.

Для выяснения состояния репродуктивного здоровья девочек мы проанализировали 50 амбулаторных карт девочек обратившихся к детскому гинекологу Республиканской детской поликлиники РИ за текущий год. Средний возраст девочек составил 12,5+1.4 лет, преобладала группа девочек до 4-х лет - 28(56%). При сборе анамнеза матери было выявлено, что в 42(84%) случаев беременность протекала на фоне прерывания, у 12(24%) отмечался гестоз второй по-

ловины беременности. 30 (60%) женщин получали во время беременности заместительную гормональную терапию гестагенами (Утрожестан, Прогестерон). В 16 (32%) случаях отмечался отягощенный анамнез в виде нарушения обмена веществ. Анемией во время беременности страдали 40 жен. (80%), пиелонефритом 10 жен.(20%), половыми инфекциями (трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз) 6 жен.(12%).

Вес детей при рождении был до 4-х кг. у 38 (76%), более 4-кг. у 12(24%). В детстве перенесли корь 24 ребенка (48%), краснуху 4(8%), ангину16(32%), ветряную оспу 12(24%).

Из обратившихся к детскому гинекологу 8(16%) девочек от 10 до 17 лет имели заболевание придатков матки. Альгодисменорей страдали 2 девочки, вторичной аменорей 6 девочек. У 12 девочек цикл установился первые 6 месяцев.

Если рассмотреть возрастную структуру гинекологических заболеваний, то у 2-3-летних девочек преобладали воспалительные заболевания влагалища, вульвы. По-видимому, это связано с внутриутробным или интранатальным инфицированием ребенка. Из обратившихся у 12 (24%) девочек в возрасте от 0 до 9 лет отмечалось наличие вульвовагинитов.

Довольно распространенным заболеванием среди девочек 2-5 лет являются синехии. Они образуются на почве интенсивного сращения эпителия малых половых губ, которое может происходить при атопическом вульвите и вульвовагините вследствие трения тесной или грубой одежды. В процессе заживления у маленьких девочек эпителий с одной малой половой губы нарастает на край другой малой половой губы, образуя эпителиальный мостик между губами. Из 18(36%) девочек от 0 до 4 лет обратившихся к детскому гинекологу имели синехии малых половых губ.

На наш взгляд, единственным путем разрешения сложившейся ситуации является совершенствование акушерско-гинекологической помощи девочкам-подросткам, признание охраны репродуктивного здоровья приоритетным направлением государственной политики. Необходимо обеспечить психологически комфортное, высокоэффективное оказание медицинской помощи в кабинетах гинеколога для детей и подростков и в специализированных гинекологических стационарах, чтобы девочки спокойно и регулярно приходили на прием к гинекологу и знали, что это их надежный помощник в охране репродуктивного здоровья.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гладкова Н.А., Андреева М.В., Андреев В.А.

ФГУ «КБ Росздрава», г. Москва, Волгоградский государственный медицинский университет

С целью повышения качества жизни у больных с климактерическим синдромом (КС) проведено комплексное обследование и негормональное лечение 158 пациенток в возрасте 45 - 60 лет с КС различной

степени тяжести. Контрольную группу составили 53 пациентки аналогичного возраста с физиологическим течением климактерия.

На основе оценки адаптационных возможностей психо-вегетативно-эндокринного статуса и качества жизни выявлены следующие особенности.

Частота и степень выраженности нейровегетативных (100%) и психо-эмоциональных (81%) нарушений увеличивалась с нарастанием тяжести климактерического синдрома.

Нарушения адаптационных возможностей в виде срыва и неудовлетворительной адаптации имели место у 92% больных с КС.

Установлена высокая частота нарушений психической адаптации при КС (70%) с преобладанием астено-невротического состояния (44%). У 70% пациенток присутствовал синдром психоэмоционального напряжения с тревожностью различной степени выраженности.

При КС у 86% больных выявлена дисфункция подкорково-стволовых структур мозга, наиболее выраженная при тяжелой форме заболевания.

У 95% пациенток синдром вегетативной дистонии выражался в энергетическом дисбалансе меридианов, ответственных за функциональное состояние нервно-психического, соматического и репродуктивного здоровья. Наибольшая частота его отмечалась при тяжелой форме (100%).

Учитывая вышеуказанные нарушения, для оценки состояния здоровья обследованных пациенток и эффективности проведенной терапии нами применялся метод анкетирования на основе вопросника «Качество жизни женщин», разработанный в Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова. Показатели качества жизни по всем категориям оказались у пациенток с КС хуже, чем у женщин с физиологическим течением климакса. Это касалось таких категорий, как физическая активность (2,77 балла, в контроле – 0,75 балла), психическое состояние (2,48 балла, в контроле – 1,69 балла), сексуальное функционирование (2,24 балла, в контроле – 1,13 балла). Показатель общей самооценки качества жизни был достоверно хуже (2,04 балла), чем в контроле (0,97 балла).

Результаты обследования подтвердили необходимость применения метода транскраниальной электростимуляции защитных механизмов мозга (ТЭС) и препарата «Сагенит» в комплексной терапии КС как патогенетически обоснованного метода. При легкой форме КС проводили монотерапию методом ТЭС, при средней форме – ТЭС-терапию с последующим приемом сагенита, при тяжелой форме – сочетанное применение ТЭС-терапии и сагенита.

Пациенткам 1-ой группы (51 человек) на курс требовалось 8-10 процедур ТЭС – терапии по 30 минут, силой тока до 1,5 мА, ежедневно или через день. Пациентки 2-ой группы (54 человека) с КС средней степени тяжести получали 10-12 процедур, по 30 минут, силой тока до 1,5-2 мА. После окончания курса ТЭС – терапии больные продолжали лечение препаратом «Сагенит» по 1 таблетке в день в непрерывном режиме в течение 30 дней. Больные 3-ей группы с тяжелым течением КС (53 человека) получали одновременно терапию методом ТЭС (10-15 процедур, по 30

минут, силой тока 1,8 – 2 мА) и препаратом «Сагенит» по 1 таблетке в день в непрерывном режиме в течение 30 дней.

Снижению естественной тревожности пациентки перед процедурой и повышению эффективности сеансов способствовало прослушивание информационного текста с сеансом психотерапии и музыкальным сопровождением (мелотерапия).

После лечения достоверно улучшились показатели таких основных категорий качества жизни, как физическая активность (1,49 балла, до лечения – 2,77 балла), психическое состояние (1,71 балла, до лечения – 2,48 балла), сексуальное функционирование (1,55 балла, до лечения – 2,24 балла), в меньшей степени социальное (1,04 балла, до лечения – 1,66 балла) и ролевое (0,84 балла, до лечения – 1,37 балла). Вследствие этого у больных с КС стали достоверно лучше показатели общей самооценки состояния здоровья (1,06 балла, до лечения – 2,06 балла) и общей самооценки качества жизни (1,21 балла, до лечения – 2,06 балла). Наиболее заметно улучшились вышеуказанные показатели у пациенток с легкой формой КС, так как после лечения они достоверно не отличались от показателей при физиологическом климактерии. Эти показатели также улучшились после лечения у женщин со средней и тяжелой формами КС, но часть их достоверно отличалась от показателей при физиологическом климактерии.

В итоге, после лечения качество жизни оценивалось самими пациентками с КС в целом как «хорошее» (1,21 балла), до лечения как «относительно благоприятное» (2,04 балла). Больные с легкой, средней и тяжелой формами КС также оценивали качество своей жизни после лечения как «хорошее» (соответственно – 1,06 балла, 1,13 балла, 1,44 балла). Их оценки данного показателя достоверно не отличались от таковых в контроле (0,97 балла).

Комплексный негормональный метод лечения КС в зависимости от степени тяжести оказал положительный эффект при легкой форме – в 98 % случаев, при средней – в 92 %, при тяжелой форме – в 86 % случаев.

Таким образом, предложенный нами дифференцированный метод лечения всех форм КС имеет большое социальное значение, так как достоверно улучшает качество жизни женщин.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОСИГЛИТАЗОНА В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Глухова М.В., Линева О.И.

*Россия, г. Самара, ОАО «Самарский диагностический центр»,
кафедра акушерства и гинекологии ИПО СамГМУ*

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из наиболее частых форм эндокринопатий. С современной точки зрения, СПКЯ включает в себя также ряд метаболических нарушений, таких как ожирение, инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия (ГИ), дислипидемия, которые ведут к повышенному риску развития гестационного диабета, ран-

ней потери беременности, возникновения сахарного диабета II типа, сердечнососудистых заболеваний. При СПКЯ частота ГИ и ИР составляет 30-40% у женщин без ожирения и 60-70% у женщин с ожирением. В связи с признанием патогенетической роли ИР и ГИ в развитии СПКЯ оправданным является применение инсулиносенситайзеров, традиционно используемых для лечения больных сахарным диабетом, которые не только увеличивают чувствительность тканей к инсулину, но и корригируют ГИ и гиперандрогению (ГА). Имеются данные об успешном использовании при СПКЯ тиазолидиндионов (ТЗД), которые усиливают действие инсулина на генном уровне и тем самым уменьшают ИР. Данные о применении этой группы препаратов у больных с СПКЯ немногочисленны, однако, свидетельствуют об увеличении чувствительности к инсулину, уменьшении ГИ и коррекции ГА.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения росиглитазона у больных с СПКЯ.

Материал и методы. В исследование включены 18 женщин в возрасте от 19 до 37 лет (средний возраст $23,8 \pm 1,04$ года) с СПКЯ. Средняя масса тела обследованных больных составила $72,4 \pm 3,15$ кг, средний показатель индекса массы тела (ИМТ) – $25,9 \pm 0,95$ кг/м², окружности талии (ОТ) – $85,3 \pm 2,9$ см, окружности бедер (ОБ) – $101,4 \pm 2,23$ см, индекс ОТ/ОБ – $0,83 \pm 0,02$. Клинические признаки андрогенизации имелись у 15 (83,3%) больных, среднее значение гирсутного числа по шкале Ферримана – Голвея равно $14,8 \pm 0,76$. У 17 (94,4%) больных при УЗИ были выявлены эхографические признаки поликистозных яичников.

Нарушение функции яичников диагностировано у всех больных: у 2 (11%) – ановуляция на фоне регулярного ритма менструации, у 13 (72,2%) – олигоменорея, в том числе у 3-х с задержками менструации до 1-3 мес., у 10 – до 3-6 мес., у 3 (16,8%) – вторичная аменорея. Средняя длительность нарушений менструального цикла составила $7,5 \pm 0,91$ года. Все пациентки, включенные в исследование, в течение предыдущих 3 месяцев не получали гормонотерапию. Нарушение функции печени по данным анамнеза, УЗИ и биохимического исследования не обнаружено ни у одной больной.

С целью коррекции яичниковой ГА всем больным был назначен росиглитазон («Авандия», «Glaxo Wellcome Production», Франция) в суточной дозе 4 мг в течение 3-х месяцев. На фоне лечения ежемесячно оценивали характер менструального цикла, антропометрические параметры уровень тестостерона (Т) и печеночных ферментов. Концентрацию гормонов в сыворотке крови определяли до и после терапии росиглитазоном, а также оценивали уровень глюкозы натощак, определение перорального глюкозотолерантного теста (ГТТ) и иммунореактивного инсулина (ИРИ). Об ИР судили по индексам Нома и Саго.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, не отмечено значительных изменений антропометрических параметров. Однако у 5 (27%) пациенток отмечено увеличение массы тела в среднем на $2,4 \pm 0,34$ кг, хотя после терапии число больных с избыточной массой тела не изменилось и ни у одной не развилось ожирение. Терапия росиглитазоном сопровождалась повышением чувствительности к ин-

сулину, о чем свидетельствует достоверное снижение средних показателей индекса Нома и повышение индекса Саго, а также нормализацией показателей углеводного обмена. Отмечалось достоверное снижение средних показателей уровня глюкозы в капиллярной крови как натощак, так и на фоне ГТТ, а также снижение ИРИ на 26,5 %.

Проводимая терапия сопровождалась положительной динамикой гормональных параметров. Уже через месяц лечения средний показатель содержания Т в сыворотке крови снизился на 18,7%, к концу 2-го месяца – на 29,3%, к концу 3-го месяца – на 33,7%. Коррекция ГИ и ГА сопровождалась положительными изменениями в характере менструального цикла – число пациенток с регулярным циклом увеличилось в 4,5 раза и составило 9 (50%). Положительный эффект терапии выражался также в уменьшении длительности задержек менструального цикла.

На фоне терапии росиглитазоном не было отмечено побочных эффектов, в том числе жалоб со стороны гепатобилиарной системы. Уровень основных печеночных ферментов на фоне лечения оставался в пределах нормативных значений.

Выводы. Таким образом, анализ предварительных данных позволяет заключить, что росиглитазон можно рассматривать как альтернативную терапию для пациенток с СПКЯ, на фоне которой без применения гормональных препаратов отмечается улучшение метаболических и гормональных параметров. Дальнейшие исследования по изучению действия ТЗД позволят оптимизировать тактику ведения больных с СПКЯ.

СВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЭТИОЛОГИЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Глушаков Р.И., Манихас Г.М., Лисянская А.С., Тапильская Н.И.

Кафедра онкологии факультета последипломного образования, Государственный Медицинский Университет им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) в целом занимают первое место по распространенности среди всех болезней эндокринной системы. По статистическим данным темп прироста частоты заболеваний ЩЖ у женщин репродуктивного возраста за период с 1991 по 1998 гг. составил 51,7%. Большинство заболеваний ЩЖ имеют аутоиммунную природу.

Среди заболеваний ЩЖ аутоиммунный тиреоидит (АИТ) занимает особое место по причине высокой частоты этого заболевания, особенно у женщин, и непосредственного влияния на функцию репродуктивной системы. При изучении распространенности гинекологических заболеваний у женщин с АИТ показано, что у 39,2% диагностирована миома матки, у 30% – воспалительные заболевания придатков матки, у

16,6% – генитальный эндометриоз. Также отмечено, что миома матки и эндометриоз сочетаются с гипотиреозом, а сальпингоофорит – с гипертиреозом.

Диффузный токсический зоб, являясь кроме АИТ (в фазе хаситоксикоза) основной причиной гипертиреозного состояния, также играет важную роль среди заболеваний ЩЖ. Недавно проведенные эпидемиологические исследования демонстрируют, что у женщин с гипертиреозом на 80% повышен риск возникновения рака яичников.

Выполненные скрининговые генетические исследования нормальных клеток поверхностного эпителиального слоя яичников выявили множество мутаций мРНК, кодирующих ядерные рецепторы к гормонам, играющим важную роль в онкогенезе, включая рецепторы гормонов ЩЖ и эстрогенов.

Целью нашего исследования явилось установление возможной этиологической связи заболеваний ЩЖ с возникновением гинекологического рака.

За период с 01.01.2009 по 10.08.2009 в 3 гинекологическом отделении Городского Клинического Онкологического Диспансера г. Санкт-Петербурга находилось на лечении 3087 больных, из них 1392 (45,1%) первичных, 1695 (54,9%) больных поступили повторно.

Для нас представляют интерес впервые поступившие пациентки. Из них с новообразованиями женских половых органов поступило 1088, причем у 877 (80,6%) пациенток диагностированы злокачественные новообразования, у 211 (19,4%) – доброкачественные опухоли яичников и миомы матки. В структуре злокачественных новообразований 52,3% (459) занимал рак яичников, 35,7% (312) – рак тела матки, 8,7% (76) – рак шейки матки, 1,8% (16) – рак вульвы, 1,1% (10) – рак маточной трубы, 0,3% (3) – хорионкарцинома, 0,1% (1) – рак влагалища.

Нами было проанализировано 847 историй болезней пациенток, находящихся на лечении по поводу рака яичников, рака тела матки и рака шейки матки. Возраст пациенток составил от 17 до 79 лет.

Заболевания ЩЖ встречаются у 76% (349) больных раком яичников, у 50,9% (159) больных раком тела матки, у 52,6% (40) больных раком шейки матки. Длительность заболевания ЩЖ составила от 26 до 4 лет до выявления онкологического заболевания.

В структуре заболевания ЩЖ преобладал АИТ – 46,2% (253), диффузный токсический зоб – 34,5% (189), диффузный нетоксический зоб – 10,2% (56), другие заболевания щитовидной железы – 9,1% (50). Установлено, что у 58,5% (204) пациенток с раком яичников фигурировал диагноз токсического или нетоксического диффузного зоба. Эпизод гипертиреозного состояния в анамнезе заболевания, длившегося не менее полугодия, отмечали 48,2% (264) пациенток, имевших сочетание гинекологического рака с заболеванием щитовидной железы. 86,1% (472) пациенток, у которых диагноз гинекологического рака сочетался с заболеваниями ЩЖ, имели в анамнезе частые рецидивы герпес-вирусной инфекции, роль которой в развитии аутоиммунных заболеваний признается в многочисленных исследованиях.

Таким образом, заболевания щитовидной железы создают неблагоприятный преморбидный фон в развитии злокачественных заболеваний репродуктивной

системы и являются одним из ведущих этиологических факторов в данной патологии, причем в большей степени прослеживается связь заболеваний щитовидной железы с раком яичников. Сегодня онкологи приходят к необходимости ставить на повестку дня идею патогенетической профилактики рака, по крайней мере, у женщин из групп риска. Данные выводы диктуют необходимость проведения эпидемиологического исследования в этом направлении, а также изучение патогенетических механизмов развития рака женской репродуктивной системы у пациенток с заболеваниями щитовидной железы.

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА ГОЛДЛИЛИ

Голова Н.В., Дорофеев А.И.

МЛПУЗ Городская больница № 6, Златоуст,
Челябинская область, Россия

Одно из важнейших мест в программе планирования семьи занимает контрацепция, так как большое число абортов в нашей стране приводит к серьезной патологии репродуктивной системы. В настоящее время имеется большой выбор контрацептивных средств, позволяющих сохранить здоровье женщин. Внутриматочная контрацепция является наиболее популярной в России среди всех средств предупреждения нежелательной беременности.

За много лет были разработаны и выпущены различные модели внутриматочных контрацептивов. Изменились внешние формы внутриматочных контрацептивов, добавлялись медь и серебро в стержневые спирали, что привело к снижению числа возможных осложнений при использовании внутриматочных контрацептивов и повышению контрацептивной эффективности. Разработки в области использования благородных металлов при изготовлении внутриматочных контрацептивов продолжают... Интересно использование сплава «медь-золото» вместо чистых металлов на внутриматочном контрацептиве ГОЛДЛИЛИ, разработанном и созданном венгерской фирмой РАДЕЛКИС (Будапешт). На сегодняшний день классическая контрацепция внутриматочного контрацептива ГОЛДЛИЛИ представляет собой пластиковый носитель, на который в форме спирали накручена металлическая проволока высокой чистоты. Металл чаще всего представлен медью. Хотя данное средство несомненно очень эффективно, но возникающие в связи с этим некоторые проблемы требуют их решений. Проволока, содержащая чистую медь, во время применения окисляется и крошится, медные кусочки отпадают от пластиковой основы. Некоторые производители пытались решить эту проблему, добавляя к меди серебро. Однако это не решило данную проблему, так как процессы окисления и образования металлической крошки продолжались.

Фирма РАДЕЛКИС разработала внутриматочный контрацептив ГОЛДЛИЛИ, содержащий вместо чистой медной спирали сплав медь-золото. В этом сплаве атомы золота обволакивают группу атомов меди,

как строительный раствор кирпичи в стене здания. Поэтому при окислении металлическая проволока не крошится, а поверхность активного металла, изготовленного из сплава золота и меди, во время применения покрывается всего лишь тонким, бархатистым на ощупь слоем. Устранение проблемы образования металлической крошки, антибактерицидный и антигрибковый эффект золота, а также изготовление внутриматочного контрацептива ГОЛДЛИЛИ трех размеров (нормальный, короткий, мини) значительно увеличили длительность использования и эффективность данного контрацептива, что подтверждено научными данными.

В городской больнице № 6 г. Златоуста Челябинской области внутриматочные средства ГОЛДЛИЛИ фирмы РАДЕЛКИС за 2006-2008 гг. были введены 180 пациенткам, которые после ознакомления с преимуществами и недостатками данного метода контрацепции выбрали его и у которых не были обнаружены противопоказания к применению данного метода.

Результаты по применению внутриматочных контрацептивов ГОЛДЛИЛИ:

1. осложнений во время введения ВМС не было;

2. осложнения после введения ВМС:

а) экспульсия ВМС (при истмико-цервикальной недостаточности) – 1 (0,56%);

б) кровотечение – 1 (0,56%);

в) болезненная менструация – 5 (2,78%);

г) незапланированная беременность (в рудиментарном роге матки) – 1 (0,56%).

Такие осложнения, как кровотечение и болезненная менструация, были устранены медикаментозно без удаления ВМС. Все пациентки осмотрены после введения внутриматочных средств через 1, 3, 6 и 12 месяцев, и в настоящее время находятся под наблюдением.

Как видно из результатов применения данного ВМС, количество незапланированных беременностей очень низкое, что подтверждает эффективность применения внутриматочных средств ГОЛДЛИЛИ. Число осложнений связанных с применением внутриматочных контрацептивов ГОЛДЛИЛИ не выше, чем при использовании других внутриматочных контрацептивов.

Таким образом, в своих исследованиях мы проверили эффективность 180 штук внутриматочных контрацептивов ГОЛДЛИЛИ. Хотя количество введенных внутриматочных контрацептивов ГОЛДЛИЛИ не дает нам возможности провести серьезные статистические исследования, но имеющиеся данные при использовании внутриматочных контрацептивов ГОЛДЛИЛИ подтверждают ранее опубликованные данные. Мы установили, что внутриматочный контрацептив ГОЛДЛИЛИ фирмы РАДЕЛКИС (г. Будапешт) является надежным и эффективным средством предохранения от нежелательной беременности, что позволяет широко использовать его не только за рубежом, но и в России.

АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

**Голова Ю.А., Бреусенко В.Г., Баисова Б.И.,
Ахундова С.С., Кирикова Ю.М.**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического
факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия*

Абляция эндометрия находит все более широкое применение в практике гинеколога виду малой инвазивности и травматичности, хорошей переносимости большими. Данные о эффективности различных методов абляции эндометрия, однако нет ни одной методики абляции эндометрия, эффективность которой достигала бы 100%. Комплексный анализ эффективности гистероскопических и негистероскопических методов абляции и причин рецидивов у пациенток различных возрастных периодов при гиперпластических процессах эндометрия позволит улучшить результаты лечения больных, что явилось целью нашей работы.

Материал и методы исследования: обследованы 234 больные различных периодов жизни с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ), в позднем репродуктивном периоде находились 40 пациенток, в пременопаузе 63, в постменопаузе 131. Всех менструирующих больных беспокоили маточные кровотечения, в постменопаузе поводом для обследования послужили кровяные выделения из половых путей или патологическое м-эхо по данным эхографии малого таза. У всех больных ГПЭ были верифицированы гистологически: в позднем репродуктивном периоде железисто-фиброзные полипы эндометрия (ПЭ) выявлены у 15 больных, железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ) у 25, в пременопаузе ПЭ у 3, сочетание ПЭ и ЖГЭ у 17, ЖГЭ у 43, в постменопаузе ПЭ у 103, сочетание ПЭ и ЖГЭ у 13, ЖГЭ у 16. Более 2/3 пациенток имели рецидивирующий характер ГПЭ, все пациентки периода постменопаузы и каждая десятая менструирующая больная имели выраженную соматическую патологию. Все больные выполнили, либо не были заинтересованы в сохранении репродуктивной функции. Тотальная абляция эндометрия осуществлялась всем больным через 14-30 дней после гистероскопии и гистологического подтверждения доброкачественных изменений в эндометрии: лазерная абляция с использованием одноразового наконечника из светоприемного волокна проведена 80 больным, баллонная термоабляция 52, биополярная электрохирургическая резекция 102, во всех наблюдениях (234) осуществлялся гистероскопический контроль полноценности обработки эндометрия. Через 1-3 суток, 6-12-18 месяцев и т.д. осуществляли ультразвуковое исследование малого таза, при необходимости через 6 и более месяцев выполняли гистероскопию и раздельное выскабливание слизистой матки.

Данные интраоперационной гистероскопии свидетельствуют, что при баллонной и электрохирургической методиках достигается полная обработка эндометрия, включая область трубных углов. При лазерной абляции в дне остается участок живого эндометрия, окрашиваемый несветопроводящим стержнем наконечника до 3-5мм в диаметре, однако эндометрий в области трубных углов по данным визуальной оценки так же

хорошо обрабатывается. Благодаря эндоскопическому контролю при резекции петлей все вскрывшиеся визуализируемые эндометриоидные очаги были коагулированы или резецированы. Однако, гистероскопия не позволила оценить состояние слизистой интрамурального отдела маточных труб и верифицировать стык эпителия маточных труб и эндометрия. При эхографии у всех больных после негистероскопической абляции в базальном слое эндометрия и прилежащем к полости матки миометрии формировалась равномерной толщины (4-8мм) зона инфильтрации, после электрохирургической резекции она отсутствовала или была менее выражена.

Проспективное наблюдение в сроки от 1 до 6 лет показало, что маточные кровотечения у больных репродуктивного возраста отсутствовали через год после абляции у 90%, через 5-6 лет после абляции у 82,5%. Рецидив железистой гиперплазии возник у 7(17,5%) больных, то есть у каждой третьей пациентки, исходно имевшей ЖГЭ, двоим из них выполнена повторная абляция эндометрия с неполным клиническим эффектом, остальным в связи с продолжающимися маточными кровотечениями проведена гистерэктомия.

В пременопаузе кровотечения были купированы у 90,5% к 5-6 году наблюдения, более оптимистичный, чем в репродуктивном периоде результат, связан с тем, что у части больных наступила физиологическая менопауза. Рецидив ЖГЭ возник у 6(9,5%) пациенток, 3 из них произвели повторную электрохирургическую абляцию, 3 гистерэктомию.

В постменопаузе рецидив ГПЭ возник у 8(6%) пациенток: у 2 ПЭ (произведена электрохирургическая полипэктомия), у 2 ЖГЭ (выполнена гистерэктомия), у 1 возник рак эндометрия спустя 6 лет после абляции по поводу ЖГЭ. У 2 больных, ранее имевших ЖГЭ, рецидив ГПЭ не был верифицирован гистологически – в области трубных углов определялось локально утолщенное неоднородное м-эхо, а гистероскопия была невыполнима из-за облитерации нижней трети полости матки синехиями. Больные не были оперированы в связи с абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению, консультированы онкологом.

Эффективность использованных методов абляции эндометрия была сопоставима.

Данные гистероскопии и морфологического исследования матки, удаленной после использованных методов абляции свидетельствуют, что у менструирующих больных чаще возникает на всем протяжении полости матки или только в области трубных углов с облитерацией части полости матки. В постменопаузе характерно сохранение эндометрия в области трубных углов. По данным гистологического исследования возможными причинами рецидивов следует считать аденомиоз и сохранение клеток эндометрия в интрамуральном отделе маточных труб даже при тщательной обработке маточных углов в ходе абляции эндометрия. Ретроспективный анализ гистероскопической картины в момент абляции, эхографических данных в послеоперационном периоде показал невозможность прогнозирования рецидивов ГПЭ на основании указанных методов исследования.

В целом, абляция эндометрия может рассматриваться как симптоматическое лечение при маточных кровотечениях у менструирующих больных.

Синдром трубных углов не позволяет считать абляцию эндометрия надежной альтернативой гистерэктомии при ГПЭ у больных с высоким риском развития рака эндометрия.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ С АТИПИЕЙ

Горбунова Е.Е., Закиров И.Р., Прокопьева Т.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, кафедра онкологии, Ижевская государственная медицинская академия; Удмуртский республиканский клинический онкологический диспансер, Ижевск, Россия

Контингент накопления больных раком тела матки в Удмуртской республике ежегодно увеличивается (за период 1999-2008 гг. с 908 до 1297 женщин). За эти же годы количество больных, взятых на учет, увеличилось почти в 2 раза, и в 2008 году составило 118 человек. Хотя, по нашим данным, рак эндометрия развивается на фоне атипической гиперплазии только в 14,6% случаев, последняя ежегодно увеличивается, и в 2008 году составила 55 случаев. В настоящее время становится очевидным, что улучшение результатов лечения рака эндометрия возможно и в результате выявления и лечения предрака.

С целью оптимизации тактики ведения больных с гиперплазией эндометрия с атипией (ГЭА) мы провели ретроспективный анализ ее течения и проведенных лечебных мероприятий у 102 больных, госпитализированных в гинекологическое отделение Удмуртского республиканского клинического онкологического диспансера (2004-2008гг.). Диагноз был установлен на основании гистологического заключения биопсийного и операционного материалов согласно классификации ВОЗ, 2004 г (простая и комплексная гиперплазия эндометрия с атипией). Средний возраст больных составил 51,2±1,8 года. Две трети больных – жительницы городов республики. В 42,2% случаев отмеченаотягощенная онкологическая наследственность. У каждой пятой больной в анамнезе – позднее менархе. Нарушения менструальной функции впервые выявлены в основном в позднем репродуктивном периоде и пременопаузе (82,4%). Нарушения менструальной функции характеризовались в 48,0% менометроррагиями, в 27,5% – меноррагиями и в 24,5% – метроррагиями. Соотношение беременностей, родов, аборт, приходящееся на одну женщину составило 4,9±1,0: 1,9±0,4: 3,1±0,7. Первичным бесплодием, причины которого не установлены, страдали 8 (7,8%) пациенток. Выявлена сопутствующая гинекологическая патология: миома матки в 63,7% случаев, эндометриоз – в 29,4%, полип эндометрия – в 16,5%, гипертекоз яичников – в 22,8%, хронический сальпингоофорит в 42,2%, эктопия шейки матки – в 27,5%, цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки – в 12,0%. Причем сочетанная гинекологическая патология обнаружена у 61 (59,8%) больной. В анамнезе у пациенток была отмечена экстрагенитальная патология: гипертоническая болезнь в 41,2% случаев, ишемическая болезнь сердца – в 7,8%, сахарный диабет

– в 4,9%, ожирение – в 35,3%. Кроме того, необходимо отметить, что 7 пациенток состояли ранее на учете в онкологическом диспансере (рак желудка – 3, рак молочной железы – 2, хориокарцинома – 1, рак шейки матки – 1). Более чем в половине случаев больные обращались в течение первого месяца клинических проявлений, причем ГЭА в 70,6% случаев выявлена при первом выскабливании слизистой полости матки. При предшествующей сонографии органов малого таза у 64 (62,7%) пациенток выявлен гиперпластический процесс эндометрия. На догоспитальном этапе гормонотерапию получили 10 (9,8%) пациенток. После уточняющей диагностики в стационаре только 19 (18,6%) больных подлежало прогестинотерапии, которая в последующем была проведена по известным схемам с положительным эффектом. Но для долгосрочного наблюдения 5 пациенток были не доступны. Подавляющее большинство больных (81,4%) получили оперативное лечение (экстирпация матки с обоими придатками, экстирпация матки с биопсией яичников). В морфологических заключениях ГЭА была описана на фоне простой гиперплазии эндометрия без атипии в 35,3% случаев, полипа эндометрия – в 16,7%, атрофии эндометрия – в 3,9%. У 11 (13,3%) больных ГЭА выявлена только в послеоперационном материале. В половине случаев ГЭА описана в виде одного или нескольких фокусов, либо как очаговая. Необходимо отметить, что у 4 больных с ГЭА после операции в макропрепарате и у 5 больных с ГЭА после гистероскопии в биопсийном материале атипии желез не было обнаружено. Кроме того, у 2 пациенток с ГЭА после операции морфологи констатировали высокодифференцированную аденокарциному.

Таким образом, полученные данные подтверждают необходимость не только консультативной помощи, но и долгосрочной диспансеризации больных с ГЭА в онкологических центрах. Перед решением вопроса об оперативном лечении всем больным с ГЭА целесообразно выполнение гистероскопии с морфологической верификацией диагноза.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ЖИТЕЛЬНИЦ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПЛУЧНОГО РЕГИОНА

Горин В.С., Чернякина О.Ф., Бахаев В.В.

Россия, Новосибирск, медицинский университет, Россия, Новосибирск, Центр планирования семьи и репродукции

Роль медико-социальных факторов в формировании репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала девочек как будущих матерей несомненна и общеизвестна.

Период полового созревания является критическим периодом в постнатальном развитии женского организма. Состояние репродуктивного здоровья женщины зависит от течения периода полового созревания, нарушения которого происходят под влиянием внешних неблагоприятных факторов, в результате заболеваний других органов и систем организма. По данным

Гуркина Ю.А., (2002), Ушаковой Г.А. (2006) патология репродуктивной системы имеется у 7-14% девочек.

При анализе структуры гинекологической заболеваемости подростков по данным гинекологического отделения МУЗ ГКБ №1 г.Новокузнецка с 1998 по 2008 годы выявлено:

- первое место в структуре заболеваемости занимают нарушения менструальной функции по типу ювенильных кровотечений и альгодисменореи – 65,2%;
- второе место занимают опухоли яичников – 28,7%, число которых возросло с 10,3% в 1998 году до 28,7% в 2008 году;
- третье место в структуре заболеваемости заняли пороки развития половых органов – 6,3%.

Все подростки были жительницами Новокузнецка. У 92% пациенток родители в период беременности и родов проживали и работали в экологически неблагоприятных районах Кузбасса. Выяснено, что у 42% матерей период становления репродуктивной функции протекал с нарушениями (ювенильные кровотечения, альгодисменорея). В 97% случаев беременность у матерей подростков протекала на фоне соматической или акушерской патологии. У 2% матерей родоразрешение проведено операцией кесарева сечения.

Независимо от диагностируемой патологии, у всех подростков имелся высокий инфекционный индекс (более 3-х перенесенных в детстве инфекционных заболеваний). Чаще всего это были острые респираторные инфекции, патология со стороны мочевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта.

В 43% случаев девочки начинали болеть с 7-8 месяцев, у всех остальных первые указания об остром отите, фарингите, пиелонефрите начинаются с 2-3-х месяцев. На диспансерном наблюдении у педиатров находилось только 17% из обследуемых девочек.

Средний возраст менархе обследуемых пациенток – 12-13 лет.

Комплексное обследование было проведено у 78 подростков с нарушением становления репродуктивной функции по типу альгодисменореи и ювенильного кровотечения, и у 18 пациенток – с различными опухолями и опухолевидными образованиями яичников (с параовариальными кистами – 11, с цистоаденомами – 5, дермоидными кистами – 2). О состоянии внутренних половых органов судили по данным УЗИ. У всех подростков исследовалась состояние клеточного и гуморального иммунитета. Для выявления бактериальной и вирусной инфекции исследовалось содержимое влагалища У подростков с альгодисменореей изменений со стороны внутренних органов малого таза по данным УЗИ не было найдено. При ювенильном кровотечении и гиперэстрогенном типе мазка величина матки по длине была в среднем на 5-6 мм больше, чем при гипоэстрогенном, в первом случае в обоих яичниках выявлялись жидкостные образования до 10 мм в диаметре, чего не было при гипоэстрогенном типе кровотечения. Это позволило косвенно судить о характере нарушений функции яичников у девочек – подростков. При опухолях яичников, выявленных при УЗИ, в 100% случаев диагностируемая патология подтверждалась при оперативном лечении.

У подростков с ювенильными кровотечениями чаще определялось наличие патологической микрофлоры – в основном энтерококки и кишечная палочка.

У подростков с альгодисменореей и опухолями яичников чаще всего высеивался эпидермальный стафилококк и энтерококк, но существенной разницы между результатами бактериальных посевов содер-жимого влагалища не выявлено.

У девочек, страдающих альгодисменореей, у 40% отмечалось снижение в крови общего количества Т-лимфоцитов, с нарушением иммунорегуляторной функции Т-звена по типу Т-СД4-лимфопении. У 25% девочек Т-СД4-лимфопения сочеталась с общей Т-лимфоцитопенией. Также у девочек с альгодисменореей выявлялось повышение уровня циркулирующих в крови Т-лимфоцитов, имеющих рецептор СД8. У подростков с ювенильными кровотечениями и опухолями яичников значительно реже наблюдались отклонения в иммунном статусе. У 15% подростков с ювенильными кровотечениями и 21% с опухолями яичников была выявлена лимфоцитопения. Характерной особенностью иммунного статуса у подростков с ювенильными кровотечениями явилось повышение концентрации Ig A. У подростков с альгодисменореей выявлены наибольшие изменения в содержании волчаночного антикоагулянта, что говорит об изменениях в иммунной и аутоиммунной системе.

Таким образом, в структуре гинекологической заболеваемости девочек, жительниц экологически неблагоприятного региона, преобладали пациенты с ювенильными кровотечениями и альгодисменореей

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТОВ

Горин В.С., Кондранина Т.Г.,
Молоткова Е.Д, Бахаев В.В.

Россия, Новокузнецк, институт усовершенствования врачей

Частота воспалительных заболеваний придатков матки в структуре гинекологической патологии составляет до 60-70%, ведущих к повышению частоты экстренных оперативных вмешательств, нередко носящих характер органосохраняющих. В.И.Краснопольский (1999) указывает, что частота пельвеоперитонитов у больных с серозным поражением придатков матки составляет до 83,6%, при гнойном процессе - у 100% больных. Пик заболеваемости приходится на репродуктивный период и имеет выраженную тенденцию к омоложению. Особую актуальность приобретают вопросы органосохраняющего лечения больных. В связи с развитием эндоскопической хирургии целесообразно руководствоваться следующими требованиями: 1. отказ от полостного вмешательства; 2. стремление к органосохранению; 3. снижение осложнений и уменьшение сроков пребывания в стационаре; 4. снижение стоимости лечения в сочетании с повышением его эффективности.

Цель исследования – выявление особенностей эндоскопического лечения пельвеоперитонитов у женщин репродуктивного возраста, причиной которых был острый сальпингит (серозный, гнойный).

Проанализированы результаты лечения 66 женщин, пролеченных в гинекологической клинике Новокузнецкого ГИУВа в 2008 году, по поводу пель-

веоперитонита в открытой фазе заболевания. Возраст больных от 18 до 35 лет. Обследовано и пролечено две группы женщин: 1-я- основная- 46 женщин, которым проведено комплексное лечение, включающее в себя эндоскопические методы лечения, методы эфферентной хирургии и 2-я группа- контрольная –20 женщин, пролеченных традиционно общепринятыми методами. Гинекологический анамнез был отягощен у 50% перенесенными ВЗПМ, вторичным бесплодием у 30% женщин, абортами (искусственными и внебольничными) у 70% женщин, нахождением ВМС в полости матки- у 40% женщин. При поступлении у больных основной группы давность заболевания составила от 1-х до 3-х суток. Женщины предъявляли жалобы на острое начало заболевания, гипертермию (до 38,0С), выраженный болевой синдром в гипогастральной области, с выраженными перитонеальными болями и симптомами раздражения брюшины в гипо- и мезогастральной областях. При лабораторном исследовании в анализах крови имел место выраженный лейкоцитоз со значительным нейтрофильным сдвигом влево, ускоренное СОЭ, повышение ЛИИ, повышение глобулиновой фракции белков, диспротеинемия, повышение содержания средних молекул (СМ). Всем больным при поступлении под внутривенным обезболиванием произведен кульдоцентез, при котором у 50% женщин получен гнойный пунктат, серозно-геморрагический у 30%, подвергнутый бактериологическому исследованию и у 20% женщин пунктат не получен. При поступлении всем больным основной группы проведена лечебно-диагностическая лапароскопия, с использованием аппаратуры фирмы «Karl Storz» (Германия). Во время лапароскопии проводили аспирацию патологического выпота с последующим его бактериологическим исследованием, разделение свежих спаек, саль-пинголизис, овариолизис, орошение брюшной полости 1-2 л 0,9% р-ра NaCl, затем введение 1% раствора диоксидина разведенного в соотношении 1:10 0,9% р-ром NaCl, до 250 мл и с последующим введением микроирригатора. У женщин основной группы в первые сутки симптомы раздражения брюшины исчезли, нормализовалась температура, улучшилось общее состояние, купировался болевой синдром в течение 1-3-х суток. Нормализация лабораторных данных произошла в первые три дня (снижение лейкоцитоза, уменьшение палочкоядерного нейтрофильного сдвига, снижение ЛИИ и уровня СМ, уменьшение диспротеинемии). В микроирригатор в течение 3-х суток вводили антибиотики, раствор метронидазола, раствор диоксидина. Микроирригатор удаляли через 3-4 дня, в последующем продолжена консервативная терапия, направленная на устранение воспалительного процесса и профилактику его хронизации. Все женщины выписаны в удовлетворительном состоянии, послеоперационных осложнений не было.

В контрольной группе проведено традиционное консервативное лечение- антибактериальная терапия, дезинтоксикационная инфузионная терапия, симптоматическая, анальгетики, витаминотерапия- средняя длительность лечения составила 19±2 дня. При лечении симптомы раздражения брюшины исчезли в течение 3-4 суток, температура тела нормализовалась на 3-5 сутки лечения, болевой синдром купировался на 5-6 сутки, нормализация показателей

крови- на 7-10 сутки лечения. В этой группе 2 больные были прооперированы по поводу формирования воспалительных трубно-яичниковых опухолей и 2 больные – по поводу пиосальпинксов. При бактериологическом исследовании до лечения и в процессе лечения у всех больных основной группы отмечалось снижение обсемененности тазовой полости микроорганизмами ниже критических цифр через 3 суток лечения, тогда как у женщин контрольной группы при повторном проведении кульдоцентеза нормализация бактериологических показателей наблюдалась в более поздние сроки. При анализе ведения двух групп больных, выявлено, что лечение женщин с пельвеоперитонитами с проведением эндоскопических операций и методов эфферентной хирургии обеспечивает более быстрое лечение воспалительного процесса, купирование симптомов пельвеоперитонита, повышает эффективность консервативного лечения и ведет к снижению частоты оперативных вмешательств, сопровождающихся удалением органов репродуктивной системы женщины. Использование комп-лексного подхода -эндоскопические методы лечения в сочетании с методами эфферентной хирургии ввиду явных и значительных преимуществ является альтернативным методом лечения по отношению к традиционным (лапаротомным) ввиду возможности сохранения органов репродуктивной системы у женщин фертильного возраста.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Грачева О.Н.

*Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Медицинский
Университет, Самара, Россия*

Актуальность. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани приобретенного генеза возникают в результате влияния разнообразных неблагоприятных факторов на плод в период его внутриутробного развития, что приводит, при определенной генетической предрасположенности, к нарушению нормального эмбриогенеза. Известно, что генетическая предрасположенность может быть связана не только с наличием самого заболевания, но и с рядом иммунологических сдвигов, которые для него характерны (Доброхотова Ю.Э., 2008). Ассоциированная с дисплазией соединительной ткани патология представлена основными типологическими синдромами: иммунодефицитным, аутоиммунным и аллергическим.

Цель исследования: оценить состояние иммунной системы у пациенток с признаками соединительнотканной дисплазии (СТД).

Материал и методы исследования. Нами было проведено обследование 491 пациентки с синдромом СТД в возрасте от 20 до 37 лет. Средний возраст составил $27,3 \pm 0,19$ лет. Выяснились анамнестические данные, состояние соматического профиля, признаки дисплазии соединительной ткани оценивались согласно шкале С.Н.Буяновой и соавт. Изучалась частота обращений пациенток за медицинской помощью в поликлинику в течение года. Причиной обращений

были острые респираторные заболевания и обострения хронической инфекции. Контрольную группу составили 100 женщин без дисплазии соединительной ткани. Средний возраст пациенток – $26,7 \pm 0,7$ лет. Полученные результаты анализировались с применением дисперсионного анализа.

Результаты исследования. По полученным данным 95% женщин с признаками дисморфизма соединительной ткани обращались за медицинской помощью в поликлинику в течение года, в то время как лица контрольной группы обращались за помощью лишь в 7% случаев ($p < 0,05$). Результаты исследования пациенток с признаками СТД распределились на три группы. 1 группу составили 266 женщин (54,2%), частота обращений которых составила 1-2 раза в год. Основной причиной обращений явились острые респираторные заболевания. Во 2 группу вошли 134 пациентки (27,3%) с частотой обращений 3-5 раз в год. Обращает внимание тот факт, что 43% из них имели хронические заболевания: верхних дыхательных путей – 43,7%; желудочно-кишечного тракта – 30,8%; мочеполовых путей – 25,5%. Причиной обращений в поликлинику в данной группе были острые респираторные заболевания и обострения хронической инфекции. 3 группу составили 80 женщин (16,3%) с частотой обращения в поликлинику более 5 раз. Число редко болеющих пациенток основной группы составило 11 женщин (2,2%). Частота обращений лиц в поликлинику за медицинской помощью контрольной группы не превышала 2 раз в год. Из полученных результатов видно, что чаще болеют и обращаются к врачу лица, с синдромом СТД ($p < 0,05$), т.е. в случае сочетания внешних фенотипических признаков СТД с признаками СТД висцеральных органов. Имеющиеся литературные данные позволяют утверждать, что существует достаточно тесная взаимосвязь между числом внешних фенотипических признаков СТД и тяжестью самого заболевания (Бондаренко И.Г., 1998). В связи с этим мы провели оценку количества внешних фенотипических признаков СТД в каждой исследуемой группе. У женщин 1 группы число стигм соединительной ткани составило 1396, что соответствует 5,25 признаков на пациентку, во 2 группе – 725 стигм и 5,41 признаков на пациентку, в третьей – 64 и 5,82 признаков на пациентку соответственно. Количество внешних признаков слабости мезенхимы в группе редко болеющих женщин составило 64, что соответствует наличию 3 – 4 признаков у пациентки. Из полученных результатов видно, что количество внешних фенотипических признаков постепенно нарастает по мере увеличения частоты простудных заболеваний. Разница становится статистически значимой при частоте заболеваний более 5 раз в год по отношению к редкому количеству (апостериорный критерий множественного сравнения Дункана). Следует отметить, что 9 пациенток имели 5 внешних фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии. Однако частота простудных заболеваний у них была не более 2 раз в год.

Заключение. Полученные данные убедительно свидетельствуют о связи синдрома СТД с нарушениями со стороны иммунной системы. Результаты показывают, что с увеличением числа стигм соединительной ткани нарушения со стороны иммунной системы более выражены. Вместе с тем, нельзя не обращать

внимания на то обстоятельство, что большое количество внешних фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии вовсе не обязательно предполагает иммунологические сдвиги. Основные иммунопатологические изменения при СТД являются несистематизированными. Ведение пациенток с СТД должно быть комплексным, учитывать весь комплекс диспластико-зависимых изменений в органах и системах. Необходимо использовать весь арсенал современных методов воздействия на патологический процесс, что значительно повысит их эффективность.

АНАЛИЗ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Грачева О.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Медицинский Университет, Самара, Россия

Актуальность. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани являются генетически гетерогенной группой, которая служит основой формирования различных хронических заболеваний. Распространенность данной патологии весьма широка. Поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на состоянии здоровья женщины.

Цель исследования: проанализировать менструальную функцию и гинекологическую патологию у женщин с признаками соединительнотканной дисплазией (СТД).

Материал и методы исследования. Основную группу составили 500 пациенток с признаками СТД в возрасте от 20 до 37 лет. Средний возраст составил $27,3 \pm 0,19$ лет. Выяснялись анамнестические данные, состояние соматического профиля, признаки дисплазии соединительной ткани оценивались согласно шкале С.Н.Буяновой и соавт. Контрольную группу составили 100 женщин без дисплазии соединительной ткани. Средний возраст составил $26,7 \pm 0,7$ лет. Полученные результаты анализировались с применением детерминационного метода.

Результаты исследования. При анализе менструальной функции у 80,4% пациенток с признаками дисморфизма соединительной ткани отмечены поздние менархе. Средний возраст менархе составил $13,1 \pm 2,3$ лет, в контрольной группе – $11,9 \pm 1,1$ лет. В основной группе у 19% женщин менструальный цикл был нерегулярным, в контрольной группе – у 10,7% ($p < 0,05$). При сборе клинико-анамнестических данных установлено, что характерным клиническим признаком для пациенток с СТД являлась дисменорея. Болезненные менструации у них отмечены в 60,4% случаев, что в 1,7 раза чаще, чем у женщин контрольной группы. Следует отметить, что у каждой второй пациентки основной группы отмечались психо-вегетативные расстройства. Из нейро-вегетативных нарушений преобладали общая слабость (более 70%) и головная боль (более 50%). Среди эмоциональных расстройств

на первом месте оказалась раздражительность. При оценке психологического статуса женщин с признаками дисморфизма преобладали повышенный уровень тревожности (71,7%) и эмоциональная неустойчивость (69,5%). У пациенток контрольной группы данные нарушения носили компенсаторный характер.

У каждой четвертой пациентки со «слабостью» соединительной ткани диагностирована функциональная истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), в контрольной группе – у 14,1% ($p < 0,05$). Учитывая тот факт, что одной из причин функциональной ИЦН является нарушение пропорционального соотношения между мышечной и соединительной тканью (Ледина А.В., Абул И.Ю., 2000), мы провели детерминационный анализ вероятности развития ИЦН в зависимости от наличия стигм соединительной ткани, характеризующих повышенную растяжимость кожи. Полученные данные свидетельствуют об имеющейся взаимосвязи ИЦН с повышенной растяжимостью кожи, наличием стрий после родов и грыж у четвертой части женщин. В контрольной группе такой зависимости не получено.

У 35,8% пациенток с признаками СТД диагностирована узкий таз, у 16,8% зарегистрированы пороки развития матки. В контрольной группе – у 17,9% и у 8,7% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. Соединительнотканная дисплазия является одним из факторов риска формирования нарушений менструальной функции и гинекологической патологии. У пациенток с признаками дисморфизма соединительной ткани чаще наблюдаются поздние менархе, нарушения менструальной функции, альгодисменорея, функциональная истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, узкий таз. Данная патология сочетается с локомоторно-висцеральными проявлениями, нейро-вегетативной дисфункцией, иммунологическими нарушениями, что необходимо учитывать при ведении данных пациенток.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА МОДУЛЯТОРОВ ЭСТРОГЕННОГО МЕТАБОЛИЗМА И АНГИОГЕНЕЗА В ЛЕЧЕНИИ СПКЯ У ПОДРОСТКОВ

Григоренко Ю.П., Уварова Е.В.

ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия

Под наблюдением находилось 17 подростков с СПКЯ, средний возраст девочек составил $17,5 \pm 0,43$ лет. Все больные имели гормональные ($ЛГ 15,2 \pm 1,2$ МЕ/л; $ЛГ/ФСГ > 2,5$; Тсв. - $3,3 \pm 0,4$ нмоль/л) и эхографические признаки СПКЯ ($V_{ср.} 14,25 \pm 1,1$ см³ ($min-11$ см³, $max-24$ см³); кол-во фолликулов - $12,9 \pm 0,4$; диаметр фолликулов = $5-9$ мм; ЯМИ - $4,5 \pm 0,34$). По данным ангиографии у всех подростков определялась гипертаскуляризация стромы и превосходящий нормативные показатели ИР (в среднем $0,65 \pm 0,05$). Нарушения менструального цикла наблюдались в большинстве случаев (64,7%) с менархе ($13,9 \pm 0,39$

лет). Задержки менструаций до 6 месяцев имели место у 7 (41,2%), более полугодом – у 8 (47,1%), маточные кровотечения – у 2 (11,7%) из 17 больных.

В лечебных целях, учитывая свойства препаратов блокировать патологическую клеточную пролиферацию, нормализовывать гормональный баланс и эффективно подавлять патологический неоангиогенез, девочкам назначен ИНДИНОЛ® (индол-3-карбидол) в сочетании с ЭПИГАЛЛАТОМ® (эпигаллокатехин-3-галлат) по 2 капсулы каждого два раза в день в течение 6 месяцев непрерывно, после информированного согласия и исключения противопоказаний к терапии.

Контрольное обследование проводилось на 3-5 день цикла после окончания лечения. У 10 (58,8%) девочек на фоне проводимой терапии отмечено четыре и более менструаций, снижение уровней ЛГ(11,03±1,64 МЕ/л) и Тсв. (2,04±0,32 нмоль/л). Несмотря на незначительное уменьшение объема яичников (Vср. 12,56 ± 1,32см³), отмечено исчезновение поликистоза и нормализация кровотока в центральной зоне яичников и ИР (в среднем 0,50±0,05). Признаков инсулинорезистентности и гиперинсулинемии не выявлено ни у одной девочки. В 5 случаях выявлены признаки свершившейся овуляции.

У 7 девочек (41%) на фоне лечения сохранились нерегулярные менструации и исходная эхографическая картина, что расценено нами как отсутствие эффекта негормональных препаратов и требует дообследования с последующим подбором терапии. Важно отметить, что пациентки этой группы отметили погрешность в приеме препаратов, что возможно негативно повлияло на эффект терапии.

Таким образом, применение комплекса модуляторов эстрогенного метаболизма и ангиогенеза в течение 6 месяцев безопасно и было патогенетически оправданным методом лечения у 58,8% подростков с СПКЯ. Негормональная терапия может быть альтернативой при наличии противопоказаний либо нежелании пациенток принимать гормональные препараты.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Григорьев С.Г., Кудрявцева Л.И., Григорьева Т.С.

Россия, г. Самара, ФГОУ ВПО

«Самарский военно-медицинский институт» МО РФ

После чревосечения при акушерско-гинекологических вмешательствах нередким осложнением является образование послеоперационной вентральной грыжи. Существующие аутопластические методы не всегда эффективны. Рецидивы возникают у каждой четвертой больной (В.В. Жебровский с соавт., 2002).

Причины этого нуждаются в углубленном изучении. Нами получены данные об особенностях анатомо-морфологической структуры грыжевых ворот при послеоперационных грыжах. Они заключаются в фор-

мировании в грыжевых воротах двух контуров грыжевого кольца. Механизм их образования заключается в следующем. В послеоперационном периоде срединная линия живота испытывает удвоенную нагрузку на растяжение. Она складывается из воздействия внутрибрюшной гипертензии и векторных коллатеральных усилий за счет постоянно действующей тяги мощных боковых мышц живота.

В итоге в грыжевых воротах образуются два контура грыжевого кольца – рубцовое (ложное) и мышечное (истинное). Контур рубцового кольца образован перерастянутым и истонченным апоневрозом. Истинное кольцо располагается более глубоко в грыжевых воротах и представлено краем прямой мышцы живота, заключенным в передний и задний листки апоневроза.

Отмеченные особенности приобретают важное значение для фиксации полипропиленового имплантата при устранении грыжевого дефекта. Если ушивание грыжевого дефекта производилось с захватом тканей только рубцового кольца, то это ненадежно и может привести к рецидиву. В отличие от этого, высокие прочностные характеристики истинного кольца обеспечивают надежную фиксацию вшиваемого имплантата.

Под нашим наблюдением находились 28 женщин с послеоперационными вентральными грыжами после акушерско-гинекологических операций. По Международной классификации герниологов (1999) малые грыжи диагностированы у 4 женщин, средние – у 12, большие – у 8 и гигантские – у 4 пациенток. Им произведена ненапряжная пластика грыжевого дефекта полипропиленовым имплантатом. По разработанной нами методике (2004, 2007) фиксацию имплантата проводили с учетом выявленных нами двух контуров грыжевых ворот. Операцию заканчивали ушиванием листков грыжевого мешка над поверхностью имплантата.

По вскрытии грыжевого мешка и освобождении грыжевых ворот от припаянных кишечных петель и сальника полипропиленовый имплантат заводили за края дефекта и фиксировали П-образными швами к прочным тканям истинного кольца грыжевых ворот. Швы захватывали передний и задний листки апоневроза и заключенный между ними медиальный край прямой мышцы живота. Дистанцию между вколлом и выколлом П-образного шва устанавливали не менее 1,5 см, чтобы в узел вошел значительный участок плотной ткани, препятствующей прорезыванию шва. Поэтапно по периметру грыжевого дефекта накладывали необходимое число П-образных швов.

Послеоперационный период протекал благоприятно. У 2 больных в послеоперационном периоде обнаружены серомы подкожной клетчатки. Рецидивов в течение 3 лет наблюдения не отмечено.

Таким образом, предложенная методика является эффективным методом лечения грыж живота.

ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ ПЛОДА – ГРУППА РИСКА ПО ПРИМЕНЕНИЮ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Григорьева Е.Е., Николаева М.Г.,
Сердюк Г.В., Бондарева Т.А.

Комитет по делам здравоохранения администрации г. Барнаула,
МУЗ родильный дом № 2, Алтайский филиал ГНЦ РАМН, МУЗ
Городская больница №8, Барнаул, Россия

Интенсивное изучение состояния системы гемостаза на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) (Л.А. Озолина с соавт., 2006; Т.С. Krivak, 2007; Ю.Э. Доброхотова, 2008) свидетельствует о различной выраженности тромбогенной направленности у пациенток. Полученные в последнее десятилетие данные о наследственных формах тромбофилий, их высокая распространенность в популяции, должны, на наш взгляд, обязательно учитываться при назначении гормональной контрацепции. Учитывая, что женщины, с синдромом привычной потери плода, являются потенциальными пользователями КОК по реализации репродуктивных планов, изучение носительства генетических детерминант тромбофилий у данного контингента является актуальным.

Цель исследования: определить категории приемлемости для назначения КОК у пациенток с синдромом привычной потери плода на основании генетического тестирования на тромбогенные ДНК-полиморфизмы.

Материалы и методы исследования. Проведено двухэтапное обследование: 1 – клиническая оценка общесоматического статуса для выявления возможных известных противопоказаний для применения гормональной контрацепции; 2 – тестирование полимеразной цепной реакцией на носительство мутации фактора V Лейден [Arg506Gln], мутацию протромбина [20210 G/A]. Результаты исследования были обработаны методом вариационной статистики для оценки непараметрических показателей групп малых выборок (пакет программ Statistica 6.0 A).

Результаты: обследовано 83 женщины фертильного возраста ($28,1 \pm 3,8$ года) при активном обращении с целью подбора гормональной контрацепции. Женщины были разделены на две группы. Основная группа включала 41 пациентку (средний возраст $29,5 \pm 3,8$) с синдромом привычной потери плода (среднее число потерь плода $2,58 \pm 1,6$) в анамнезе. Контрольную группу составили 42 обратившихся без патологии репродуктивной функции ($27,2 \pm 3,7$ года). У всех обследованных был исключен антифосфолипидный синдром и другие гемостазиологические варианты тромбофилии.

В соответствии с проведенным анамнестическим и клиническим обследованием, которым, как правило, руководствуются в клинической практике при назначении КОК, было определено, что 23 (56,1%) пациентки основной и 26 (61,9%) женщин контрольной группы не имели противопоказаний для приема КОК (Категория «1»), 18 (43,9%) обследуемых основной группы и 16 (38,1%) гинекологически здоровых женщин отнесены к Категории «2» по шкале прием-

лемости и могут пользоваться КОК при условии регулярного врачебного контроля. Женщин с абсолютными противопоказаниями для назначения эстрогенсодержащих гормональных контрацептивов (Категории «3», «4») не выявлено.

Результаты обследования на носительство выделенных тромбогенных ДНК-полиморфизмов показали, что встречаемость последних в расчете на 1 женщину составила в основной группе – 0,4, в контрольной – 0,14 ($p < 0,01$). При этом встречаемость гетерозиготных аномалий фактора V Лейден, генов, кодирующих протромбин, в контрольной группе соотносилась с частотой встречаемости вышеуказанных полиморфизмов в европейской популяции. Носительство аномальных аллелей генов в основной группе имело достоверные отличия и составило соответственно: 19,5%; 17,1%. Наиболее важным критерием разницы явилось отсутствие в контрольной группе носительства межгенных комбинаций, тогда как у пациенток с синдромом привычной потери плода они имели место в 7,7% ($p < 0,01$) наблюдений.

Результаты генетического тестирования легли в основу определения категорий приемлемости КОК у обследованных женщин. Определено, что 25 (61,9%) женщин основной группы и 36 (85,4%) пациенток контрольной группы относятся к "1" и "2" Категориям приемлемости и не имеют противопоказаний для приема КОК. Женщин, относящихся к третьей категории приемлемости КОК, не выявлено. Категорию "4" (абсолютные противопоказания), в наших наблюдениях составили 6 (14,6%) относительно здоровых женщин, и 16 (38,1%) пациенток с привычным невынашиванием беременности.

Выводы: у пациенток с привычным невынашиванием беременности носительство тромбогенных ДНК-полиморфизмов встречается в 2,5-3,0 раза чаще ($p < 0,01$), чем у здоровых женщин. Данный вид акушерской патологии предполагает обязательное проведение генетического тестирования на носительство детерминант тромбофилий перед назначением комбинированных оральных контрацептивов с целью профилактики возможных тромботических осложнений.

ОЦЕНКА ГЕСТАЦИОННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ СПИРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НА ПИКЕ ПЕРВОЙ ВОЛНЫ ИНВАЗИИ ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ПЛАЦЕНТЫ

Гриневиц В.Н.¹, Забозлаев Ф.Г.^{2,3}, Мальков П.Г.^{1,3}

Россия, ¹Консультативно-диагностический центр №6 УЗ САО г. Москва, ²Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва, ³Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва

Актуальность. Первая волна инвазии вневорсинчатого цитотрофобласта, достигающая максимальной глубины и выраженности к концу 7-8 недели гестации, сопровождается активной гестационной перестройкой эндометриальных сегментов спиральных

артерий и приростом маточно-плацентарного кровотока. От своевременности и полноты гестационной трансформации спиральных артерий зависит успешность антенатального развития плода, а также дальнейшее течение и исход беременности.

Цель работы: оценить гестационную трансформацию эндометриальных сегментов спиральных артерий на 7-8 неделе гестации при различной степени зрелости плаценты.

Материалы и методы исследования. Проведено морфологическое исследование соскобов из полости матки, полученных у 52 женщин в возрасте от 16 до 45 лет при искусственном прерывании беременности на сроке 7-8 недель. В зависимости от морфологии плаценты все наблюдения были распределены на три группы: I группа (n=16) – с плацентой, соответствовавшей сроку гестации, II группа (n=20) – с диссоциированным нарушением созревания ворсинчатого дерева, III группа (n=16) – с патологической незрелостью плаценты. Приготовленные из парафиновых блоков срезы окрашивали традиционными гистологическими окрасками. Гистометрическое исследование эндометриальных сегментов спиральных артерий (периметр и площадь поперечного сечения) проводили с учетом особенностей каждого объекта исследования с последующей статистической обработкой данных. Показатели степени гестационной трансформации эндометриальных сегментов спиральных артерий для II и III групп рассчитывали по отношению к I группе, показатель которой условно принят за 100%.

Результаты. Средние значения периметра и площади поперечного сечения эндометриальных сегментов спиральных артерий в I группе составили $0,81 \pm 0,03$ мм и $0,047 \pm 0,004$ мм², во II группе – $0,53 \pm 0,02$ мм и $0,020 \pm 0,001$ мм², в III группе – $0,33 \pm 0,01$ мм и $0,008 \pm 0,001$ мм² соответственно. Выявлено достоверное уменьшение значений периметра и площади поперечного сечения эндометриальных сегментов спиральных артерий в группах с диссоциированным нарушением созревания ворсинчатого дерева ($p < 0,001$) и патологической незрелостью плаценты ($p < 0,001$) по сравнению с группой, морфология плацент которой соответствовала сроку гестации. Также указанные параметры достоверно различаются между группами с диссоциированным нарушением созревания ворсинчатого дерева и патологической незрелостью плаценты ($p < 0,001$). Степень гестационной трансформации эндометриальных сегментов спиральных артерий в группе с диссоциированным нарушением созревания ворсинчатого дерева составила 42%, а в группе с патологической незрелостью плаценты – 17%.

Выводы. Несостоятельность процессов гестационной трансформации спиральных артерий играет важную роль в патогенезе ранней плацентарной недостаточности и представляет серьезную угрозу во время второго критического периода антенатального развития. Полученные данные статистически подтверждают обоснованность выделения групп с диссоциированным нарушением созревания ворсинчатого дерева и патологической незрелостью плаценты и могут быть использованы при дифференциальной диагностике между этими вариантами незрелости плаценты.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН В СЕМЬЯХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕРАЗВИВАЮЩУЮСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Гуман Л.П., Зуев В.В., Шевкун Е.Б.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

Цель: изучение состояния репродуктивного здоровья мужчин, семьи которых имели неразвивающуюся беременность (НБ) в анамнезе.

Материалы и методы исследования: обследовано 40 пациентов, супруги которых перенесли НБ до 20 недель гестации. Обследование проводилось вне беременности. Применялось общеклиническое обследование, изучение гормонального фона, бактериологическое и вирусологическое исследование методами ИФА, ПИФ, ПЦР, изучались данные спермограммы, проводилось УЗИ гениталий.

Результаты и их обсуждение: Нами установлено, что одной из вероятных причин НБ в супружеской паре является патоспермия — 67,5% пациентов.

Наиболее частой причиной патоспермии у обследованной группы мужчин явились хронические воспалительные заболевания половой сферы. Повышение вязкости эякулята у 47,5% пациентов, олиоспермия у 55%, снижение содержания лецитиновых зерен у 65% свидетельствуют о снижении функции предстательной железы в результате длительно протекающего воспалительного процесса. При объективном обследовании супругов диагностирован хронический простатит у 15 человек (37,5%). Помимо хронического простатита у мужчин было диагностировано варикоцеле – 3 (7,5%), хронический уретрит – 12 (30%), хронический эпидидимит – 4 (10%), хронический баланопостит – 6 (15%), киста придатка яичка – 1 (2,5%), лейкоплакия головки полового члена – 1 (2,5%). У 55% мужчин увеличение количества лейкоцитов в сперме сочеталось с усилением агглютинации сперматозоидов, что свидетельствует о воспалительном процессе внутренних гениталий. В связи с чем все пациенты основной группы были обследованы на инфекции TORCH-комплекса. В результате чего было выявлено, что у 65% мужчин диагностирована урогенитальная инфекция, причем у 18 пациентов (45%) наблюдалась микст-инфекция.

Бессимптомная бактериоспермия выявлена у 12 пациентов (30%).

Олиоспермия I и II степени отмечена у 14 пациентов (35%), тератоспермией страдал каждый десятый пациент. Причина патоспермии осталась невыясненной у 15% мужчин. Копулятивные расстройства отмечены у 6 пациентов (15%). У 3 (7,5%) – ослабленная эрекция, 2 (5%) – ускоренная эякуляция, 1 (2,5%) – болезненное семяизвержение.

Выводы: причинами возникновения неразвивающейся беременности в семье является патология репродуктивной системы мужчин, в том числе патоспермия в 67,5%, воспалительные заболевания урогенитального тракта в 65%, причем в 45% регистрировалась микст-инфекция. Сочетанная патология репродуктивной функции мужчин наблюдалась у 57,5%

пациентов. 17,5% пациентов были практически здоровы. Сочетание «мужского» и «женского» факторов зарегистрировано у 60% супружеских пар, что требует полного своевременного обследования и лечения.

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЭТИОЛОГИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гуман Л.П.

*Областная клиническая больница Святителя Иоасафа,
Белгород, Россия*

Целью исследования явилось выявление частоты урогенитальной инфекции у супружеских пар, перенесших неразвивающуюся беременность (НБ).

Объем обследования составил 40 супружеских пар, имеющих в анамнезе НБ до 20 недель гестации. Применялись методики: общеклиническое, бактериологическое, бактериоскопическое, эндоскопическое обследование, ПЦР-диагностика, иммуноферментный анализ, метод прямой иммунофлюоресценции, данные УЗИ.

Результаты обследования: Комплексная диагностика позволила обнаружить наличие специнфекции у 70% женщин и 65% их супругов с преобладанием микст-инфекции. Один вид возбудителя был выявлен у 28,5% пациенток и у 20% их супругов. Наиболее частым сочетанием инфекционных агентов у 41,5% женщин и 45% мужчин являются: урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз – 25%, микоплазмоз и трихомоноз – 15%, хламидиоз, уреаплазмоз и трихомоноз – 12,5%. Реже встречается сочетание уреаплазмоза и свежей ЦМВ-инфекции – 5%, хламидиоза и острого токсоплазмоза – 5%. Вирусносительство цитомегаловируса выявлено у 10% супружеских пар. Наличие патогенной микрофлоры в цервикальном канале сопровождалось клиническими проявлениями эндоцервицита у 15% пациенток, эрозиями шейки матки – 10%, хроническим сальпингоофоритом – 25%, хроническим эндометритом – 12,5%. У каждой четвертой супружеской пары хронический воспалительный процесс специологии сочетается с инфантилизмом, длительным бесплодием в анамнезе, патоспермией. В группе пациентов, рано начавших половую жизнь, имевших более 2 половых партнеров, в 80% случаев регистрировалась микст-инфекция.

Выводы: Ведущим этиологическим фактором НБ являются воспалительные заболевания, вызванные специнфекцией у 70% пациенток и 65% их супругов, причем микст-инфекция регистрируется в 41,5% и в 45% случаев соответственно. Очевидна необходимость совместной реабилитации супружеской пары в период подготовки к новой беременности.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Гущина М.Ю., Богатырева Л.Н.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоград, Россия*

Целью настоящего исследования явилось: выявление факторов риска возникновения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе, с целью профилактики и своевременной диагностики данной патологии.

В основу настоящей работы положен сравнительный анализ результатов обследования 165 женщин в возрасте 45-55 лет, в перименопаузальном периоде, страдающих гиперпластическими процессами эндометрия и находящихся на лечении в гинекологическом отделении МУЗКБ № 7 г. Волгограда. Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование, сбор гинекологического анамнеза, общий и гинекологический осмотр, консультацию смежных специалистов при наличии экстрагенитальной патологии.

В результате исследования выявлено, что по социальному статусу пациентки распределились следующим образом: рабочие 49 человек- 29%; служащие 101 человек-61,2%; 15 человек- домохозяйки (9%). На профессиональные вредности указали 48 человек – 29%, психоэмоциональные нагрузки составили 86,7% – 143 человека, 131 женщина была замужем – 79,4%, 156 человек имели хорошие жилищные условия – 94,6%. Сравнительный анализ анамнеза и жалоб, предъявляемых пациентами, показал их клиническую зависимость от основного заболевания. Преобладающими жалобами пациенток были жалобы на нарушения менструального цикла в виде задержек менструаций с последующими кровотечениями (метроррагиями) (56%), а также жалобы на слабость и головокружение (60%).

Большинство обследуемых женщин имели отягощенный акушерско- гинекологический анамнез. Так 23,9% имели в анамнезе нарушение менструального цикла; 18,3% – нерегулярные менструации; 60,7% имели в анамнезе аборт (от 1 до 2-х); 68,5% имели воспалительные заболевания внутренних половых органов, в том числе хронический метроэндометрит на фоне длительностоящей ВМС – 12%. Миома матки наблюдалась в 44% случаев, эндометриоз в 15,2%; наличие в анамнезе функциональных кист яичников за последние 3 года выявлено у 29% обследуемых.

В наших исследованиях большинство женщин имели отягощенный соматический анамнез.

Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались сердечно-сосудистые заболевания, а среди них наибольший процент занимали: варикозная болезнь нижних конечностей – 33,4%, гипертоническая болезнь встречалась в 8,5% случаев. Патология мочевыделительной системы встречалась в 23,7%. Заболевания печени и ЖВП составляют 18,8%. Ожирение встречалось в 16,4%. У 6,7% женщин индекс ОТ/ОБ соответствовал $0,92 \pm 0,3$, что свидетельствовало о абдоминальном типе ожирения. ИМТ=26-30, наблюдался в 13,9% случаев, что расценивается как малая степень метаболических нарушений,

в 2,5% случаев ИМТ был выше 30, что говорит о выраженном ожирении. Сахарный диабет встречался в 4,9%, что вероятно связано с состоянием гиперинсулинемии, приводящей к гиперплазии и стимуляции стромы яичника. Самый большой процент из всех экстрагенитальных заболеваний занимали заболевания молочных желез, а именно – фиброзно-кистозная мастопатия встречается в 78,2%, что подтверждает дисгормональную природу основного заболевания.

Проведенный анализ клинико – анамнестических данных позволил нам выделить факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе.

Основными факторами риска явились: возраст женщин 45-55 лет; наличие психоэмоциональных нагрузок; позднее менархе; нарушения менструального цикла в виде метроррагий в репродуктивном возрасте; большое количество внутриматочных вмешательств, особенно с осложненным их течением; миома матки; фиброзно-кистозная мастопатия; функциональные кисты яичников за последние 3 года. Экстрагенитальными факторами риска явились: ожирение, варикозная болезнь нижних конечностей, патология мочевыделительной системы.

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕВУШЕК С СИНДРОМОМ РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА

**Давтян Г.М., Уварова Е.В.,
Латыпова Н.Х., Петрова С.Б.**

ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии, им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия

Проблема рождения детей с пороками развития сохраняет свою актуальность, несмотря на достижения современной медицины. Наиболее неблагоприятным в социальном плане является аплазия влагалища, которая встречается при синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (МРКХ). По наблюдениям многих исследователей у пациенток с данным синдромом имеются признаки системных изменений со стороны различных органов, связанные с особенностями строения соединительной ткани, т. е. дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Сложность структуры и разнообразие функции соединительной ткани определяют возникновение многочисленных ее заболеваний, вызванных дефектами в наследственном аппарате или под воздействием экзогенных причин во внутриутробном периоде. Патологические процессы в соединительной ткани провоцируют возникновение вторичных нарушений со стороны внутренних органов и систем, что проявляется развитием хронических заболеваний.

В клинической практике наиболее часто встречаются недифференцированные формы ДСТ, которые не столь манифестны и иногда остаются без должного внимания.

Проведено полное клинико-лабораторное обследование, ретроспективный анализ и анкетирование 65 девушек с синдромом МРКХ в возрасте от 14 до 21 года.

Степень выраженности ДСТ определялась по таблице, предложенной Т.Ю. Смольновой и Л.В.Адамян, адаптированная для детского и подросткового возраста.

Признаки ДСТ в той или иной степени наблюдались у всех обследованных девушек.

В качестве основных фенотипических признаков, характеризующих состояние опорно-двигательного аппарата, нами рассматривались следующие признаки: гипермобильность суставов, сколиоз, кифоз, лордоз, плоскостопие, косолапость, деформация грудной клетки, частые вывихи, переломы, дисплазия тазобедренного сустава в детстве. Наиболее часто у пациенток встречались сколиоз (85%), синдром гипермобильности суставов (72%), деформация грудной клетки (29%). В двух случаях было зафиксировано врожденное сращение семи шейных позвонков и хондромалиция правого коленного сустава. Среди кожных проявлений преобладали пергаментность кожи (48%), множественные родинки, (34%), стрии (29%), атрофические рубцы (21%), витилиго (8%), склонность к образованию экхимозов (8%). Аномалии развития зубов наблюдались в виде диастемы (27%), тремы (15%), раннего кариеса (41%), кривых зубов (52%). Среди патологий органов зрения самой распространенной оказалась миопия, которая наблюдалась у 72% обследуемых, гиперметропия встречалась намного реже – у 18%, у 22% девушек были зафиксированы голубые склеры.

У некоторых пациенток наблюдались аномалии развития молочных желез: гипоплазия одной или обеих молочных желез, а в одном случае врожденное отсутствие правого соска.

При оценке висцеральных маркеров ДСТ особое внимание уделялось состоянию мочевыделительной, сердечно-сосудистой систем (ССС) и органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Как и многими авторами, нами так же наблюдается частое сочетание синдрома МРКХ с аномалиями органов мочевого выделения. Среди них: аплазия почки (5%), гипоплазия почки (9%), нефроптоз (17%), подковообразная почка (9%), расширение чашечно-лоханочной системы (21%), гипотония чашечно-лоханочной системы (26%).

Патология ССС в основном была представлена пролапсом митрального клапана (по данным ЭхоКГ) – в 38% случаев, у 23% пациенток наблюдались нарушения сердечного ритма (по данным ЭКГ). В 85% наблюдений (по данным реоэнцефалографии) была диагностирована вегето-сосудистая дистония. Патология органов ЖКТ в основном представлена следующими нарушениями: дискинезия желчевыводящих путей (17%), перегиб желчного пузыря (12%).

Таким образом, детальное обследование пациенток с синдромом МРКХ позволяет выявлять многочисленные проявления синдрома дисплазии соединительной ткани, что в совокупности с основным заболеванием помогает определить дальнейшую тактику их лечения.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНО–ЗНАЧИМЫХ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН

Дармограй Н.В., Сельков С.А. Дудниченко Т.А.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии СПбГМА им. И.И. Мечникова

Предмет изучения: патогенетические механизмы нарушений репродуктивного здоровья женщин, подвергающихся комплексному воздействию неблагоприятных производственных факторов. Материалы и методы: изучена гинекологическая заболеваемость, особенности течения беременности и родов у работниц электротранспорта (водители и ИТР). Используются результаты анкетирования, данные клинических и лабораторных исследований, включая определение репродуктивно значимых маркеров аутоиммунных процессов. Результаты: в группе работниц, наиболее подверженных воздействию неблагоприятных факторов производственной среды (водители) по сравнению с группой сравнения (ИТР) чаще встречаются нарушения менструального цикла (57 % и 41 %), и воспалительные заболевания верхних отделов гениталий (29,4 % и 12,5 % соответственно). В основной группе достоверно выше частота осложнений беременности (угрожающий выкидыш – 36,4 % и 22,8 %, преждевременные роды – 12,7 % и 7,0 %, анемия беременных – 29,7 % и 17,5 % соответственно) и осложнений во время родов (аномалии сократительной деятельности матки – 17,8 % и 12,3 %, патологическая кровопотеря – 10,7 % и 2,8 %, гипоксия плода – 12,7 % и 7,0 % соответственно). При этом в основной группе получены достоверно более высокие уровни маркеров аутоиммунных процессов (антитела к кардиолипину – 16,5 % и 2,9 %, антитела к фосфатидилсерину 5,9 % и 3,0 %, антитела к в-ХГЧ – 38,1 % и 28,6 % соответственно), которые тесно коррелируют с частотой репродуктивных нарушений. Заключение: одним из патогенетических механизмов нарушений репродуктивной функции у женщин, подвергающихся воздействию комплекса неблагоприятных производственных факторов, является индукция аутоиммунных процессов, что следует учитывать при прогнозировании и ранней диагностике заболеваний, а также при проведении профилактических и лечебных мероприятий.

CONDITION OF REPRODUCTIVE-SIGNIFICANT AUTOIMMUNE PROCESSES AT WORKING WOMEN

Darmograj N.V., Seljkov S.A., Dudnicenko T.A.

(Department of obstetrics, gynecology and perinatology of the Medical academy named after I.I. Mechnikov)

Subject of studying: pathogenetic mechanisms of infringements of reproductive health of the women, adverse production factors exposed to complex influence. Materials and methods: gynecologic disease, features of current of pregnancy and labor at working women

of tram (drivers and employees) are investigated. The data of clinical and laboratory researches, including definition of reproductive significant markers autoimmune processes are used. Results: in group of the working women most subject to influence of adverse factors of the industrial environment (drivers) in comparison with group of comparison (employees) more often there are infringements of menstrual cycle (57 % and 41 %), and inflammatory diseases of the pelvic organs (29,4 % and 12,5 % accordingly). In the basic group frequency of complications of pregnancy (spontaneous abortion – 36,4 % and 22,8 %, premature birth – 12,7 % and 7,0 %, an anemia – 29,7 % and 17,5 % accordingly), and complications during labor (abnormal uterine activity – 17,8 % and 12,3 %, pathological bleeding – 10,7 % and 2,8 %, fetal hypoxia – 12,7 % and 7,0 % accordingly) are more often than in group of comparison (employees). Thus in the basic group high levels of markers autoimmune processes (an antibody to cardiolipine – 16,5 % and 2,9 %, antibodies to fosfatidilserine 5,9 % and 3,0 %, antibodies are received authentically more to HCG – 38,1 % and 28,6 % accordingly) was revealed, and it closely correlates with frequency of reproductive infringements. The conclusion: One of pathogenetic mechanisms of disorders of reproductive function at the women, exposed to influence of a complex of adverse production factors, is the induction of the autoimmune processes. It should be used for early diagnostics of diseases, and also at realization of preventive and medical actions.

МИОМА МАТКИ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Дворникова З.Г., Савенко С.В., Бикчурова Н.Н., Лисова Н.И., Моторина О.А.

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск, Россия

Гигантские фибромиомы встречаются довольно редко. Максимальная масса описанной в литературе фибромиомы составила 40 кг. За последние два года в гинекологическом отделении УОКБ зарегистрировано 19 случаев миомы матки больших размеров, причем в двух случаях это были очень большие миомы весом 8 кг 100 г и 11 кг. Представляем историю большой, оперированной по поводу гигантской миомы матки. Больная К., 37 лет поступила в гинекологическое отделение ГУЗ УОКБ 10.12.07 г. При поступлении предъявляла жалобы на одышку при физической нагрузке. Из анамнеза заболевания: 1,5 года тому назад при профилактическом осмотре была обнаружена опухоль в брюшной полости размерами 10х15 см (со слов больной), однако от дальнейшего обследования в тот момент женщина отказалась. За 2 месяца до поступления в стационар появилась одышка при физической нагрузке, что и послужило причиной обращения к врачу. Менструальный цикл регулярный. Беременностей -2, роды – 1, аборт – 1. Перенесенные заболевания: варикозная болезнь ног, тромбофлебит вен левой голени, гипертоническая болезнь I стадии, желчекаменная болезнь. Объективно: рост 166 см, вес

107 кг, ИМТ – 38,3. Живот мягкий, безболезненный. Через переднюю брюшную стенку пальпировалось образование, занимающее брюшную полость от лона до мечевидного отростка. При влагалищном исследовании: шейка матки увеличена в размерах, цервикальный канал располагался слева. В правом своде пальпировалось образование, размерами 10 x 12 см. Матка с узлами представляло собой образование, соответствующее 34-36 неделям беременности, неправильной формы. При УЗИ гениталий: весь малый таз и брюшную полость до эпигастрия выполняло солидное образование гигантских размеров. Диагноз: киста яичника гигантских размеров, или миома матки больших размеров. 14.12.07 12.00 – 15.10 Операция: лапаротомия, экстирпация матки без придатков, дренирование брюшной полости. Ход операции: средним продольным разрезом от лона до пупка и, обойдя пупок слева, послойно вскрыта брюшная стенка. При ревизии органов малого таза: весь малый таз и брюшную полость занимала бугристая опухоль, исходящая из матки. Тело матки не увеличено, «сидит» на узле. Опухоль исходила из перешейка и шейки матки, расположена атипично, забрюшинно, состоит из нескольких узлов. Самый большой узел величиной до 20 недель беременности, исходит из перешейка. Три узла расположены забрюшинно в правом параметрии: размерами 16x18 см, 16x14, 12x14 и один узел в левом параметрии 14x16 см., придатки не изменены. Имелись варикозно расширенные сосуды. Опухоль неподвижная. Поэтапно с большим трудом с предварительной перевязкой сосудов проведено вылушивание всех забрюшинных узлов. Матка отсечена вместе с шейкой от сводов влагалища. Перитонизация за счет широкой маточной связки и пузырно-маточной складки брюшины. В дугласовом кармане оставлен дренаж. Общая кровопотеря 2000,0 мл. Матка с узлами весила 11 кг. Послеоперационный период осложнился гематомой малого таза, по поводу чего проводилась противовоспалительная, рассасывающая терапия. Больная в удовлетворительном состоянии выписана на 36 день послеоперационного периода. Гистологический диагноз: многоузловая клеточная фибромиома матки с отеком и дегенеративными изменениями отдельных узлов. Был проведен анализ 19 историй болезни женщин с миомой больших размеров, оперированных в гинекологическом отделении за последние два года, с целью выявить возможные факторы риска развития таких больших опухолей. Результаты исследования позволили выявить следующее: средний возраст обследованных женщин составил 45 лет; подавляющее большинство пациенток (82,3%) относились к организованному населению, т.е. были работающими, а, следовательно, должны были ежегодно проходить профилактические осмотры, тем не менее, 50% из них не посещали гинеколога в течение последних 5 лет. Быстрый рост опухоли был зафиксирован у 58,8% пациенток. Среди респонденток 15 имели в прошлом одни или двое родов. Число аборт в анамнезе колебалось от 0 до 10, составляя в среднем 2,8 на одну женщину. Гинекологический анамнез был отягощен у 30%. Чаще всего встречались нарушения менструального и воспалительные заболевания придатков. Соматическую патологию имели 76,4%, из них 35,2% страдали артериальной гипертензией, 30% ожирени-

ем, 23,5% варикозным расширением вен, 23,5% патологией почек. 13 женщин имели сочетанную соматическую патологию. Основными жалобами, которые заставили обратиться пациенток к врачу, явились боли внизу живота с иррадиацией в крестец 47%, гиперполименорея 35%, одышка и головокружение 29%, увеличение живота 17,6%, частое мочеиспускание 11,7%, у 11,7% женщин жалобы отсутствовали вообще. В 35,2% случаев была произведена экстирпация матки. В 67,7% – надвлагалищная ампутация. Кровопотеря во время операции у 17 женщин не превышала 500 мл. В двух случаях, когда операция сопровождалась техническими трудностями, кровопотеря составила 2000-2500 мл.

Таким образом, анализируя истории развития заболевания пациенток с миомой матки очень больших размеров, следует отметить, что, как правило, это были женщины репродуктивного возраста с сочетанной соматической и генитальной патологией.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНО- ЗА ЖКТ, КАК ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИ- ДИВОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Дедкова О.А., Близнюк Е.А.,

Куликова Т.П., Решетникова Л.К.

*Россия, г. Благовещенск, городская клиническая больница,
отделение оперативной гинекологии*

В структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания внутренних половых органов занимают ведущее место и составляют 55-65%. 2/3 из них представляют сальпингоофориты, которые у 65-77,6% больных принимают затяжное хроническое течение. Частое и бесконтрольное использование антибиотиков приводит к формированию стойкого дисбактериоза влагалищного и кишечного биотопов. Это определяет значимость лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию дисбактериоза, особенно при применении антибактериальных средств.

Цель: разработать комплексный метод лечения и профилактики хронических заболеваний внутренних органов

Материалы и методы: 50 пациенток репродуктивного возраста, с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий. Критерием для отбора пациенток явилось клиническое подтверждение данного диагноза и сопутствующий дисбактериоз кишечника.

Возраст обследуемых колебался от 18 до 43 лет. При изучении гинекологического, репродуктивного анамнеза пациенток выявлено: У 27(54%) пациенток не было родов в анамнезе. Самопроизвольное прерывание беременности было у 9(18%) пациенток. Бесплодием страдали 4(8%) женщины. Ранее стационарное лечение по поводу воспалительных процессов гениталий проходили 34(68%) женщины.

Ранее эпизодически получали лечение в адрес дисбактериоза кишечника 10(25%) пациенток. Дисбиоз кишечника выявлен у всех пациентов.

Обследование включало: общеклинические методы, иммуноферментный анализ сывороточного и секре-

торного IgA, иммунологическое исследование крови, обследование на TORCH инфекции методом ПЦР, бактериологическое исследование фекалий.

В зависимости от метода лечения все обследованные пациентки были разделены на 2 группы: первая (основная) группа – (30), были обследованы и пролечены по схеме комплексной терапии, включающей коррекцию микрофлоры кишечника. Лечение включало диету и медикаментозную поддержку: полиферментные препараты; препараты лактулозы, сорбенты, пребиотики, эубиотики. Вторая группа – 20 пациенток, получали стандартное лечение, без использования бактериальных препаратов.

Результаты: При изучении микробиоценоза влагалищного отделяемого нормоценоз был выявлен у 7 (14%) женщин, промежуточный тип мазка у 17 (34%), дисбиоз влагалища имелся у 26 (52%). Явления вагинита в 26% случаев были обусловлены грибами рода *Candida*, в 38% – анаэробными грамотрицательными и грамположительными условно-патогенными микроорганизмами и стафилококками, в 14% случаев обнаружена сочетанная форма бактериального вагиноза и вагинального кандидоза. Практически в половине случаев – 46% при бактериологическом исследовании не было выявлено роста микрофлоры.

Все обследованные пациентки имели нарушение кишечного микробиоценоза, выражающиеся в снижении количественного уровня бифидо- и лактобактерий (менее 10^8 и 10^6 КОЕ/г соответственно) при высокой концентрации условно-патогенных микроорганизмов (более 10^4 КОЕ/г).

Концентрация секреторного IgA биологической среды является показателем местной защитной реакции. Уровень секреторного иммуноглобулина А был оценен в начале лечения и через 4 месяца.

При анализе концентрации иммуноглобулина А получены следующие показатели: у пациенток основной группы уровни IgA сыворотки крови составили 2,04 мг/л, sIgA в вагинальном секрете – 35,52 мг/г. У пациенток группы сравнения эти показатели равнялись 2,74 мг/г и 41,05 мг/г соответственно. Данные показатели у здоровых женщин составляли 3,35 мг/л в сыворотке крови и 89, 56 мг/л в вагинальном секрете.

Минимальные показатели уровня IgA сыворотки крови (1,0 – 2,25 мг/л) и sIgA в вагинальном секрете (10,5 – 21,0 мг/л) были выявлены у пациенток с дисбактериозом кишечника 2-3 ст.

Более выраженная положительная динамика в росте уровня sIgA отмечена в основной группе пациенток, которые получали терапию, включавшую в себя коррекцию индигенной микрофлоры кишечника препаратами пре- и эубиотиков. У первой группы пациентов отмечено более длительное течение воспалительного процесса, сохранность болевого синдрома и изменений микроценоза влагалища. Следовательно, наличие дисбактериоза кишечника опосредованно влияет на состояние локального иммунитета слизистой влагалища, основанного на изменении выработки секреторного IgA, который блокирует взаимодействие микробов, токсинов и аллергенов с эпителием слизистых оболочек. Установлено, что Пейеровы бляшки тонкого кишечника являются одним из самых важных источников плазматических, синтезирующих sIgA практически для всех слизистых оболочек.

Выводы: Основываясь на полученных результатах можно сделать вывод, что наличие дисбактериоза кишечника следует относить к факторам, отягочающим течение и исход основного заболевания. В комплексное обследование пациенток с хроническими воспалительными процессами гениталий необходимо включать исследование кала на дисбактериоз, а в комплекс лечения – препараты, корригирующие микробиоценоз кишечника.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ КЕТОКОНАЗОЛОВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Джатдоева Ф.А., Доброхотова Ю.Э., Судакова Г.Ю., Хейдар С.А., Течане Х.Т., Филатова Л.А.

Россия, Москва, ГОУВПО РГМУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета

В акушерско-гинекологической практике уделяется особое внимание микотической инфекции нижнего отдела генитального тракта. Частота кандидозного вульвовагинита за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30-40% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища.

В связи с выраженной тенденцией к распространению кандидоза особую важность приобретает проблема его лечения, особенно на этапах планирования беременности. Арсенал вагинальных антимикотиков весьма широк. Преимуществом местных средств является создание высокой концентрации антимикотика в очаге поражения, снижается вероятность развития устойчивых штаммов, это позволяет избежать нежелательных побочных действий на обменные процессы в печени, ЖКТ, почках, что особенно важно у женщин с эпилепсией.

Целью нашего исследования явилось изучение чувствительности грибов рода *Candida* к суппозиторию «Ливарол», разработанному компанией «Нижфарм».

Материалы и методы: в исследование были включены 22 женщины в возрасте от 18 до 35 лет, больные эпилепсией с верифицированным диагнозом кандидозный вульвовагинит. Средний возраст составил 27,3 года. Диагноз базировался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторного обследования. Основные методы диагностики – микроскопия мазков в комплексе с культуральным исследованием. Микроскопия выполнялась в нативных и окрашенных по Грамму препаратах. Выделенные штаммы грибов *Candida* определяли на основании результатов посева на различные питательные среды.

Лечение пациентов проводили по схеме: 1 вагинальная свеча 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней. Клинические и лабораторные исследования выполняли перед началом лечения, и после окончания терапии – на 7 сутки. При обращении все женщины (100%)

отмечали зуд и патологические выделения. Часть пациенток (36,4%) предъявляли жалобы на жжение, дискомфорт, явления дизурии и диспареунии.

Результаты: анализируя результаты, следует отметить, что при анализе эффективности терапии оценивали: общую клиническую эффективность к концу 7-дневной терапии, клинико-лабораторные показатели через 5 дней после введения «Ливарола», динамику субъективных и объективных симптомов. После 7-дневного курса терапии у 19 (86,4%) пациенток исследованной группы отмечено выраженное улучшение, что проявилось в полном исчезновении жалоб на выделения из половых путей, чувство жжения и дискомфорта. Необходимо отметить, что у всех 22 (100%) пациенток при контрольном бактериоскопическом исследовании псевдомицелий не обнаружен. 3 пациентки (13,6%) после возобновления половой жизни отметили появление диспареунии легкой степени; 5 женщин (22,7%) продолжали отмечать повышенное количество вагинальных выделений, несмотря на отсутствие грибов рода *Candida* в вагинальных мазках. Через 10 дней после курса терапии было зафиксировано отсутствие как лабораторных, так и клинических проявлений кандидозного вульвовагинита. Особое внимание уделяли переносимости препарата. Все пациентки отметили отсутствие побочных эффектов.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой клинической эффективности препарата «Ливарол» в лечении кандидозного вульвовагинита у женщин с эпилепсией на этапах предгравидарной подготовке.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Джибладзе Т.А., Свидинская Е.А.

*Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета,
Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова ГОУ
ВПО Росздрава, Москва, Россия*

Диагностика и лечение заболеваний шейки матки представляет большой интерес в связи с возрастающей частотой этой патологии, в том числе и ростом заболеваемости раком шейки матки, который является одним из распространенных заболеваний в онкогинекологии и составляет около 16% злокачественных опухолей у женщин. В то же время рак шейки матки является заболеванием, возникновение которого возможно предупредить путем выявления и лечения предраковых изменений. Мониторинг молекулярных маркеров, которые обнаруживаются задолго до клинических признаков, позволяет вовремя начать более тщательную диагностику и превентивную терапию, а также выявить группу риска развития предраковых заболеваний и рака шейки матки.

Целью данного исследования является определение прогностического значения выявления молекулярно-генетических онкологических марке-

ров у пациенток с доброкачественными и предраковыми заболеваниями шейки матки.

В период с июня 2007 по июнь 2009 гг. нами было проведено обследование и лечение 40 пациенток. В комплекс стандартного исследования входила расширенная кольпоскопия, цитологическое и морфологическое исследование биоптатов шейки матки и соскобов эндоцервикса, а так же молекулярное исследование биоптатов шейки матки для определения метилирования 3-х генов: p16(ген-супрессор, наиболее часто поражаемый при канцерогенезе), N33 (ген, проявляющий супрессивные функции и демонстрирующий высокий уровень метилирования в различных типах опухолей) и гена MLH1(ген репарации ошибок репликаций ДНК). Возраст обследованных варьировал от 21 до 72 лет, в среднем составив $37 \pm 1,5$ года.

Полученные результаты: у 29 пациенток метилирование генов обнаружено не было, и ни у одной из них не выявлены предраковые изменения и рак шейки матки. У 11 пациенток в материалах биопсии было определено метилирование генов: p16 – в 100% случаев, N33 – у 45 %, MLH1 – в 80% случаев. При гистологическом исследовании биоптатов шейки матки у пациенток с установленным метилированием генов было обнаружено: картина простой лейкоплакии – у 2 пациенток, признаки хронического воспаления – у 1, плоскоклеточный рак – у 2 пациенток, дисплазия 2-3 степени – в 3 случаях, явления койлоцитоза – у 3 пациенток. После получения результатов гистологического исследования 2 пациенткам с диагностированным раком шейки матки выполнена экстирпация матки с придатками, 3 пациенткам с дисплазией 2-3 степени – лазерная конизация шейки матки, остальным (35) – лазервапоризация патологических участков.

Таким образом, определение молекулярно-генетических маркеров раковой трансформации в тканях шейки матки до появления клинических признаков может позволить выявить группу риска развития онкологических процессов и определить выбор тактики ведения больных.

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Дианова Т.В., Свердлов Е.С.

Россия, г. Иркутск, ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава»

В настоящее время рак шейки матки занимает первое место среди причин летальности у ВИЧ-положительных женщин. Беременность у ВИЧ-инфицированных сопровождается дополнительным иммунодефицитом, что в свою очередь способствует стремительному развитию патологических изменений цервикального эпителия.

Цель исследования: определить факторы, способствующие развитию CIN и тактику ведения беременности у ВИЧ-положительных женщин с заболеваниями шейки матки.

Материалы и методы исследования: обследовано 40 ВИЧ-положительных беременных женщин в возрасте 22 – 35 лет на различных сроках гестации. Пациенткам

проводилась расширенная кольпоскопия на цифровом видеокольпоскопе SENSITEC SLC-2000, исследование цервикальных мазков на флору и атипические клетки (РАР-тест), диагностика ВПЧ методом ПЦР. При подозрении на дисплазию цервикального эпителия проводилось гистологическое исследование материала, полученного путем биопсии шейки матки в сроке беременности 16 – 18 недель.

Результаты исследования и их обсуждение: дисплазия цервикального эпителия у ВИЧ-положительных беременных выявлена в 40 % (16) случаев. Рак шейки матки при беременности диагностирован у 2 (5%) женщин. Инфицированность ВПЧ составила 65 % (26 женщин), из них у 17 (65,4%) определены 16 и 18 генотипы. Нами установлены факторы, способствующие формированию вирусных заболеваний шейки матки у ВИЧ «+» беременных: половой путь передачи ВИЧ (в 66% случаев); уровень РНК ВИЧ: чем выше вирусная нагрузка, тем тяжелее степень дисплазии; генотип ВПЧ. При кольпоскопии определены признаки ВПЧ у беременных с ВИЧ. При простой КПС шейка матки может быть не изменена, экзоцервикс покрыт МПЭ. При расширенной КПС – проведении пробы с уксусом – выявляются ненормальные кольпоскопические картины: УБЭ, распространяющийся по всему экзоцервиксу, со слегка возвышающейся неровной поверхностью, трещиноватый (имеющий вид «подожвы»), в основном непрозрачный с элементами грубой мозаики и пунктации, а также расположенными хаотично атипическими сосудами разного калибра, не сокращающимися под действием уксуса; отсутствуют типичные признаки воспаления в виде расширенной сосудистой сети с быстрой и короткой реакцией на уксус и отек слизистой. При проведении Шиллер-теста участки УБЭ остаются непрокрашенными, а участки МПЭ, воспринимающие йод, накапливают его в виде отдельных более темных и возвышающихся точек. По данным РАР-теста, проведенного всем женщинам, NIL диагностирована у 10 (25%), ASCUS – у 16 (40%), LSIL – у 8 (20%), HSIL – у 5 (12,5%) и РШМ – у 1 (2,5%) беременных. По результатам морфологического исследования биоптата шейки матки (N =40) выявлен вирусный цервицит – у 22 (55%), CIN I – у 8 (20%), CIN II – у 5 (12,5%), CIN III – у 3 (7,5%) и РШМ – у 2 (5%) беременных. В случае преинвазивного РШМ в сроке 8 нед уровень РНК ВИЧ составил более 98.000 копий/мл и CD 4 менее 0,100 – беременность была прервана по медицинским показаниям. У другой беременной преинвазивный РШМ выявлен в 24 нед, уровень РНК ВИЧ составил более 73.000 копий/мл и CD 4 менее 0,250 – беременность доношена до 37 недель, родоразрешена путем кесарева сечения.

Выводы: сочетание ВИЧ-инфекции и ВПЧ при беременности является фактором риска для развития дисплазии цервикального эпителия независимо от срока гестации. При прогрессии CIN во время беременности целесообразно кесарево сечение, как способ предотвращения развития РШМ после родов.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Добренья Г.С.

МУЗ «Детская городская поликлиника № 3», Астрахань, Россия

Известно, что развитие опухолевого процесса сопровождается значительным увеличением в плазме крови продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижением активности защитной функции антиоксидантной системы (АОС). ПОЛ – естественный метаболический процесс обновления биомембран, который также участвует в синтезе гормонов и простагландинов. В нормальных условиях ПОЛ протекает в виде управляемой реакции, контролируемой антиоксидантной системой (АОС).

В физиологических условиях ПОЛ протекает на крайне низком уровне, что исключает накопление его конечных токсических продуктов (свободных радикалов жирных кислот, липоперекисей, альдегидов, кетонов) в концентрациях опасных для жизнедеятельности организма. Продукты ПОЛ в малых концентрациях оказывают физиологическое воздействие и необходимы для регуляции проницаемости клеточных мембран, стабильности липопротеиновых комплексов. Кроме того, важной физиологической функцией ПОЛ является обновление фосфолипидного состава мембран, индукция биоэнергетических процессов, активация ряда ферментов, регулирующих переключение метаболических нужд клетки.

С процессами ПОЛ непосредственно связаны скорость клеточного деления и состояние окислительного фосфорилирования. Надо отметить, что длительная активация процессов свободно-радикального окисления приводит к развитию синдрома липидной перекисидации, включающего повреждение мембранных липидов, нарушение ресинтеза АТФ, накопление продуктов перекисной денатурации липидов и белков. Избыток липидных перекисей инактивирует цитоплазматические ферменты, деполаризует ДНК, расщепляет АТФ и аминокислоты, снижает активность тиоловых ферментов.

Установлено, что накопление продуктов ПОЛ играет важную роль в развитии синдрома эндогенной интоксикации. Активация ПОЛ возникает как следствие резких изменений кислородного режима клетки. При этом гипероксия является причиной временного усиления процессов ПОЛ, а стойкая гипоксия ведет к лавинообразному накоплению токсичных продуктов ПОЛ. Смещение прооксидантно-оксидантного равновесия характеризует синдром эндогенной интоксикации, прогрессирующей по мере роста злокачественной опухоли.

Исследование механизмов, регулирующих процессы ПОЛ и АОС у больных с новообразованиями яичников может способствовать открытию новых диагностических онкомаркеров, прогностических факторов и разработке новых патогенетически обоснованных методов лечения больных новообразованиями яичников

СОСТОЯНИЕ ЭНДО- и МИОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В.

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета, Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия

Особое место в гинекологической практике занимают болезни женщин переходного возраста. Одной из основных гинекологических проблем данной возрастной категории являются нарушения менструальной функции, клинически проявляющиеся ациклическими маточными кровотечениями, олигоменореей, меноррагией, метроррагией или полименореей.

Цель исследования – изучение состояния эндо- и миометрия у женщин пременопаузального возраста с аномальными маточными кровотечениями.

Наше исследование включает в себя анализ 73 историй болезней и данных обследования пациенток пременопаузального возраста, поступивших в гинекологическое отделение Московской городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова. Причиной госпитализации у всех обследованных больных явилось маточное кровотечение. Средний возраст обследованных больных составил $49,6 \pm 3,02$ г. Клинически, а также ретроспективно на основании морфологического исследования гистологического материала были исключены все случаи заболевания, связанные со злокачественными процессами репродуктивной системы.

Всем пациенткам было выполнено УЗИ органов малого таза. М-эхо эндометрия в среднем составило $11,62 \pm 3,44$ мм (в т.ч. на фоне кровотечения). В 20,55% при УЗИ были данные за полипы эндометрия. Полипы визуализировались в виде округлых или овальных образований, имеющих повышенную эхогенность, однородную структуру, четкие, ровные контуры. У 56,16% пациенток были УЗ-признаки миомы матки. Аденомиоз по данным УЗИ был у 31,51% больных. У 38,36% женщины по УЗИ были признаки сочетанной патологии эндо- и миометрия. При УЗИ органов малого таза не было данных за патологию яичников.

С лечебно-диагностической целью пациенткам было проведено раздельное выскабливание стенок полости матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием эндометрия. Выскабливание полости матки проводилось после проведения гистероскопии. Для выполнения гистероскопии использовали гистероскоп «Karl Storz».

Длина полости матки варьировала от 7,0 до 9,5 см (в среднем $8,53 \pm 1,38$ см). Деформация полости матки за счет миоматозных узлов была выявлена в 17,81% случаев. У 19,18% пациенток при гистероскопии были данные за полипы эндометрия (в т.ч. у 3-х больных на фоне атрофического эндометрия). Утолщение эндометрия – у 83,56%.

При гистологическом исследовании у 43,44% пациенток была выявлена простая и сложная формы гиперплазии эндометрия (без атипии). Полипы эндометрия обнаружены в 17,80% случаев. Необходимо отметить, что при УЗИ трансвагинальным датчиком из-за

небольших размеров и сходной эхографической картины субмукозные миоматозные узла были приняты за полипы эндометрия. Таким образом, в 2,74% случаев гистологическое исследование выявило диагностические ошибки, допустимые УЗИ. У 26,42% женщин не было выявлено патологии слизистой матки, структура эндометрия соответствовала фазе десквамации и неполноценной секреторной трансформации.

При анализе данных гистологического исследования и УЗИ органов малого таза было выявлено: сочетание патологии эндо- и миометрия у 41,10% пациенток; изолированная патология эндо- и миометрия – у 31,51% и 27,29% женщин соответственно.

Таким образом, в генезе нарушений менструального цикла у пациенток пременопаузального возраста имела место изолированная и комбинированная патология эндо- и миометрия. Наши данные подтверждают сведения о высокой частоте встречаемости сочетания гиперпластических процессов эндо- и миометрия, что объясняется дисгормональной теорией этиологии и патогенеза данных заболеваний. Данный факт необходимо учитывать при диагностике и лечении нарушений менструального цикла у женщин пременопаузального возраста.

ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: ХАРАКТЕРИСТИКА И СВЯЗЬ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ, Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ

Синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) принято считать боль, продолжительностью более 3 месяцев, локализуемая в области малого таза, с интенсивностью, вызывающей нетрудоспособность, требующая медикаментозного или хирургического лечения.

Хроническая тазовая боль относится к разряду междисциплинарных проблем. Основными первоисточниками хронической тазовой боли являются заболевания женской половой сферы, болезни мочевыводящих путей и кишечника, неврологические заболевания.

Целью исследования явилась оценка характеристик болевого синдрома при хронической тазовой боли и ее связь с патологией органов малого таза.

Материалы и методы исследования: нами был проведен проспективная оценка результатов обследования 98 пациенток в возрасте от 23 до 44 лет (средний возраст $35,2 \pm 4,1$) с разнообразной гинекологической патологией – хроническими воспалительными заболеваниями гениталий, наружным и внутренним эндометриозом, варикозным расширением вен малого таза. Используются различные опросники болей, опросники качества жизни, общеклиническое обследование, всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование, лапароскопическое исследование, врачи других специальностей (терапевты, урологи, проктологи, неврологи) привлекались к обследованию 83 пациенток (84,6%).

Результаты и обсуждение: болевая симптоматика различной степени выраженности продолжительно-

стью не менее 6 месяцев отмечалось у всех обследованных пациентов (средняя продолжительность болевого синдрома $4,3 \pm 0,8$).

При обследовании нами определены основные патологические состояния органов малого таза у больных с хронической тазовой болью. Наиболее часто отмечался наружный и внутренний генитальный эндометриоз – 46 пациенток (46,9%), хронические воспалительные заболевания отмечены и 22 пациенток (22,4%), варикозное расширение вен малого таза в 17 случаях (17,3%). Сочетанная гинекологическая патология диагностирована в 37 случаях, что составило 36,7%. Причем наиболее часто, встречалось сочетание хронических воспалительных заболеваний и варикозного расширения вен малого таза – 14 случаев (14,2%). Среди экстрагенитальных причин наиболее часто определялась патология периферической нервной системы – 18 пациенток (18,3%) и мочевыводящих путей 23 пациентки, что составило 23,5%.

Наиболее частым симптомом являлась боль внизу живота, она отмечалась у 96 пациенток (97,9%), боль в пояснице отмечалась у 36 пациенток (36,7%), 18 пациенток (18,4%) отмечали иррадиацию болей в пах и прямую кишку. Подавляющее большинство отмечали тянущий характер болей 83 пациентки (84,6%), спастический характер болей отмечали 14 пациенток (14,2%) и в 2 случаях (1,2%) пациентки не смогли охарактеризовать характер боли. В большинстве случаев (76,4%) отмечено, что болевой синдром нарастает у пациенток к концу дня. И ни отмечают его связь с характером своей работы (долгое статичное положение или физические нагрузки). 56 обследованных (57,1%) отмечали усиление интенсивности болевого синдрома перед или во время менструации, у 13 пациенток (13,2%) отмечались овуляторные боли, 27 пациенток (27,3%) отмечали боли при наполненном мочевого пузыря или при мочеиспускании, диспареунию отмечали 47 пациенток (47,9%).

При наличии болевой симптоматики внизу живота по результатам нашего исследования отмечены некоторые закономерности сочетания жалоб пациенток. Так при воспалительных заболеваниях у 26 больных (78,6%) отмечается наличие болей во время полового акта и у 15 (53,8%) отмечается усиление болей во время менструации, в то время, как при эндометриозе подобное сочетание отмечено у 20,8% и 32,1% больных соответственно, а явным является сочетание с болями предшествующими менструации – 54,8%. В тех случаях, когда преимущественным было варикозное расширение вен малого таза отмечено сочетание болей внизу живота с диспареунией (88,9%) и отсутствие связи жалоб пациенток с менструальным циклом. При экстрагенитальных причинах хронической боли в малом тазу также нами не отмечено значимой связи с менструальным циклом, однако в 83,2% случаев отмечается иррадиация болей в крестец и поясницу.

Заключение. Таким образом, в нашем исследовании мы подчеркнули полиэтиологичность хронической тазовой боли, отметив при этом значительную роль варикозного расширения вен малого таза и экстрагенитальной патологии в структуре причин, способствующих ее возникновению. Мы отмечаем, что уже на стадии сбора анамнеза, с большей веро-

ятностью по сочетанию клинических характеристик болевого синдрома возможно определиться с приоритетным направлением диагностического поиска.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ, Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ

Хроническая тазовая боль может быть обусловлена большой группой заболеваний и часто становится трудноразрешимой проблемой для врачей и пациентов. В имеющихся литературных данных преимущественно отдается предпочтение разработке консервативных и хирургических методов лечения, в тоже время незначительны систематизированные механизмы диагностического поиска. Логичным является предположение о специфическом влиянии заболеваний органов малого таза на уровни половых стероидов, выявление которых позволит получить дополнительный критерий дифференциальной диагностики.

Целью исследования явилась оценка гормонального статуса пациенток при хронической тазовой боли и связь с патологией органов малого таза.

Материалы и методы исследования: нами был проведен проспективная оценка результатов обследования 98 пациенток с хроническим болевым синдромом в возрасте от 23 до 44 лет (средний возраст $35,2 \pm 4,1$) с разнообразной гинекологической патологией – хроническими воспалительными заболеваниями гениталий, наружным и внутренним эндометриозом, варикозным расширением вен малого таза и 31 пациентка подобной возрастной группы без признаков гинекологической патологии, подвергшихся операции медицинской стерилизации. Использованы общеклиническое обследование, определение гормонов крови в середине фолликулиновой фазы цикла (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон) и в середине лютеиновой фазы цикла (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон), всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование, лапароскопическое исследование, для консультации привлекались врачи других специальностей (терапевты, урологи, проктологи, неврологи).

Результаты исследования. В контрольной группе пациенток нами зарегистрированы в фолликулиновой фазе следующие показатели гормонального статуса: ФСГ – $3,5 \pm 0,52$ МЕ/л, ЛГ – $5,2 \pm 0,63$ МЕ/л, эстрадиол – $358,1 \pm 62,3$ пмоль/л, прогестерон – $2,4 \pm 0,31$ нмоль/л, тестостерон – $1,89 \pm 0,29$ нмоль/л; в лютеиновой фазе: ФСГ – $3,1 \pm 0,46$ МЕ/л, ЛГ – $6,5 \pm 0,57$ МЕ/л, эстрадиол – $381,5 \pm 54,7$ пмоль/л, прогестерон – $34,5 \pm 3,49$ нмоль/л.

В ходе оценки уровня половых гормонов в сыворотке крови обследованных нами отмечается вариабельность полученных данных. В тех случаях, когда подтверждена преимущественная роль хронического воспалительного процесса в генезе болевого синдрома отмечается достоверное снижение уровня эстрадиола как в фолликулиновой, так и в лютеиновой фазах мен-

струального цикла до $273,3 \pm 26,7$ пмоль/л и $297,6 \pm 30,9$ пмоль/л. При этом отмечено, что уровень ФСГ в то же время повышается, в фолликулиновой фазе до $8,2 \pm 0,63$ МЕ/л, а в лютеиновой фазе до $7,6 \pm 0,58$ МЕ/л. Указанные изменения сопровождаются незначительным увеличением уровня ЛГ и тестостерона, при практически стабильных уровнях тестостерона – $2,0 \pm 0,26$ нмоль/л.

При оценке гормонального статуса пациенток с преобладанием эндометриоза в первичных причинах боли определен типично высокий уровень ЛГ как в фолликулиновую, так и в лютеиновую фазу цикла – $13,9 \pm 1,52$ МЕ/л и $13,3 \pm 1,31$ МЕ/л соответственно, однако при этом, уровень исследованный уровень прогестерон не имел достоверных отличий от контрольной группы. Обращает на себя внимание значительное снижение уровня тестостерона до $0,9 \pm 0,16$ нмоль/л.

Варикозное расширение вен малого таза также оказывает влияние на содержание половых гормонов. Однако, выявленные изменения нельзя назвать существенными. Отмечено незначительное увеличение уровня эстрадиола соответственно по фазам цикла до $379,3 \pm 29,2$ пмоль/л и $402,3 \pm 32,9$ пмоль/л, аналогичные изменения в отрицательном направлении отмечены по содержанию прогестерона в сыворотке крови – соответственно $1,81 \pm 0,32$ нмоль/л и $33,1 \pm 2,8$ нмоль/л. Также как и в случаях хронической тазовой боли при эндометриозе, у данной группы пациенток отмечено снижение уровня тестостерон, однако оно не столь значительное и составило $1,3 \pm 0,7$ нмоль/л.

В случаях экстрагенитальных причин хронической тазовой боли, как и следовало ожидать, по результатам нашего исследования не отмечено достоверных различий в уровне половых гормонов в сыворотке крови обследованных по сравнению с контрольной группой пациенток.

Заключение. Результаты исследования показали закономерности изменения гормонального статуса пациенток с хронической тазовой болью в зависимости от первичной нозологической формы, запустившей каскад патологических процессов. Полученные данные могут быть в дальнейшем использованы, как один из компонентов диагностического поиска в сочетании с другими клиническим и лабораторными данными.

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИНЫ

Додонов А.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

В последние годы отмечается рост частоты оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы у женщин, объем которых включает удаление яичников. Хирургическое выключение функции яичников приводит к развитию синдрома постовариэктомии, основными проявлениями которого являются вегетососудистые и аффективные нарушения, причем

у некоторых женщин психические расстройства могут быть доминирующими и определять тяжесть состояния больных.

Целью исследования явилось изучение психоэмоционального статуса женщин, перенесших тотальную гистерэктомию с удалением яичников.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты хирургического лечения 270 женщин в возрасте от 31 до 49 лет, перенесших трансабдоминальную экстирпацию матки с придатками. Средний возраст пациенток составил $41,9 \pm 3,1$ года. Применялось бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое исследование мазков из цервикального канала и влагалища, кольпоскопический метод, ультразвуковое, гистоморфологическое исследование. Экспериментально-психологическое исследование включало: сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), тест реактивной и личностной тревожности Спилбергера, тест уровня невротизации и психопатизации (УНП), шкалу депрессии Цунга, модифицированный восьмицветный тест Люшера.

Результаты исследования. Основную массу (83%) в исследуемой группе составляли работающие женщины. В анамнезе у всех женщин были перенесенные экстрагенитальные заболевания. Первое место занимали заболевания желудочно-кишечного тракта (35,9%), второе место – болезни органов мочевого выделения (20%), третье место – патология сердечно-сосудистой системы (17,4%). Из перенесенных в анамнезе гинекологических заболеваний отмечены следующие: вульвовагиниты (75,5%), сальпингоофориты (46,3%), фоновые заболевания шейки матки (50,4%), гиперплазия эндометрия (8,5%).

Показаниями для операций явилась сочетанная патология яичников и матки: эндометриозные кисты яичников в сочетании с аденомиозом и миомой матки (38,5%), кистомы яичников в сочетании с миомой матки (52,6%), гнойные тубовариальные опухоли придатков в сочетании с гнойным эндомиометритом (8,9%). У всех женщин имелась сочетанная патология шейки матки, представленная фоновыми и предраковыми заболеваниями (эктопия шейки матки, лейкоплакия, рубцовая деформация, эрозированный эктропион, дисплазия шейки матки).

Во всех наблюдениях была выполнена трансабдоминальная экстирпация матки с придатками.

Объективная оценка психологического статуса пациенток обследованной группы была проведена через 1 месяц после перенесенной операции. При анализе индивидуальных профилей личности с помощью теста СМОЛ, получены следующие результаты: изменения характерные для переживания психологического кризиса имели место в 67% наблюдениях, нарушения психоастенического и ипохондрического характера в 70,4%.

Исследование методом Спилбергера-Ханина выявило у большинства женщин (88,6%) высокий и средней уровень ситуационной тревожности что, свидетельствовало о наличии выраженной стрессовой реакции на болезнь, оперативное вмешательство.

По шкале УНП в исследуемой группе уровень невротизации превышал условную норму у 62,9% пациенток, уровень психопатизации – у 30,7% женщин.

По тесту Люшера склонность к негативным эмоциональным переживаниям, эмоциональной неустойчивости, раздражительности, была выявлена в 61,1% наблюдений, наличие глубокого стресса в 36,6%. Коэффициент вегетативного баланса больше единицы был выявлен у 38,8% женщин, что интерпретируется как преобладание симпатического (эрготропного) тонуса и процесса возбуждения.

Изучение эмоционального состояния женщин методом Цунга позволило выявить депрессию легкой степени у 30,7% женщин, средней – у 9,3%, тяжелой – у 4,1%. Средний уровень депрессии в исследуемой группе составил $48 \pm 8,7$ баллов.

Проведенное экспериментально-психологическое обследование выявило развитие тяжелых аффективных и личностных нарушений у 88,6% женщин.

Таким образом, в ответ на стрессорное воздействие в виде проведенной операции у женщин возникли расстройства адаптации в виде астено-депрессивного синдрома, с тенденцией к соматизации тревоги, тревожно-фобическому, ипохондрическому развитию, что является обоснованием для разработки системы профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию психоэмоциональных расстройств.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ПАР С ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Долгов Г.В.

*Кафедра акушерства и гинекологии им.А.Я.Крассовского,
Военно-медицинский академии им.С.М.Кирова,
Санкт-Петербург, Россия*

Рост заболеваемости хроническими урогенитальными инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), приводящих к потере беременности, является одной из актуальных проблем репродуктологии. Целью исследования явилось клиническое и патогенетическое обоснование применения препарата Протефлазид в комплексной терапии семейных пар с привычной потерей беременности, вызванной хронической урогенитальной инфекцией. Представлен анализ 34 клинических наблюдений (основ-

ная группа), включающий семейные пары репродуктивного возраста с потерей беременности. Причиной потери беременности во всех случаях была морфологически верифицированная вирусно-бактериальная инфекция. В контрольную группу были включены 14 здоровых семейных пар (64,2 0% женщин были первобеременными), прошедших предгравидарную подготовку, согласно современным требованиям.

Всем пациентам основной группы после клинико-лабораторного подтверждения вирусно-бактериальной инфекции, проведено комплексное лечение с применением Протефлазида. Препарат представлен в виде спиртового экстракта флавоноидных гликозидов, содержащихся в диких злаках *Deschampsia caespitosa*

L. и Calamagrostis epigeios L. Лабораторные исследования согласно рекомендациям ВОЗ, начинали с диагностики вирусов определением специфических IgM и Ig G – антител к ВПГ 1, 2 типа и ЦМВ в сыворотке крови иммуноферментным методом. Далее с помощью полимеразной цепной реакции выявляли фрагменты ДНК ВПГ и ЦМВ в эпителии шейки матки. Для выявления IgM, IgG к токсоплазмозу, хламидиям, уреаплазме и микоплазме также применяли ИФА и ПЦР и производили бактериологический посев содержимого цервикального канала, уретры, влагалища и оценку биоценоза влагалища. Кроме того, исследовали естественную резистентность макроорганизма по показателям системы нейтрофильных гранулоцитов и по характеру адаптационных реакций по методике Л.Х. Гаркави и соавт. (1997) на основании лейкограммы крови. У всех мужчин основной группы проводили оценку показателей спермограммы до и после комплексного лечения с Протефлазидом. Средний возраст пациенток основной группы составил $28,8 \pm 1,7$ лет, а у их мужчин $33,5 \pm 3,9$ лет, в контрольной группе $26,3 \pm 2,3$ и $30,1 \pm 2,7$ соответственно. При лабораторном обследовании пациентов основной группы моноинфекции не было диагностировано ни в одном случае. У всех пациентов были выявлены 2-3 вирусно-бактериальные ассоциации. Хроническая герпетическая инфекция ВПГ-I и II была обнаружена 26 (76,4 %) пациенток, ЦМВ у 12 (35,3) женщин, а сочетание ВПГ и ЦМВ у 11 в 32,4 % случаев. Вирусы чаще были выявлены в ассоциациях с хламидиозом – 15 (44,1%), уреаплазмозом 12 (35,3%) и микотической инфекциями – 9 (26,5%) наблюдений. Лечение микст-инфекций у пациентов основной группы проводилось поэтапно и комплексно. Оно включало назначение Протефлазида, а затем индивидуального курса антибиотиков, с подбором чувствительности микроорганизмов в сочетании с антимикотиками, пробиотиками, гепатопротекторами и витаминами. Кроме того, у женщин проводили восстановление нормобиоценоза влагалища. Комплексное лечение мужчин основной группы проводили по той же схеме под контролем андролога. Контроль эффективности терапии семейных пар оценивали в динамике по клиническим, иммунологическим и микробиологическим показателям и через 1-1,5 месяца после проведенного лечения. Критериями эффективности лечения пациентов с вирусно-бактериальной инфекцией являлись: клиническое выздоровление; от-сутствие антител к IgM на фоне снижения титра IgG к вирусно-бактериальной инфекции; нормализация нейтрофильных гранулоцитов; смещение адаптационных реакций в сторону гармоничных. Следует отметить, что комплексная терапия мужчин основной группы с Протефлазидом достоверно улучшила показатели спермограмм. Желанная беременность у пациенток основной и контрольной групп закончилась срочными родами в 67,5% и 85,7% случаев соответственно. В основной группе у беременных было 3 выкидыша ранних сроков, а в контрольной у 1-й пациентки. Преждевременные роды в контрольной группе произошли у 1-й пациентки и у 4-х в основной группе. Остальные 4 (11,8%) пациентки основной группы находятся под нашим наблюдением при различных сроках гестации. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что

комплексное лечение семейных пар с потерей беременности, вызванной хронической урогенитальной инфекцией, с назначением Протефлазида, клинически и патогенетически оправдано.

РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Дуванский Р.А., Умаханова М.М., Торчинов А.М., Аубекирова М.А., Садуллаева Э.Т.

Россия, Москва, ГОУ ВПО «Московский медико-стоматологический университет», Поликлиника Минобрнауки

Цель: оценить эффективность лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки методом радиоволновой хирургии в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования: проанализированы результаты амбулаторного обследования и лечения 145 пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. Больных с эктопией шейки матки было 52, из них 9 пациенток с рецидивирующей патологией, 19 – с эрозированным эктропионом, 39 – с лейкоплакией, 15 – с рубцовой деформацией шейки послеродовыми разрывами, 12 – с эндометриозом шейки матки, 8 – с дисплазией шейки матки I – II степени. Обследование больных включало в себя: клиническое обследование; кольпоскопическое исследование; микробиологическое исследование; цитологическое исследование; гистологическое исследование биоптатов шейки матки. Применяли отечественный радиоволновой генератор «Фотек-Е80». Аппарат предназначен для резания, а также моно- и биполярной коагуляции биологических тканей. Радиохирургическое лечение проводили в I фазу менструального цикла, что позволяло исключить наличие беременности и улучшить течение раневого процесса.

Результаты и их обсуждение: лечение методом радиоволновой хирургии было выполнено в следующем объеме: прицельная биопсия шейки матки с последующей радиокоагуляцией шейки – у 83 больных, радиоконизация шейки матки с последующей радиокоагуляцией шейки – у 42 больных (19 – с эрозированным эктропионом, 15 – с рубцовой деформацией шейки послеродовыми разрывами, 8 – с дисплазией шейки матки I – II степени). Биопсию производили петлевым электродом. При четких границах поражения выполнялась простая эксцизия измененных участков. При выполнении биопсии применяли рабочий режим «резание», мощность выбирали в пределах 4-4,5 единиц. После забора материала шариковой насадкой проводили коагуляцию зоны воздействия в режиме «монокоагуляция», мощность 4,5-5 единиц. Интраоперационных осложнений не отмечали. После радиохирургического воздействия отмечали заживление раны под фибриновой пленкой, которая отторгается на 9-15 сутки. Полную эпителизацию раны после радиохирургического воздействия отмечали на 30-40 сутки. Кровотечения из зоны воздействия после отторжения струпа нами не отмечено. Радиоконизацию

провели конизатором, режим «смесь», мощность 4-4,5 единиц. При возникновении кровотечения из удаленной зоны проводили коагуляцию кровоточащих сосудов шариковым электродом в режиме «монокоагуляция», мощность 4,5-5 единиц. Полная эпителизация раны после радиоконизации наступала на 40-45 сутки. Отмечали отсутствие кровотечения при взятии биопсии и выполнении радиоконизации шейки матки, а также отсутствие грубых ожоговых струпов. Рецидивы заболевания были отмечены у 7 пациенток с лейкоплакией, им было проведено повторное лечение.

Выводы: применение радиоволновой хирургии позволяет значительно уменьшить травматичность и продолжительность оперативного вмешательства, кровопотерю и проводить диагностические и лечебные манипуляции на шейке матки в амбулаторных условиях.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Духин А.О., Шапиевский Б.М., Багдасарова З.З., Хачатрян Л.Т.

Россия, г. Москва, Российский университет дружбы народов

Частота гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) в структуре гинекологических заболеваний неуклонно растет и в настоящее время составляет от 10 до 50%. Достижения последних лет в области молекулярной генетики, показали, что ГПЭ представляют гетерогенную группу пролиферативных процессов: от доброкачественных эстрогензависимых пролифераций желез до моноклональных разрастаний генетически измененной ткани.

Цель исследования: оптимизировать лечебно-диагностические мероприятия у пациенток с ГПЭ. У 47 пациенток были проведены исследования генетических полиморфизмов в генах матриксной металлопротеиназы 1 (ММПИ), ангиотензин конвертирующего фермента (АСЕ) и цитохрома 1A1 (СYP 1A1).

Результаты. Наиболее часто среди обследованных больных встречались пациентки с полиморфизмом 2G/G (63,8%) гена ММПИ. Генотип 2G/G был выявлен у 90,0% больных с полипами эндометрия, у 44,4% женщин с атрофичным эндометрием, 75,0% пациенток с простой гиперплазией эндометрия. Полиморфизм 2G/2G выявлен не был, а полиморфизмом G/G достоверно чаще (55,6%) встречался у пациенток с атрофичным эндометрием.

Обладательницами генотипа II аллеля АСЕ является (57,4%) пациенток, что предполагает низкий риск развития у них как гиперпластических, так и неопластических процессов эндометрия. Однако, наличие варианта D как в гомозиготной, так и в гетерозиготной формах у 42,6% женщин повышает риск развития аденокарциномы эндометрия. Это подтверждается наличием ID полиморфизма у 60,7% больных с доброкачественной гиперплазией и полипами эндометрия и у двух больных с гистологическим диагнозом атипиче-

ская гиперплазия эндометрия, а также DD полиморфизма у единственной пациентки с морфологически верифицированным раком эндометрия.

Анализ полиморфизма гена CYP 1A1 указывает на меньшую частоту носительства аллеля AA (от 74,1% до 81,8%), чем в популяции (91,3%), при этом гетерозиготных пациенток было выявлено значительно больше (23,4%) среднестатистических значений (8,0%). Пациенток с генотипом GG выявлено не было.

Выводы: Выявление варианта D полиморфизма гена ACE, промотора с инсерциями 2G гена MMR1 и варианта G полиморфизма гена CYP 1A1 является фактором риска развития ГПЭ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Духин А.О., Шапиевский Б.М., Багдасарова З.З., Хачатрян Л.Т.

Россия, г. Москва, Российский университет дружбы народов

Интерес к изучению гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), как к наиболее часто встречающейся патологии гениталий, обусловлен увеличением среднего возраста наступления менопаузы и продолжительности жизни женщин. Достижения последних лет в области молекулярной генетики, показали, что в основе поддержания единства и функции эндометрия лежат механизмы, регулирующие пролиферацию, дифференцировку, трансформацию, гибель и элиминацию эпителиальных клеток.

Цель исследования: оптимизировать лечебно-диагностические мероприятия у пациенток с ГПЭ. Иммуногистохимическое исследование (маркеры p53, p27, Ki-67 и cyclin E, экспрессия рецепторов к стероидным гормонам) было проведено у 44 пациенток.

Результаты. У пациенток с полипами и простой гиперплазией эндометрия mt p53 выявлен не был, однако при атипичической гиперплазии эндометрия, более чем у трети (40%) больных была обнаружена экспрессия продуктов мутантного гена. Количество маркера пролиферации Ki-67 во всех изучаемых образцах было повышено, но наиболее высокие значения были обнаружены в ткани атипичической гиперплазии эндометрия (23,3% маркированных ядер в клетках эпителия желез и 11,3% в клетках стромы). Экспрессия рецепторов к эстрогенам и прогестерону при простой типичной железистой и железисто-кистозной гиперплазии эндометрия была достоверно выше (284,14±4,53 и 262,22±6,42), чем при атипичической гиперплазии эндометрия (110,41±3,55 и 142,69±4,09), что свидетельствует о некоторой «автономности» процесса. Выявлена также более высокая активность cyclin E (95,0±3,7 в цитоплазме; 30,0±7,3 в ядрах клеток эндометрия) и низкое содержание белка ингибитора клеточного цикла p27 (39,4±8,1 в цитоплазме; 19,3±8,6 в ядрах) в биоптатах эндометрия пациенток с атипичической гиперплазией эндометрия, чем у больных с полипами и простой гиперплазией эндометрия.

Выводы. Оценка экспрессии рецепторов к стероидным гормонам, маркеров апоптоза и пролиферации, регуляторов клеточного цикла, способствуют выявлению групп риска по развитию ГПЭ и оптимизации лечебной тактики ведения пациенток (рациональная гормонотерапия, назначение индукторов апоптоза и антипролиферативных средств, а в ряде случаев оперативное лечение) с учетом молекулярно-клеточных детерминант.

КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА С ПОВЕРХНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

1Ежов В.В., 2Торчинов А.М., 3Манькин А.А.,

4Дымковец В.П., 4Данилейко Ю.К., 2Антохин В.М.

Городская клиническая больница № 52 г. Москвы
Московский государственный медико-стоматологический университет, Научно-исследовательский институт Вирусологии им. Д. И. Ивановского РАМН, Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН

Целью нашей работы является оценка факта элиминации папилломавирусной инфекции (ПВИ) 16 и 18 типов с поверхности шейки матки для вторичной профилактики возникновения цервикального рака. На метод лечения получен Патент на изобретение Российской Федерации.

Нами на базе отделения гинекологии Городской клинической больницы №52 г. Москвы проводится изучение инфракрасной лазерной терапии шейки матки у инфицированных больных с доракетной патологией шейки матки.

Для создания эффекта элиминации ПВИ нами используется отечественный диодный лазер длиной волны 1,06 мкм и мощностью излучения 10 Вт с коллимирующей насадкой и активированным углем с расстояния 10-12 см от обрабатываемой поверхности. В результате проведенных исследований нам удалось выявить большой процент элиминации онкогенного вируса 16 и 18 типов, как в ближайшее после лечения время, так и отдаленной перспективе – 6-8 месяцев.

В настоящее время нами продолжается совместная работа с сотрудниками Института вирусологии РАМН и Институтом общей физики РАН по изучению данного метода.

Уже пролечено более 90 больных с указанной выше патологией. Через 1-1,5 месяца после лечения отмечены следующие показатели:

- у 53 больных 16 серотип ПВИ не обнаружен, что составляет 80,02±0,02% $p < 0,04$ от исходного числа (66 женщин);
- 18 серотип не определился у 21 из 36 пациенток – 57,3±0,02% $p < 0,05$

Исследования показали, что -16 серотип ПВИ обнаружен у 8 (5,2±0,04%) $p < 0,03$; -18 серотип – у 10 (41,7±0,03%) $p < 0,04$ пациенток, соответственно. При оценке отдаленных результатов через 6-8 месяцев тенденция эффекта элиминации вирусов оказалась еще более выражена. Таким образом, прослеживается

явная тенденция к исчезновению ПВИ 16 и 18, как через 1-1,5 месяца после КИЛТ, так и в отдалённом периоде.

Выявленный эффект элиминации вируса папилломы человека 16 и 18 типа, по нашему мнению, является актуальной и требует дальнейшего более углубленного изучения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ, ТЕХНИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ, ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПЕРВОМ МЕДИЦИНСКОМ АБОРТЕ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН

Зарипов Т.Ш., Трубин В.Б., Глебова Н.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Значимость вопроса прерывания беременности во втором триместре обусловлена тем, что риск для здоровья женщины в данном сроке возрастет в 3-4 раза, по сравнению с первым триместром. Применяемые в настоящее время методы прерывания беременности в поздние сроки не всегда являются эффективными и безопасными. Прерывание беременности во втором триместре таит в себе возможность развития как ближайших, так и отдаленных осложнений. По литературным данным число осложнений аборт в во втором триместре колеблется от 12,5% до 25,1%. В целях сохранения репродуктивного здоровья у молодых нерожавших женщин особую важность приобретает вопрос реабилитации этой группы женщин. Особую актуальность представляет вопрос о прерывании первой беременности во втором триместре у юных женщин.

Цель исследования: разработка и реализация оптимизации предоперационной подготовки, усовершенствования техники выполнения операции, ведения послеоперационного периода при первом медицинском аборте во втором триместре у юных женщин.

Материалы и методы. Проведено изучение результатов первого медицинского аборта во втором триместре у 204 юных женщин, представленных основной (145) и сравнительной (59) группами, находящаяся в возрасте от 15 до 24 лет. У всех пациентов данная беременность была внебрачной, нежелательной. При комплексном обследовании установлено, что медицинский аборт производился на фоне хронических экстрагенитальных заболеваний в фазе ремиссии у 55,31% пациенток, основными из которых являлись железодефицитная анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта, ЛОР – органов и гинекологических заболеваний в фазе ремиссии (фоновые заболевания шейки матки, нарушение менструальной функции, хронические сальпингоофориты) – у 33,5%. При обследовании применялись клинические, лабораторные, инструментальные методы. В основной группе была разработана и применена система предоперационной подготовки, усовершенствования техники выполнения операции прерывания беременности, рациональ-

ного ведения послеоперационного периода. В женской консультации проводилась консультация психотерапевта с оценкой психоэмоционального статуса пациентки с психологической поддержкой перед медицинским абортом. Проводилась санация выявленных очагов генитальной инфекции, в условиях стационара создавался гормонально-энергетический фон. За час до аборта во влагалище вводились свечи «Бетадин». Проводился трансцервикальный амниоцентез с введением 20% раствора хлорида натрия при помощи сконструированного авторами «гинекологического инструмента», обеспечивающего герметичность цервикального канала и профилактики травм шейки матки. Для ускорения раскрытия шейки матки применялась иглорефлексотерапия. Через 2 часа после амниоцентеза назначался энзапрост 5 мг на 300,0 мл 0,9% раствора хлорида натрия внутривенно. После окончания введения энзапроста проводилось введение окситоцина 15 Ед на 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия начиная с 8 капель с постепенным ускорением до 40 капель в минуту. После эвакуации плодного яйца производилась ревизия полости матки послеродовой кюреткой, родовые пути осматривались щадящими инструментами (специальные щипцы для шейки матки с плоскими щечками на конце). Осложнения в раннем послеабортном периоде в сравнительной группе составили 16,6% и представлены разрывами шейки матки (I степени), гипотоническими кровотечениями (кровопотеря 500,0-600,0 мл), эндометритами. В основной группе число ранних послеоперационных осложнений было 6,3%. В первые три дня после аборта проводилась иглорефлексотерапия (стимуляция сократительной способности матки), УЗ контроль. Для профилактики осложнений после аборта у женщин группы риска применялось низкоинтенсивное лазерное излучение (АЛГ «Узор», 3-5 сеансов). Для подавления лактации назначался парлодел. Выписка осуществлялась на 5 сутки, после первых месячных – посещение женщиной консультации, определение метода контрацепции, лечение выявленной патологии гениталий, консультация психотерапевта с коррекцией психоэмоциональных нарушений.

Закключение. Разработанная система диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, примененная в основной группе, позволила снизить ранние послеоперационные осложнения с 16,6% до 6,3% ($p < 0,05$). Продолжительность аборта с момента начала сократительной деятельности матки до эвакуации плодного яйца уменьшилась на 3,7 часа. Полученные результаты являются обоснованием для рекомендации применения комплекса разработанных лечебно-реабилитационных мероприятий в практическом здравоохранении.

ВЛИЯНИЕ ПЕРВОГО МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ НА СИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА

Зарипов Т.Ш., Трубин В.Б., Глебова Н.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Проблема медицинского аборта в настоящее время остается одной из актуальных и сложных в акушерстве. Особую значимость в последнее время приобрела проблема искусственного аборта во втором триместре. Искусственное прерывание беременности медицинским абортом, как в первом, так и во втором триместре, является главной причиной гинекологической заболеваемости и может привести к серьезным нарушениям репродуктивной функции. Кроме того, аборт наносит и грубую психическую травму. На характер эмоциональных переживаний, связанных с медицинским абортом во втором триместре влияют возраст, сроки и методы прерывания беременности.

Цель исследования: дать оценку влияния первого медицинского аборта во втором триместре на психоэмоциональное состояние юных женщин.

Материалы исследования: проведено комплексное обследование 133 девушек-подростков в возрасте от 15 до 18 лет, прервавших первую беременность медицинским абортом во втором триместре.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, анонимное анкетирование, психодиагностическое обследование с использованием цветового теста Люшера, шкалы Цунга, шкалы Спилбергера. На основании психодиагностического обследования разработаны критерии для определения психоэмоционального реагирования, при этом установлены типы реагирования: компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный в зависимости от тяжести психоэмоциональных нарушений. Для компенсированного типа реагирования характерно отсутствие тревоги, коэффициент вегетативного баланса <1 , саморегуляция сохранена, контроль над эмоциями и поведением сохранен, способность оценивать и влиять на ситуацию – сохранена. Признаки депрессии отсутствуют. Для субкомпенсированного типа реагирования характерны следующие критерии: ситуационная тревога (1-3 балла), коэффициент вегетативного баланса <1 или $=1$, контроль над эмоциями и поведением ослаблен, степень конфликта минимальная, эмоции отрицательные, способность повлиять на ситуацию ослаблена. Признаки депрессии отсутствуют. Для декомпенсированного типа реагирования характерны: выраженная тревога (4-12 баллов) коэффициент вегетативного баланса >1 , саморегуляция резко снижена, степень конфликта выраженная, эмоции отрицательные, способность оценить и повлиять на ситуацию утрачена, по шкале Цунга-субдепрессивное состояние или истинная депрессия. Наибольший риск по развитию декомпенсированного типа реагирования при первом медицинском аборте во втором триместре представляют учащиеся общеобразовательных школ, наличие хронических экстра-

генитальных заболеваний, отрицательное отношение родителей или партнера девушки к её беременности.

Метод прерывания беременности – трансцервикальный амниоцентез с введением гиперосмолярного раствора (20%) хлорида натрия. В момент прерывания беременности 59,3% юных пациенток имели хронические экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии и 48,5% гинекологические заболевания в фазе ремиссии (фоновые заболевания шейки матки, хронические сальпингоофориты, вагиниты различной этиологии). При обследовании с использованием цветового теста Люшера и шкалы Цунга у 88,6 % подростков в момент операции диагностированы психоэмоциональные нарушения. Из них субкомпенсированный тип – у 65,3%, декомпенсированный – у 23,3% пациенток. Через один месяц после аборта психоэмоциональные нарушения сохранились у 64,2% пациенток, в том числе декомпенсированный тип у – 17,6%. По результатам проведенного обследования 89,4% юных пациенток перед операцией медицинского аборта имели повышенный уровень тревожности, в том числе ситуационная тревожность выявлена у 35,2%. Средний уровень тревоги имели 25,4%, высокий уровень – 32,0%. Неустойчивость эмоциональной сферы имели 48,5% девушек-подростков. Коррекция и лечение психоэмоциональных нарушений при первом медицинском аборте во втором триместре у юных женщин проводились следующим образом: в рамках предоперационной подготовки назначалась психотерапевтическая беседа, направленная на снятие тревоги, депрессии, вселяющая уверенность в благополучном исходе операции, рекомендовался курс иглорефлексотерапии для облегчения переносимости стрессовой ситуации, фитотерапия (официальный успокоительный сбор) в течение двух недель. При декомпенсированном типе реагирования кроме выше названных рекомендаций назначался антидепрессант коаксил по одной (12,5 мг) таблетке два раза в день в течение 10 – 20 суток.

Заключение: проведенное обследование с использованием психодиагностического тестирования позволило подтвердить неблагоприятное влияние первого медицинского аборта во втором триместре на психоэмоциональный статус девушки-подростка и является обоснованием для разработки и проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных не только на оздоровление репродуктивной системы, но и на применение психологической реабилитации.

СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Захаренко И.С., Черней А.Л., Алексикова К.А., Куликова Т.П., Овчинникова О.Н.

Россия, г. Благовещенск МУЗ «ГКБ»

Целью исследования явилось изучение состояния здоровья и качества жизни женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии, выполненных эндоскопическим доступом по поводу лейомиомы матки

и внутреннего эндометриоза для дальнейшего совершенствования методов профилактики осложнений и реабилитации таких пациенток. Проведен анализ отдаленных результатов и показатели степени возвращения к нормальной жизни соотносительно с индивидуальными возможностями у 143 женщин которым за период с 2004 по 2005 год было выполнена гистерэктомия. Из них у 123 тотальная гистерэктомия, у 20 субтотальная гистерэктомия, у 73 с сохранением яичников, у 25 с удалением придатков с одной стороны, у 45 с удалением яичников. Средний возраст женщин 43+3-3года. Гинекологический анамнез: у 12 (8%) – хронические воспалительные заболевания, у 25 (17.5%) патология шейки матки, у 30 (67%) ЖКГЭ, у 5 (3.5%) бесплодие (в 3-х случаях первичное). У многих отмечались детские инфекции, что могло привести к развитию гормональной дисфункции. Соматический анамнез: заболевания СС системы (54%), заболевания молочной железы (40%), заболевания ЖКТ (15%), заболевания ОД (12%), урогенитального тракта (8%), у (2%) эндокринные заболевания. Операции проведены у 33% через 3 года и у 77% более 5 лет. Основными жалобами были НМЦ по типу гиперполименореи (24), метроррагии (10), сопровождающиеся анемией (8), быстрый рост миоматозных узлов (7), боли внизу живота и пояснице, усиливающиеся во время менструации (6), 6 пациенток жаловались на плохое самочувствие, слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности. У 8 заболевание протекало бессимптомно. Была выполнена тотальная и субтотальная гистерэктомия. Продолжительность операции в среднем 50 минут. Кровопотеря от 100 до 300 мл. Послеоперационный период протекал 141 случае благоприятно. У 1 пациентки имел место некроз культи и в 1 наблюдении выполнена релапароскопия и односторонняя аднексэктомия по поводу гематомы яичника. Средний койко-день 6,5. Срок восстановления обычной активности 9,2 и 10,1 дня соответственно, срок восстановления трудоспособности 17 и 15. Средние сроки начала половой жизни 1,5 – 2 месяца. При первом осмотре после выписки из стационара у 3-х выявлены грануляции в куполе влагалища, 1 пациентке выполнена пункция и опорожнение серозоцелле. Клиника эстрогендефицитного состояния в группе больных с гистерэктомией без придатков диагностирована через 4-6 месяцев после операции у 15% женщин. У 2-х пациенток с гистерэктомией с односторонней овариоэктомией дефицит эстрогенов проявился в виде вазомоторных и эмоционально-вегетативных симптомов легкой степени. Качество жизни многих женщин до операции было значительно снижено за счет постгеморрагической анемии, но после операции, этот фактор отсутствовал, что значительно улучшило параметры их физической активности. Для оценки качества жизни с помощью анкеты, разработанной на базе научного центра акушерства и гинекологии РАМН «Вопросник качества жизни» было опрошено 28 женщин, из них 22 зарегистрированы в браке, 4 в незарегистрированном и 2 не в браке. Образовательный уровень опрошенных высок. Каждая из 4 женщин имеет высшее или незаконченное высшее образование, остальные – среднее или средне-специальное. Большинство имеют только одного ребенка в связи с гинекологической патологией, осложняющей реализацию детородной функции. Качество жизни женщины оценивалось по следую-

щим параметрам: физическая активность (степень усталости, недостаток энергии, состояние выносливости и т.д.). Выяснилось, что до операции толерантность к физической нагрузке была снижена у всех обследуемых, особенно у возрастных, после – постепенно восстановилась. До операции на неудовлетворенность в сексуальной жизни жаловались 30%, что связывали с мено-, метроррагией, болевым синдромом, ухудшающим эмоциональное состояние и общее самочувствие или страх перед нежеланной беременностью. После операции 10% не отметили изменений в сексуальной жизни и влечении, 5,2% отметили явления дискомфорта во время полового акта. При этом частота негативных влияний на сексуальность была ниже в группе пациенток, которым до операции проводилась соответствующая беседа. Социальная активность (изменения во взаимоотношении с родственниками, с друзьями, желание побыть в одиночестве). В большинстве случаев социальные контакты после операции улучшились. Волевая функция (проблемы в трудовой деятельности, ограничение рабочего дня, быстрая утомляемость в ведении домашнего хозяйства, изменения в отношении с супругом, детьми). В большинстве случаев отмечено улучшение данного показателя у 5% женщин сохраняется быстрая утомляемость, раздражительность в отношении, что можно объяснить поздним возрастом женщин.

Выводы: тотальная и субтотальная гистерэктомия существенно не ухудшают показатели качества жизни пациенток после оперативного лечения, а благодаря своевременной и правильной профилактики осложнений, выбора оптимального доступа, напротив улучшают ее во всех сферах (физическая активность, психическое состояние, социальное и ролевое функционирование) и являются адекватным методом лечения больных лейомиомой матки.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ОЖИРЕНИЕМ

**Зотова Ю.А., Василян А.Н.,
Шурыгина Т.А., Ягудина Н.В.**

ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции», Саратов, Россия

Ожирение – одна из важных медицинских и социальных проблем, общепризнанный фактор риска развития атеросклероза, сахарного диабета, нарушений в репродуктивной сфере и онкологической патологии. Лечение ожирения требует изменения пищевого поведения больного. Одной из форм поведенческой терапии признано мотивационное обучение, основной его задачей является изменение стереотипа питания больных

Цель: создание программы реабилитации (ПР) женщин с репродуктивными нарушениями и ожирением с использованием современных методов поведенческой терапии.

Материалы и методы: обследовано 54 женщины с ожирением, средний возраст 29,1±5,7 лет.

Репродуктивные нарушения: бесплодие I – у 44% женщин, бесплодие II – у 6%, НОМЦ – у 50%, из них СПКЯ с инсулинорезистентностью – у 54%. Комплексное обследование включало антропометрию с расчетом ИМТ, оценку артериального давления, диагностику метаболического синдрома (IDF), гормональное, инструментальное обследование по показаниям, консультации гинеколога, терапевта, психолога.

Результаты: ожирение I ст. диагностировано у 72% женщин, II – у 17%, III – у 11%; абдоминальное ожирение – у 94%, среднее значение ИМТ- $34,2\pm 3,8$ кг/м². Артериальная гипертензия – у 20% женщин, гипертриглицеридемия выявлена у 39% обследованных, снижение ЛПВП – у 20%, нарушение толерантности к глюкозе – у 15%; метаболический синдром у 67%. Была разработана ПР с использованием поведенческой терапии (обучение эндокринологом в «школе управления весом» (ШУВ), индивидуальное и/или семейное консультирование психологом, проведение тренингов, работа с пациентами в группе психологической поддержки). Ключевым звеном программы является мотивационное обучение, направленное на формирование у женщин с ожирением мотивации на лечение и самоконтроль заболевания, изменение стереотипа питания и увеличение физической активности. ШУВ проводилась один раз в неделю, цикл обучения из 4-х занятий завершал психологический тренинг. После обследования всем пациентам назначались диетотерапия, дозированные физические нагрузки, по показаниям – фармакотерапия (орлистат, сибутрамин, метформин), физиолечение. Через 3 месяца снизили массу тела 89% женщин (менее, чем на 5 кг – 17%, от 5 до 10 кг – 72%), стабилизировали массу тела 11% пациенток; зафиксировано статистически значимое снижение ИМТ с $34,2\pm 3,8$ кг/м² до $32,1\pm 3,4$ кг/м² ($p=0,002$). Нормализация уровня триглицеридов отмечена у 15% пациенток, ЛПВП – у 6%. Улучшение/нормализация менструальной функции – у 46% женщин.

Выводы: 1. Разработана ПР женщин с ожирением с использованием современных методов поведенческой терапии, диетотерапии, физических нагрузок, физиолечения, по показаниям – фармакотерапии.

2. Включение в ПР методов поведенческой терапии создает мотивацию на соблюдение диеты, увеличение физической активности, самоконтроль заболевания.

3. Реабилитация женщин с репродуктивными нарушениями и ожирением в течение 3 месяцев привела к снижению массы тела у 89% обследованных, положительной динамике показателей липидного обмена у 19%, репродуктивной функции – у 46%.

ОСОБЕННОСТИ РАДИОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Зудикова С.И., Костанова С.В.

ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции» Саратов, Россия

Широкое внедрение в лечебную практику радиоволнового метода лечения фоновых и предраковых

заболеваний шейки матки в современных условиях распространенности воспалительных процессов женской половой сферы, нарушений функции яичников диктует необходимость разработки мер повышения эффективности указанного метода и профилактики его осложнений.

Для достижения данной цели нами обследовано и санировано 480 пациенток в возрасте от 17 до 51 года, из них 12 ранее подвергались хирургическим вмешательствам на шейке матки. Всем обратившимся кроме сбора анамнеза, общего и гинекологического осмотра проводилось общеклиническое обследование, эхография органов малого таза, кольпоскопия, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и влагалища, анализы на ВПЧ, онкоцитологическое исследование соскоба эпителия, по показаниям гистологическое исследование биоптата тканей шейки матки. Учитывая возможность развития патологии шейки матки на фоне предшествующего воспалительного заболевания гениталий и мочевыводящих путей, отклонений менструальной функции с преобладанием НЛФ, патологии кишечника, вторичного иммунодефицита и изменений местного иммунитета, план предоперационного обследования включал УЗИ в 1 и 2 половине менструального цикла, консультацию иммунолога, терапевта.

Диагностированная патология шейки матки: эктопия 53%, в том числе цервикоз в 20%, простая лейкоплакия 27%, эндометриоз 13%, дисплазия легкой степени 7%.

Проведенное обследование выявило хронические воспалительные процессы гениталий у 78% пациенток, в том числе у 13% ИППП, бактериальный вагиноз у 40%, ВПЧ различных штаммов у 40%, хронический рецидивирующий генитальный кандидоз у 25%, НЛФ у 30%, отклонения местного иммунитета у 65%, хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей у 15%, патологию кишечника у 35%.

Сложившаяся ситуация потребовала проведения стандартного лечения выявленной патологии, исключая антибиотикотерапию. Дополнительно всем пациенткам назначался местно полиоксидоний, фонофорез с использованием аппарата «Генигон». Санацию мочевыводящих путей и кишечника проводил терапевт.

На 5-7 день менструального цикла, очередного после подготовительного лечения, проводилась радиоволновая терапия, объем которой определялся имеющейся патологией шейки матки. В послеоперационном периоде одновременно с охранительным режимом, с запретом половой жизни в течение 1 месяца, соблюдением регулярного стула и приемом КОК назначался местно генферон на протяжении 20 дней, системная иммунокоррекция. Контрольные осмотры осуществлялись через 10 дней, перед очередной менструацией, через 3 и 6 месяцев после вмешательства. У всех пациенток полная эпителизация раневой поверхности наблюдалась до наступления очередной менструации, какие-либо жалобы отсутствовали. Только у одной из них через 6 месяцев выявлена эктопия шейки матки и проведено повторное радиоволновое лечение с хорошим результатом.

Проведенное исследование показало, что повышение эффективности радиоволнового метода лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки

достигается при его использовании только после предварительного этапа терапии основной гинекологической и сопутствующей экстрагенитальной патологии с обязательной коррекцией гормональных и иммунных расстройств до и после вмешательства.

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Иванова М.В., Шехова А. Н.

*Кафедра акушерства и гинекологии Адыгейского филиала
Кубанского Государственного медицинского университета,
Майкоп, Россия*

Рак шейки матки является ведущим в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женщин и остается одной из важных медицинских и социальных проблем в экономически развитых странах. Отмечается тенденция к омоложению болезни: заболеваемость у женщин репродуктивного возраста за последние 10-15 лет увеличилась в 2 раза.

Значительная распространенность заболеваний шейки матки — одна из наиболее актуальных проблем в современной гинекологии. Как правило, патология шейки матки сопровождается урогенитальной и (или) вирусной инфекцией. Инфекционное и вирусное поражение усугубляет течение и осложняет лечение заболеваний шейки матки.

Целью настоящего исследования явилось выявление факторов риска развития рака шейки матки, изучение роли урогенитальной инфекции (УГИ) в развитии фоновых и предракловых заболеваний.

Материалы и методы: было обследовано 228 женщин с заболеваниями, передающимися половым путем и патологией шейки матки, проанализирована заболеваемость раком шейки матки в Республике Адыгея за 2004-2008 годы. Учитывались данные гинекологического осмотра, цитологического исследования, бактериоскопии, простой и расширенной кольпоскопии, обследование на ЗППП методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), статистические данные Адыгейского Республиканского Клинического Онкодиспансера (АРКОД).

Результаты и их обсуждения: у всех обследуемых женщин с патологией шейки матки выявлялась условно-патогенная и (или) патогенная микрофлора бактериальной, вирусной, грибковой или смешанной этиологии, а также имелась сопутствующая генитальная патология.

Обследованные пациентки были распределены в следующие возрастные группы: 15-19 лет-3%, 20-29 лет-53%, 30-39 лет-26%, 40-49 лет-6,6%, 50-60 лет – 8,7%, старше 60 лет-2,6%.

При анализе анамнестических данных особое внимание уделялось раннему началу половой жизни и количеству беременностей и родов, как факторов риска заболеваний шейки матки. Было установлено, что 45% женщин начали половую жизнь в возрасте 15-17 лет, у 25% женщин было двое и более родов и у 16,6% женщин – 4 и более беременностей.

При обследовании методом ПЦР урогенитальная инфекция представлена следующими возбудителя-

ми: гарднерелы-27,2%, уреоплазма-25,4%, хламидии-23,2%, трихомонады-20,6%, микоплазмы- 17%, кандиды-16,2%, ЦМВ-4,4%. ВПЧ 16 и 18 типов в нашем исследовании наблюдались у 57 женщин, что составило 25%.

Также учитывалось наличие микст-инфекции, чаще других наблюдалось сочетание вируса папилломы человека с гарднерелами и уреа-микоплазменными ассоциациями.

По данным кольпоскопии чаще всего встречается эктопия шейки матки в сочетании с другой патологией – в 42% случаев, на втором месте – лейкоплакия (26,8%), далее цервицит-23,2%, рубцовая деформация шейки матки-5,7% и эктропион-6,3%. У большинства обследуемых женщин репродуктивного возраста диагностирована атипическая зона трансформации – 58%. Оригинальная слизистая шейки матки, нормальная зона трансформации составили 2,6%. У женщин с лейкоплакией шейки матки чаще других выявлялся вирус папилломы человека. Результаты цитологических исследований: цитограмма воспаления – 72%, цитограмма эрозии шейки матки – 16%, лейкоплакии – 2%, дисплазии – 2%.

У всех обследуемых женщин также учитывалась сопутствующая гинекологическая патология: хронический сальпингоофорит-15%, синдром поликистозных яичников-8%, миома матки-7%, наружный и внутренний эндометриоз-7%, киста яичника-6%, бесплодие-2%, нарушение менструального цикла-1,3%.

По данным Адыгейского Республиканского клинического онкологического диспансера количество больных с впервые установленным диагнозом рака шейки матки в РА в 2008 году составило 49 человек (в 2004 году – 20 человек), из них 2 случая выявлено при профилактических осмотрах, (в 2004 году – 5 случаев). У 33 женщин установлена I-II стадии заболевания, у 11-III и у 5 женщин – IV стадия рака шейки матки. Преобладающая возрастная категория – 25-39 лет.

Выводы: Необходима оптимизация мероприятий по профилактике рака шейки матки, так как:

1. есть прямая зависимость между инфицированием урогенитальной инфекцией с акцентом на ВПЧ и возникновением патологии шейки матки,
2. большой процент заболеваний, передающихся половым путем, приходится на 20-29 лет,
3. в последние годы обозначилась тенденция роста заболеваемости раком шейки матки, особенно у женщин до 39 лет.

СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Идрисова Э.А., Гуриев Т.Д.

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия
им.И.М.Сеченова*

Среди доброкачественных заболеваний молочных желез, фиброзно-кистозная мастопатия (ФМК), наиболее часто встречающаяся патология. ФМК является фоном для развития рака молочной железы (РМЖ) и

представляет особый интерес для клинициста. Риск развития РМЖ на фоне мастопатии возрастает до 3-5 раз. Заболеваемость мастопатией у женщин репродуктивного возраста в сочетании с гинекологическими заболеваниями (миома матки и аденомиоз) достигает 76 – 97%. Частое сочетание гиперпролиферативных заболеваний матки и молочных желез обусловлено наличием идентичных факторов риска и рядом общих этиопатогенетических характеристик этих заболеваний: повышенной пролиферативной активностью клеток, интенсивной экспрессией факторов роста, снижением апоптоза, активизацией процесса неопластогенеза.

Патогенетически обоснованной терапией сочетанной патологии (миома матки, аденомиоз, ФКМ) является использование препаратов, действующих на молекулярные звенья (таргетная терапия, от англ. target – мишень, цель).

Цель: изучение эффективности препарата Индинол при лечении мастопатий в сочетании с гиперпролиферативными заболеваниями матки.

Индинол – средство растительного происхождения, содержащее индол-3-карбинол (активная молекула из капусты брокколи), обладающее способностью к множественной фармакологической коррекции молекулярно-биологических процессов (нормализация обмена эстрогенов, торможение патологической клеточной пролиферации, индукция апоптоза).

Материалы и методы: нами обследовано 119 женщин с сочетанием миомы матки и аденомиоза в возрасте от 31 до 52 лет, из которых отобраны 86 пациенток (средний возраст – 41,5 лет) с выраженными клиническими проявлениями мастопатии. Критерием отбора было: отсутствие показаний к оперативному лечению, наличие противопоказаний к гормонотерапии или ее неэффективность. Всем больным проводились УЗИ, ЦДК, ИД органов малого таза и молочных желез, по показаниям производили рентгеновскую маммографию.

Среди обследованных больных с диффузной ФКМ у 22,1% пациенток (n=19) выявлено преобладание железистого компонента; у 17,4% (n=15) преобладание фиброзного компонента; у 27,9% (n=24) преобладание кистозного компонента. Смешанная форма диффузной ФКМ выявлена у 25,6% (n=22) и склерозирующий аденоз у 7% (n=6). Все пациентки принимали Индинол в дозе 400 мг в сутки (2 капсулы 2 раза в день) в течение полугода с динамическим обследованием через 3 и 6 месяцев под контролем УЗИ и маммографии. У 69,8% больных (n=60) после 3 месяцев лечения исчез болевой синдром, а у 27,9% пациенток (n=24) боли стали менее выражены. У 2 пациенток (одна со склерозирующим аденозом и одна с диффузной ФКМ с преобладанием кистозного компонента) эффекта не было. После 6 месяцев приема Индинола масталгия исчезла у 89,5% пациенток (n=77), а у 9,3% пациенток (n=8) значительно уменьшились боли. Положительный эффект отмечен и по данным УЗИ и маммографии: в тканях молочной железы выявлено уменьшение плотности, исчезновение отека, а также уменьшение размера кист (на 4-9мм). Положительное влияние Индинола отмечалось и на симптоматику сочетанной патологии матки (миома матки и аденомиоз). Через 3 месяца лечения 84,9% пациенток (n=73) отмечали

улучшение самочувствия, уменьшение болевого синдрома, изменение характера менструаций; через 6 месяцев отсутствовали жалобы на болезненные менструации у 74,4% (n=64), уменьшение обильности и длительности менструации отмечали 82,6% (n=71), наблюдалась тенденция к уменьшению размеров матки, узлов миомы, и толщины стенки матки с аденомиозом. При ЦДК, отмечено снижение интенсивности кровотока при миоме матки, снижение степени васкуляризации очагов аденомиоза.

Заключение: Результаты проведенных исследований показали эффективность и целесообразность лечения сочетанной патологии матки и молочных желез, при отсутствии показаний к оперативному вмешательству, лекарственным средством Индинол.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С НОРМАЛЬНЫМ КАРИОТИПОМ

Иконников М.В.

Россия, Г. Москва, ФГУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА ГИНЕКОЛОГИИ и ПЕРИНАТОЛОГИИ им. В.И. КУЛАКОВА РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ», ЗАО «Рош-Москва», Молекулярное Диагностическое Подразделение

Известно, что у женщин старше 35 повышается риск рождения ребенка с хромосомными аномалиями. По нашим данным процент женщин старше 35 лет в программе ВРТ может составлять около 43%. В связи с этим этой группе пациенток может быть рекомендована ПД в рамках программы ВРТ. Профилактика анеуплоидии хромосом 13, 21, а также гоносом имеет большое значение в связи с тем, что данные нарушения занимают превалирующее место среди хромосомной патологии. У 1-ой группы пациенток мы исследовали эмбрионы на анеуплоидии хромосом 13 и 21; у 2-ой на X, Y, 21. Средний возраст пациенток 1-ой группы составил 36 лет (от 28 до 41 года). Показаниями к проведению диагностики были возраст и в ряде случаев желание самих пациенток. Средний возраст пациенток во 2-ой группе составил 34,7 лет (от 22 до 45 лет). Основным показанием к проведению диагностики было желание пациенток определить пол эмбриона. Учитывая полученную возможность одновременно исследовать гоносомы и хромосому 21, было решено провести данное исследование.

Результаты ПД 1-ой группы пациенток: среднее количество пригодных для переноса эмбрионов было 2; частота наступления беременности составила 36% на цикл или 38% на перенос. При этом нормальный набор по изучаемым хромосомам, был определен в 61,8%, нарушение числа хромосомы 21 наблюдали в 42,3% из числа выявленной патологии, при этом трисомия хромосомы 21 отмечалась в 54,5%. Анеуплоидия хромосомы 13 была обнаружена в 38,5%, из них трисомия была представлена в 20%. Одновременное присутствие анеуплоидии хромосом 13 и 21 было выявлено в 19,2%. Средний возраст женщин, у которых были выявлены эмбрионы с три-

сомией хромосомы 21 был 32.2 г. После проведения процедуры забора blastomera дальнейшее развитие пригодных для переноса эмбрионов наблюдали в 83% случаев.

Результаты ПД 2-ой группы пациенток: Среднее количество пригодных для переноса эмбрионов было 2, частота наступления беременности составила 27.3% на цикл или 30% на перенос. Нормальный набор по изучаемым хромосомам был отмечен в 69.6%. Из выявленной патологии, изменения в комплексе гоносом наблюдали в 35.5%. Анеуплоидия хромосомы 21 была обнаружена в 38.7%, из них трисомия и моносомия были представлены в равных долях. Одновременное присутствие анеуплоидии гоносом и хромосомы 21 было выявлено в 25.8%. Средний возраст женщин, у которых были выявлены эмбрионы с трисомией хромосомы 21 был 40.2 г. После проведения процедуры забора blastomera дальнейшее развитие пригодных для биопсии эмбрионов наблюдали в 84% случаев.

Однако, при проведении ПД у женщин старше 35 лет мы отметили ряд проблем. С одной стороны, учитывая возраст пациенток и высокий риск рождения ребенка с генетическими нарушениями у таких женщин, им необходимо проводить ПД, с другой стороны, у женщин старшего репродуктивного возраста в программе ВРТ получают мало эмбрионов, при этом зачастую качество эмбрионов не подходит для проведения ПД.

У всех рожденных детей данной программы не было отмечено генетических отклонений. Анализ результатов ПД показал, что данная диагностика может являться хорошим профилактическим мероприятием в рамках программы ВРТ. Мы считаем, что проведение последующей пренатальной диагностики является необходимым условием в цепи профилактических мероприятий по рождению детей без генетических отклонений у супружеских пар программы ВРТ.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Илюгина Л.Б., Христелова М.В., Розенберг И.М.
ГУЗ «Областная больница №2», Ростов-на-Дону, Россия

Рецидив генитального пролапса после реконструктивных операций ухудшает качество жизни женщины, снижает ее трудоспособность и требует повторного оперативного вмешательства. Целью настоящего исследования явился анализ причин развития рецидивов у пациенток с генитальным пролапсом после реконструктивных операций. Материалы и методы. Было обследовано 43 пациентки с рецидивом генитального пролапса после реконструктивных операций (основная группа) и 26 женщин имевших в анамнезе генитальный пролапс с хирургической коррекцией без развития рецидива (контрольная группа). Средний период развития рецидива генитального пролапса после оперативного вмешательства составил $4,8 \pm 1,3$ лет. Диагноз рецидива генитального пролапса устанавливался на основании жалоб пациентки,

данных анамнеза, наличия клинических симптомов, данных гинекологического осмотра с проведением кашлевого теста, ультрасонографии. Обсуждение полученных результатов. При сравнительном анализе средний возраст женщин в основной группе, составивший $59,7 \pm 5,1$ лет имел статистически значимые отличия ($p < 0.005$) от такового в группе контроля – $47,4 \pm 6,2$ лет. Женщин занимающихся тяжелым физическим трудом в основной группе было 6,9% ($n=3$), в группе контроля – 7,6% ($n=2$). Из экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались: патология сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен малого таза и нижних конечностей) – в 100% случаев ($n=43$) у пациенток основной группы и в 46,1% ($n=12$) – в группе контроля, патология эндокринной системы (метаболический синдром) – в 93% ($n=41$) и 34,6% ($n=9$) соответственно; патология дыхательной системы (бронхиальная астма, хронический бронхит) – в основной группе в 32,5% случаев ($n=14$), в контрольной группе в 19,2% ($n=5$). Врожденная дисплазия соединительной ткани была выявлена только в основной группе в 4,7% ($n=2$). Процент пациенток находящихся в постменопаузе был высоким в основной группе – 81,4% ($n=36$), что отличалось от группы контроля, где он составил 42,3% ($n=11$). Вывод. Проведенный анализ выявил, что у пациенток с генитальным пролапсом после хирургической коррекции наличие сочетания причин обуславливающих несостоятельность связочно-мышечного аппарата тазового дна (возрастные и трофические – вследствие сердечно-сосудистой и эндокринной патологии изменения мышечной и соединительной ткани) и повышенное внутрибрюшное давление (хроническая патология дыхательной системы, избыток массы тела) является риском развития рецидива и требует адекватных профилактических мероприятий, включающих в себя восстановление тонуса мышц диафрагмы, передней брюшной стенки, позвоночника, таза, укрепление соединительной ткани, увеличение силы и тонуса мышц промежности, нормализацию массы тела и поддержание адекватного функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем.

«БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ» СКВОЗЬ ПРИЗМУ АНКЕТИРОВАНИЯ

**Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г., Загородняя Э.Д.,
Целюба Е.А., Анохова Л.И.**

*Россия, г. Чита, Читинская государственная
медицинская академия*

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин.

С помощью анонимного анкетирования проанализированы социальный статус, возрастной состав, материальная обеспеченность, некоторые психологические аспекты у пациенток, выбравших медикаментозный аборт с целью прерывания нежелательной беременности.

Проведено анонимное анкетирование 100 пациенток, воспользовавшихся медикаментозным прерыва-

нием беременности препаратом «Мифепрекс» на базе гинекологического отделения Дорожной клинической больницы г. Читы в период с октября 2008 года по март 2009 года.

По данным анкетирования получены следующие факты. Возрастной состав – возраст: 18-21 – (32,5%); 22-25 – (37,5%); 26-30 – (17,5%); 31-45 – (12,5%).

Паритет – не рожавшие – (21%); 1 роды – (35%); 2 родов – (29%); 3 родов – (15%).

В анамнезе – нет аборт – (24%); 1 аборт – (15%); 2 аборта – (25%); более 3-х – (25%).

Образование – высшее – 22%; средне специальное – 44%; среднее – 34%.

Социальный статус – работающие – (80%), не работающие – (20%).

Семейное положение – замужем – 26%; разведена – 46%; не в браке – 38%.

Уровень доходов – средний – 68%; ниже среднего – 21%; высокий – 4%.

Причина прерывания беременности – не желание иметь детей – (35%); неустроенность в семье – (31%); другие причины – (34%).

Психологический климат в семье – дружный – 26%; напряжённый – 33%; частые ссоры – 26%.

Принимал ли участие супруг в решении вопроса об аборте – да – 16%; нет – 24%; это моё личное дело – 55%.

Предпочтение медикаментозному аборту – забота о здоровье – 25%; совет врача – 56%; совет знакомых – 18%.

Принятие решения об аборте далось – тяжело (сожаление) – 26%; легко (без сожаления) – 12%; безысходность – 32%.

Чувства накануне аборта – чувство вины – 28% (перед «плодом» – 6%; перед обществом – 8%; перед мужем – 14%); обида – 36%; агрессия – 23%; безразличие – 13%.

Чувства после аборта – пустота – 25%; обида – 23%; агрессия – 14%; чувство освобождения – 22%; радость – 9%.

Видите ли Вы преимущества медикаментозного аборта – да – 88%.

Ваше отношение к платным медицинским услугам – положительно с оговорками (слишком дорого) – 48%; негативное – 33%; должны быть расширены – 9% (все представители медицинских профессий).

Проведенное анкетирование показывает неоднозначность отношения к аборту как со стороны самой женщины, так и со стороны общества.

Можно ли полностью ликвидировать такое явление как аборт? Однозначно нет. Но на сегодняшний день есть альтернатива – медикаментозный «безопасный» аборт. Медикаментозный аборт позволяет снять страхи пациентки, связанные с вмешательством в плоть, анестезией, опасностями послеоперационных осложнений. Он позволяет снять психическое напряжение у пациенток, неоднозначно относящихся к аборту, даёт женщине ощущение возможности осознанно контролировать сам процесс прерывания беременности.

РОЛЬ АУТОАНТИТЕЛ К КОФАКТОРАМ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Ионанидзе Т.Б., Агаджанова А.А., Тетрашвили Н.К., Менжинская И.В.

ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Росмедтехнологий, г. Москва, РФ

Актуальность: В акушерской практике основными клиническими проявлениями антифосфолипидный синдром (АФС) являются привычное невынашивание беременности, внутриутробная гибель плода, синдром задержки развития плода, преэклампсия, тромбозы. Особая роль в патогенезе АФС отводится протеинам кофакторам, среди которых $\beta 2$ -гликопротеин 1 ($\beta 2$ -ГП-1), аннексин V, протромбин. В проведенных экспериментах установлены прямое воздействие антител к $\beta 2$ -ГП-1, аннексину-V, протромбину, фосфатидилсерину на эндотелий и трофобласт, снижение экспрессии сосудистых защитных факторов на ранних сроках беременности, что свидетельствует о наличии не только прокоагулянтной активности аутоантител. Кроме того, у части больных нарушения инвазии трофобласта, вследствие воздействия аутоантител могут быть настолько выражены, что беременность прерывается неоднократно уже в первом триместре. Отражением этого утверждения стало включение в клинические критерии диагностики АФС очень ранних выкидышей, включая преэмбриональные потери. В 2004 году на конгрессе в Сиднее лабораторные критерии претерпели изменений наряду с волчаночным антикоагулянтом (ВА) и антикардиолипиновыми антителами (АКЛ) в диагностические критерии АФС внесены антитела к $\beta 2$ -ГП-1.

Цель исследования. Оценить роль аутоантител к кофакторам АФС ($\beta 2$ -гликопротеина-1, протромбина, аннексина V) в развитии осложнений беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клиничко – лабораторное обследование 280 женщин с репродуктивными потерями на разных сроках беременности. Из них отобрано 129 пациентки с верифицированным диагнозом АФС. Для изучения роли аутоантител к кофакторам, в реализации осложнений беременности пациентки поделены на группы в зависимости от данных анамнеза. I группу составили 42 пациентки с поздними гестационными осложнениями в исходе предыдущих беременностей (антенатальная гибель плода, преэклампсия, задержка развития плода); во II группу вошли 52 пациентки с ранними потерями беременности в анамнезе, III группу составили 35 первобеременных пациенток с бесплодием, неудачами ЭКО, активацией внутрисосудистого свертывания. Методы диагностики включали:

Определение уровней антител к $\beta 2$ -гликопротеину-1, аннексину-V, протромбину методом иммуноферментного анализа наборами ORGENTIC; исследование системы гемостаза (тромбоэластография, определение РКМФ, Д-димеров); определение циркулирующих ан-

тифосфолипидных антител (классов G и M) к кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидилэтаноламину, фосфатидилхолину, сфингомиелину; коагуляционные тесты на определение волчаночного антикоагулянта; диагностика генетически обусловленных тромбофилий методом ПЦР.

Результаты исследования. Пациентки исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, возраст составил от 22 до 43 лет (среднее значение $28,3 \pm 2,5$ лет). При анализе полученных данных, в I группе аутоантитела к кофакторам выявлены в 76,1% случаев, из них, к двум и более кофакторам в 28,5% случаев. Аутоантитела к $\beta 2$ -ГП-1 встречались в 42,8%, аннексину в 19,1%, протромбину в 14,2% случаев. Во II группе, у женщин с ранними гестационными потерями аутоантитела к кофакторам встречались несколько чаще, в 80,7% случаев, из них к двум и более кофакторам в 30,7%. Аутоантитела к $\beta 2$ -ГП-1 встречались в 57,7%, аннексину в 13,4%, протромбину в 9,6% случаев. В III группе аутоантитела к кофакторам определялись в 54,2% случаев, к двум и более в 14,2%. Аутоантитела к $\beta 2$ -ГП-1 встречались в 34,2%, аннексину в 8,5%, протромбину в 11,4% случаев. Проба на ВА была положительной у 4,7%, АКЛ (в средних и высоких титрах) у 66,6% женщин I группы. В то же время классические серологические маркеры у женщин с ранними потерями идентифицировались достоверно реже, чем во II группе – проба на ВА была положительной в 3,8%, АКЛ в 34,6% случаев ($p < 0,05$), а в третьей группе проба на ВА выявлялась чаще, 8,9%, чем в I и II группах и составила АКЛ в 40,0% случаев. Частота изменений в системе гемостаза была сопоставимой во всех группах 57,1%, 61,5% и 48,5% случаев соответственно. На основании определения аутоантител к кофакторам и отягощенного акушерского анамнеза был поставлен диагноз АФС с последующим проведением терапии вне и во время беременности. Лечебные мероприятия включали: назначение низкомолекулярных гепаринов под контролем гемостазиограммы, с увеличением доз при активации внутрисосудистого свертывания, терапию гестагенами в I триместре, профилактику и лечение плацентарной недостаточности по показаниям. На данный момент своевременно родоразрешены 62 беременные, пролонгируют беременность 35.

Заключение: Таким образом, выявление аутоантител к кофакторам позволяет быстро верифицировать АФС, что дает возможность своевременно назначить патогенетически обоснованную терапию для предотвращения акушерских и тромбогических осложнений.

ИНТЕНСИВНАЯ МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ПОДОСТРЫМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ И АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

**Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В.,
Шаповаленко Т.В., Матвеева Н.К., Пинтус Е.С.**
ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», ФГУ
«Лечебно – реабилитационный центр» Росздрава,
г. Москва, Россия

Аппендэктомия, произведенная в подростковом возрасте у девочек опасна осложнениями, приводящими каждую 4-ю молодую женщину к бесплодию. Так, аппендикулярно-генитальным (А-Г) синдромом детские гинекологи обозначают одновременное воспалительное поражение аппендикса, придатков матки и др. органов брюшной полости. Благоприятный прогноз при данном состоянии во многом зависит от своевременного и адекватного лечения.

Целью исследования явилось изучение возможностей использования интенсивной магнитолазерной терапии в лечении девочек-подростков с подострым сальпингоофоритом и аппендикулярно-генитальным (А-Г) синдромом в анамнезе.

Материалы и методы исследования: обследованы 27 девочек-подростков 13-18 лет после аппендэктомии. Интраоперационно выявлен А-Г синдром и острый сальпингоофорит. Оментит, мезаденит или тифлит сопутствовал в 45,7% случаев. Диагноз подострого сальпингоофорита установлен через 2-4 недели после операции, а последствия А-Г синдрома выявлены на основании бимануального и УЗИ исследования половых органов в соответствии с триадой клинических признаков: увеличения размеров матки и объема правого яичника, наличия декстрапозиции матки.

Из обследованных больных сформировали 2 группы, идентичные по основным клиническим показателям. Все обследованные получали унифицированную противовоспалительную терапию, которую у 20 пациенток (I группа) дополнили магнитолазерной терапией. Физиковоздействия проводили по абдоминальной методике, в 1 сутки 1 раз в день, начиная со 2 суток по 2 раза в день, ежедневно, курс состоял из 7-9 процедур. У 7 пациенток (II группа) указанную электротерапию не проводили.

С целью объективизации полученного эффекта исследовали динамику клинического статуса пациенток, показателей, определяющих глубину токсемии (лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ и гематологический показатель интоксикации – ГПИ), неспецифическую реактивность (лимфоцитарный индекс – ЛИ и ядерный индекс нейтрофилов – ЯИН), а также ряд иммунологических показателей, определяющих состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Результаты исследования. До лечения все обследованные дети предъявляли жалобы на слабость, недомогание и периодически возникающие боли внизу живота. Для всех пациенток было характерно нарушение анато-топографического расположения внутренних

половых органов. Исходные значения ЛИ были ниже, а ЛИИ и ГПИ превышали нормативные значения. ЯИН превышал лишь среднее нормативное значение. При детализации исходной иммунограммы у пациенток отмечена лимфопения, снижение относительного и абсолютного уровня Т- и В-лимфоцитов по сравнению с нормативными в среднем на 12,5% и 42,5% соответственно, дисиммуноглобулинемия. Соотношение содержания Т-хелперов и Т-супрессоров соответствовало низкому значению иммунорегуляторного индекса, что свидетельствовало о нарушениях иммунологической реактивности детского организма.

По окончании лечения у всех пациенток I группы жалобы отсутствовали, тогда, как у 28,6% больных II группы они ещё сохранялись, а улучшение состояния внутренних половых органов отмечено в 92,6% и 30,0% случаев соответственно. Снижение ЛИИ и ГПИ до нормативных значений с $1,87 \pm 0,01$ до $0,79 \pm 0,02$ и с $1,61 \pm 0,03$ до $0,70 \pm 0,02$ соответственно выявлено только у больных I группы. У пациенток II группы достоверное снижение ЛИИ и ГПИ к концу лечения к достижению нормативных значений не привели. ЛИI возрос с $0,40 \pm 0,02$ до $0,60 \pm 0,02$, а ЯИН снизился с $7,12 \pm 0,02$ до $5,11 \pm 0,02\%$ и соответствовали норме только у пациенток с магнитолазерной терапией, тогда как у пациенток без неё показатели существенных изменений не претерпели, что указывало на ареактивную фазу защиты детского организма. Содержание лимфоцитов, абсолютное и относительное количество Т-лимфоцитов восстановились до нормы. Относительное содержание В-лимфоцитов увеличилось до $12,44 \pm 0,12\%$, а иммунорегуляторный индекс вырос с $1,07 \pm 0,04$ до $1,38 \pm 0,03$, но оставались ниже нормы. Изменения у пациенток II группы были менее значимы. Изменения в гуморальном звене иммунитета коснулись в основном IgM, уровень которого снизился на 43,9% у больных с магнитолазерной терапией и на 34,6% – без неё.

Выводы. Таким образом, интенсивная магнитолазерная терапия в лечении девочек-подростков с подострым сальпингофоритом и А-Г синдромом в анамнезе способствует оптимизации комплексного лечения за счёт повышения неспецифической реактивности организма, а также достижения более раннего противовоспалительного и иммунокорректирующего эффектов.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Пинтус Е.С., Александрова Л.Н.

ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», ФГУ «Лечебно – реабилитационный центр» Росздрава, г. Москва, Россия

Раннее начало половой жизни подростков, беременность и в большинстве случаев следующее за этим ее прерывание, негативно сказывается на становле-

нии репродуктивной функции в будущем. Наличие у юных беременных психоэмоционального стресса, сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии, часто требующей соответствующей терапии перед операцией, и собственно сама операция создают предпосылки для осложненного течения послеоперационного периода. Причем в раннем послеабортном периоде частота возможных осложнений составляет около 18%, а поздних – в 2 раза выше (О.Г. Фролова и соавт., 2003)

Целью исследования явилась оценка эффективности ранней восстановительной лазеротерапии для профилактики развития репродуктивных нарушений в будущем.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 28 девочек в возрасте 13-17 лет. 22 пациенткам (основная группа) искусственное прерывание беременности (вакуум-аспирация) произведено в сроке 5-8 недель (обезболивание диприваном) с последующим внутривенным капельным введением метрогила и витаминотерапией. В комплекс лечебных мероприятий у этих пациенток в послеоперационном периоде включили лазеротерапию с первым воздействием не позднее 3 ч после операции. Использовали внеполостную, контактную методику. Излучающую головку поочередно располагали на область проекции матки и придатков на передней брюшной стенке. Длина волны 0,89 мкм, мощность лазерного излучения 5 Вт, частота следования импульсов 1500 Гц, время воздействия на каждое поле 2 мин, общая продолжительность процедуры 6 мин. Процедуры проводили ежедневно, 1 раз в день (в 1 сут – одно поле, надлобковая область), курс составил 7 процедур. Ретроспективно группу сравнения составили 6 человек в послеабортном периоде, не получавших ранней физиотерапии. Эффективность лечения оценивали по клиническим критериям общего состояния пациенток, результатам бимануального исследования состояния половых органов (включая тесты функциональной диагностики) и динамического УЗИ-сканирования.

Результаты. Учитывая психоэмоциональное состояние девочек, проведению физиолечения предшествовала доверительная беседа с каждой из них в присутствии мамы (или близких родственников) с целью разъяснения необходимости и положительного влияния предстоящих воздействий. Все пациентки раннюю восстановительную физиотерапию перенесли хорошо, неадекватные психоэмоциональные реакции отсутствовали. В основной группе достоверно быстрее, чем в группе сравнения, прекратились боли и кровянистые выделения из половых путей; отсутствие пальпаторно определяемых признаков воспаления внутренних половых органов подтверждены динамическими бимануальными исследованиями половых органов; нормализация размеров и отсутствие жидкостного содержимого матки – УЗИ-исследованием. Нами отмечено, что следующая за артифициальным абортom менструация у девушек, получивших лазеротерапию, началась в ожидаемые сроки, прошла безболезненно и с умеренной кровопотерей. У пациенток группы сравнения менструация после искусственного аборта началась с задержкой до 12-14 дней, прошла безболезненно, но со скудной (мажущей), чем обычно, кровопотерей. Наблюдение за функциональным со-

стоянием яичников на протяжении 3 менструальных циклов выявило, что восстановление его двухфазности имело место у 8(36,4%) девушек с лазеротерапией уже в первом цикле, у 13(59,1%) человек – во втором, а у остальных – в третьем после операции. А в группе сравнения, в равном соотношении, только во втором и третьем менструальных циклах.

Обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что для предупреждения развития воспалительных осложнений после первого аборта у девушек-подростков необходимо: направленная психоэмоциональная подготовка, минимально травмирующая операция (вакуум-аспирация полости матки в случае инструментального вмешательства) и комплексное послеоперационное восстановительное лечение. Как показали ранее проведенные исследования, касающиеся применения лазеротерапии, положительное влияние фактора обусловлено действием на клеточную пролиферацию, микроциркуляцию крови и регенерацию тканей в очаге поражения, на местные и общие факторы иммунитета (Л.В.Ткаченко и соавт., 2003). Эффективность лечения подтверждается отдаленными результатами при наблюдении в течение 1,5-5 лет за 18 пациентками, прервавших первую беременность в несовершеннолетнем возрасте. Так, отсутствие хронического воспаления половых органов констатировано у 77,8% больных, получавших профилактическую лазеротерапию, в то время как в группе сравнения – в 50% случаев. Из 16 женщин, запланировавших беременность, у 12 – она наступила в желаемый период. В сопоставимой группе запланированная беременность наступила в 2 раза реже.

Выводы. Таким образом, ранняя восстановительная лазеротерапия в комплексе лечебных мероприятий у несовершеннолетних после искусственного прерывания первой беременности явилось целесообразным и клинически эффективным методом лечения, позволяющим существенно снизить масштаб лекарственной нагрузки на юный организм и избежать возможных осложнений после вынужденной, в большинстве случаев, операции.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКРЫТОЙ ТРОМБОФИЛИИ НАКАНУНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА

Исентаева Ж. К.

Россия, г. Москва Московский центр уро-андрологии и репродуктивной гинекологии

Актуальность: Неблагоприятные исходы беременности, возникших *in vitro*, в том числе у женщин, имевших тяжелый или критический синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) занимает важное место среди причин акушерской патологии. Мы предполагаем, что не только гиперэстрогения приводит к синдрому диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС) при СГЯ, но у этих пациенток имеется скрытая тромбофилия (генетические

формы тромбофилии, антифосфолипидный синдром (АФС)), что обеспечивает предрасположенность к СГЯ. Относительная гиперэстрогения приводит к активации гемостаза и реализации скрытых дефектов системы гемостаза тромбофилической направленности. Генетические мутации, возможно, приобретают импульс развития патологической активации свертывания крови и тромбофилических осложнений у женщин, использующих новые вспомогательные репродуктивные технологии.

Материалы и методы обследования: Были обследованы 110 пациенток с СГЯ в анамнезе. Проведено определение волчаночного антикоагулянта и суммарных антифосфолипидных антител иммуноферментным методом, ПЦР-диагностика мутаций генов кодирующих: Plasminogen activator inhibitor 1 (PAI-1), MHTFR, MTRR, prothrombin, fibrinogen, factor VII, integrin alpha-2, platelet fibrinogen receptor, glycoprotein IB, SELPLG, мутация Factor V Leiden, s. Гемостазиологические тесты: выявление тромбофилии, определение мономеров фибрина (РКМФ), продуктов деградации фибрина (ПДФ), и Д-димера. Исследования общей свертываемости крови с помощью тромбоэластографии (ТЭГ), агрегации тромбоцитов на приборе агрегатометре по методу Born с использованием в качестве индукторов агрегации АДФ, адреналина, коллагена, оценка активности АТ III.

Результаты: Данные нашего исследования показали, что у женщин с СГЯ, неудачными в прошлом ЭКО и ПЭ, в патогенезе СГЯ кроме реальной тромбофилии (у 22,7% пациенток) принимает участие скрытая форма тромбофилии (у 77,3% пациенток). В 78,4% случаев в структуре различных форм и тяжести осложнения СГЯ могут принимать сочетанные формы скрытой тромбофилии (сочетание мутации генов, кодирующие тромбоцитарные и плазменные факторы гемостаза или сочетание мутации нескольких генов тромбоцитарных факторов свертывания крови), в 54,5% случаев генетические формы тромбофилии сочетаются с наличием антифосфолипидных антител, а в 31% случаев отмечены клинические признаки АФС. Изначальные нарушения в системе гемостаза перед процедурой подготовки пациенток к беременности с помощью вспомогательных репродуктивных технологий могут привести к патологическому внутрисосудистому свертыванию крови, ДВС с последующими осложнениями процесса ЭКО и ПЭ и течения беременности: невынашивание беременности, фетоплацентарная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия, у 30% пациенток. Противотромботическая профилактика в качестве метода подготовки к беременности с помощью вспомогательных репродуктивных технологий является эффективной.

Выводы: Анализ результатов показал, что у пациенток с СГЯ наблюдались скрытые и реальные признаки тромбофилии. Важную роль играет начальная оценка гемостаза, с помощью генетической, гемостазиологической и иммунологической методов обнаружения реальной и скрытой тромбофилии, которые прогнозируют активацию свертывания крови в процессе прегестационной подготовки с помощью вспомогательных репродуктивных технологий и во время беременности.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Исаева Л.В.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоград, Россия

Целью работы явилось повышение эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия (ГЭ) у пациенток с метаболическим синдромом в период перименопаузы.

Проведен анализ отдаленных результатов эндоскопических методов лечения рецидивирующих ГЭ у 63 пациенток с метаболическим синдромом. Средний возраст обследуемых составил $48,1 \pm 1,2$ года. Пациентки имели выраженную соматическую патологию: ожирение 1-III степени (84,3%), артериальную гипертензию (38,5%), ишемическую болезнь сердца (36,7%), сахарный диабет II типа (23,4%), варикозное расширение вен (23,8%). На первом этапе всем пациенткам проведены общеклинические, биохимические, эхографические методы исследования (УЗИ), диагностическое выскабливание эндометрия и эндометрия под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием. Критерием включения в исследование служил установленный гистологический диагноз: простая гиперплазия без атипии (42,1%), простая гиперплазия с атипией (3,8%), сочетанная гиперплазия с полипами эндометрия (54,1%).

Показаниями для проведения операций явились: рецидив ГЭ после проведенного ранее лечения гестагенами продолжного действия или агонистами гонадотропинов, непереносимость гормонотерапии.

Пациенты разделены на 2 группы. В группе сравнения (31 пациентка) выполнена только абляция эндометрия. В основной группе (32 пациентки) проведена сочетанная операция: абляция эндометрия с лапароскопической аднексэктомией. Операции выполнены по общепринятой методике с использованием эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия).

Отдаленные результаты лечения оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после проведенных операций по клинико-лабораторным данным, результатам ультразвукового исследования и биопсии эндометрия.

Спустя 3 месяца после операции признаков ГЭ в обеих группах не обнаружено. Однако, спустя 6-12 месяцев в группе сравнения диагностирована аменорея только у 21 пациентки (67,8%), гипоменорея у 6 пациенток (19,4%), рецидив ГЭ без атипии у 3 пациенток (9,6%), выполнена гистерэктомия по поводу рецидива ГЭ с атипией у 1 пациентки (3,2%). Кроме того, в данной группе на УЗИ яичников обнаружено наличие кистозных образований у 17 пациенток (52,4%). В основной группе рецидивов ГЭ не наблюдалось, отмечена стойкая аменорея у 32 пациенток.

Таким образом, пациентки с метаболическим синдромом в период перименопаузы составляют группу высокого риска развития рака эндометрия и яичников. Проведение двусторонней лапароскопической

аднексэктомии в сочетании с абляцией эндометрия у данной группы больных позволяет снизить частоту рецидивов, достичь высокой эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Исаков В.А., Д.К.Ермоленко, Головин Г.Г.

Клиническая группа лаборатории иммунологии, НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург, Россия

Герпесвирусы (ГВ) широко распространены в человеческой популяции, они способны поражать все органы и системы организма хозяина, вызывая латентную, острую и хроническую формы инфекции. Показано неблагоприятное, а порой и фатальное влияние ГВ на течение беременности и родов, патологию плода и новорожденных. При герпесе, как и при других хронических заболеваниях с длительной персистенцией вируса, развиваются иммунодефицитные состояния, обусловленные недостаточностью различных звеньев иммунной системы, возможно формирование резистентных штаммов ВПГ. Для повышения эффективности терапии необходимо использование иммунобиологических препаратов, способствующих коррекции нарушений иммунитета.

Исследование посвящено оценке эффективности препарата Протефлазид в терапии рецидивирующего генитального герпеса (РГГ). Протефлазид (ООО «Геолик-Фарм», Украина) – новый препарат растительного происхождения с противовирусным и иммуномодулирующим действием (регистрационный номер: ЛСР-001432/07-090707). В состав Протефлазида входят флавоноидные гликозиды, которые содержатся в диких злаках *Deschampsia caespitosa* L. и *Calamagrostis epigeios* L. и способны блокировать ДНК-полимеразную активность в инфицированных ВПГ клетках. Это приводит к снижению или полной блокаде репликации вирусной ДНК и, как следствие, препятствует размножению ВПГ-1 и ВПГ-2. Одновременно Протефлазид увеличивает продукцию эндогенных интерферонов- α / (ИФН), стимулирует неспецифическую активность макрофагальной системы, а также обладает апоптозомодулирующей и антиоксидантной активностью, и за счет этого значительно улучшает психическую и физическую работоспособность. Препарат хорошо переносится больными. При пероральном применении препарат всасывается, в основном, в тонком отделе кишечника.

Пролечено 25 больных женщин от 20 до 35 лет со среднетяжелым течением РГГ (частота рецидивов 4-5 раза в год). Длительность заболевания от 2 до 5 лет. Диагноз РГГ подтвержден клинически и лабораторно (обследование мазков из влагалища, уретры методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и ПЦР. Изучен иммунный и ИФН-статус в динамике.

Протефлазид назначали перорально в течение 4 недель по схеме: 1 неделя – по 5 капель (на кусочек

сахара или хлеба) 3 раза в сутки после еды; 2-3 недели – по 10 капель 3 раза в сутки; 4 неделя – по 8 капель 3 раза в сутки. На фоне приема Протефлазида все пациентки отмечали уменьшение зуда и дискомфорта в местах высыпаний с 5,3 сут., до 3,0 сут. соответственно по сравнению со спонтанным течением рецидива. Продолжительность боли до применения Протефлазида составила 3,4 сут., а на фоне терапии сократилась до 1,4 сут., интоксикация с 1,5 сут., до 1,0 сут. соответственно ($p < 0,05$). Достоверно короче были стадия корочек и длительность обострения ГГ. Отмечено положительное влияние Протефлазида на течение основных стадий воспалительного процесса при РГГ. Аллергических реакций не было.

После одного курса Протефлазида у 8 больных (32%) не было рецидивов ГГ в течение года, у остальных обострения герпеса протекали клинически легче и были короче (8,7 и 6,4 дня, соответственно). После лечения Протефлазидом на каждого больного в среднем приходилось 0,6 рец./год, что в 7,5 раз меньше по сравнению со спонтанным течением рецидива ($p < 0,001$). Средние показатели продолжительности межрецидивного периода возросли с 81 дня до 228 дней, т.е. в 2,8 раза. Это соответствует «хорошей» оценке результатов лечения Протефлазидом. После курса лечения Протефлазидом у 23 больных (92%) методом ПИФ вирусы герпеса не выявлялись в течение 6 месяцев (сроки наблюдения).

Терапия Протефлазидом наряду с положительной клинической динамикой у больных РГГ способствовала нормализации титров циркулирующего в сыворотке крови и спонтанно вырабатываемого ИФН ($p < 0,05$). Достоверно повышалась способность к продукции ИФН- α (на 46%) и ИФН- γ (на 51%). В целом после приема Протефлазида недостаточная продукция ИФН- α нормализовалась у 20 больных (80%) и ИФН- γ у 21 пациентки (86%).

Таким образом, показана высокая клиническая эффективность Протефлазида при лечении рецидивов ГГ. Отмечена положительная динамика иммунологических показателей: нормализовался ИФН-статус, активность цитотоксических лимфоцитов и НК-клеток. Умеренная стоимость, хорошая переносимость препарата наряду с его клинико-иммунологической эффективностью позволяют рекомендовать Протефлазид для лечения и профилактики рецидивов генитального герпеса.

СТРУКТУРНЫЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Казачкова Э.А., Казачков Е.Л., Медведева Ю.А.
Россия, г. Челябинск, ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава

Цель исследования – разработка морфологических критериев прогноза рецидивирования гиперплазии эндометрия (ГЭ), включающих в себя морфометрические параметры и характеристики, отражающие пролиферативный потенциал эпителиоцитов маточных желез.

Материал и методы. Изучены соскобы слизистой оболочки матки, полученные в ходе раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и

цервикального канала у 145 пациенток с ГЭ за 2004-2006 гг. Материал был разделен на 3 группы: 1-я группа – 105 женщин с ГЭ без атипии (ГЭБА); 2-я – 26 пациенток с рецидивирующей ГЭБА (РГЭБА); 3-я – 14 больных с атипичной ГЭ (АГЭ). Средний возраст женщин составил соответственно 44,5 лет (95%ДИ = 41,2-47,8), 46,3 лет (95%ДИ = 43,7-48,9) и 50,2 лет (95%ДИ = 46,2-54,2). Парафиновые срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Морфометрический анализ стромально-железистых и цито-кариометрических показателей проводился при помощи программы анализа изображений Диа-Морф_Cito_W (Россия). Оценка пролиферативной активности железистого эпителия осуществлялась путем определения районов активности ядрышковых организаторов (ЯО), методом импрегнации гистологических срезов 50% коллоидным раствором нитрата серебра по J. Crocker, P. Nar (1987) при увеличении микроскопа «Leica CME»1000 с масляной иммерсией и зеленым светофильтром. В клетках железистого эпителия подсчитывали число ядрышек и определяли активность ЯО путем регистрации и подсчета распределения в клетке аргентаффиновых включений (AgNORs).

Результаты исследования. Установлено, что РГЭБА гистологически отличается от нерезидивирующего варианта ГЭБА увеличением доли железистого компонента эндометрия и возрастанием железисто-стромального коэффициента (ЖСК), уменьшением содержания стромы, большими размерами клеток железистого эпителия, ядер, меньшими значениями ядерно-клеточного отношения (ЯКО) и фактора формы (ФФ) ядра. Увеличение количества ядрышек, общего количества аргентаффиновых гранул за счет возрастания доли внеядрышковых гранул, преобладание клеток 2 типа, уменьшение количества клеток 1 типа при РГЭБА свидетельствует об усилении пролиферативных процессов при рецидивирующем течении. Рецидивирующее течение ГЭ характеризуется более высоким содержанием генетического материала, что отражается в увеличении среднего показателя плоидности ядер эпителия желез, усилением пролиферативной активности и возрастанием «индекса дисдифференцировки» (ИДД), свидетельствующем о небольшом увеличении выраженности полиплоидии ядер. Полагаем, что достоверными прогностическими критериями возможного развития рецидива ГЭ следует считать: увеличение среднего значения площади желез до 0,6 мм² (объемная доля желез до 40,5%) при ЖСК равном 0,69 и выше; увеличение наибольшего размера ядра до 16,8 мкм при уменьшении ФФ ядра до 0,65 и меньше; увеличение количества аргентаффиновых гранул до 4,86 на ядро эпителиоцита при возрастании количества внеядрышковых включений до 1,99, что составляет 41% от всех гранул в клетке и более; возрастание среднего количества ядрышек на ядро эпителиоцита до 1,53 и больше; увеличение количества клеток 2 типа среди эпителиоцитов до 83,46% при уменьшении количества клеток 1 типа до 16,54%; увеличение средней плоидности ядер эпителия желез до 3,68с; усиление пролиферативной активности до 1,68 единиц; возрастание ИДД до 1,71. Дальнейшее увеличение размеров клеток железистого эпителия, площади, диаметра, ФФ ядра, ЯКО, при уменьшении

стромального компонента и высоком ЖСК, увеличение количества ядрышек, возрастание количества внеядрышковых аргентаффиновых гранул, появление среди эпителиоцитов клеток 3 типа, нарастание значений средней ploидности ядер клеток, пролиферативной активности, ИДД может свидетельствовать о возможном переходе процесса в фазу атипичной гиперплазии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕМОСТОНА 1/5 В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Казенашев В.В., Манухин И.Б., Геворкян М.А.

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета,
Московский государственный
медико-стоматологический университет*

Несмотря на большие успехи клинической медицины в области лечения остеопороза, частота его проявления в последние десятилетия неуклонно возрастает, что представляет одну из самых значимых проблем для здравоохранения во многих странах мира. Цель профилактики и лечения постменопаузального остеопороза – обеспечить прирост массы кости, снизить частоту и риск переломов, улучшить качество жизни. Цель исследования: оценка влияния фемостона 1/5 в комбинации с кальций-активом на минеральную плотность костной ткани в поясничном отделе позвоночника и в проксимальном отделе бедра, на показатели костного метаболизма и кальций-фосфорного обмена у женщин с естественной и хирургической постменопаузой. Материал и методы: обследовано 55 пациенток в постменопаузальном периоде, все пациентки были разделены на II группы. Группа I – 40 женщин средний возраст $53,5 \pm 2,1$ года, из них 29 женщин с естественной менопаузой, средняя продолжительность которой составила $5,1 \pm 5,0$ года, и 11- с хирургической менопаузой, средняя продолжительность которой составила $5,7 \pm 3,2$ года. Все женщины принимали фемостон 1/5 ежедневно в сочетании с биологически активной добавкой кальций-актив в суточной дозировке: 500 мг кальция, 500 МЕ витамина D3 и 500 мг комплекса, в течение 12 месяцев. Группа II – контрольная, 15 женщин средний возраст $53 \pm 2,0$ года с естественной менопаузой, средняя продолжительность которой составила $3,1 \pm 1,6$ года. Пациентки проходили клиническое, лабораторное исследование биохимических маркеров костного метаболизма и денситометрическое обследование минеральной плотности костной ткани до лечения, через 6, 12 месяцев после начала исследования. Результаты исследования: у пациенток I – ой группы с естественной менопаузой, получавших фемостон 1/5 в сочетании с кальций – активом через 6 месяцев получены статистически значимое увеличение МПКТ в поясничном отделе позвоночника на $3,6 \pm 0,1\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса $> q$ расч.= $5,01 > q$ крит.= $2,89$), а за 12 месяцев терапии отмечено достоверное повышение МПКТ на $8,5 \pm 0,3\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса

q расч.= $10,58 > q$ крит.= $3,49$). В проксимальном отделе бедра за 6 месяцев терапии выявлено статистически значимое увеличение МПКТ на $2,5 \pm 0,8\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $4,36 > q$ крит.= $2,89$), а спустя 12 месяцев достоверное увеличение на $5,8 \pm 1,3\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $10,12 > q$ крит.= $3,49$). Анализируя изменения МПКТ у женщин с хирургической менопаузой, в поясничном отделе позвоночника через 6 и 12 месяцев имеются статистически значимые различия по периодам наблюдений на $2,42 \pm 0,61\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $3,62 > q$ крит.= $3,1$) и на $5,87 \pm 1,86\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $6,33 > q$ крит.= $3,87$). В проксимальном отделе бедра через 12 месяцев отмечалось достоверное увеличение МПКТ – на $2,09 \pm 1,47\%$. (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $4,82 > q$ крит.= $3,49$). У пациенток II – ой группы (контрольной) через 6 и 12 месяцев отмечалось достоверное снижение МПКТ в поясничном отделе позвоночника: на $-3,2 \pm 1,3\%$ и $-5,0 \pm 1,7\%$ (критерий Фрийдмана $s2$ расч. = $28,13 > s2$ крит. = $5,99$) соответственно. В проксимальном отделе бедра значимое уменьшение МПКТ отмечалось через 6 месяцев на $-1,2 \pm 1,6\%$ и 12 месяцев: на $-1,7 \pm 1,3\%$ (критерий Фрийдмана $s2$ расч. = $10,2 > s2$ крит. = $5,99$). В контрольной группе очевидна тенденция к снижению МПКТ как в проксимальном отделе бедра, так и в поясничном отделе позвоночника, что свидетельствует о необходимости своевременной профилактики остеопороза у женщин в постменопаузе. В I – ой группе после 12 месяцев терапии наблюдаются статистически значимое снижение активности общей щелочной фосфатазы у женщин с естественной и хирургической менопаузой: на $21,7\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $7,8 > q$ крит.= $3,49$) и на $37,99\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $4,82 > q$ крит.= $3,87$), снижение остеокальцина – на $15,7\%$ и на $9,46\%$, достоверное снижение дезоксиридонолина на $67,3\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $9,65 > q$ крит.= $3,49$) и на $66,23\%$ (критерий Ньюмена-Кейлса q расч.= $5,88 > q$ крит.= $3,87$) соответственно. На фоне терапии в I – ой группе отмечалось достоверное снижение активности маркеров костного формирования: общей щелочной фосфатазы, стабильные показатели уровня остеокальцина. Полученные данные свидетельствуют о достоверном снижении показателей, отражающих остеорезорбцию (ДПИД). Во II – ой группе контроля после 12 месяцев наблюдения отмечалось достоверное повышение активности общей щелочной фосфатазы на $19,4\%$ (критерий Фрийдмана $s2$ расч. = $8,4 > s2$ крит. = $5,99$), остеокальцина – на $74,7\%$ (критерий Фрийдмана $s2$ расч. = $7,96 > s2$ крит. = $5,99$), дезоксиридонолина – на $69,3\%$ (критерий Фрийдмана $s2$ расч. = $9,73 > s2$ крит. = $5,99$). Высокие уровни маркеров формирования и резорбции в постменопаузе ассоциируются с более быстрыми и более выраженными потерями МПКТ. Таким образом, стойкий и значительный эффект фемостона 1/5 в сочетании с кальций – активом по влиянию на МПКТ и хорошая переносимость позволяют рекомендовать данную терапию для длительной профилактики и лечения остеопороза.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ДО И ПОСЛЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Календжян А.С.¹, Рубцова А.Ю.², Хамошина М.Б.³

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии,
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия^{1,3}
Курс акушерства и гинекологии ФПК и ППС, Владивостокский
государственный медицинский университет, Владивосток,
Россия²*

Несмотря на то, что взаимодействие поврежденно-эндо- и эктоцервикса и микроэкологической системы влагалища до сих пор таит множество неразрешенных вопросов, необходимость коррекции биоценоза влагалища у женщин с доброкачественными болезнями шейки матки (ДБШМ) не подлежит сомнению, особенно в случаях, когда последние требуют хирургического лечения. Однако и деструктивное вмешательство, которое сопровождается транзитной неполноценностью эпителиального покрова и воспалительным процессом, обусловленным операционной травмой, способно повлечь за собой отдаленные последствия для биотопа влагалища. С целью улучшения микробиологических характеристик гениталий после радиохирurgicalического лечения ДБШМ проведена оценка клинико-лабораторной эффективности предоперационной коррекции нарушений биоценоза влагалища у 78 женщин 20-49 лет, с морфологически верифицированными ДБШМ (эрозия шейки матки, дисплазия шейки матки 1-2 степени, хронический цервицит с атипией покровного эпителия). Исследование пациенток исследуемой группы включало бактериоскопию, бактериологическое и цитологическое исследование, аминный тест, ПЦР-диагностику, расширенную кольпоскопию. Деструкцию очага поражения производили с помощью аппарата «Сургитрон» фирмы Ellman International (США) в режиме «разрез+коагуляция», «коагуляция», мощностью 2-4 единицы на 5-10 день менструального цикла. Согласие участвовать в проспективном исследовании предусматривало использование пациентками презерватива при половых контактах в период динамического наблюдения после деструкции шейки матки. На основе комплексной оценки состояния микробиоценоза влагалища до проведения деструктивного вмешательства все женщины были разделены на 3 группы – 1 группу составили 24 пациентки с дисбиозом – (30,8%), 2 группу – 28 женщин с бактериальным вагинозом (35,9%), в 3 группу вошли 26 пациенток с неспецифическим вагинитом (33,3%). В 1 группе восстановление биоценоза проводили с помощью суппозитория «Вагинорм С» по 1 суппозиторию на ночь во влагалище 6 дней, во 2 группе местная терапия проводилась с использованием суппозитория «Бетадин» по 1 суппозиторию на ночь во влагалище 7 дней, затем «Вагинорм С» по вышеописанной схеме, и в 3 группе для лечения неспецифического вагинита применяли суппозитории «Депантол» по 1 суппозиторию на ночь во влагалище 10 дней, затем «Вагинорм С» по вышеописанной схеме. Контрольное обследова-

ние выявило нормоценоз у всех пациенток 1 и 2 группы и у 22 пациенток 3 группы (78,6%), у оставшихся 6 женщин (21,4%) состояние микроценоза влагалища соответствовало дисбиозу, что потребовало повторного курса санации. После проведения радиохирurgicalического лечения контрольное обследование после очередной менструации выявило в 1 группе наличие дисбиоза у 1 пациентки (4,2%), во 2 группе наличие дисбиоза у 1 женщины (3,6%) и неспецифического вагинита у 1 женщины (3,6%), в 3 группе у 1 пациентки выявили рецидив неспецифического вагинита (3,8%). Через 3 месяца наблюдения женщин с нормоценозом наличие дисбиоза выявлено у 2 пациенток 2 группы (7,1%), в том числе у 1 из них имел место его рецидив в послеоперационном периоде. Предварительный анализ факторов, определяющих эффективность коррекции нарушений биоценоза у женщин изучаемой когорты, показал, что все пациентки, имевшие отклонения от нормы в послеоперационном периоде, страдали хроническими запорами и предпочитали ношение синтетического нижнего белья. Полученные результаты свидетельствуют об удовлетворительной эффективности использованных схем предоперационной коррекции нарушений биоценоза влагалища у пациенток с ДБШМ, требующих радиохирurgicalического лечения. Необходимо дальнейшее изучение способов коррекции хронических запоров и уточнение гигиенических рекомендаций, которые необходимы женщинам изучаемой когорты.

ВЛИЯНИЕ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ НА ПОЛОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Кальченко Е.С., Овсиенко А.Б., Гаспарян С.А.

*МУЗ ГБ, г. Железноводск, ФГУ «ПНИИК Росздрава»,
г. Пятигорск, ГОУ ВПО Ставропольская государственная
академия Росздрава*

Актуальность. В настоящее время имеется тенденция к увеличению средней продолжительности жизни населения. По прогнозам ВОЗ в 2015 году 46% женщин будут старше 45 лет. По данным литературы распространенность женских половых расстройств как в пременопаузе, так и в постменопаузе варьирует в пределах 25-63%. Источником снижения половой функции у женщин в данный период времени является дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы, снижение уровня половых гормонов. Эталонном в коррекции эстрогендефицитных состояний можно считать заместительную гормональную терапию (ЗГТ). Однако, остается актуальна проблема отказа пациента от приема ЗГТ из-за возможных негативных реакций, возникающих при ее назначении, либо наличия противопоказаний. На сегодняшний день проводится много исследований об эффективности пелоидотерапии при лечении эстрогендефицитных состояний. Пелоидам присущи выраженный противовоспалительный, рассасывающий и трофико-регенераторный эффект. (Бурьгина А.Д., Попова О.Ф., 1992). Под их влиянием происходит увеличение эстрогенов у жен-

щин, у мужчин- тестостерона. Целью нашей работы является оценка влияния пелоидотерапии на коррекцию сексуальной дисфункции у женщин в климактерическом периоде.

Материал и методы исследования. При изучении влияния пелоидотерапии в сочетании с внутренним приемом минеральной воды и климатотерапией на течение климактерического синдрома (КС), был проведен скрининг для выявления сексуальной дисфункции с использованием специального опросника. В исследовании приняло участие 90 женщин с различной степенью выраженности КС. Анкетный опрос проводился до и после завершения лечения, не полностью заполненные анкеты были исключены из анализа. Результаты лечения анализировали на основании ответов на 5 ключевых из 14 вопросов. Вопросы охватывали социо-демографические характеристики (возраст, семейное положение, и образовательный уровень), анамнез. Ключевые вопросы относились к нарушениям в половой сфере: снижение либидо, задержка или отсутствие оргазма, снижение общего уровня полового удовлетворения. Диагноз половой дисфункции ставили при положительном ответе на любой из 5 ключевых вопросов. Полностью заполнены и проанализированы были лишь 30 анкет. В первую группу вошли 12 пациенток с легкой степенью выраженности КС и сексуальной дисфункцией, во вторую группу 18 пациенток со средней и степенью выраженности климактерического синдрома (КС), имеющих сексуальную дисфункцию. Интересно отметить, что все пациентки с тяжелой степенью выраженности КС не смогли принять участие в анкетировании, т.к. не имеют полового партнера, либо имеют сложные межличностные отношения в семье. Больные предъявляли жалобы на приливы жара, потливость, бессонницу, раздражительность, снижение либидо, сухость во влагалище, диспареунию. При легкой степени КС больные получали местные грязевые аппликации в виде «трусов» в сочетании с влагалитными тампонами и грязевыми аппликациями на шейно-воротниковую зону, на курс 8 процедур, при средней степени – аналогичный лечебный комплекс по 10 процедур на курс. Наряду с общеклиническими обследованиями проводилось исследование гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол, ТТГ, Т3, Т4, АТГ); УЗИ органов малого таза, молочных желез, щитовидной железы; липидограммы и электролиты крови (Са⁺⁺, Mg⁺⁺, К⁺), маммография, подсчет модифицированного менопаузального индекса, оценка шкалы депрессии SCL-90, оценка флоры влагалитного содержимого, онкоцитология шейки матки, оценка PH влагалитца.

Результаты исследования: На фоне проводимого лечения отмечалось уменьшение количества «приливов» в сутки, при анализе жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы отмечено снижение частоты и интенсивности болей в области сердца, тахикардии, снижения АД без использования гипотензивных средств. Модифицированный менопаузальный индекс снизился в среднем на 12-14 баллов. По шкале депрессии SCL-90 отсутствие депрессии отмечали более 50% процентов пациенток. Показатели электролитного состава крови достоверно не изменились, выявлено снижение исходно повышенных показателей ЛГ и

ФСГ. При оценке сексуальной функции все пациентки первой группы отмечали увеличение либидо, усиление лубрикации, увеличение частоты половых актов и степени возбуждения. Уровень полового удовлетворения всеми пациентами оценивался, как нормальный. У 10 пациенток второй группы выявлено усиление лубрикации, исчезновение диспареунии, увеличение половых актов, усиление либидо, однако пациентки были не довольны качеством испытываемых оргазмов и уровнем полового удовлетворения. Результаты лечения 8 женщин были сопоставимы с первой группой. При оценке состояния влагалитца отмечено снижение PH с 5,0-7,0 до 4,5-5,5, исчезли признаки дисбиоза влагалитца.

Заключение. Таким образом, курортные факторы, устраняя симптомы эстрогенного дефицита, имеют положительное влияние на сексуальное поведение женщины.

ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНАМИ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Карась И.Ю., Равинг Л.С., Тряпицына Ю.С.

МУЗ «Городская больница №1 им. М.Н. Горбуновой», женская консультация, Кемерово, Россия

В России, по прогнозам демографов, с 2008 года число пенсионеров будет расти очень активно и к 2016 году составит более четверти от всего населения России. По данным международной статистики, только за вторую половину прошедшего столетия средняя продолжительность жизни на земле возросла на 20 лет. В периоде перехода от зрелого возраста к старости преобладают клинические проявления эстрогендефицитного состояния, обусловленного снижением, а затем и прекращением функции яичников. Атрофические процессы слизистых оболочек нижних отделов мочеполовой системы встречаются у 50-60% женщин в постменопаузе. Лечение патологических состояний слизистой влагалитца и шейки матки у женщин старше 60 лет является актуальной проблемой в практической гинекологии.

Материалы и методы исследования. В МУЗ «Городская больница №1 им. М.Н. Горбуновой» осуществляется динамическое наблюдение за женщинами старшей возрастной группы – контингент особого внимания (КОВ). Врачи акушеры-гинекологи ведут прием женщин в женской консультации и в составе выездной бригады на дому. Количество женщин КОВ, проживающих на курируемой территории, в 2006 году составило – 1073, в 2007 году – 987, в 2008 г. – 877 человек. Все пациенты находятся в возрастной группе старше 60 лет. Количество женщин, обслуживаемых на дому, выросло с 35% в 2006г. до 50% в 2008 году. При гинекологическом осмотре в 100% случаев выявлены признаки эстрогенного дефицита – атрофические изменения в урогенитальном тракте, проявляющиеся атрофическими вагинитами, цистоуретритами, нарушениями мочеи-

спускания, пролапсами гениталий различной степени выраженности.

В женской консультации нами были обследованы 44 женщины с атрофическим кольпитом в возрасте старше 60 лет. Всем пациенткам было проведено следующее обследование: бактериоскопия отделяемого из половых путей, мазки на онкоцитологию с шейки матки, простая и расширенная кольпоскопия. У всех женщин был собран подробный анамнез.

Результаты и их обсуждение. При проведении осмотра только 15 женщин (34%) отмечали различные дискомфортные ощущения в области половых органов и сами обратились к врачу, остальные 29 женщин жалоб не предъявляли. У всех пациенток менопауза более 8 лет. 40 женщин (91%) имели в анамнезе роды и медицинские аборт. Отягощенный гинекологический анамнез был у 28 женщин (64%). Наиболее распространенные заболевания – эрозия шейки матки у 16 человек (37%), фибромиома матки и

воспалительные заболевания шейки матки у 12 женщин (63%), в том числе дисплазия шейки матки у 9% женщин.

Тяжелую соматическую патологию (сахарный диабет, бронхиальная астма, ожирение II-III ст. и т.д.) имели 26 женщин (59%). При микроскопии влагалищных и цервикальных мазков признаки воспаления выявлены у 32 женщин (72%), у 4 женщин (9%) обнаружена дисплазия I-II степени, у 8 пациенток (19%) – цитограмма без особенностей. При проведении простой и расширенной кольпоскопии у всех женщин был установлен диагноз – атрофический кольпит.

Для лечения атрофического кольпита мы использовали вагинальные ванночки с антисептическим раствором, крем «Пантодерм» в виде ежедневных вагинальных тампонов в течение 10 дней, а также витаминотерапию. Лечение проводилось в условиях вагинального кабинета женской консультации. Пациентки с сахарным диабетом, ожирением были консультированы терапевтом, им проведена коррекция показателей сахара крови.

После проведенного лечения пациентки прошли повторное обследование в том же объеме.

При повторном осмотре никто из пациенток жалоб не предъявлял. У 37 женщин (84%) микроскопия влагалищных мазков и цитологическая картина соответствовала возрасту менопаузы. Кольпоскопическая картина значительно улучшилась. Признаков дисплазии после проведенного лечения не выявлено. У остальных 7 женщин (16%) в мазках сохранялась картина воспаления, а при кольпоскопии сохранялись признаки атрофического кольпита. В эту группу вошли пациентки с отягощенным соматическим анамнезом (сахарный диабет).

Таким образом, особенностью наблюдения за женщинами старшей возрастной группы явилось проведение ежегодной диспансеризации и осмотр их на дому. Конечно, нивелировать возрастные изменения в мочеполовых органах женщин полностью невозможно. Но необходимо дать правильные рекомендации по образу жизни, гигиене, питанию и двигательному режиму, что позволит улучшить качество жизни наших пациенток. Для женщин старшей возрастной группы, посещающих женскую консультацию, проводимое комплексное лечение атрофических процессов сли-

зистой влагалища и шейки матки с использованием стимулятора регенерации тканей является достаточно эффективным, доступным по цене, с минимальным побочным действием и хорошей переносимостью.

КОРРЕКЦИЯ ВИТАМИНАМИ- АНТИОКСИДАНТАМИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

**Кармацких Т.Н., Полякова В.А., Винокурова Е.А.,
Карпова И.А., Арабаджи О.А.**

Россия, г. Тюмень, ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии

Известно, что гормональная контрацепция вызывает изменения в системе гемостаза, повышая активность ее компонентов. Доказан эффект различных доз эстрогенного и гестагенного компонентов в составе гормональных контрацептивов на различные сдвиги гемокоагуляции. Однако данный метод контрацепции остается одним из самых популярных для профилактики нежеланной беременности среди молодых женщин, и комбинированные оральные контрацептивы (КОК) используются женщинами многих стран с контрацептивной и лечебной целями. Для профилактики и коррекции данных гемостатических сдвигов разными авторами предложены антикоагулянты и антиагреганты, однако их использование требует постоянного контроля коагулограммы. В связи с этим возникла необходимость назначения более безопасного препарата для профилактики риска тромбогеморрагических осложнений. Учитывая связь перекисного окисления липидов и активации тромбоцитарного звена гемостаза, для профилактики риска тромбогеморрагических осложнений используется комплекс витаминов-антиоксидантов селмевит.

Целью данной работы является изучение влияния комплекса витаминов-антиоксидантов (селмевита) на гемокоагуляционные сдвиги, вызываемые приемом комбинированных оральных контрацептивов, для профилактики риска тромбогеморрагических осложнений.

Обследовано 35 молодых женщин в возрасте 17-32 лет, принимающих низкодозированные КОК (ярина, жанин, линдинет-30, фемоден, регулон). 1 группу составили 27 женщин, принимающих только КОК, 2 группу – 15 женщин, кроме КОК получавшие комплекс витаминов-антиоксидантов селмевит по 1 таб. в день. Контроль коагулограммы осуществляли до начала приема КОК, через 1, 3 и 6 циклов приема КОК на 19-21 дни менструального цикла (или 19-21 таблетке КОК). Для оценки общей свертывающей активности крови использовали активированное время рекальцификации (АВР), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), содержание фибриногена (ФГ) в плазме крови; интенсивность непрерывного внутрисосудистого свертывания крови оценивали по концентрации растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); активность тромбоцитарного звена гемостаза – по времени агрегации тромбоцитов.

Полученные результаты подвергли статистическому анализу. Результаты и обсуждение. В 1 группе обследуемых на фоне приема КОК АВР незначительно удлинялось в течение 1 и 3 циклов приема, оставаясь в пределах нормальных значений, а к 6 циклу резко укоротилось, то есть изменения АВР были разнонаправленными. Во 2 группе к 1 циклу приема КОК АВР не отличалось от данных до приема КОК, однако к 3 циклу, и еще более к 6 циклу приема КОК произошло удлинение АВР на 1,04% и на 1,13%, свидетельствуя о склонности к гипокоагуляции на фоне приема селмевита.

В группе женщин, не применявших селмевит, уровень РФМК, маркера непрерывного внутрисосудистого свертывания крови, до начала приема КОК находился в пределах физиологической нормы (0-4 г/л, в среднем 3,1 г/л). Однако уже с 1 цикла приема КОК у обследуемых 1 группы концентрация РФМК значительно повысилась до 6,3 г/л, свидетельствуя об активации непрерывного внутрисосудистого свертывания крови. Далее в течение 3 и 6 циклов уровень РФМК незначительно снижался (6,0 г/л и 5,8 г/л соответственно), видимо, за счет активации эндогенных противосвертывающих механизмов, однако, оставался повышенным. Во 2 группе обследуемых в течение 6 циклов уровень РФМК не превышал нормальных значений, более того, к 6 циклу в среднем был ниже исходного уровня. Предположительно, селмевит ограничивает активацию непрерывного внутрисосудистого свертывания крови и развитие ДВС-синдрома на фоне приема КОК.

Время агрегации тромбоцитов укорачивалось с 1 цикла приема КОК в обеих группах. В 1 группе время агрегации тромбоцитов далее практически не изменялось, а во 2 группе с каждым последующим циклом приема удлинялось. Видимо, содержащиеся в селмевите антиоксиданты препятствуют активации перекисного окисления липидов в тромбоцитах, снижая их способность к агрегации.

В течение всех 6 циклов приема КОК не отмечено достоверно значимого изменения АЧТВ и концентрации фибриногена в обеих группах.

Таким образом, комплекс витаминов-антиоксидантов селмевит ограничивает гиперкоагуляционные изменения, вызываемые приемом КОК (замедляет агрегацию тромбоцитов, активацию общей свертывающей активности крови и непрерывного внутрисосудистого свертывания крови), следовательно, снижает риск тромбозоморфических осложнений. Данный препарат может быть рекомендован для применения молодыми женщинами для профилактики риска тромботических осложнений на фоне гормональной контрацепции.

АДАПТИВНОСТЬ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Карушина Л.М.

*НУЗ «Отделенческая клиническая больница
на ст. Уфа ОАО «РЖД»*

В задачи современной гинекологии входит не только внедрение новых методов оперирования, но и обе-

спечение полноценного и быстрого восстановления пациенток после всех видов хирургического вмешательства. Продуктивным оказалось использование показателей адаптационных реакций для оценки эффективности проводимого в клинике лечения и прогноза заболеваний. Показана зависимость между эффективностью лечения и типом реакции, а также уровнем реактивности, на котором она развивается (Гаркави Л.Х. – 2006).

Целью настоящего исследования явилось изучение видов адаптивных реакций женщин, перенесших первичные и повторные (лапароскопические или лапаротомические) операции и их взаимосвязь с течением послеоперационного периода.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 104 женщин, оперированных в отделении по поводу опухолей матки и патологии яичников. Определены 2 группы: 62 пациентки были оперированы впервые, 42 – повторно. Лапароскопический метод применялся у 46 пациенток, чревосечение – у 54, при этом повторных лапароскопических операций было выполнено 22 (52,4%), повторных лапаротомических – 20 (47,6%).

Материалом для исследования послужили клинко-лабораторные анализы, взятые у больных накануне операционного лечения, на 2-е и на 5-е сутки после него.

Накануне вмешательства среди женщин, оперируемых впервые у 22 (35,5%) выявлена реакция торможения, у 20 (32,3%) – реакция спокойной активации, у 14 (22,5%) – реакция повышенной активации, у 6 пациенток (9,7%) – реакция стресса. Среди больных с повторными хирургическими вмешательствами в 24 случаях (57,2%) отмечена реакция торможения и в 18 (42,8%) – реакция спокойной активации. Острой реакции на стресс не было ни у одной из пациенток. На 2-е сутки послеоперационного периода у 34 первичнооперированных (54,8%) проявилась реакция стресса. Из этой же группы исследуемых у 20 женщин (32,3%) наблюдалась реакция торможения, у 6 (9,7%) – повышенной активации, у 2 (3,2%) – спокойной активации. Среди повторнооперируемых, в 20 случаях (47,6%) обнаружена реакция торможения, в 14 (33,3%) – стрессовая и в 8 (19,1%) – спокойной активации. На 5 сутки имеет место уменьшение разнообразия адаптивных реакций: острой реакции на стресс не наблюдается ни у кого, преобладает реакция торможения – 38 (61,3%) и 19 (45,2%) соответственно группам. Острая стрессовая реакция, причем, не зависимо от вида и количества вмешательств, клинически характеризовалось постоянным типом температурной кривой в 22,1% (23 больные от общего их числа) и ремитирующим типом лихорадки в 24% (25), слабостью и стойкими болевыми ощущениями в области живота. От общего числа исследуемых всего 16 человек (15,4%) проявили обе реакции активации. Учитывая, что смыслом их является самая быстрая и адекватная перестройка защитных сил в ответ на повреждающие воздействия, самое быстрое заживление ран или восстановление сил после болезни (Гаркави Л. Х., Шепелев А. П., - 2000; Татков О. В., Гаркави Л. Х., - 2004 г), следует предположить, что оставшиеся 88 пациенток (84,6%) потенциально могут дать осложнения в любом его проявлении как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Таким образом, исследования адаптивных реакций женского организма на операционную травму, не за-

висимо от вида хирургического вмешательства, дает возможность своевременно выявить и предотвратить возможные осложнения путем дополнительной противовоспалительной, эфферентной и физиотерапии.

ИНТУИТИВНАЯ РОБОТОАССИСТИРОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ DA VINCI В ГИНЕКОЛОГИИ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ

Кира Е.Ф., Политова А.К.

Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья, ФГУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова», Москва, Россия

Стремление улучшить качество и результативность хирургического лечения – неотъемлемая черта на протяжении всего существования оперативной гинекологии. В XXI век мы вступили с новыми прогрессивными технологиями, среди которых хирургическая роботизированная система da Vinci занимает ведущую позицию. Накопленный мировой опыт свидетельствует о больших возможностях робототехники и несомненных ее перспективах в клинической практике.

С марта 2009 года в НМХЦ им. Н.И.Пирогова выполнено >30 роботизированных операций гинекологического профиля. Показаниями к операциям в основном служили: атипичная гиперплазия эндометрия, миома матки, сочетание миомы матки и аденомиоза с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия, распространенный ретроцервикальный эндометриоз, полное выпадение купола влагалища после пангистерэктомии, агенезия влагалища (синдром Рокитанского-Кюстнера-Хаузера).

Противопоказания были те же, что при лапароскопических операциях: 1) противопоказания к наложению пневмоперитонеума и положению пациентки в положении Тренделенбурга, 2) тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации, 3) выраженный спаечный процесс в брюшной полости после неоднократных полостных хирургических вмешательств, 4) распространенный злокачественный процесс гениталий.

Нами были выполнены следующие оперативные вмешательства: расширенная гистерэктомия+аднексэктомия с лимфаденэктомией, гистерэктомия, миомэктомия больших узлов, сакрокольпопексия, иссечение эндометриоидных очагов ректовагинальной перегородки, кольпопоз. Размер удаляемой опухоли при экстирпации матки в среднем составлял 10 недель беременности (от 8 до 16 недель), при миомэктомии – 14 недель беременности. В двух наблюдениях имела место конверсия, обусловленная в одном случае большими размерами миомы матки (соответствующей >16 неделям беременности). Операция была закончена с использованием лапароскопического доступа. В другом случае после удаления большого объема эндометриоидного очага в области ректовагинальной перегородки и краевой резекции прямой кишки с последующим ее ушиванием с помощью робота, решено было выполнить лапаротомию и дополнительное ручное наложение кишечных швов.

Средняя продолжительность оперативного вмеша-

тельства составила 165 ± 75 мин. Следует отметить, что достаточно длительное время занимает подготовка к операции и настройка оборудования, которая занимала около 180 мин при первой операции и сокращалась по мере накопления опыта операционной бригадой до 30 мин. Интраоперационная кровопотеря колебалась от 30 до 350 мл. Средний послеоперационный койко-день равнялся 4,0.

Наш первый опыт позволяет говорить, что использование роботизированного комплекса da Vinci с объемным трехмерным изображением дает лучший обзор операционного поля, а это, в свою очередь, благодаря семи степеням свободы, обеспечивает точность и контроль манипуляций. Инструменты с искусственными запястьями позволяют хирургам-гинекологам качественнее проводить сложные и объемные оперативные вмешательства и потенциально достигать лучших клинических результатов. Благодаря оптической защите, когда активация манипуляторов возможна только в том случае, если голова хирурга правильно расположена в консоли, исключаются случайные повреждения смежных органов и сосудов. И, что немаловажно, система da Vinci обеспечивает эргономический комфорт хирургу.

В тоже время есть и некоторые ограничения применения роботизированной хирургии в гинекологии. Например, по нашему мнению, нецелесообразно выполнять надвлагалищную ампутацию матки, экономически невыгодны и затратные операции на придатках матки.

Напротив, применение комплекса da Vinci – это ренессанс трубной реконструкции при бесплодии, новые возможности в пластической хирургии, включая кольпопоз (брюшинный, сигмовидной кишкой) и др.

Для большинства пациенток продвинутые роботизированные технологии дают более высокий эффект, чем при традиционной или лапароскопической хирургии: меньший срок госпитализации, менее выраженные послеоперационные боли, минимальный риск инфицирования, сведение до минимума кровопотери, более быстрое выздоровление и сокращение реабилитационного периода.

Создание хирургической системы da Vinci и ее применение в гинекологии явилось прорывом в области минимально инвазивной хирургии. И все же, для объективных суждений необходимы дальнейшие клинические, рандомизированные исследования, сравнительный анализ результатов лечения.

ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ P16INK4A ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Клинышкова Т. В., Каратюк Т.И., Мозговой С.И.
ГОУ ВПО Омская Государственная Медицинская Академия, г.Омск, Россия

Совершенствование диагностических технологий для выявления предрака и рака шейки матки сохраняет свою актуальность. Детекция некоторых маркеров,

в качестве которых могут выступать белки клеточного цикла, может явиться дополнением при определении прогноза SIL (плоскоклеточных интраэпителиальных поражений). К ним, в частности, относится изучение p16ink4a, взаимосвязь которого с онкобелками ВПЧ имела подтверждение в ряде исследований.

Цель исследования – оценить клиническую значимость определения экспрессии p16ink4a у больных с SIL низкой и высокой степени (LSIL, HSIL).

Материал и методы исследования. Обследовано 26 пациенток с верифицированным ВПЧ-ассоциированным SIL шейки матки с выделением двух групп больных: 18 пациенток с LSIL (CIN I) – 1-я группа, 8 пациенток с HSIL (CIN II, CIN III) – 2-я группа. Комплексное обследование включало кольпоскопию, детекцию ВПЧ высокого онкогенного риска (ПЦР, АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин-FL), морфологическое исследование с проведением гистологической верификации SIL, иммуногистохимическое исследование для оценки экспрессии p16ink4a в цервикальном эпителии с использованием моноклональных антител (Epitomics, США) и системы детекции.

Все пациентки группы обследования были ВПЧ-позитивными по результатам цервикального теста: 16 тип (61,5%), 18 тип (11,5%), их сочетание (7,7%), другие типы онкогенного риска (19,3%). При оценке вирусной нагрузки у пациенток группы обследования определялись средняя (от 3 до 5 Ig на 105), высокая (более 5 Ig на 105 клеток) вирусная нагрузка при отсутствии низкой нагрузки. В 1-й группе средняя и высокая вирусная нагрузка определялись с одинаковой частотой, во 2-й группе преобладала высокая нагрузка (86,7%), что наблюдалось достоверно чаще, чем в 1-й группе ($p=0,026$).

Изучение уровня экспрессии p16 у пациенток с SIL было основано на 3-бальной оценке интенсивности окрашивания (слабая, умеренная, интенсивная); толщины распределения метки в пределах эпителиального пласта и наличия ядерной метки в сравнении с гистологической нормой шейки матки (5 случаев). В случаях гистологической нормы (контроль) экспрессия p16 отсутствовала. В 1-й группе доминировала слабая интенсивность цитоплазматического окрашивания (50%) при ее отсутствии во 2-й группе ($p=0,015$). Средняя интенсивность метки (2 балла) наблюдалась в 44,4% в 1-й группе и 62,5% во 2-й группе. Высокая интенсивность (3 балла) имела тенденцию к преобладанию во 2-й группе (37,5% против 5,6% случаев в 1-й группе) ($p=0,0721$). Наряду с интенсивностью иммуногистохимической метки p16 оценивали ее локализацию в пределах эпителиального пласта. Гиперэкспрессия (свыше 50% окраски эпителиального пласта) отмечалась в 1-й группе в 27,8% против 75% случаев во 2-й группе ($p=0,0343$). Ядерная метка наблюдалась в 1-й группе в 33%, во 2-й группе – в 75% наблюдений ($p=0,0612$). Итак, у больных с ВПЧ – ассоциированными HSIL (CIN II, CIN III) экспрессия p16 в эпителии шейки матки характеризуется более выраженной интенсивностью, протяженностью окраски, большей частотой обнаружения ядерной метки в сопоставлении с LSIL (CIN I), при котором преобладает слабая интенсивность цитоплазматического окрашивания, меньшая толщина окрашенного эпителия с более редкой регистрацией ядерной метки.

Обнаружение у пациенток с LSIL признаков экспрессии p16, свойственных для HSIL, вероятно является основанием к пересмотру наблюдательной тактики при LSIL.

Таким образом, установлены различия в экспрессии маркера p16ink4a в эпителии шейки матки у пациенток с различными вариантами SIL на фоне папилломавирусной инфекции. Эти данные позволяют рассматривать исследование экспрессии p16ink4a в качестве иммуногистохимического маркера тяжести SIL шейки матки, что имеет прогностическое значение.

ОЦЕНКА УРОВНЯ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ – И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Клинышкова Т.В., Лаутеншлегер Е.В., Притыкина Т.В.
Кафедра акушерства и гинекологии ПДО, ЦНИЛ, ОмГМА,
Омск, Россия

С учетом значимости нарушений функции гормонального гомеостаза в происхождении гиперпластических процессов эндометрия определен интерес представляет изучение метаболитов эстрогенов, особенно с позиции их роли в канцерогенезе репродуктивных органов.

Цель исследования – оценить уровень метаболитов эстрогенов у женщин в перименопаузе и постменопаузе с гиперпластическими процессами эндометрия.

Обследовано 41 пациентка с гиперпластическими процессами эндометрия в возрасте от 45 до 79 лет: первая группа – больные в перименопаузе ($n=23$), вторая группа – больные в постменопаузе ($n=18$). Верификация диагноза осуществлялась посредством гистероскопического и гистологического исследования. Проводилось определение уровня 2 – гидроксистерона (2 – ОНЕ1) и 16а – гидроксистерона (16а – ОНЕ1) в моче с помощью набора ESTRAMET (ИФА).

Проведенный анализ показал, что средний уровень 2 – ОНЕ1 составил в первой группе $16,9 \pm 0,2$ нг/мл, 16а – ОНЕ1 – $15,7 \pm 0,2$ нг/мл, во второй группе средний уровень

2 – ОНЕ1 составил $15,7 \pm 0,2$ нг/мл, 16а – ОНЕ1 – $13,7 \pm 0,2$ нг/мл. Соотношение 2 – ОНЕ1 к 16а – ОНЕ1 рассматривается как универсальный биомаркер и диагностический критерий риска и прогноза эстрогензависимых опухолей. Соотношение 2 – ОНЕ1/16а – ОНЕ1 в первой группе варьировало в пределах от 0,9 до 1,3; во второй группе – от 0,8 до 1,96. Средний уровень 2 – ОНЕ1/16а – ОНЕ1 составил в первой группе $1,08 \pm 0,06$; во второй группе $1,1 \pm 0,1$; ($p > 0,05$). Было установлено, что соотношение гидроксиметаболитов не превышало 2,0, что ниже порогового уровня патологической пролиферации в эстроген – чувствительных тканях.

Самые низкие значения соотношения гидроксиметаболитов 2 – ОНЕ1/16а – ОНЕ1 в интервале до 1,0 установлены у 7 (30,4%) пациенток первой группы

и 8 (44,4%) больных второй группы. У большинства больных первой группы соотношение $2 - \text{ОНЕ1}/16\alpha - \text{ОНЕ1}$ находилось в пределах 1,0 – 1,5 (16 – 69,6%) в сравнении со второй группой (9 – 50%). Не установлено зависимости соотношения $2 - \text{ОНЕ1}/16\alpha - \text{ОНЕ1}$ от возраста больных.

Среди больных первой группы гиперплазия эндометрия выявлена у 13 (56,5%), полипы эндометрия – 10 (43,5%) больных, во второй группе – в 8 (44,4%) и 10 (55,5%) случаев соответственно. Все случаи гиперплазии эндометрия относились к простой форме без атипии. Гистологические полипы эндометрия соответствовали железисто – фиброзным и железистым, выявляемые на фоне атрофии эндометрия и пролиферирующего эндометрия без признаков хронического эндометрита. Преобладание $16\alpha - \text{ОНЕ1}$ чаще отмечалось у больных с полипами эндометрия (5 / 50%) в первой группе и полипами эндометрия (6 / 60%) во второй группе; среди больных с гиперплазией эндометрия – в 2 (15,4%) в первой и в 2 (25%) случаях во второй группе.

Таким образом, среди больных с гиперпластическими процессами эндометрия в пременопаузе соотношение гидроксиметаболитов эстрогенов в большинстве случаев находится в диапазоне 1,0 – 1,5 (69,6%). Преобладание “агрессивного” метаболита $16\alpha - \text{ОНЕ1}$ ($2/16\alpha < 1,0$) наблюдается и в перименопаузе (30,4%), и в постменопаузе (44,4%). Среди больных с гиперпластическими процессами эндометрия в данной возрастной группе отмечено более частое превышение $16\alpha - \text{ОНЕ1}$ над $2 - \text{ОНЕ1}$ при наличии полипов эндометрия в сравнении с гиперплазией эндометрия независимо от возраста, что не исключает участие гормонального фактора в развитии полипов эндометрия в пери – и постменопаузе.

ЧАСТОТА КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА Г. АЛМАТЫ

**Кобзарь Н.Н., Джуманова О.Н., Борзова С.В.,
Кызаева А.Д.**

Казахстан, г. Алматы, Управление здравоохранения

Цель: изучить особенности течения климактерического периода и состояние костной ткани у женщин г. Алматы в климактерическом возрасте.

Материал и методы исследования: Особенности течения климактерического периода и состояние костной ткани изучались в группе из 600 женщин в возрасте от 45 до 65 лет. Состояние костной системы определялась методом ультразвуковой денситометрии дистальной трети лучевой кости. Средний возраст женщин исследуемой группы 53,0±2,6 года. Средний возраст наступления менопаузы составил 51,0±2,0 год. Заместительная гормонотерапия в исследуемой группе не проводилась. Степень тяжести климактерического синдрома определялось с помощью модифицированного менопаузального индекса (Уварова Е.В, 1983).

Результаты и их обсуждение: при изучении особенностей течения климактерического периода, выявлено, что в 85% случаев имели место проявления климактерического синдрома различной степени тяжести: слабая степень 67,5%, умеренная 20,5%, тяжелой степени 8,0%. В клинической картине в равной степени были выражены нейровегетативные, метаболические/эндокринные и психоэмоциональные симптомы. Остеопороз выявлен у 202, остеопения у 121 женщины исследуемой группы, что составило соответственно 33,7% и 20,2%. Анализ показателей минеральной плотности костной ткани в зависимости от возраста, показал рост частоты остеопении с 22,5% в возрастной группе 45-49 лет до 40,5% в группе пациенток 60-64 лет, остеопороза соответственно с 5,6% до 30,5%. Значительный рост частоты остеопении и остеопороза, в сравнении с предыдущей возрастной группой, отмечается в возрасте 50-54 лет. Частота остеопении в данной возрастной группе составила 34,6%, остеопороза 21,8%, что на 12,1% и 16,2% больше, чем среди женщин 45-49 лет. В группе женщин 55-59 лет прирост частоты остеопороза в сравнении с предыдущей группой составил 2,0%, остеопороза 3,0%, соответственно в группе 60-64 лет на 1,9% и 5,7%. Рост частоты остеопении и остеопороза в возрастной группе 50-54 лет, связан с тем, что потеря костной ткани у постменопаузальных женщин имеет 2 фазы: быструю и медленную. Быстрая наблюдается в первые 5 лет постменопаузы, когда ежегодная потеря составляет около 3%. Медленная потеря костной массы начинается с 55 лет и старше и составляет ежегодно 0,5-1% в зависимости от участка скелета (Eastell R., 1999).

Выводы: 1. Определение минеральной плотности костной ткани по результатам ультразвуковой денситометрии, показал рост частоты остеопении с 22,5% в возрастной группе 45-49 лет до 40,5% в группе пациенток 60-64 лет, остеопороза соответственно с 5,6% до 30,5%.

2. Значительный рост частоты остеопении и остеопороза, в сравнении с предыдущей возрастной группой, отмечается в возрасте 50-54 лет.

3. Выявленная высокая частота климактерического синдрома, остеопороза, остеопении, указывает на необходимость диспансерного наблюдения и профилактического лечения женщин климактерического периода.

ДИАГНОСТИКА ПРЕИНВАЗИВНОГО И ИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН (ДО 30 ЛЕТ) В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

**Ковчур П.И., Бахлаев И.Е., Сазонова Л.Н.,
Белоярова В.С., Корнилова Т.С.,
Целигорова В.Ю., Шулейко Н.Т.**

*ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск, Россия*

Принципы профилактики и ранней диагностики рака шейки матки (РШМ) в российском здравоохранении строго ориентированы на женские консульта-

ции (ЖК). Ежегодно в России регистрируется более 12 тыс. новых случаев заболевания РШМ, и 7700 женщин ежегодно (т.е. 21 женщина ежедневно) умирают от этой болезни. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин в Республике Карелия (РК) РШМ занимает 2-е место, уступая лишь раку молочной железы. В РК заболеваемость РШМ выросла в 2 раза с 15,7 до 30,6 случаев на 100 тыс. женского населения за период 2000-2008 гг. Рост заболеваемости отмечается в основном у молодых женщин детородного возраста, в том числе в возрастной группе до 30 лет.

Цель исследования. Оценить диагностику рака РШМ у женщин в условиях ЖК, в том числе у молодых женщин до 30 лет.

Методы исследования. Изучены данные Карельского республиканского ракового регистра за 2000-2008 года (n=662), из них 109 женщин до 30 лет. Проведен сравнительный анализ 171 случая РШМ у больных, выявленных в ЖК.

Основные результаты. С 2000 г. по 2008 г. увеличилась частота РШМ I-II стадии с 59,6% до 72,4%, соответственно III-IV стадии уменьшился с 40,4% до 27,6%. Частота преинвазивного и инвазивного РШМ в Карелии представлена. Рак in situ составляет 27,9%, РШМ I и II стадии – 49,2%, РШМ III-IV стадия – 22,9%. Зарегистрировано увеличение рака in situ с 8,5% до 48,8% в 2008 г. Распределение рака in situ у женщин по возрастам следующее: 15-25 лет общая частота РШМ 6,8%, из них 3,4% составляет рак in situ; 26 до 30 лет – 12,4%, рак in situ – 5,0%; 31 до 40 лет – 25,5% и 7,4%; 41 до 50 лет – 24,1% и 5,0%; 51 до 60 лет – 16,5% и 0,5%; 61 до 70 лет – 7,2% и 0,5%; 71-80 и более – 7,5% и 0,4%. Совершенно очевидно, что большинство женщин не обращаются в ЖК. За период исследования отмечен рост заболеваемости РШМ у молодых женщин до 30 лет с 12% до 26,8% случаев в 2008 г. Проведен анализ 109 случаев РШМ у молодых женщин до 30 лет. Удельный вес больных до 30 лет составил 39,5% случаев из 124 с раком in situ, 31,6% из 152 случаев РШМ I стадии, 3% из 203 случаев РШМ II стадии, 2,4% из 164 случая РШМ III стадии, 10,5% из 19 случаев РШМ IV стадии (n=662). На момент постановки диагноза были выделены 2 возрастные группы: 19-25 и 26-30 лет. Преинвазивный РШМ у женщин в возрасте от 19 до 25 лет составил 34,9%, от 26 до 30 лет – 50,6% случаев. Инвазивный РШМ соответственно по 5,5% случаев в каждой возрастной группе. В одном случае зарегистрирован РШМ I стадии в 17-летнем возрасте. В 64% случаях с раком in situ и в 71,7% с РШМ I стадии больные до 30 лет жалоб не предъявляли. Анализ анамнеза пациентов в возрасте до 30 лет выявил наличие фоновых заболеваний шейки матки в 39,5% (псевдоэрозия – 21,1%, кондиломатоз – 2,8%, наличие ВПЧ – 8,3%, ИППП – 7,3%). В 60,5% случаев РШМ у женщин до 30 лет развивался при отсутствии фоновых заболеваний шейки матки. Цитологический скрининг у женщин до 30 лет показал, что при раке in situ мазок класса 1-2 (ASC) отмечен в 50% случаев, класса 3 (LSIL) – в 14,6%, класса 4-5 (HSIL) – 35,4%. При РШМ I стадии выявлен мазок 1-2 класса у 36,9%, класса 3 – 21,7%, класса 4-5 – 41,31% женщин. При РШМ II стадии мазок класса 1-2 отмечен у 16,7%, класса 3 – 33,3%, класса 4-5 – 50%. При РШМ III-IV

стадии мазок класса 3 – 25%, класса 4-5 – 75%. При этом тест на ВПЧ-инфекцию у больных с РШМ выполнялся только у 11,1% случаев. При гистологическом исследовании выявлена аденокарцинома в 45,8% случаев, плоскоклеточный рак – 31,2%, неороговевающих – 13,8%, ороговевающий – 9,2% случаев.

В ЖК г. Петрозаводска выработан комплексный алгоритм диагностики РШМ: цитологический скрининг, кольпоскопия, типирование ВПЧ, определение вирусной нагрузки и онкобелков E6, E7, биопсия и выскабливание цервикального канала. Структура РШМ (n=171) у женщин в ЖК за 1998-2008 гг. представлена: рак in situ – 65,9%, I стадия – 26,2%, II стадия – 3,9%, III стадия – 3,2% и IV стадия – 0,8%. При цитологическом скрининге мазок класса 1 отмечен у 5,6% женщин, ASC – 32,2%, LSIL – у 28,9%, HSIL – у 33,3% женщин. С 2005 года в ЖК внедрено ДНК-типирование на ВПЧ-инфекцию, что позволило выявить 37,5% случаев ВПЧ-инфекции у пациентов с поражениями шейки матки. Фоновые заболевания шейки матки у женщин с ВПЧ-инфекцией составили 89,8% случаев. Трансформация в CIN3 и рак in situ у женщин с ВПЧ-инфекцией произошла в 6,6%.

Таким образом, все профилактические мероприятия должны быть сосредоточены в популяции ВПЧ-инфицированных женщин высокого онкологического риска. Комплексное использование цитологического скрининга и молекулярно-биологических тестов, позволит практически исключить запущенные случаи РШМ и дифференцировать лечебные мероприятия в рамках предрака шейки матки, особенно у молодых женщин до 30 лет. Широкое внедрение данных технологий в условиях ЖК позволит снизить заболеваемость и смертность женщин от РШМ при условии государственной поддержки с продуманной методологией.

РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ АДЕНОМИОЗА И ПРЕИМУЩЕСТВО КОМПЛЕКСНОЙ КВЧ-ТЕРАПИИ

Кодряну Н.П., Калараш М.В.

Республика Молдова, Кишинев, Кафедра Акушерства и Гинекологии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. "Николае Тестемицану"

Результаты морфологических электронно-микроскопических и гистохимических исследований доказывают, что процесс распространения эндометриоза половых органов следует за деструкцией мембран миоцитов, соединительной ткани и миометрия с нарушением их архитектоники (Shaw R.W., 1993) и активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (Olinescu A., 1995, Olinescu R., 1994).

Миллиметровые волны (КВЧ), благодаря множеству биологических эффектов, могут быть с успехом применены в терапии аденомиоза. Воздействие миллиметровых волн способствует стабилизации мембранной структуры, что приводит к восстановлению гомеостаза организма посредством множества лечебных биохимических эффектов (Девятков Н.Д., Голант М.Б., 1994).

Цель: определение эффектов восстановления клеточного гомеостаза, вызванных КВЧ, и разработка преclinical тестов прогрессирования или регрессирования аденомиоза путем изучения ПОЛ, ААС.

Материал и методы: согласно целям работы были обследованы 130 пациенток, страдающих аденомиозом, и 25 здоровых женщин.

Лот I – 25 пациенток, эндометриоз I-II ст., лечение – КВЧ-терапия.

Лот II – 50 пациенток, эндометриоз I-II ст., лечение – комплексное (КВЧ и гормональная терапия).

Лот III – 25 пациенток, эндометриоз I-II ст., лечение – традиционное (гормональное).

Лот IV, контрольный – 30 пациенток, эндометриоз III-IV ст., хирургическое лечение.

Лот V, контрольный – 25 здоровых женщин, обследованных для установления цифр индексов ПОЛ и ААС в Республике Молдова.

При биохимических исследованиях были использованы тесты для количественного определения индексов перекисного окисления липидов, их метаболитов и антиоксидантной системы защиты организма: перекисное окисление липидов (ПОЛ) сывороточный и эритроцитарный, метод, основанный на определении индуцированной химилюминесценции, малонат диальдегид (МАД), антиоксидантная активность сыворотки (ААС), сывороточная и эритроцитарная каталаза, глутатионредуктаза (ГР), супероксиддисмутаза (СОД), церулоплазмин.

Комплексная КВЧ-терапия осуществлялась при помощи аппарата “Электроника КВЧ-01” – источник крайне высокочастотных электромагнитных волн малой интенсивности (< 10 мВт/см), миллиметрового диапазона.

Результаты и дискуссии:

Вышеуказанные исследования показывают активность ПОЛ в 100% случаев у больных аденомиозом. Динамика количества самого изучаемого продукта ПОЛ – малонат диальдегида (МАД) коррелирует со степенью прогрессирования патологического процесса. При анализе индексов в лотах I, II, III, которые являются статистически сравнимыми по стадии заболевания, его длительности, возрасте пациенток, симптоматике, можно провести параллель и в динамике ПОЛ, так, например, МАД имеет те же высокие значения, находящиеся в сравнимых границах, т.е. эквивалентны ($7,45 \pm 0,13$ нмоль/мл, I лот), ($7,14 \pm 0,18$ нмоль/мл, II лот), ($7,39 \pm 0,11$ нмоль/мл, III лот), по сравнению с физиологическими нормами соответственно – $4,56 \pm 0,09$ нмоль/мл.

В состав IV лота вошли пациентки с III-IV ст. аденомиоза, которым было предложено хирургическое лечение, цифры МАД максимальны – $8,47 \pm 0,16$ нмоль/мл, что превышает нормальные показатели в 2 раза ($p < 0,01$) и на много выше этих показателей в I и II лотах ($p < 0,01$).

Исходя из целей исследования, которые подразумевают аргументацию преимуществ КВЧ-терапии, была исследована степень устойчивости эритроцитарной мембраны к ПОЛ и доступность субстрата окислению способ химилюминесценции, потенцированной Fe.

Полученные данные свидетельствуют о выраженных нарушениях резистентности и проницаемости клеточной мембраны, вызванных повышением активности ПОЛ в организме.

Если проанализировать динамику показателей, изученных в процессе дифференцированного консерва-

тивного лечения, можно констатировать, что применение комплексной КВЧ-терапии вызывает положительные изменения в процессах ПОЛ, выраженные в снижении МАД по сравнению с лотом III ($p < 0,01$). Было также констатировано значительное уменьшение этого индекса при монотерапии КВЧ с $7,45 \pm 0,13$ до $6,59 \pm 0,15$, $p < 0,01$ (таб.1).

Однако цифры вышеописанных показателей не достигают физиологической нормы, вне зависимости от проведенной терапии и клинического улучшения, что является доказательством выраженных генерализованных нарушений клеточного гомеостаза у больных аденомиозом и необходим более длительный восстановительный период.

Дестабилизация клеточных мембран происходит не только под воздействием ПОЛ с последующим их повреждением эндогенными фосфолипидами, но и как следствие развития абсолютной или относительной недостаточности различных антиоксидантных циклов, имеющих место в клеточных мембранах страдающих аденомиозом.

В ходе проведенной работы удалось доказать, что по мере прогрессирования эндометриоза происходит выраженное снижение ААС, которая является функциональным дестабилизатором.

Таким образом, отклонения значений МАД и ААС могут быть расценены как преclinical критерии прогрессирования патологического процесса на уровне клеточных мембран.

Применение комплексной КВЧ-терапии способствует увеличению активности ААС до максимальных значений, которые практически достигают физиологической нормы.

Наше исследование включает изучение таких энзиматических антиоксидантов, как супероксиддисмутаза (СОД) и каталаза.

Степень активности СОД выше физиологической нормы во всех лотах больных эндометриозом ($p < 0,01$). СОД увеличивается пропорционально увеличению активности ПОЛ, что делает необходимым мобилизацию ресурсов ААС, которая, в свою очередь, позволяет организму адаптироваться к экстремальным условиям функционирования, вызванным данным заболеванием.

При применении лечения и снижении ПОЛ параллельно наблюдается и нормализация СОД ($p < 0,01$), цифры которой, все же, остаются выше нормы и после лечения во всех лотах, что вызвано стойкой необходимостью при аденомиозе. По данным литературы цифры СОД ниже нормы указывают на повышенный риск малигнизации (Radu Olinescu, 1994).

Повышенный уровень СОД, с одной стороны, указывает на высокий уровень ПОЛ, что отражает адекватную компенсаторную реакцию на перекисное окисление липидов, и отсутствие опасности малигнизации, с другой стороны. В случае СОД ниже нормальных значений, возможно, необходимо перейти к хирургическому лечению, что в данном случае является более радикальным.

Каталаза разлагает H_2O_2 , воздействуя каталазно, или пероксидазно. Повышенное количество каталазы, зарегистрированное во всех лотах ($p < 0,01$), доказывает ее участие в процессах, в результате которых вырабатывается много H_2O_2 .

Отличие от СОД и каталазы, количество которых было очень высоким, содержание глутатионперокси-

дазы (ГП) и ГР гораздо ниже, даже по сравнению с нормальными показателями ($p < 0,01$), что отражает повышенное использование этих ферментов в интенсифицированном цикле ПОЛ при прогрессировании аденомиоза или на генетически обусловленную недостаточность этих ферментов.

В результате предпринятой комплексной КВЧ-терапии наблюдается стабилизация увеличения уровня ферментов метаболизма глутатиона по сравнению с лотами ($p < 0,01$), пациенткам которых было проведено традиционное лечение, где показатели, практически, остаются на том же сниженном уровне.

Для определения эффективности терапии были подсчитаны индексы антиоксидантной защиты ААС/МАД. В лоте с проведенной комплексной КВЧ-терапией отмечается самая убедительная эффективность.

Поскольку показатели антиоксидантной защиты отражают эффективность терапии на уровне клеточной мембраны, можно заключить, что применение КВЧ-терапии является патогенетическим аргументированным, останавливает деструктивные эффекты ПОЛ и прогрессирование заболевания на преклинической стадии.

Выводы:

Данное исследование продемонстрировало, что прогрессирование эндометриоза обусловлено нарушением на уровне клеточных мембран, которое выражено активацией ПОЛ в 100% случаев с увеличением концентрации МАД установлением функционального нарушения системы ААС.

Мембрано-стабилизирующие эффекты комплексной КВЧ-терапии состоят в прогрессивном увеличении показателей антиоксидантной активности ААС/МАД ($p < 0,01$), что проявляется максимальными клиническими результатами.

Изменение индекса ААС/МАД на уровне клеточной мембраны может быть использовано в комплексе с другими методами как критерий объективного состояния больных, степени активности и прогрессирования эндометриоза, прогнозирования хода заболевания и тактики лечения.

Восстановление эндокринного гомеостаза, которое происходит при применении монотерапии КВЧ и полученные клинические результаты позволяют использовать этот метод как альтернативный для лечения аденомиоза у молодых пациенток с экстрагенитальной патологией, снижая показания для хирургического лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВПЧ ТЕСТА У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Комарова Е.В., Минкина Г.Н.,
Гаврикова М.В., Храмова О.К.**

Кафедра акушерства и гинекологии, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

В последние годы активно обсуждается роль ДНК ВПЧ тестирования в цервикальных скрининговых

программах. Одной из причин ограничения применения ВПЧ теста является высокая распространенность ВПЧ инфекции среди девушек-подростков и молодых женщин. Приблизительно в 80% случаев в этом возрасте инфекция является транзитной и элиминируется иммунной системой женщины в течение 1 года. В настоящем исследовании мы поставили задачу проанализировать чувствительность, специфичность и прогностическую значимость ДНК ВПЧ теста у пациенток различных возрастных групп с цервикальными интраэпителиальными поражениями высокой степени тяжести. Изучаемую группу составили 210 пациенток в возрасте от 16 до 67 лет с гистологически верифицированным диагнозом цервикальной интраэпителиальной неоплазии умеренной и высокой степени тяжести (CIN 2,3), которым осуществлялось тестирование на присутствие 12 типов ВПЧ высокого канцерогенного риска при помощи мультипраймерной ПЦР тест-системы "Амплиценс ВПЧ ВКР скрин" в режиме реального времени. Материалом для гистологического исследования явились прицельные биоптаты и ткань шейки матки, полученная в результате петлевой эксцизии зоны трансформации или электроконизации. Все исследуемые пациентки разделены на 8 возрастных групп: до 20 лет и далее с интервалом в 5 лет. Анализ диагностических характеристик ВПЧ теста показал его высокую чувствительность (99,6%) и прогностическую ценность отрицательного результата (99,8%) в обнаружении предраковых заболеваний шейки матки вне зависимости от возраста. Специфичность ВПЧ теста в диагностике CIN 2,3 увеличивается от 29% в возрасте менее 20 лет до 70,2% в возрасте 35-39 лет. Некоторое снижение специфичности (до 56,3%) в возрастной группе 40 – 44 лет может быть результатом новых инфекций, приобретенных во время сексуальных контактов с новыми половыми партнерами или реактивации уже имеющейся инфекции, вследствие возрастного снижения иммунитета. У женщин старше 45 лет специфичность составляет, в среднем, 62,5%. Прогностическая ценность положительного результата (PPV) в обнаружении цервикальных интраэпителиальных поражений высокой степени тяжести колеблется от 20,9% в возрасте 20 – 24 лет до 47,3% в возрасте 30 – 34 лет, достигая максимума в возрастном промежутке от 35 до 39 лет (53,7%). В старших возрастных группах PPV составляет, в среднем, 44,5%. Таким образом, наряду с практически 100% чувствительностью и прогностической ценностью отрицательного результата у пациенток всех возрастов, наибольшую специфичность в диагностике предраковых заболеваний шейки матки ВПЧ тест демонстрирует в возрастной группе 35-39 лет.

ВОЗМОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВИКАРНОМ УВЕЛИЧЕНИИ ЯИЧНИКА ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ

Кондранина Т.Г., Горин В.С., Молоткова Е.Д.,
Бахаев В.В., Будаев А.И.

Россия, Новокузнецк, институт усовершенствования врачей,
Россия, Новосибирск, медицинский университет

Среди пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов у 4-15% женщин имеются гнойные формы воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ). Одним из ведущих методов лечения ГВЗПМ является оперативный, приводящий к потере детородной и менструальной функции. С внедрением в практику оперативной лапароскопии, одним из распространенных методов оперативного лечения пациенток с ГВЗПМ является односторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом. После односторонней аднексэктомии в яичнике происходят нейроциркуляторные и сосудистые изменения. Известно, что в яичнике есть данный при рождении запас фолликулов, который постепенно расходуется и не возобновляется. Физиологическая стимуляция ФСГ в послеоперационном периоде приводит к викарному (компенсаторному) увеличению оставшегося яичника. Через 6 месяцев у большинства оперированных пациенток (73,5%) выявлено увеличение объема яичника по сравнению с ранними сроками после операции, при этом при УЗИ выявлено, что среднее значение его составило $21,64 \pm 2,31$ см³ (от 10,30 до 39,80 см³). Увеличение яичника нередко приводит к появлению различной степени выраженности болевого синдрома, толерантного к лечению анальгетиками, нестероидными противовоспалительными препаратами, приводящего к увеличению риска нарушения питания увеличенного яичника, расслоению его стенки и кровоизлиянию, приводящему к повторному оперативному лечению.

ЗГТ после удаления яичника показана при возникновении симптомов посткастрационного синдрома (ПКС) и при повышении ФСГ выше 40 мМЕ/л. У данной категории больных уровень ФСГ, как правило, не превышает верхние границы нормы, отсутствуют клинические симптомы ПКС – функцию удаленного яичника выполняет оставшийся викарно увеличенный яичник.

На сегодняшний день не предложено метода лечения, позволяющего уменьшить объем викарно увеличенного яичника и ведущего к исчезновению болевого синдрома, а также позволяющего избежать повторного оперативного лечения.

В исследование вошли 47 пациенток, перенесших одностороннюю аднексэктомию по поводу ГВЗПМ. Средний возраст пациенток составил $34,1 \pm 4,3$ года. Давность операции в среднем $4,2 \pm 1,5$ года. 42 пациентки (89,4%) в течение двух лет получали лечение по поводу болевого синдрома – с применением спазмоаналгетика, антибактериальную терапию, НПВП – без клинического эффекта.

Основной жалобой пациенток, вошедших в группу исследования явились постоянные боли внизу живота, больше со стороны оставшегося яичника. Данная жа-

лоба и указанный выше объем операции и составили критерий включения в группу исследования.

Кроме общепринятого клинико-биохимического обследования определяли следующие параметры: уровень ФСГ крови на 6 день цикла, в течение 3 месяцев; при трансвагинальном УЗИ определялся объем викарно увеличенного яичника в различные фазы цикла. Уровень ФСГ на 6 день цикла, в группе исследования был выше нормы $15,9 \pm 3,4$ мЕд/мл (норма 2,8-11,3 мЕд/мл). Объем яичника при УЗИ составил $18,2 \pm 4,21$ см³. Учитывая отсутствие эффекта от проводимой ранее традиционной терапии болевого синдрома, высокий уровень ФСГ, проведено лечение препаратом фемостон 1/10 «Солвей –Фарма», представляющим двухфазный эстроген – гестагенный препарат, содержащий 1 мг этинилэстрадиола, 10 мг дидрогестерона. в непрерывном режиме в течение 6 месяцев.

После 2 месяцев терапии объем яичника уменьшился у 31 пациентки (65,9 %) и составил $6,2 \pm 1,2$ см³. После 6 месяцев приема объем яичника уменьшился у всех пациенток и составил $6,9 \pm 1,1$ см³. Болевой синдром купировался у всех пациенток.

Таким образом, патогенетическим методом лечения болевого синдрома при викарно увеличенном яичнике, толерантного к лечению спазмоаналгетиками, НПВП, антибиотиками, является применение эстроген-гестагенных препаратов, в нашем случае фемостон 1/10.

При болевом синдроме, связанном с викарно увеличенным яичником после односторонней аднексэктомии по поводу ГВЗПМ, определяют объем яичника методом УЗИ. При УЗИ исследовании и диаметре яичника более 8 см³ назначают фемостон 1/10, по 1 таблетке в сутки в непрерывном режиме 6 месяцев, с последующим контролем УЗИ 1 раз в год.

Результат лечения – купирование болевого синдрома, уменьшение объема яичника до нормальных величин. Преимущество метода лечения – экономичность, неинвазивность.

РЕФЕРАТ

Кондранина Т.Г., Горин В.С., Молоткова Е.Д.,
Бахаев В.В., Будаев А.И.

Лечение болевого синдрома при викарном увеличении яичника после односторонней аднексэктомии по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки

Изучена возможность лечения болевого синдрома, связанного с викарно увеличенным яичником после односторонней аднексэктомии по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки. Методом УЗИ определяют объем яичника и объём яичника более 8 см³ назначают фемостон 1/10, по 1 таблетке в сутки в непрерывном режиме в течение 6 месяцев, с последующим контролем УЗИ 1 раз в год. Применение способа позволяет нормализовать объем единственного яичника, с исчезновением болевого синдрома, снизить риск возникновения повторного оперативного лечения по поводу нарушения питания викарно увеличенного яичника, расслоения его стенки, разрыва.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, аднексэктомия, викарно увеличенный яичник, фемостон

RESUME

Kondranina T.G., Gorin V.S., Molotkova E.D., Bachaev V.V., Budaev A.I.

Pain syndrome treatment at vicarious oophoron increase after uni-lateral adnexectomy concerning pyoinflammatory diseases of uterine appendages

Possibility of pain syndrome treatment connected with vicarious increased oophoron after unilateral adnexectomy concerning pyoinflammatory diseases of uterine appendages is studied. Using ultrasound investigation method oophoron volume is defined and for oophoron volume more than 8 sm³ femoston 1/10 by 1 tablet a day in continuos mode within 6 months is appointed with the ubse-quent ultrasound investigaion control once a year.

Application of this method allows to normalize the volume of singular oophoron with pain syndrom oophoron anomalotrophy, its dissection, breakage.

Keywords: pyoinflammatory diseases of uterine appendages, adnexectomy, vicarious increased oophoron, femoston.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМАРКЕРОВ P16INK4A И KI-67 В ДИАГНОСТИКЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ НТРАЗПИТЕЛИ- АЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Кондриков Н.И., Шамаракова М.В., Горбачева Ю.В.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий, Москва, Россия

Выраженность морфологических особенностей цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) определяет лечебную тактику. Однако, диагностика CIN на основании только структурных особенностей срезов ткани шейки матки, окрашенных гематоксилин-эозином может вызывать затруднения в определении выраженности патологического процесса. Последний можно избежать с помощью биомаркеров. Как известно, ингибирование белков, регулирующих клеточный цикл (p53 и pRb) онкопротеинами E6 и E7 вируса папилломы человека (ВПЧ) приводит к усилению пролиферации. Экспрессия биомаркера пролиферации Ki-67 в клетках эпителия применяется для отличия CIN от неизменного или доброкачественных реактивных поражений плоского эпителия. Вместе с тем, экспрессия Ki-67 не является специфической для цервикальной неоплазии или ВПЧ инфекции, например, суперэкспрессия Ki-67 может быть обусловлена воспалением, при котором усиливается клеточная пролиферация и реактивная плоскоклеточная метаплазия. Инактивация Rb онкопротеином E7 ВПЧ приводит к усилению экспрессии протеина, ингибирующего циклинзависимую киназу (p16INK4a), в связи с тем, что экспрессия p16INK4a регулируется Rb по типу отрицательной обратной связи. Повышенная экспрессия p16INK4a свидетельствует о поражении, обусловленном наличием ВПЧ.

Цель исследования состояла в изучении экспрессии p16INK4a и Ki-67 в биоптированной ткани неизменной и патологически измененной шейки мат-

ки, направленной на гистологическое исследование в патологоанатомическое отделение ФГУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» в 2008-2009 гг. На основании гистологического исследования были диагностированы плоская кондилома, CIN1, CIN2, CIN2-3, CIN3, из которых в последующем были сформированы 2 группы: плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой и высокой степени тяжести (LSIL и HSIL). В качестве контроля служили участки шейки матки с неизменным многослойным плоским эпителием и с плоскоклеточным раком шейки матки. Иммуногистохимическому исследованию на p16INK4a и Ki-67 подвергли все биоптаты. При помощи анализатора изображения и программного обеспечения фирмы Karl Zeiss (Германия) в каждом срезе в 10 полях зрения при увеличении x 400 микроскопа «Ахиоплан II» (Karl Zeiss, Германия), определяли площадь клеток с экспрессией p16INK4a и Ki-67, а также площадь всех клеток, и с помощью программы Microsoft Excel определяли их соотношение.

Степень экспрессии p16INK4a коррелировала с тяжестью цервикальной неоплазии. Экспрессия p16INK4a отсутствовала в клетках неизменного эпителия, при LSIL, HSIL, и раке она составила 8,3%, 63,1%, 67,1% соответственно. В HSIL экспрессия p16INK4a была интенсивной и распределялась по всему эпителиальному пласту, в LSIL – она была очаговой, слабо выраженной, в части наблюдений отсутствовала. Слабая экспрессия p16INK4a в LSIL, по-видимому, обусловлена сравнительно низкой аффинностью E7 низкоонкогенных типов ВПЧ к Rb, из-за которой возможно не происходит суперэкспрессии p16INK4a.

Экспрессия Ki-67 в клетках неизменного эпителия составила 24,1% (клетки базального и парабазального слоя), при LSIL – 36,2% (нижняя треть эпителиального пласта), при HSIL – 54,26% (2/3 эпителиального пласта), при злокачественном поражении – 85,5% (во всей толще эпителия и в участках инвазии). Согласно нашим наблюдениям, использование Ki-67 облегчает выделение степени тяжести поражения. В частности, имеет значение в какой части эпителиального пласта определяются Ki-67 позитивные клетки и их количество. В отдельных случаях при первоначальном диагнозе CIN 1 наблюдалось значительное число Ki-67 позитивных клеток в средней трети эпителиального пласта. Последующее гистологическое исследование дополнительных срезов привело к увеличению степени тяжести патологического процесса. В поражениях с гистологическими диагнозами, соответствовавшими CIN2, CIN2-3, CIN3 отмечалась вариабельность экспрессии Ki-67. Последняя свидетельствует о субъективной диагностике CIN2 и CIN3 и возможно более рациональном выделении двух степеней тяжести плоскоклеточных интраэпителиальных поражений.

Таким образом, сочетанное использование Ki-67 и p16INK4a облегчает определение сущности патологического процесса. Использование иммуногистохимического исследования данных маркеров будет способствовать полноценной диагностике поражений и позволит обоснованно выбрать необходимый объем лечебных мероприятий.

ДИСКУССИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Кондриков Н.И., Силакова А.В., Могиревская О.А.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия

Гиперпластические изменения эндометрия представляют собой гетерогенную группу патологических изменений слизистой тела матки, часть которых является предшественником аденокарциномы. В связи с этим для своевременного начала и правильной тактики терапии данной патологии необходима полноценная диагностика последней клиническим патологом и правильное понимание его клиницистами. Однако среди патологов по-прежнему отсутствует единое мнение в отношении критериев диагностики гиперпластических изменений и предраковых состояний слизистой тела матки, а среди гинекологов – единых принципов терапии таких больных. Сведений о частоте развития гиперпластических поражений эндометрия достаточно мало. Сообщается, что в США заболеваемость гиперплазией эндометрия (ГЭ) составляет: для простой ГЭ 142 на 100 000 человеко-лет, для сложной – 213 на 100 000 человеко-лет, пик заболеваемости при обеих формах приходился на возраст около 50 лет; для атипичической гиперплазии заболеваемость составляет 56 на 100 000 человеко-лет, пик заболеваемости приходился на возраст около 60 лет. Экстраполяция этих данных на популяцию Европейского сообщества позволяет предположить диагностирование ГЭ у почти 120 тысяч женщин в год.

К сожалению, при оценке структурных сдвигов в гиперплазированном эндометрии используется субъективные морфологические критерии, кроме того, разные исследователи при сходной морфологической картине нередко пользуются различной терминологией и, наоборот, употребляют идентичные наименования применительно к разным структурным особенностям патологически измененного эндометрия. Все это усугубляется несовершенством самих классификационных систем, в том числе и современной, принятой ВОЗ после их обсуждения в 2003 г. В этой классификации выделены простая и сложная ГЭ, простая и сложная атипичическая ГЭ. Однако на протяжении последних 15 лет данная схема неоднократно подвергалась критической оценке, прежде всего из-за низкой воспроизводимости диагнозов. К задачам нашего исследования относилось выявление подобной тенденции среди отечественных патологов, проверка гипотезы о том, что модификация данной классификации, а именно сокращение числа классификационных групп, может повысить воспроизводимость диагнозов ГЭ. Для решения этих задач ведущими специалистами в области гинекологической патологии, были пересмотрены образцы эндометрия (соскобы), объединенные в 7 групп в зависимости от первоначального гистологического заключения: слизистая тела матки стадии пролиферации (средней и поздней), стадии секреции, простая и сложная ГЭ, простая и сложная атипичическая ГЭ, высококодифференцированная аденокарцинома эндометрия (первые две группы рассматривались в ка-

честве контроля). Воспроизводимость диагнозов для каждой группы оценивалась с помощью коэффициента kappa (κ), величина которого колебалась от низкой (наименьшая для группы простой атипичической гиперплазии) до высокой (группа контроля, группа аденокарциномы эндометрия). Пересмотр тех же образцов эндометрия той же группой исследователей с использованием бинарной классификационной системы позволил существенно повысить воспроизводимость в группах с первоначально низким коэффициентом kappa. Следует отметить, что повышение воспроизводимости диагнозов ГЭ может быть достигнуто и без введения дополнительных методов оценки эндометрия, таких как компьютерное морфометрическое исследование и вычисление показателя D-score, используемое в ряде Европейских стран. Таким образом, полученные результаты согласуются с теми, что были представлены зарубежными авторами на основании исследований, имеющих сходный дизайн, и свидетельствуют о необходимости совершенствования критериев предраковых поражений эндометрия. Важным фактором в этом отношении является уменьшение числа категорий гиперпластических изменений слизистой тела матки. Учитывая современные тенденции в терминологии гиперпластических поражений и молекулярные механизмы канцерогенеза, по-видимому, целесообразно вместо простой и сложной ГЭ (без атипичии) и атипичической ГЭ выделение соответственно ГЭ высокой и низкой степени тяжести поражения, при этом ГЭ высокой степени тяжести следует рассматривать в качестве предракового состояния эндометрия. Хотя, для внедрения данной классификации в практику патологов и клиницистов необходимо проведение мультицентрического методологически обоснованного исследования, однако уже накопленные в этой области результаты позволяют предположить, что использование данных наименований будет способствовать более полноценной диагностике гиперпластических поражений и предраковых состояний эндометрия и, как следствие, соответствующей терапии данных изменений слизистой тела матки.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Кононова И.Н., Иванова И.П.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, УГМА, ФГУП НПО «Автоматика», Екатеринбург, Россия

С целью оценки показателей местного иммунитета и микробиоценоза влагалища у женщин с дистрофическими изменениями вульвы нами проведено обследование и лечение 18 пациенток в возрасте от 41 до 60 лет с диагнозом «Крауроз вульвы». В группу контроля вошли 15 относительно здоровых женщин. Всем пациенткам выполнен необходимый диагностический стандарт: вагиноскопия, гистологическое исследование биоптатов пораженной вульвы, обследование содержимого влагалища и цервикального канала на

вирусные, бактериальные, протозойные агенты методом ПЦР, микробиологическое исследование. Оценка иммунного статуса включала изучение местного иммунитета вагинального секрета по следующим методикам: секреторный иммуноглобулин А, М, G методом ИФА, а также провоспалительные цитокины – гамма-интерферон (IFN- γ), альфа-интерферон (IFN- α), туморнекротический фактор (TNF- α), противовоспалительный цитокин интерлейкин-4 (IL-4). Исследования проводились в лаборатории МЦ «Уральский».

Полученные результаты и обсуждение. Результаты комплексной оценки состояния микроэкологии влагалища у обследованных женщин выявили наличие вирусной инфекции в основной группе у 16 человек, что составило 88,8%. Из них обнаружен вирус папилломы человека 6,11 тип – 3 пациентки, 6,18 тип – 4 пациентки, 31,33 тип – 1 женщина, герпесвирусная инфекция второго типа – 7 пациенток, цитомегаловирусная инфекция у 1 пациентки. В группе контроля вирусные инфекции выявлены у 3 пациенток, что составило 20% случаев. У 8 пациенток основной группы (44,4%) выявлено сочетание вирусной инфекции с условно патогенной микрофлорой (энтерококк, эпидермальный стафилококк, гарднерелла), у 4 женщин выявлен кандидоз. Хламидийная инфекция в половых путях выявлена у 6 пациенток основной группы и 2 женщин группы контроля. Уреаплазменная и микоплазменная инфекция встретились у 7 и у 3 женщин основной и контрольной групп соответственно. Бактериальный вагиноз выявлен у 9 и 7 женщин основной и контрольной групп соответственно. При иммунологическом обследовании пациенток обнаружено, что местные факторы неспецифической резистентности организма пациенток контрольной группы оказались в пределах нормы, определенной для данной лаборатории. Продукция провоспалительных цитокинов в основной группе значительно превышала данный показатель у пациенток группы контроля. Показатель TNF- α составил в основной группе в среднем $36,3 \pm 5,6$ пг/мл, в группе контроля $2,5 \pm 0,2$ пг/мл, показатель IFN- γ у пациенток основной группы составил в среднем $31,9 \pm 4,2$ пг/мл при показателе в группе контроля $25,8 \pm 1,2$ пг/мл. При исследовании IFN- α показатель составил $4,8 \pm 0,5$ пг/мл у пациенток основной группы, у женщин контрольной группы – $27,5 \pm 3,2$ пг/мл. При исследовании IL-4 не выявлено значительных изменений данного показателя в основной и контрольной группах ($19,6 \pm 2,3$ пг/мл и $16,2 \pm 1,8$ пг/мл соответственно).

Пациенткам с наличием генитальной вирусной инфекции нами применялась комплексная терапия с использованием противовирусного и иммуномодулирующего препарата Панавир в/в струйно по 5,0 мл по схеме: 3 инъекции через 48 часов и 2 инъекции через 72 часа, одновременно наносился панавир-гель непосредственно на вульву. Курс лечения составлял три раза в день ежедневно продолжительностью до 4 – 8 недель. Результаты терапии оценивались через каждые 2 недели. По окончании лечения (через 8 недель) проведено клиническое и лабораторное обследование. Проводилась оценка клинических симптомов: зуд, боль, отек вульвы, воспалительная реакция, диспареуния, отмечено значительное снижение клинических проявлений заболевания в 17 случаях, при контрольном лабораторном обследовании элими-

нация вирусов наблюдалась у 6 пациенток, что составило 30,0%. При исследовании местного иммунитета через 2 месяца после лечения выявлено значительное снижение количества провоспалительных цитокинов. Показатель TNF- α составил в среднем $9,4 \pm 1,2$ пг/мл, IFN- γ – $24,9 \pm 2,2$ пг/мл.

Таким образом, дистрофические изменения вульвы сочетаются с генитальными вирусными инфекциями, сопровождаются нарушениями местного иммунитета. Увеличение количества провоспалительных цитокинов могут указывать на активацию местных макрофагально-фагоцитарных защитных механизмов. Применение противовирусного и иммуномодулирующего препарата Панавир является патогенетически оправданным и эффективным.

ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПАЗИИ И МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ – ЭТАПЫ ЕДИНОГО ПРОЦЕССА КАНЦЕРОГЕНЕЗА: ТРУДНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Короленкова Л.И.

Россия, Москва, РОНЦ им.Н.Н. Блохина РАМН

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN) различной степени являются этапами канцерогенеза рака шейки матки (РШМ). Доказано, что в развитии CIN и РШМ основную роль играет вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР), который обнаруживается в 96 – 99,7% образцов РШМ и CIN тяжелой степени.

В РОНЦ с января 2006 года по август 2009 обследовано 465 больных с CIN I-III и микрокарциномой шейки матки, выявленных в результате оппортунистического скрининга. Этим больным проведена оценка диагностической значимости цитологического, кольпоскопического и вирусологического методов обследования по результатам гистологической верификации процесса. Из 465 больных CIN I гистологически верифицирована у 42 (9,0%), CIN II – у 73 (15,7%), CIN III – у 271 (58,3%, в том числе CIS – у 171 (36,8%)), микрокарцинома – у 66 (14,2%). Пусковым моментом в выявлении CIN были: цитологический метод (результат от ASCUS и более) – у 179 (38,5%) больных, случайное обнаружение повреждений в соскобе цервикального канала или биоптате из зоны псевдоэрозии – у 131 (28,1%), обнаружение ВПЧ ВКР – у 74 (15,9%).

При CIN I ВПЧ ВКР выявлен в 69% случаев, у остальных больных обнаружен уреоплазмоз. При CIN II вирус обнаружен в 96,7%, при CIN III (в том числе CIS) и микрокарциноме – в 100%. Чувствительность ВПЧ-тестирования составила, таким образом, для CIN II-III и более – 98,4%. Чаще всего обнаруживались вирусы 16 (66,5%) и 18 (22,0%) типа. Чувствительность цитологического метода была ниже и составила для CIN I – 32,3%, для CIN II-III – 63,0%, для микрокарциномы – 76,8%. Особого внимания заслуживает группа из 28 больных с результатом мазков ASCUS или

ASC-N (ASCUS, нельзя исключить HSIL), среди которых в абсолютном большинстве случаев (у 24 больных) была обнаружена гистологически подтвержденная CIN II-III, у двух больных (7,1%) выявлена микрокарцинома.

Кольпоскопические картины, характерные для тяжелых эпителиальных повреждений, в виде толстого ацетобелого эпителия (АБЭ), грубой мозаики, пунктуации, сосочков, пластов были выявлены у 73% больных с CIN II-III.

У всех больных с CIN II-III повреждения локализовались в зоне трансформации. У 11% больных с CIN I кольпоскопические признаки повреждений наблюдались во II-III зоне и представляли собой плоские кондиломы. У ряда больных с CIN II-III выраженные кольпоскопические изменения отсутствовали, что связано с преимущественным повреждением переходной зоны, смещенной внутрь цервикального канала – все больные были старше 35 лет. За счет этой группы больных снижается негативная прогностическая ценность кольпоскопии.

У 374 (80,4%) больных в удаленном конусе или материале петлевой эксцизии зоны трансформации имелись полиморфные поражения – сочетание различных степеней CIN. Чаще всего (29,4%) встречалось сочетание тяжелой дисплазии и преинвазивного рака, что свидетельствует о сложности их гистологической и клинической дифференцировки. Сочетание всех степеней дисплазии и преинвазивного рака отмечено в 20,5% случаев, что затрудняет адекватный выбор места биопсии без кольпоскопического контроля, а иногда и при кольпоскопии.

У всех 146 больных с положительным ВПЧ-тестом, HSIL и более в мазках и наличием специфичных кольпоскопических картин были выявлены CIN II-III и более. У 94 больных с HSIL, положительным ВПЧ-тестом и отсутствием видимых специфичных кольпоскопических изменений в удаленном конусе были выявлены CIN II-III.

Выводы:

Большой процент больных (80,5%) имеют сочетания разных степеней CIN, поэтому петлевая эксцизия зоны трансформации является предпочтительной перед биопсией манипуляцией, выполняемой во избежание ошибки морфологической диагностики. В большинстве случаев эксцизия является одновременно и окончательным лечебным мероприятием.

Легкие интраэпителиальные повреждения (CIN I) не всегда являются этапом развития рака шейки матки и могут быть связаны с транзитной ВПЧ-инфекцией или уреаплазмозом, который также приводит к реактивному размножению амплифицирующихся клеток базального слоя с вовлечением нижней трети эпителиального пласта.

Совокупность положительных результатов ВПЧ-тестирования и цитологических изменений от ASCUS и более с высокой вероятностью соответствует CIN II и более. При наличии специфичных кольпоскопических картин может быть сразу, без дополнительной биопсии, выполнена петлевая эксцизия или конизация.

ВПЧ-тестирование является высокочувствительным инструментом скрининга CIN. Его чувствительность превосходит традиционно используемый для этой цели цитологический метод.

СОВРЕМЕННЫЙ КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Крамарский В.А., Зорин И.Г., Дудакова В.Н.,
Сверкунова Н.Л.

Россия, г.Иркутск, ГОУ ДПО ИИУВ

Воспалительные заболевания по-прежнему остаются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Подавляющее большинство воспалительных осложнений в послеродовом периоде приходится на женщин, родоразрешенных абдоминальным путем (Стрижаков А.Н., Баев О.Р., 1997). Эндометрит, перитонит и сепсис после кесарева сечения встречаются в 6-10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов (Серов В.А., 2001), следовательно, разработка эффективных методов диагностики и прогнозирования данных осложнений является актуальной задачей. Исследования Голикова П.П. с соавт. (2000) показали, что максимальная концентрация конечного продукта оксида азота у больных хирургическим перитонитом наблюдается на 2 сутки после операции. Таким образом, цель нашей работы – выявить связь между содержанием оксида азота в сыворотке крови родильниц и развитием воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Материал и методы — проведено определение содержания оксида азота в сыворотке крови у 40 родильниц на 2 сутки после оперативного вмешательства.

Все обследованные родильницы были разделены на 3 группы: 1 группа – 12 родильниц, заболевших эндометритом (подтвержденного ультразвуковыми, гистероскопическими и гистологическими методами исследования); 2 группа – 23 с неосложненным течением послеоперационного периода и 3 группа из 5 женщин с длительностью безводного промежутка более 10 часов.

Анализируя данные ультразвукового исследования матки, отмечено, что, несмотря на различные варианты течения послеоперационного периода, средние размеры матки во всех группах достоверно не отличались ($p > 0,05$), и происходило достоверное уменьшение ее размеров в динамике. При детальном изучении швов на матке выявлено, что и длина, и ширина швов в одни и те же сроки после родов были достоверно больше в группе с осложненным течением послеоперационного периода ($p < 0,05$).

Среднее содержание оксида азота в сыворотке крови родильниц с эндометритом составило $9,91 \pm 4,57$ у.е., при неосложненном течении послеоперационного периода $35,65 \pm 17,16$ у.е. ($p < 0,05$), а у родильниц с длительным безводным промежутком $133 \pm 46,4$ у.е. ($p < 0,05$).

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что при длительности безводного промежутка более 10 часов и наличии в матке латентной воспалительной реакции происходит резкая активация биосинтеза оксида азота, что согласуется с данными литературы о повышении его уровня при воспалительных процессах (Марков Х.М., 1996; Davies M.G., 1995). У родильниц третьей группы содержание

оксида азота превышало аналогичные показатели у женщин с физиологическим течением пуэрперия (вторая группа) практически в 4 раза. Однако по мере прогрессирования воспалительного процесса в матке и появления клинических проявлений эндо метрита, происходит достоверное уменьшение содержания оксида азота в сыворотке крови, что, по-видимому, связано с необратимой инактивацией оксида азота с гемоглобином в просвете кровеносного сосуда, супероксидным радикалом в стенке кровеносного сосуда с образованием его стабильных конечных продуктов – нитрита и нитрата (Голиков П.П. с соавт., 2000). Кроме того, уменьшение уровня оксида азота связано и с эффектом глюкокортикостероидов, возрастающих при стрессе, которые ингибируют активность индуцируемой формы синтазы оксида азота (Голиков П.П., Картавенко В.И., Николаева Н.Ю., 1998).

Следовательно, определение содержания оксида азота в сыворотке крови родильниц может служить диагностическим критерием развития воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ЛИШАЙ ВУЛЬВЫ: РОЛЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Крапошина Т.П., Стамболиева А.В., Атанян М.А.

Россия, г. Москва, Московский Государственный Медико-стоматологический Университет

В связи с увеличением количества больных позднего репродуктивного и перименопаузального возрастных интервалов, страдающих склерозирующим лишаем вульвы, а также потенциальным риском малигнизации тканей наружных половых органов при данной патологии, отсутствием четких представлений об этиологии заболевания, по-прежнему, остается актуальной проблема изучения отдельных звеньев патогенеза, влияющих на процессы злокачественной трансформации эпителия вульвы.

Целью настоящего исследования явилось изучение функции коры надпочечников у пациенток страдающих склерозирующим лишаем вульвы.

Нами было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование 93 пациенток перименопаузального периода (средний возраст 46,3±2,7 лет) с верифицированным диагнозом склерозирующий лишай в период ремиссии и обострения.

Обращало внимание, что у 78 (83,9%) больных заболевание впервые манифестировало в позднем репродуктивном периоде, и было связано у 87,8% пациенток либо с очень сильным стрессом, либо с длительной стрессовой ситуацией. В отобранной группе ранее для лечения применялись только общеукрепляющие, седативные средства и препараты местного действия, не содержащие гормональный компонент. Для определения функции коры надпочечников исследовали суточную экскрецию 17-КС в моче методом Келлоу в модификации Г.М.Ордынец, экскрецию 17-ОКС в моче методом Сильбера-Портера в модификации М.В.Креховой и кортизола в сыворотке крови.

Для изучения изменений этих показателей нами было проведено динамическое наблюдение за пациентками этой группы без применения медикаментозных средств. Было установлено, что 17-КС, 17-ОКС в суточной моче и кортизол в сыворотке крови у пациенток во время обострения заболевания превышали соответствующие показатели в контрольной группе. Так 17-КС был повышен в 0,3 раза, 17-ОКС – в 1.5 раза, и уровень кортизола превышал показатель контрольной группы в 1,8 раза. В период ремиссии, продолжительностью от 2 до 3 месяцев, эти показатели практически соответствовали таковым в группе контроля.

Таким образом, можно предположить, что во время обострения склерозирующего лишая вульвы наблюдается гиперфункция коры надпочечников, приводящая к выраженному повышению секреции 17-ОКС и кортизола. Полученные данные могут свидетельствовать, что обострение заболевания вызывает «физиологический стресс» макроорганизма. Соответственно, чем чаще и продолжительней по времени будут длиться рецидивы, тем более выраженный иммуносупрессивный эффект эндогенных кортикостероидов наблюдается. Это ведет к выраженному снижению естественных киллеров, субпопуляций Т-клеток имеющих рецепторы к ФНО-альфа и другим цитокинам, играющим важную роль в поддержании гомеостаза, апоптозе и элиминации атипических клеток. Поэтому пациенток, страдающих склерозирующим лишаем с длительным течением, частыми и продолжительными рецидивами необходимо отнести в группу риска по возникновению злокачественной трансформации.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Красникова М.Б., Ткаченко О.С., Бадретдинова Ф.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

В последние годы приобрели особую актуальность медико-социальные аспекты соматического и репродуктивного здоровья девушек-подростков в связи с обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения и ухудшения показателей здоровья детей и подростков. Проблема, как соматического, так и репродуктивного здоровья девушек-подростков является особенно актуальной, что связано с ранним началом половых контактов, наступлением нежелательной беременности, недостаточной информированностью в вопросах контрацепции, нежеланием многих подростков обращаться к врачу.

Цель исследования: дать оценку состояния соматического и репродуктивного здоровья сексуально активных девушек-подростков в возрастной группе 15-19 лет.

Материалы исследования. Проведено комплексное обследование 150 сексуально активных девушек-подростков, находящихся в возрасте 15-19 лет, пред-

ставленных учащимися общеобразовательных школ, колледжей, вузов (65,2%), служащими (24,7%) и неработающими (10,1%).

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, анонимное анкетирование. Обследование изучаемого контингента девочек-подростков проводилось соответственно специально разработанной карте в женской консультации. Опрос проводился в доброжелательно обстановке, с соблюдением строгой конфиденциальности.

Результаты. Большинство (74,5%) девушек-подростков воспитывались в полных и малодетных семьях. Жилищные условия у большинства (81,3%) были вполне удовлетворительными. В общегитии в период учебы жили 12,6% респонденток. Средний доход менее прожиточного минимума имели 10,2% подростков. Оценку своей семьи как благополучной дали 73,4% опрошенных. Считают свою семью неблагополучной только 7,8% опрошенных. Остальные 18,8% подростков не смогли дать оценку своей семье, скорее всего это свидетельствует о нежелании высказывать негативное мнение о своей семье. Каждая третья девушка-подросток не близка со своими родителями. По данным опроса 48,7% девушек-подростков курят, большинство из них (92,7%) имеют стаж курения от 1 года до 3 лет. Почти все опрошенные считают, что курение вредно для здоровья. Отрицают вред курения только 3,2% девушек. Периодически употребляют спиртные напитки 72,3% опрошенных. Все обследованные девушки подростки имели в анамнезе детские инфекции, острые респираторные вирусные заболевания. В момент обследования хронические экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии выявлены у 78,5% девушек-подростков. Выявленные экстрагенитальные заболевания представлены следующим образом: заболевания дыхательной системы (45,6%), нервной (32,3%), костно-мышечной (30,3%), сердечно-сосудистой (30,3%), ЛОР-органов (22,6%), желудочно-кишечного тракта (23,5%), органов зрения (20,2%), мочевыводящих путей (16,9%), эндокринной системы (12,5%), травмы и отравления (8,6%). Все обследованные девушки относятся к сексуально-активным. Средний возраст начала половой жизни $15,8 \pm 0,9$ года, которая ведется во всех наблюдениях вне брака. Большинство (64,2%) сексуально-активных подростков имели от 2 до 5 партнеров. Контрацепцией пользовались 48,7% подростков, применяя преимущественно барьерные методы. В анамнезе гинекологические заболевания имели 46,8% девушек-подростков, представленных вагинитами (72,4%), фоновыми заболеваниями шейки матки (36,3%), воспалительными заболеваниями придатков матки (18,2%), нарушениями менструальной функции (16,3%). Практически каждая вторая девушка-подросток перенесла по 2 гинекологических заболевания. При комплексном обследовании гениталий с использованием бактериоскопических, бактериологических, иммунофлюоресцентных методов нормальный биоценоз влагалища не был выявлен ни в одном наблюдении. Был диагностирован бактериальный вагиноз (48,3%), инфекции передающиеся половым путем (25,7%), в том числе хламидиоз (4,2%), трихомониаз (8,2%), вагинальный кандидоз (13,3%). Фоновые и предраковые заболевания шейки матки диагностированы у 37,4% сексуально-активных

девушек-подростков, представленные приобретенной эктопией с незаконченной зоной трансформации (81,5%), простой лейкоплакией (9,8%), CIN (легкой степени) – 3,5%. У 38,8% обследованных подростков диагностированы хронические сальпингоофориты в фазе ремиссии и, как правило, сочетающиеся с фоновыми заболеваниями шейки матки и вагинитами различной этиологии. В 42,6% диагностированы нарушения менструальной функции (альгодисменорея, ювенильные кровотечения, гипоменструальный синдром). У 21% сексуально активных девушек-подростков была в анамнезе беременность, закончившаяся медицинским абортom в I триместре (инвазивный аборт методом кюретажа) с числом ранних осложнений – 8,7% (неполное опорожнение полости матки, эндометрит, обострение хронического сальпингоофорита). В отдаленном периоде (через 6 месяцев – 1 год) у 58,8% юных женщин, прервавших первую беременность медицинским абортom, диагностированы гинекологические заболевания, связанные с абортom (нарушения менструальной функции, сальпингоофориты, бесплодие).

Таким образом, сексуально-активные девушки подростки имеют высокий удельный вес экстрагенитальных и гинекологических заболеваний и относятся к группе высокого риска по нарушению репродуктивной функции будущей матери. Изложенное является обоснованием для оптимизации оказания медицинской помощи девушкам-подросткам в целях улучшения здоровья будущей матери.

ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И КОК ВРАЧАМИ-ГИНЕКОЛОГАМИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

Кривенко О.А., Азизян К.М., Ольховская М.А., Коновалова В.Н.

Россия, г. Москва, ФГУ НЦАГИП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий, отделение гинекологической эндокринологии

Несмотря на высокую эффективность ЗГТ, частота ее применения женщинами в пери- и постменопаузе снизилась после шумевшего исследования Инициатива во Имя Здоровья Женщин (WHI) [Lolkje T.W. 2006]. Если до 2002г в Европе ЗГТ применяли 25-30% женщин в пери- и постменопаузе [Schneider H.P.G., 1997], то после 2002г этот показатель составил 10-15%, но в настоящее время отмечается его медленный рост [A.H. MacLennan 2009]. В России число женщин в возрасте 45-64 лет составляет 21млн, однако ЗГТ принимают лишь 130769, это составляет 0,62% [IMS, 2008]. Предположительные причины этого: низкая мотивация врачей, страх женщин к данной терапии и рисках ЗГТ, а также экономические факторы. Частота использования гормональной контрацепции постоянно растет и в странах Европы составляет: в Нидерландах -52%, Франции -42,4%, Испании – 17,5%, России – 8% [Госкомстат России 2004]. Следовательно, в России имеются огромные резервы для расширения

использования гормональной контрацепции. В связи с этим представляется актуальным выяснение отношения самих гинекологов России к ЗГТ и КОК, частоты применения ими препаратов этих групп. Так же установление мотивации приема ЗГТ врачами гинекологами, которые в прошлом принимали КОК.

Целью нашего исследования явилась оценка распространенности приема ЗГТ и КОК гинекологами России в различные возрастные периоды. Материал и методы. С помощью специально разработанной анонимной анкеты были опрошены врачи гинекологи (n=1470) в возрасте от 25 до 65 лет проживающие и работающие в разных федеральных округах России. Анкета была распространена с помощью врачей отделения гинекологической эндокринологии ФГУ НЦАГИП им. В.И.Кулакова при проведении региональных конференций. Результаты и заключение. Из опрошенных (n=1470) женщин гинекологов 54,5% (n=801) были в возрасте от 45 до 65 лет, 45,5% женщин (n=669) – от 25 до 45 лет. В постменопаузе были 521 женщина, из них спонтанная менопауза у 84% (n=438), а хирургическая у 16% (n=83). В Центральном ФО 44% (n=202) опрошенных врачей- гинекологов старше 45 лет принимали ЗГТ, 81% (n=190) гинекологов младше 45 лет принимали КОК. В Приволжском ФО 48% (n=86) женщин гинекологов старше 45 лет принимали ЗГТ, 90% гинекологов младше 45 лет (n=39) использовали КОК. В Северо-Западном ФО 56% (n=122) врачей-гинекологов принимали ЗГТ, 91% (n=55) использовали КОК. В Уральском ФО 53% (n=40) принимали ЗГТ, 87% (n=75) – КОК. В Южном ФО 33% (n=124) гинекологов старше 45 лет принимали ЗГТ, 88% (n=83) – младше 45 лет использовали КОК. В Сибирском ФО 37% (n=164) гинекологов принимали ЗГТ, 86% (n=55) – КОК. В Дальневосточном ФО 19% (n=57) опрошенных гинекологов старше 45 лет принимали ЗГТ, а 76% (n=55) – младше 45 лет использовали КОК. Сравнительные данные об использовании ЗГТ по крупным городам России показали, что наиболее часто ЗГТ используют гинекологи Санкт-Петербурга – 50%, далее Москвы – 44% и Новосибирска – 35%. А данные об использовании КОК по городам России выявили, что наиболее часто КОК используют гинекологи Санкт-Петербурга – 91%, далее Новосибирска – 84% и Москвы – 83%.

Сводные данные по России о частоте приема ЗГТ и КОК показывают, что 58% опрошенных женщин гинекологов от 45 до 65 лет принимали заместительную гормональную терапию, и 85% – от 25 до 45 лет принимали комбинированную оральную контрацепцию. Таким образом, наши данные показывают, что по сравнению с общей популяцией женщин, женщины гинекологи чаще принимают препараты ЗГТ и КОК, это совпадает с данными зарубежных исследований [Kaplan B. et al 2005, Biglia N. 2006].

СОСТОЯНИЕ ОБМЕНА БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кузнецова Е.П., Хмелевская В.П., Протопопова Т.А

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГОУ ВПО «ИГМА», кафедра акушерства и гинекологии ФПО ГОУ ВПО «ММА им. Сеченова», Ижевск, Москва, Россия

Проблема диагностики и лечения опухолей и кист яичников сложна и чрезвычайно актуальна не только в связи с ростом частоты заболевания, но и тяжестью вызываемых ими нарушений репродуктивной и других систем организма. Любое новообразование сопровождается разрастанием соединительной ткани. В настоящее время признано, что помимо опорно-механической роли, коллаген играет активную роль в процессах морфогенеза, клеточной дифференцировки и регенерации.

Цель исследования – определение показателей свободного и пептидно-связанного оксипролина у больных с объемными образованиями яичников.

Материалы и методы. Обследовано 44 женщины с новообразованиями яичника – находившихся на лечении в гинекологическом отделении МСЧ №3 и БКА ГО №1 г. Ижевска (I группа). Из них 28 (63,64%) пациенткам были выполнены оперативные вмешательства на яичниках, 16 (36,36%) проведено консервативное лечение без положительного результата. Контрольную группу составили 13 практически здоровых женщин (II группа). Возраст обследованных колебался от 16 до 52 лет. Средний возраст в I группе составил $30,09 \pm 1,35$ лет, во II группе – $31,69 \pm 1,93$ лет ($p > 0,05$). Кровь для исследования бралась из локтевой вены на следующий день после операции или через 3 дня от начала консервативной терапии. В цитратной плазме крови определяли показатели обмена коллагена: СО (свободный оксипролин) и ПСО (пептидно-связанный оксипролин). В данной методике используется принцип окисления гидроксипролина хлорамином Б и конденсации продуктов окисления с парадиметиламинобензальдегидом (П.Н.Шараев и соавт., 1990).

Результаты. Показатели маркеров обмена соединительной ткани (свободный и пептидно-связанный оксипролин) у практически здоровых женщин составили $28,25 \pm 5,95$ и $24,53 \pm 5,09$. У оперированных пациенток содержание СГОП и ПСГОП при простых серозных кистах составили $34,7 \pm 3,18$ ($p = 0,05$) и $35,2 \pm 6,11$ ($p = 0,00$); при параовариальных кистах $30,33 \pm 2,18$ ($p = 0,56$) и $37,96 \pm 4,82$ ($p = 0,00$); при кистах желтого тела $34,8 \pm 10,18$ ($p = 0,19$) и $32,95 \pm 10,67$ ($p = 0,01$); при эндометриоидных кистах $31,2 \pm 6,65$ ($p = 0,34$) и $34,08 \pm 5,63$ ($p = 0,00$), соответственно; при герминогенных опухолях – $39,2 \pm 4,24$ ($p = 0,02$) и $30,65 \pm 3,88$ ($p = 0,01$); при эпителиальных опухолях – $36,3 \pm 5,09$ ($p = 0,09$) и $42,9 \pm 0,7$ ($p = 0,00$). При сочетании миомы матки и кисты яичника – $35,05 \pm 2,91$ ($p = 0,04$) и $38,1 \pm 6,74$ ($p = 0,00$). У не оперированных пациенток (без верификации диагноза) СГОП и ПСГОП соответственно составили $32,75 \pm 6,10$ ($p = 0,11$) и $34,7 \pm 5,64$ ($p = 0,00$).

Выводы. Среди пациенток с кистами яичников самый высокий показатель СГОП был отмечен у боль-

ных с кистами желтого тела ($p=0,92$), среди больных с доброкачественными опухолями при герминогенных опухолях ($p=0,95$), что свидетельствует о превалировании процессов роста образования у пациенток с данными патологическими новообразованиями. При оценке значений ПСГОП повышение данного показателя зафиксировано в группе доброкачественных опухолей яичника при эпителиальных опухолях ($p=0,82$), среди кист яичника у больных с параовариальными образованиями ($p=0,9$), что может говорить об активации процессов фибриллогенеза при данной патологии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Кузнецова Е.П., Шкатова Е.Ю.,
Халилов Р.З., Малмыгин Д.А.**

Россия, г.Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Заболеваемость женского населения – один из основных показателей общественного здоровья. Совершенствование диагностики и лечения, изучение эпидемиологии объемных образований яичников является актуальным, так как может внести существенный вклад в профилактику онкологических заболеваний этой локализации. Однако установить точные данные заболеваемости женского населения объемными образованиями яичников на сегодня крайне сложно, так как они не подвергаются централизованному учету.

Цель исследования. Изучение заболеваемости объемными образованиями в Удмуртской Республике (УР) за период 2004-2008 года.

Материалы и методы. Проведена клинико-эпидемиологическая оценка 3338 статистических карт, заполненных на 2533 больных с опухолевидными образованиями яичников (ООЯ), на 758 больных с доброкачественными опухолями яичников (ДОЯ) и на 20 больных со злокачественными образованиями яичников (согласно классификации ВОЗ, 1999год). Карты заполнены при ретроспективной оценке гистологических заключений, прооперированных в гинекологических отделениях женщин в районах УР и г. Ижевске с объемными образованиями яичников.

Обсуждение результатов. Ежегодно в УР по поводу объемных образований яичников в гинекологических отделениях проводится от 176 до 256 оперативных вмешательств в сельских районах и от 325 до 495 в городе Ижевске. Наибольший темп роста частоты оперативных вмешательств в разрезе отдельных причин наблюдался за счет кист желтого тела – 1,64 раза, эндометриоидных кист яичника – в 1,63, муцинозных цистаденом – 2,45 и за счет злокачественных образований в 4 раза.

Анализ результатов морфологического исследования всех прооперированных больных с объемными образованиями яичников показал, что ООЯ диагностируются 75,7%, в ДОЯ в 23,5%, злокачественные 0,8%. Средний возраст женщин составил $30,5 \pm 10,2$,

$34,3 \pm 13,6$ года соответственно, при злокачественных новообразованиях яичников $50,5 \pm 17,9$ лет.

Заболеваемость объемными заболеваниями яичников рассчитывалась исходя из численности женщин, проживающих в УР в целом, в г.Ижевске и по районам республики. За пятилетний период численность женщин в УР уменьшилось с 830 193 до 828 065 человек, как в сельской местности – с 244 063 до 244 240, так и среди городского населения – с 595 267 до 583 825.

Показатель заболеваемости ООЯ по республике составил 0,61 на 100 тыс. женского населения. На селе соответственно от 3,22 до 4,76, в г. Ижевске от 6,93 до 11,09 на 100000 тыс. женщин.

Обращает внимание, что среди ООЯ достоверно $42,7 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$) преобладают кисты желтого тела. Второе ранговое место занимают серозные ($21,2 \pm 2,8\%$), третьи – фолликулярные ($19,2 \pm 2,2\%$) кисты яичников. Эндометриоидные кисты яичников и параовариальные кисты составили в среднем за пятилетний период $12,0 \pm 1,5\%$ и $4,9 \pm 0,6\%$, соответственно.

Наибольший удельный вес в структуре ДОЯ заняли серозные цистаденомы и дермоидные кисты яичников – 11,29 и 9,39 на 100000 тыс. женского населения соответственно.

Таким образом, рост заболеваемости опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников выросла в Удмуртской Республике за пять лет, необходимость частого оперативного вмешательства и возможность их злокачественного перерождения, свидетельствуют об актуальности изучаемой проблемы и необходимости своевременной их диагностики.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФИЗИО- ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПА- ЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Кузьмина М.А., Ипатов М.В.,
Тимошин С.А., Соколова Н.И.**

Россия, г. Астрахань, ФГУ ЦР ФСС РФ «Тинаки», г. Москва, ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

Медицинская реабилитация больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ХВЗОМТ) остаётся одной из наиболее актуальных задач современной гинекологии до настоящего времени. Её решение требует постоянного усовершенствования тактики ведения. В настоящее время среди многочисленных методов лечения ХВЗОМТ особое место занимает санаторно-курортное. Многолетний опыт патогенетической и симптоматической курортной терапии в ФГУ ЦР ФСС РФ «Тинаки» показал целесообразность и эффективность использования природных физических факторов в лечении женщин с узканной патологией.

Целью исследования явилось разработка современных методов санаторно-курортного лечения больных с ХВЗОМТ и синдромом хронической тазовой боли, включающего дифференцированное применение природных физических факторов.

Материалы и методы. Обследовано 76 женщин репродуктивного возраста (18-35 лет) с ХВЗОМТ и синдромом хронической тазовой боли. Диагноз хронического сальпингоофорита клинически верифицирован при лапароскопии или лапаротомии у 29(38,2%) женщин, а у остальных 47(62,8%) пациенток – на основании данных ГСГ, МРТ и кимопертубации. Пелоидотерапия (сульфидно-иловая грязь) в виде грязевых аппликаций и влагалищных грязевых тампонов в сочетании с бальнеотерапией (йодобромные воды) проведена 41 пациентке с ХВЗОМТ (I группа). А остальным 35 пациенткам с ХВПМ (II группа) и гормонозависимыми заболеваниями органов малого таза, не требующими оперативного лечения, проведены минеральные ванны (йодобромные) и влагалищные орошения минеральной водой. Курс лечения составил по 10 процедур в каждом случае. Эффективность проводимого лечения оценивали по динамике показателей общего состояния пациенток, микрогемодинамических изменений на основании лазерной доплерофлоуметрии (ЛДФ), изменениям характера и видам адаптационных реакций по Гаркави и соавт., результатам медико-психологического тестирования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и Мак-Гилловскому опроснику боли.

Результаты исследования. До лечения все пациентки предъявляли жалобы на периодически возникающие боли внизу живота разной интенсивности и недомогание. Уровень интенсивности боли по ВАШ в I и II группах был одинаков и составил $4,28 \pm 0,2$ и $4,50 \pm 0,3$ балла соответственно, при преобладании процента выбора дескрипторов в сенсорной шкале Мак-Гилловского опросника боли. А число неблагоприятных адаптационных реакций на основании лейкограммы составило 34,2% и 45,7% соответственно. Высокие значения показателей микроциркуляции (ПМ) в тестируемых зонах до лечения составили $1,86 \pm 0,21$ пф.ед и $2,46 \pm 0,32$ пф. ед. соответственно при достоверно высокой амплитуде дыхательных колебаний и свидетельствовали о застойных явлениях в венозном звене МЦР. Выявленные изменения локальной микроциркуляции были наиболее глубоки у пациенток II группы с сопутствующими гормонозависимыми заболеваниями органов малого таза.

После окончания лечения у 38 (92,7%) пациенток I группы и у 29 (82,9%) женщин II группы отмечено улучшение общего состояния и отсутствие жалоб. У пациенток I группы к окончанию бальнео- и пелоидотерапии определен выраженный болеутоляющий эффект при ВАШ $0,63 \pm 0,02$ балла и КОД- $0,8 \pm 0,02$, при преобладании процента выбора дескрипторов, соответствующих аффективной шкале Мак-Гилловского опросника боли. У пациенток II группы к окончанию только бальнеотерапии болеутоляющий эффект определен как средней выраженности при ВАШ $2,10 \pm 0,02$ балла и КОД- $0,4 \pm 0,01$. А процент выбора дескрипторов в аффективной и сенсорной шкале Мак-Гилловского опросника боли у пациенток II группы составил 33,3% и 32,3% соответственно, т.е. был практически одинаков. Число неблагоприятных адаптационных реакций у пациенток I и II групп составил 2,4% и 20,0% соответственно. Поэтому усиление адаптационных реакций отмечено на 31,8% в первом случае и на 25,6% – во втором. Достоверное уменьшение пока-

зателей микроциркуляции при ЛДФ отмечено в обеих группах пациенток, однако нормативных значений они достигли только у пациенток I группы с пелоидо- и бальнеотерапией.

Выводы. Таким образом, применение природных физических факторов Центра реабилитации «Тинаки» Южного региона России у больных с ХВЗОМТ и синдромом хронической тазовой боли является клинически эффективным и патогенетически обоснованным. Комплексное воздействие пелоидов и йодобромной воды способствует развитию болеутоляющего, вазотропного эффектов и усилению адаптационных реакций у больных, что способствует развитию стойкой неспецифической резистентности организма. Дифференцированный индивидуальный подход к назначению комплексов лечения с учетом особенностей гинекологического статуса способствует оптимизации этапа санаторно-курортной реабилитации.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Кузьмина С. А.

ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции», Саратов, Россия

Эхография является доступным, информативным методом диагностики, который достоверно отражает морфологические изменения, происходящие в яичнике при недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла, именуемой сокращенно НЛФ. Однако в современной литературе не представлены количественные и качественные показатели эхографической структуры желтого тела, характерные для данной патологии. Изложенное определило цель нашего исследования.

Обследовано 60 пациенток с клиническим диагнозом НЛФ. Контрольную группу составили 55 здоровых фертильных женщин с регулярным менструальным циклом. Ультразвуковое исследование яичников выполнялось на аппарате «Toshiba Arlio» с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков в середину лютеиновой фазы на 20-24 день менструального цикла. Вычислялись объем желтого тела, яичника и отношение объема желтого тела к объему яичника, оценивалась структура и эхогенность желтого тела, а также толщина и эхогенность его стенки. Объем определялся с помощью функции обвода ультразвукового сканера, позволяющей его вычислять в одной плоскости сканирования. Для оценки кровотока в стенке желтого тела использовался режим ЦДК, для определения показателей кровотока – импульсная доплерометрия.

Согласно полученным данным, у больных с НЛФ объем желтого тела составил $1,9 \pm 0,7$ см³, у женщин контрольной группы – $3,3 \pm 0,6$ см³. Учитывая вариабельность размеров яичников в секреторную фазу менструального цикла, вычислялось отношение объема желтого тела к объему яичника. Получены следующие численные значения: у больных с НЛФ отноше-

ние объема желтого тела к объему яичника составило $0,16 \pm 0,06$, у женщин контрольной группы – $0,3 \pm 0,07$.

Следовательно, нижней границей нормы по нашим данным является значение отношения объема желтого тела к объему яичника $0,23$. Показатели, равные $0,22$ и менее, соответствуют НЛФ. Полученные данные свидетельствуют об уменьшении абсолютных размеров желтого тела и его удельной доли в яичнике при данной патологии.

Изучение эхографической картины желтого тела показало, что у 88% здоровых женщин оно имело однородную структуру средней эхогенности. У 12% пациенток определялась гипозоногенная неоднородная структура желтого тела. У всех наблюдаемых контрольной группы отчетливо визуализировалась стенка желтого тела толщиной $2,5 \pm 0,5$ мм, повышенной эхогенности в $98,5\%$ случаев.

Сравнение эхографического строения желтого тела больных с НЛФ и здоровых женщин выявило различия. Особенностью строения желтого тела при НЛФ являлось наличие в его структуре кистозной полости, которая занимала от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ его объема, либо желтое тело было полностью кистозным и представляло собой анэхогенное образование однородной внутренней структуры. Стенка желтого тела визуализировалась у $80,5\%$ пациенток с НЛФ, толщина ее составляла $1,2 \pm 0,5$ мм, причем повышенная эхогенность отмечалась у 78% из них. В 22% случаев стенка имела пониженную эхогенность.

Исследование кровотока в стенке желтого тела у пациенток с НЛФ выявило слабую васкуляризацию в виде единичных цветовых локусов с показателями доплерометрии:

ИР $0,56 \pm 0,02$ МАС 13 ± 2 см/с. В контрольной группе определялась выраженная васкуляризация стенки желтого тела с множественными цветовыми локусами, образующими кольцо. Показатели кровотока соответствовали значениям ИР $0,47 \pm 0,02$ МАС 21 ± 3 см/с.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. При недостаточности лютеиновой фазы отмечается уменьшение размеров желтого тела и его составной доли в яичнике со снижением отношения объема желтого тела к объему яичника до $0,22$ и менее.

2. Особенностью строения желтого тела при НЛФ является наличие кистозной полости, занимающей от $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ до всего объема желтого тела.

3. У больных с НЛФ происходит уменьшение толщины стенки желтого тела, а также снижение ее эхогенности в 22% случаев.

4. Желтое тело при НЛФ характеризуется снижением васкуляризации стенки с увеличением ИР и уменьшением МАС.

К ВОПРОСУ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Кулинич С.И., Попова Ю.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии, Институт усовершенствования врачей, Иркутск, Россия

Аборт – по-прежнему проблема в акушерстве, частота его в мире – $40-50$ млн. в год. Материнская смертность, как осложнение аборта, составляет 70

тыс. в год (ВЕ. Радзинский, И.С. Савельева, 2009г.). У 20% женщин после искусственного аборта развиваются бесплодие, расстройства менструаций, воспалительные заболевания органов малого таза. Поиски путей проведения безопасного аборта чрезвычайно актуальны в наше время.

Цель нашего исследования – изучить характер и причины осложнений после медикаментозного аборта.

Материалы и методы: проведено за 6 месяцев 25 медикаментозных аборт у женщин в возрасте от 18-36 лет. Их паритет: 15 (60%) – первобеременные, 10 (40%) – повторнобеременные. Изучен соматический и гинекологический анамнез. Также проведен анализ 65 историй болезней женщин, поступивших за 2008 г. в гинекологическое отделение ГКБ №8 после медикаментозного аборта.

25 женщин перед медикаментозным аборт обследованы по протоколу: тест на беременность, УЗИ, ОАК, ВИЧ, RW, группа крови, HBS, HCV Ag, мазок на флору и онкоцитологию из цервикального канала шейки матки. Аборт проводился в сроки до 6 недель гестации – у 7 (28%) – в 4-5 недель, у 18 (72%) – в 5-6 недель беременности.

Пациентки получали препараты по общепринятой схеме: 600 мг мифепристона внутрь, затем через 24 часа 400 мг мизопростола («Миролют») 2 раза с интервалом 3 часа под наблюдением врача.

С пациентками поддерживалась постоянная телефонная связь (оценка начала изгнания плода, болевого симптома, степени кровопотери). Контрольное УЗИ проводилось через 10 дней после приема препаратов. Плодное яйцо собиралось в пробирку для гистологического исследования.

Результаты исследования: изгнание плода с кровавыми выделениями происходило на 3 день, кровавистые выделения продолжались до 10 дней у 7 (28%), до 20 дней у 17 (68%), у 1 (4%) до 30 дней. В первой группе лечение не проводилось, во 2 группе женщины получали симптоматическое лечение (дицинон, глюконат кальция, настой крапивы) до гемостаза, у 1 пациентки проведен гормональный гемостаз на 30 день с хорошим эффектом. Болевой синдром купировался нитроглицерином или спазмалгоном, был выражен у нерожавших женщин.

Ранние осложнения возникли у 3 (12%) женщин в виде остатков плодного яйца. У 1 пациентки на прием препаратов возникла рвота с коллапсом, аборт завершен инструментально. У 2 (8%) остатки плодного яйца, выявленные при УЗИ исследовании, изгнаны дополнительным приемом 400 мг мизопростола, матка опорожнилась полностью. Пациенткам со 2-3 степенью чистоты влагалища назначали однократно «Сафоцид» Нижфарм – 4 табл. одновременно. В течение 3 месяцев нарушения менструального цикла имели место у 6 (24%) пациенток (гиперполименорея). Менструации нормализовали КОК. Таким образом, общее число осложнений составило 4% .

Из ретроспективного анализа 65 историй болезни после медикаментозного аборта за 2008г. по стационару. 87% аборт были выполнены в центре китайской медицины, 13% женщин принимали препараты, купив их в аптеках города (мифегин, мифепристон). Общее число медикаментозных аборт в городе Иркутске за год составило 450. Возраст женщин был от 21-30 лет.

В 70% случаев аборт выполнялся в сроки 6 и более недель гестации. Из поступивших у 59 (90%) женщин был неполный аборт, эндометрит на фоне остатков плодного яйца развился у 41 (69%) с гистологическим подтверждением, у 3 (5%) была прогрессирующая беременность. Общее число ранних осложнений за 2008г. составило приблизительно 14,5%, поздние – никто не анализировал. Поздние осложнения, по литературным данным, составляют от 27 до 45%.

Выводы: развитию осложнений после медикаментозного аборта способствовали:

- невыполнение стандартов по рекомендуемым срокам его проведения;
- применение несертифицированных препаратов;
- отсутствие врачебного наблюдения;

Выполнение аборта без обследования:

Эффективность медикаментозного аборта 96% наблюдается в контролируемых условиях (число осложнений 4% против 14,5%), на создание которых должны быть направлены наши мероприятия:

1. Проводить медикаментозный аборт только в условиях лечебного учреждения под контролем врача акушера – гинеколога.

2. Консультировать женщин с предоставлением информации и поддержкой ее выбора метода аборта или пролонгирования беременности.

3. Получить согласие у женщин трижды посетить лечебное учреждение.

4. Запретить продажу препаратов в аптеках без рецепта врача.

5. Обязательное контрольное УЗИ до и после аборта.

6. Для профилактики инфекционных осложнений при 2-3 степенях чистоты влагалища: Сафоцид 4 табл (400 мг.) одномоментно.

7. Дополнительное назначение Мизопростола 400 мг. однократно.

8. Назначение Регулона после опорожнения матки (по УЗИ) в качестве гемостаза и контрацепции.

Таким образом, медикаментозное прерывание беременности на ранних сроках с применением мифепристона-мизопростола эффективно и более безопасно. Серьезных долгосрочных рисков, связанных с медикаментозным абортом не зарегистрировано. Они маловероятны в связи с кратковременностью воздействия препарата.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВИТОВ

Кулинич С.И., Реуцкая М.А., Свердлов Е.С.

Кафедра акушерства и гинекологии, Городской центр молекулярной диагностики, Иркутск, Россия

Рак вульвы занимает четвертое место среди злокачественных опухолей гениталий, составляя по данным разных авторов от 2 до 8 % (Гилязутдинова З.Ш., 2000; Zargone R., 2002) встречается у женщин 60 – 70 лет и редко наблюдается у лиц до 30 лет (Mainini G., 2002). В целях снижения заболеваемости раком вульвы необходима своевременная диагностика и полноценное лечение фоновых заболеваний. Проведение полноценной этиотропной терапии возможно после выявления

причин развития заболеваний вульвы, включая обследование на ИППП и применения кольпоскопических, цитологических и гистологических методов диагностики.

Цель исследования – изучение вульво- и кольпоскопических картин, а также особенностей цитологии с поверхности слизистой у женщин с заболеваниями вульвы.

Материалы и методы: обследовано 145 женщин в возрасте от 25 до 50 лет с гистологически подтвержденным диагнозом дистрофия вульвы. В исследование включены пациентки, обратившиеся к гинекологу по поводу жалоб на зуд и жжение вульвы, выделения из половых путей и гистологически подтвержденного заболевания вульвы. При осмотре использовали метод простой и расширенной вульво- и кольпоскопии с помощью кольпоскопа Olympus. Всем пациенткам проведено цитологическое исследование мазков отпечатков (Pap-smear test). У 108(74,4%) больных направительный диагноз выглядел как дистрофия, крауроз и лейкоплакия вульвы. При проведении исследования обнаружены следующие кольпоскопические картины: усиление сосудистой сети – у 48 (33,1%) пациенток, эктопии в сочетании в ОЖ и ЗЖ – у 25(17,2%), ОЖ и ЗЖ в сочетании с усиленной сосудистой сетью – у 18(12,4%), атипическая зона трансформации в виде пунктуации, мозаики и атипических сосудов – у 21 (14,4%), ОЖ и ЗЖ – у 19 (13,1%), кондиломы шейки матки и влагиалища в сочетании с вышеописанными изменениями на шейке матки – у 5(3,4%) пациенток, ОС – у 9 (6,2%). При анализе результатов исследования обнаружено, что здоровая слизистая шейки матки была только у 9 (6,2%) женщин.

Вульвоскопические картины в имели следующие сочетания критериев: истончение многослойного плоского эпителия выявлено у 86 (59,3%) женщин; утолщение многослойного плоского эпителия – у 53 (36,5%), отёк многослойного плоского эпителия и усиление типичного сосудистого рисунка – у 32 (22%), подслизистые кровоизлияния – у 56 (38,6%), наличие характерного творожистого налёта на вульве – у 42 (28,9%), трещин слизистой вульвы – у 32 (22%) женщин.

Во всех случаях имелись изменения цитологических картин с поверхности вульвы в виде: увеличения размеров ядер у 76 (52,4%) пациенток, гиперхроматоза с равномерным распределением хроматина – у 43 (29,6%), дистрофических изменений клеток многослойного плоского эпителия – у 123 (84,8%), повышеного содержанием нейтрофилов, лимфоцитов с разрушенной цитоплазмой – у 108(74,4%), с койлоцитарной атипией – у 18 (12,4%) женщин. Результаты обследования на ИППП выявили кандидоз у 102 (70,3%) больных.

Выводы: воспалительные изменения на шейке матки, у данной категории пациенток статистически достоверно ($p < 0,005$) преобладали над неизменённой слизистой. Вульвоскопические и цитологические признаки хронического вялотекущего воспаления наблюдались во всех случаях. После проведенного этиотропного лечения получены достоверные результаты восстановления тканей вульвы и исчезновения изнуряющих симптомов заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОВУЛЯЦИИ

Кулинич С.И., Чертовских М.М., Чертовских М.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии, Институт усовершенствования врачей, Иркутск, Россия

В структуре острых гинекологических заболеваний апоплексия яичника занимает 3 место, составляя 17%. Среди причин внутрибрюшного кровотечения апоплексии яичника отводится второе место после внематочной беременности. Частота рецидивов заболевания, по данным некоторых авторов, достигает 70%. Таким образом, апоплексия яичника не может быть отнесена к редко встречающимся заболеваниям. В то же время, последние фундаментальные работы, посвященные апоплексии яичника, датируются 60-70 годами (Васильев А.А., 1960; Вербенко А.А., 1970). Сегодня, остаётся не до конца изученным патогенез овариальных кровотечений, нет чёткого алгоритма диагностики данной патологии, отсутствуют принципы дифференцированного подхода к выбору метода лечения и объёма оперативного вмешательства, нет чётких показаний к лапароскопии и лапаротомии, остаётся открытым вопрос о классификации заболевания, отсутствуют рекомендации по реабилитации больных, перенесших апоплексию яичника.

В связи с этим, нами обследованы 392 пациентки с установленным клиническим диагнозом апоплексии яичника, проходивших лечение в МУЗ ГПЦ в 2006-2008 г.г.

Возраст наблюдаемых варьировал от 16 до 43 лет. Средний возраст составил $25,16 \pm 0,88$ года.

С учетом кровопотери и тактики лечения было сформировано 4 группы: в I группу вошли 67 пациенток, у которых во время операции в брюшной полости обнаружено небольшое количество (до 100 мл) крови; II группу составили 116 больных с умеренным (в пределах 100-500 мл) внутрибрюшным кровотечением; III группа – 41 пациентка с большой (более 500 мл) внутрибрюшной кровопотерей; IV группу составили 168 больных с консервативным ведением, которым диагноз апоплексии яичника был установлен на основании клинических данных и УЗИ (свободной жидкости в малом тазу до 70 мл).

Результаты проведённых исследований подтвердили мнение большинства авторов о критических днях менструального цикла, в которые наиболее часто происходит апоплексия яичника. Так у 49% больных она возникла во II фазу менструального цикла, у 46% – в середине цикла и лишь у 5% пациенток в I фазе. У половины пациенток отсутствовали провоцирующие факторы. У пациенток II и III групп апоплексию яичника чаще провоцировали половой акт – 37,1% и 82,9% соответственно, тогда как у больных I-й группы разрыв яичника происходил в основном в состоянии покоя – 55,3%.

Выявлен высокий инфекционный индекс во всех группах. Воспаление придатков матки в анамнезе имели в среднем 53,5% пациенток. Различные инфекции полового тракта при поступлении выявлена у 33% больных. Инфицированность брюшной полости

по результатам посевов составила 19,7%. Спаечный процесс в малом тазу во время операции выявлен у 29,7% пациенток.

При последующем патогистологическом изучении резецированных тканей яичников в них были обнаружены характерные изменения, подтверждающие воспаление. Резкое полнокровие сосудов выявлено в 64,8% случаях, лейкоцитарная инфильтрация и мелкозернистое перерождение констатированы в 63,5% и 33,6 % исследованиях соответственно. Причём больший процент воспалительных изменений по результатам гистологических заключений и данным лабораторных исследований оказался в группах, где более выражена кровопотеря – II и III.

Во многих литературных источниках ведущее значение в патогенезе апоплексии яичника отводится нарушениям гормонального статуса пациенток. Результаты наших исследований показали, что при разрыве яичника у всех больных имеется достоверное снижение уровня эстрадиола в сыворотке крови по сравнению с нормой в 2 раза, прогестерона в 4 раза. Эти изменения более выражены в группах с умеренной и выраженной кровопотерями (II и III группы).

На наш взгляд, высказаться однозначно в пользу ведущего значения гормональных нарушений в патогенезе апоплексии яичника нельзя. Поскольку эти нарушения могут возникать вторично, являясь ответом на повреждение структур яичника воспалением и травмой. В пользу этого аргумента говорит и то, что мы не обнаружили клинических проявлений гормональных нарушений в анамнезе у всех пациенток с АЯ. Учитывая все перечисленное можно сделать выводы, что апоплексия яичника это не просто разрыв яичника, возникший при воздействии внешних факторов в определённую фазу цикла, а проявление хронического заболевания фолликула. Причинами, которого могут быть как хроническое воспаление, так и нарушения гормонального статуса. Это серьёзная проблема, которая требует дальнейшего всестороннего изучения и изменения подхода к лечению и реабилитации данной категории больных.

ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ГИПОГАЛАКТИИ

Кульмухаметова Н.Г.

Россия, г. Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Актуальность. Во всем мире отмечается тенденция к снижению частоты и длительности грудного вскармливания. В Российской Федерации частота гипогалактии колеблется в диапазоне от 8 до 40 %. Сложность нейрогуморальной регуляции лактации, зависимость ее от большого количества различных по своей природе факторов и опасность отрицательного воздействия на новорожденного фармакологических препаратов способствуют поиску и разработке немедикаментозных методов терапии (ИРТ, точечный массаж, физиолечение) гипогалактии.

Целью исследования стало изучение эффективности комплексного гомеопатического препарата фирмы «Хеель» (Германия) Pulsatilla compositum в лечении ранней гипогалактии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 19 родильниц с ранней гипогалактией в возрасте от 18 до 39 лет. Диагноз ранней гипогалактии ставился на 4 – 5-е сутки послеродового периода на основании оценки установившегося в указанные сроки уровня лактации. Суточную потребность в молоке на 4 – 5-е сутки послеродового периода определяли по методике В.Г. Скопичева с соавт., в последующем – по формуле Финкельштейна. В прошлом аборт и роды перенесли 36,9 % женщин. У 63,1 % пациенток данные беременность и роды были первыми. Осложнения настоящей беременности наблюдались в 78,9 %. Чаще всего отмечались угроза невынашивания беременности, гестационная анемия, ранние токсикозы, гестоз, пиелонефрит беременных. Срочные роды через естественные родовые пути произошли у 94,7 % женщин. Кесарево сечение производилось по поводу тазового предлежания плода в одном случае (5,3 %). Среди осложнений родового акта преобладали несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности (гипотоническая дисфункция матки), травмы мягких тканей родовых путей. Средняя продолжительность родов составила 8,5 часов. Кровопотеря в родах колебалась от 230 до 280 мл, при кесаревом сечении составила 650 мл. В асфиксии легкой и средней степени тяжести родились 22,1 % новорожденных. Масса тела родившихся детей составила от 3200 г до 3890 г. 89,5 % матерей находились на совместном пребывании с новорожденными.

Полученные результаты. При ранней гипогалактии, диагностированной на 4-е сутки послеродового периода, среднее суточное количество молока составило 155,1+10,2 мл (дефицит по отношению к суточной потребности новорожденного – 29,5+4,8 %). При ранней гипогалактии, диагностированной на 5-е сутки послеродового периода, среднее суточное количество молока составило 207,5+18,3 мл (дефицит по отношению к суточной потребности новорожденного – 48,7+4,7%). У 31,6 % родильниц гипогалактия была диагностирована на 4-е сутки, у 68,4 % – на 5-е сутки. Всем пациенткам для лечения ранней гипогалактии назначался комплексный гомеопатический препарат фирмы «Хеель» (Германия) Pulsatilla compositum (Регистрационное удостоверение № 0214326/01-2000 от 23.11.2000) по 2,2 мл внутримышечно через день, на курс требовалось от 2 до 5 инъекций. Значительное увеличение лактации наблюдалось на 2-й день лечения. На 7 – 8-е сутки послеродового периода уровень лактации составил в среднем 642,4+5,6 мл, на 10-е сутки – 718,3+ 19,4 мл и покрывал суточную потребность ребенка в молоке. Лактационная функция восстанавливалась у всех родильниц за непродолжительный срок: 4 – 10 дней.

Заключение. Применение антигомотоксического препарата Pulsatilla compositum является высоко эффективным методом лечения ранней гипогалактии.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МРТКФУЗА МИОМЫ МАТКИ НА СОСТОЯНИЕ ИНТАКТНОГО МИОМЕТРИЯ И ЭНДОМЕТРИЯ

Курашвили Ю.Б., Коган Е.А., Аксененко А.А.,
Кулабухова Е.А., Батаршина О.И.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

К органосберегающим методам лечения миомы относятся: консервативная таргетная терапия, удаление и разрушение ткани опухоли путем эмболизации или окклюзии маточных артерий, а также с помощью миолизиса. Возможность рецидива, не радикальность, является их недостатком. Выбор метода должен осуществляться с позиции клинической эффективности, безопасности, в том числе для репродуктивных органов. Одним из новых неинвазивных методов является деструкция миомы фокусированным ультразвуком под контролем МРТ (МРТкФУЗа). Клиническая эффективность МРТкФУЗа изучена, критерии отбора разработаны, однако остается дискуссионной безопасностью метода в отношении интактного миометрия, эндометрия и овариального резерва. Изучение данного вопроса важно, поскольку МРТкФУЗа представляется перспективной для женщин репродуктивного возраста планирующих беременность. Нами обследованы 15 женщин в возрасте от 30 до 45 лет, с реализованной репродуктивной функцией и миомами матки (до 6 узлов). Размеры узлов от 2 до 10 см, по МРТ – гипоинтенсивные, изоинтенсивные и гиперинтенсивные на T2ВИ. У двух пациенток с NPV менее 50 % проведена миомэктомия лапаротомным доступом. МРТкФУЗа проводилась на ExAblate-2000 (InSightec*, Израиль), время процедуры – от 170 мин до 220 мин; количество спотов от 26 до 84, энергия в каждой точке от 1238 до 2927 Дж. Изучение эндометрия проводилось путем исследования пайпель-биоптата на 18-21 день менструального цикла, до и через 1 месяц после МРТкФУЗа. В двух случаях проведенных после МРТкФУЗа изучена ткань миомы и прилежащего интактного миометрия. Для морфологического исследования материал фиксировался в 10% нейтральном формалине, заливался в парафин. Готовились ступенчатые срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, микрофуксином по Ван Гизону. Результаты: У 6 пациенток эндометрий соответствовал секреторной фазе цикла с выраженными пиноподиями, у 4 – неполноценной стадии секреции с незрелыми пиноподиями, у 5 – хроническому эндометриу со слабо развитыми пиноподиями. Установлено, что через 1 месяц после МРТкФУЗа восстанавливается структура эндометрия. Зона ФУЗ деструкции через 1 месяц после воздействия была представлена крупными полями гиализированной рубцовой ткани со склерозированными сосудами. В субкапсулярных отделах опухоли определялся коагуляционный некроз с тромбозом микрососудов. Вблизи зоны некроза выявлены признаки демаркационного воспаления с грануляционной тканью и фиброзом. Прилежащий интактный миометрий соответствовал структуре нормального миометрия. На основании полученных данных можно предположить, что МРТкФУЗа не оказывает значимого воздействия на структуру эндометрия и интактного миометрия. Исследование продолжается.

ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ И ФАКТОРЫ, ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

Курбангаджиева З.; Омаров С.-М.А.; Кантаева Д.К.
Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Россия

В данном исследовании нами проанализированы изменения ВНС в пубертатном периоде у девушек-подростков с учетом степени их физического развития, наличия хронической гинекологической и соматической патологии.

Было обследовано 200 девушек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет, у которых оценивалась степень физического развития и полового созревания, а также наличие хронических гинекологических и соматических заболеваний.

При анализе представленных в таблице данных обращает на себя внимание, что по мере увеличения длительности пубертатного периода количество здоровых, нормально развивающихся подростков существенно снижается. Так, если в 15 лет у 40,4% девушек отсутствовала сочетанная гинекологическая и соматическая патология, не наблюдалось отставание в физическом и половом развитии, то к 19 годам указанный показатель сократился до 32,8%. Опережающее физическое развитие и половое созревание при отсутствии сочетанной патологии в младшей возрастной группе регистрировалось у 23,1% девушек. В 19 лет только у 18,4% девушек сохранялось опережающее физическое и половое развитие.

С учетом представленных данных можно сделать заключение, что у девушек, вступающих в период полового созревания, с опережающим физическим развитием риск развития гинекологических и соматических заболеваний в пубертатном возрасте выражен менее значительно, чем в других группах обследованных подростков. С другой стороны, вероятность развития гинекологических и соматических заболеваний на фоне задержки физического развития и полового созревания повышается. Так, если в 15 лет 8,5% девушек с задержкой физического развития и полового созревания не имели хронических заболеваний, то в 19 лет указанный контингент составлял 2,2%. Интересно отметить, что частота встречаемости таких сочетаний как задержка физического развития и раннее половое созревание, нормальное физическое развитие и позднее половое созревание и т.д. встречались только в 1,4 – 1,8% случаев.

По мере увеличения возраста при нормальном физическом и половом развитии девушек наблюдается активация симпатического отдела ВНС с наиболее выраженной динамикой в начале пубертатного периода. Так, активность симпатического отдела ВНС в период от 15 до 17 лет возрастала с $16,2 \pm 1,2\%$ до $26,9 \pm 0,2\%$ ($P < 0,05$). После 17 лет наблюдается некоторое снижение показателя активности симпатического отдела ВНС, но его значения не возвращаются к уровню, характерному для детей 15-летнего возраста. Активность парасимпатического отдела ВНС также увеличивалась в пубертатном возрасте. Так,

если в 15 лет средние значения данного показателя не превышали $17,9 \pm 0,1\%$, то к 19 годам возрастали до $23,6 \pm 0,9\%$.

Выявленное усиление симпатикотонии в период с 17 до 19 лет по сравнению с 15-летним возрастом свидетельствует о мобилизации ВНС на выработку и реализацию жизненных установок в связи окончанием школы и поступлением в ВУЗ. Это вполне согласуется с характером данного этапа жизни подростка, сопряжено с фактическим окончанием беззаботной части детства, переходом в новый социальный статус, требующий принятия первых самостоятельных решений. С другой стороны, после достижения 18-летия наблюдается значительное усиление парасимпатического влияния ($25,9 \pm 1,2\%$), которой, с одной стороны, указывает на появление признаков истощения ВНС, а с другой стороны, некоторой релаксации организма в связи с принятием определенных жизненных решений.

Представленные выше данные касаются только девушек с отсутствием хронических гинекологических и соматических заболеваний. В то же время анализ динамических изменений со стороны ВНС при наличии сочетанной патологии показал, что их наличие нарушает все закономерности изменений ВНС в пубертатном возрасте. Так, у данной категории девушек в возрасте 16-17 лет на представленных кривых не обнаруживается характерного для здоровых сверстниц, а также для девушек с опережением или задержкой развития, значительной активации симпатического отдела ВНС в возрасте 16-17 лет. Лабильность ВНС, в отличие от здоровых, не снижается с увеличением возраста, а хаотично изменяется на всем протяжении пубертатного периода. Не наблюдается, в отличие от предыдущих данных, увеличения показателей вегетативного обеспечения деятельности по мере течения пубертатного периода.

Выявленные отличия от нормы в динамике показателей ВНС в группе подростков с сочетанной патологией можно объяснить тем, что само наличие болезни влияет на состояние ВНС. В связи с тем, что для хронических заболеваний характерна смена стадий ремиссии и обострения, именно эта цикличность и проводит к указанным изменениям ВНС.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РИЛИЗИНГ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Курникова В.В., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Традиционно в консервативной терапии гиперплазии эндометрия используются применение различных режимов прогестагенов, назначаемых перорально и в виде депо-инъекций. Местное внутриматочное применение прогестагенов позволяет локально воздействовать на эндометрий при мини-

мальных системных влияниях на организм. Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности лечения простой гиперплазии эндометрия в репродуктивном периоде женщин путем применения внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы «Мирена», SCHERING.

Нами всего обследовано 18 пациенток, средний возраст которых составил 35±2,5 лет, с впервые выявленной простой гиперплазией эндометрия, без выраженной тяжелой соматической патологии. У 5 пациенток гиперплазия эндометрия сочеталась с миомой матки малых размеров (единичные миомадозные узлы располагались субсерозно), что составило 27,8%. У 7 женщин в анамнезе наблюдался хронический двусторонний сальпингоофорит, вне обострения (p=38,9%). У 1 пациентки выявлен посткоагуляционный эндометриоз шейки матки (p=5,6%). Всем женщинам, проводилось ультразвуковое сканирование органов малого таза на аппарате HITACHI-5500, трансвагинальным датчиком 7,5 МГц, затем выскабливание матки под контролем гистероскопии и прицельной биопсией, с последующим гистологическим исследованием материала. С целью лечения простой гиперплазии эндометрия вводилась система «Мирена». Каждые 3 месяца на фоне лечения проводилось трансвагинальное ультразвуковое сканирование органов малого таза, при котором не выявлено прогрессирования патологии. Через 6 месяцев всем больным проведена контрольная гистероскопия с кюретажем эндометрия. В результатах гистологического исследования у всех женщин наблюдались изменения железистого компонента и децидуоподобная реакция стромы функционального слоя эндометрия. При УЗИ ни в одном случае за весь период наблюдения не было зарегистрировано увеличения величины эндометрия. Следует отметить, что важную роль в реализации системных метаболических и функциональных эффектов гормонов при различных формах патологии и в условиях нормы отводится цитокинам, в частности ИЛ-1. Нами выявлено снижение уровня ИЛ-1 в крови пациенток с простой гиперплазией эндометрия. Через 6 месяцев от момента введения системы «Мирена» у всех пациенток проведено повторное исследование уровня указанного цитокина, при котором обнаружено, что уровень ИЛ-1 не отличается от показателей здоровых женщин (табл.1).

Выявленные нами тенденции нормализации цитокинового статуса при применении системы «Мирена» у пациенток с простой гиперплазией эндометрия, позволяют рекомендовать эффективное использование указанных принципов терапии.

Таблица 1. Содержание цитокинов в сыворотке крови при простой гиперплазии эндометрия до и после применения левоноргестрел-релизинг системы

Группы обследуемых	Контрольная группа	Группа пациенток с простой гиперплазией эндометрия		Группа пациенток с левоноргестрел-релизинг системой «Мирена»	
	n=15	n=18		n=18	
Показатели	M±m	M±m	P	M±m	P
ИЛ-1 (пг/мл)	46,4±2,4	38,9±2,6	<0,02	48,8±3,2	>0,5

ПРИМЕЧАНИЕ: P – рассчитано по отношению к показателям контрольной группы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Курникова В.В., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Проблемы прерывания беременности остаются актуальными до настоящего времени и являются особой медико-социальной проблемой. Прерывание беременности, приводящее к травме эндометрия, является пусковым механизмом для возникновения различных гинекологических заболеваний, приводящих к нарушению детородной функции.

Нами было обследовано 98 женщин, с маточной беременностью раннего срока, от 4 до 7 недель беременности. Основную группу составили 78 женщин, которым была прервана беременность с помощью мануальной вакуумной аспирации при неполном самопроизвольном аборте (начавшемся выкидыше, аборте в ходу) при сроке беременности 4-7 недель.

Группу сравнения составили 30 беременных, которым производилось прерывание беременности с помощью вакуум – аспирации. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, сроку беременности, размерам плодного яйца, определенным при ультразвуковом скрининге, наличию или отсутствию сопутствующих гинекологических заболеваний.

У всех пациенток первой группы с мануальной вакуумной аспирацией, процедура была проведена успешно, что подтверждалось наличием элементов плодного яйца в аспирате при его визуальном контроле.

Ранних осложнений манипуляции отмечено не было. При контрольном ультразвуковом исследовании, выполненным после менструально – подобной реакции у всех женщин первой группы, отмечалась нормальная структура эндометрия, соответствовавшая первой фазе цикла (визуализировался эндометрий толщиной до 3 – 4 мм с ровными четкими контурами). При микроскопии мазков влагалищного секрета у всех женщин определялась первая и вторая степень чистоты влагалищного секрета. Нарушений менструального цикла в данной группе обследования не было выявлено.

Во второй группе пациенток, с электрической аспирацией и/или кюретажем матки, на 3 – 4-е сутки после выскабливания полости матки в 12% случаев развился эндометрит, несмотря на проведение профилактической терапии. При проведении контрольного

ультразвукового сканирования диагностированы расширение полости матки, с наличием неоднородных структур и неровность контуров М-эха в 3,4%.

Из других осложнений послеоперационного периода в этой группе отмечалось возникновение сальпингоофорита у 36% пациенток, пиелонефрита у 2,6% пациенток, что потребовало повторной госпитализации и проведения антибактериальной, противовоспалительной терапии в полном объеме. В данной группе пациенток после произведения аборта, нарушения менструального цикла отмечены в 7% случаев.

Таким образом, на основании данных клинических исследований, можно сделать вывод, что метод мануальной вакуумной аспирации является эффективным, щадящим и надежным способом прерывания беременности в первом триместре, что позволяет рекомендовать его широкое использование в практическом здравоохранении.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Курушина О.В., Атагаджиева М.С.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

В последнее десятилетие в понимании предменструального синдрома (ПМС) произошли огромные перемены. Общепринятым стало клинко-патогенетическое обозначение синдрома как синдрома предменструального напряжения. Изменилось представление врачей о данном синдроме, оно трансформировалось из разряда редкого патологического состояния в категорию чрезвычайно распространенного и поэтому социально значимого. Так, к концу XXв. в исследованиях, выполненных в разных странах, получены достаточно однородные эпидемиологические данные, свидетельствующие о значительном распространении ПМС среди женщин репродуктивного возраста – от 45% до 92%.

Целью работы явилась оценка психоэмоционального состояния женщин с ПМС.

Обследовано 120 больных, страдающих ПМС от 3 до 15 лет. Средний возраст женщин составил 26,18±3,2 года. Из анамнеза, у 66,6% пациенток выявлены острые или хронические психотравмирующие ситуации, как возможный пусковой механизм. Основным содержанием хронических являлись конфликты бытового характера. Острый стресс выявлен у 17(14%) женщин. Более чем у половины больных психотравмирующие ситуации были многофакторными, продолжались от 1 года до 10 лет, периодически обострялись, содержание стрессоров изменялось, но они всегда были значимыми для больных и сопровождались отрицательными эмоциями.

Психоэмоциональный профиль личности изучался с помощью компьютерной психодиагностической системы (А.Р.Кулмагамбетов с соавт., 1990 г.) на основе психометрической методики многостороннего исследования личности. Нервно-психические изменения выявлены у 110 (91,6%) обследованных.

Повышенный уровень личностной тревожности, который отражает наличие синдрома психоэмоциональной напряженности выявлен у 85(71,4%) больных, причем более чем у половины высокой и очень высокой степени. Также были выявлены выраженные эмоциональные нарушения в виде истерических, фобических, шизоидных проявлений.

Наличие синдрома психоэмоциональной напряженности у большинства больных подтверждено электроэнцефалографическими исследованиями. Нормальный тип ЭЭГ наблюдался только у 22 (18,3%) больных, у остальных больных отмечалась частичная редукция а-ритма, его пространственное распределение было нарушено, отмечалось усиление медленноволновой активности. Обнаруженные изменения биоэлектрической активности головного мозга указывали на нарушение корково-мезодиаэнцефальных отношений.

Полученные результаты подтверждают наличие тесной связи между психоэмоциональными пусковыми факторами и статусом у женщин с ПМС, что диктует необходимость разработки новых подходов к патогенетической терапии.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Ламтева Г.Л., Василян А.Н., Зудикова С.И.

Областной Центр планирования семьи и репродукции,
Саратов, Россия

В связи с развитием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) повышается актуальность исследования факторов, способных предсказать результат данных процедур до их проведения. Если влияние эндокринных, иммунных, эмбриональных факторов не вызывает сомнения, то данные литературы о влиянии стресса в момент проведения процедур на их исход достаточно противоречивы.

Нами проведено исследование влияния на эффективность программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) ряда психологических факторов, личностных особенностей женщины, вегетативных нарушений, наличия «мышечных» зажимов в области таза и нижних конечностей, а так же дисгармонии в супружеских отношениях и дисфункции в семье родителей.

В программу исследования включены 97 пациенток в возрасте 25-40 лет с различными факторами бесплодия, проходящие программу ЭКО, в том числе с использованием донорских гамет и эмбрионов, исключены суррогатные матери. Исследование являлось параллельным проспективным наблюдением. В обследовании использовались структурированная беседа, метод цветовых выборов (МЦВ), вегетативный опросник Сандомирского, тесты FPI, Т. Лири, Ч.Д. Спилберга и Ю.Л.Ханина на реактивную тревожность, а также упражнения из телесноориентированной психологии «Мать и дитя».

По результатам программы ЭКО пациентки разделены на 2 группы: первую группу составили 63 жен-

щины с неэффективной попыткой ЭКО, вторую – 34 исследуемых с наступившей беременностью.

Уровень реактивной тревожности оценивался в день переноса эмбрионов в полость матки. Степень тревожности в день переноса эмбрионов у пациенток обеих групп соответствовала умеренным показателям. Основной блок тестов проводился до процедуры ЭКО. У 70% обследованных преобладал тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС). Разница средних показателей степени нарушения тонуса ВНС как по симпатическому, так и парасимпатическому отделу по группам была статистически недостоверна.

Пациентки I группы имели более низкие оценки по шкале, свидетельствующей о протекании психической деятельности преимущественно по женскому типу. Для них характерны пассивные способы реагирования на стресс, уход от решения проблем, преимущественно астеничные варианты эмоциональных реакций на сложные ситуации. Пациентки II группы отличались равновесием между мужским и женским типами реагирования, отстаивали свою точку зрения, а их реакции были более адаптивными, стеничными.

Женщины I группы в 1,8 раз чаще были младшими сиблингами, в семьях их родителей чаще происходили разводы (36% против 9% во второй группе). Отцы женщин I группы в 2 раза чаще имели алкогольную зависимость, однократно выявлен алкоголизм матери. Кроме того в данной группе в 1,8 раз чаще имели место незарегистрированные браки, 3 женщины не состояли в каких-либо семейных отношениях. Указанное с нашей точки зрения должно было отразиться на отношениях с партнерами, однако по оценкам женщин значимых различий между группами в отношении с партнерами выявить не удалось.

По наличию «мышечных» зажимов в области таза и нижних конечностей (упражнение «Мать и дитя») значимых различий у пациенток обеих групп не выявлено, но было отмечено более позитивное эмоциональное отношение на опыт, возникший в данном упражнении, у обследованных II группы.

Таким образом, согласно полученным данным на эффективность ЭКО способны влиять личностные особенности пациенток, психологические факторы в ядерной семье и семье родителей. Вместе с тем, результат ЭКО не зависит от уровня реактивной тревожности, выраженности вегетативных расстройств и наличия «мышечных» зажимов в области таза и нижних конечностей. Следовательно, необходима психологическая коррекционная работа на тех уровнях, которые оказывают влияние на эффективность программы ЭКО.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ

Ларина Д.В., Коколина В.Ф.
РГМУ Москва

Актуальность проблемы. Рак шейки матки занимает 2-ое место среди всех онкологических заболеваний у женщин Первостепенной задачей практической гине-

кологии детского и подросткового возраста, по прежнему, остается необходимость эффективного лечения и реабилитации больных с патологией шейки матки, а также предупреждение рака данной локализации.

На сегодняшний день в практическом здравоохранении предложено и внедрено достаточное количество радикальных методов лечения патологии шейки матки – диатермоэлектрорадиохирургический метод, химическая коагуляция, хирургическое лечение, лазерное лечение, криотерапия, радиохирurgia.

Однако, несмотря на большой арсенал терапевтических возможностей, данные авторов о высокой эффективности предлагаемых ими методик, в целом результаты лечения нельзя признать удовлетворительными.

Цель исследования: оптимизация методов диагностики и лечения подростков с патологией шейки матки.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное обследование и лечение 94 подростков в возрасте 14-19 гг. (средний возраст – 16,2 лет) с патологией шейки матки из которых: 56 (59,6 %) с эктопией шейки матки; 3 (3,2%) – с лейкоплакией шейки матки; 19 (20,1%) – с папилломами; 15 (16%) – с эндоцервицитами; 1(1,1%) – с полипами.

При диагностике использовали общепринятый алгоритм. Все исследуемые пациентки жили половой жизнью. Бактериоскопическое исследование мазков дало возможность выделить часть пациенток для углубленного изучения присутствующей флоры и дало основание сделать таким больным бактериологический посев, с определением чувствительности к антибиотикам.

Особое внимание было уделено расширенной кольпоскопии, которая проводилась абсолютно всем подросткам в исследуемой группе. Цитологическое исследование было проведено так же 100% исследуемых. Оно позволило исключить злокачественную патологию и, определить необходимость проведения гистологического исследования наряду с данными кольпоскопии. Данные ПЦР-диагностики практически в 100% выявили наличие инфекций, передающихся половым путем. Среди таковых были – хламидиоз, микоплазмоз, уреплазмоз, вируспростого герпеса, цитомегаловирус, вирус папилломы человека высокого и низкого онкогенного риска.

На первом этапе всем больным проводилась антибактериальная противовоспалительная, дисенсибилизирующая, иммуномодулирующая терапия

Далее все пациентки были разделены на 3 примерно равнозначные группы:

В 1-ую группу вошли пациенты, которым была проведена криодеструкция шейки матки аппаратом «Иней». Во 2-ой группе всем пациентам была проведена лазероапоризация лазерным аппаратом «Лами». 3-ья группа – включала пациентов, которым наряду с лазеролечением был назначен препарат генферон в свечах (для улучшения регенерации тканей) по 500000 МЕ ректально 2 раза в день в течение 10 дней.

Оценку эффективности терапии проводили через 4 и 6 недель с применением расширенной кольпоскопии, бактериального мазка, контроля ПЦР – тестирования.

1-ая кольпоскопическая оценка эффективности лечения проводилась через 4 недели. Были отмечены положительные результаты у 85 (90%) подростков. При этом у пациенток 3 группы наблюдалась практи-

чески полная эпителизация деструктивного участка. Кольпоскопическая картина незавершенной эпителизации - у 9 (10%) пациенток. Через 6 недель, при повторной кольпоскопии – у всех пациенток произошла полная эпителизация деструктивного участка в многослойном плоском эпителии.

Выводы. В результате проведенного исследования комбинированный метод лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, включающий лазеро-поризацию патологического очага на шейке матки в сочетании с использованием генферона, который ускоряет процессы репарации послеоперационных ран к 10 дню, с быстрым восстановлением целостности многослойного плоского эпителия, препятствует развитию рецидива заболевания, следует считать методом выбора. При данной тактике лечения отмечено полное клиническое выздоровление по результатам проведенной расширенной кольпоскопии через 6 недель после лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОЭСТРОГЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ МЕНОПАУЗЫ

Лесиовская Е.Е., Жидкова Е.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, СПбГМА им. И.И. Мечникова

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения препарата Феминал в лечении климактерического синдрома (КС).

В исследование были включены 2 группы женщин: основная группа 43 пациентки получали препарат Феминал, содержащий 100 мг сухого экстракта красного клевера, в дозе 1-2 таблетки в день (в зависимости от тяжести проявлений симптомов климакса); контрольную группу составили женщины с климактерическим синдромом получавшие плацебо (32 человек). Средний возраст пациенток составил $50,6 \pm 0,3$ лет. По степени тяжести КС женщины распределились следующим образом: легкая степень – 22 пациенток (29,3%), средняя степень – 36 пациенток (48%), тяжелая степень – 17 пациенток (22,7%).

Для оценки климактерических симптомов проводилось анкетирование для выявления параметров индекса Купермана (учитывались нейровегетативные, метаболические и психоэмоциональные симптомы). Для оценки влияния Феминала на пролиферативные процессы органов репродуктивной системы проводилось: гинекологический осмотр, чрезвлагалищная эхография для определения толщины эндометрия, ультразвуковое исследование молочных желез.

У большинства пациентов основной группы (у 39 человек (90,7%)) на фоне терапии Феминалом был достигнут быстрый клинический эффект, который характеризовался практически полным исчезновением основных симптомов климактерического синдрома через 2 недели от начала лечения. Следует отметить отсутствие положительной динамики в контрольной группе.

Необходимо отметить практически отсутствие влияния Феминала на пролиферативные процессы органов репродуктивной системы у 38 (88,3%) пациенток.

Таким образом, Феминал эффективно купирует проявления климактерического синдрома, устраняя нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения у пациенток. Отсутствие неблагоприятного влияния на гиперпластические процессы органов репродуктивной системы, безопасность и удобство применения позволяет рекомендовать Феминал в качестве альтернативного средства у пациенток с синдромом дефицита эстрогенов при наличии противопоказаний к заместительной гормонотерапии.

ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Линева О.И., Шишкина А. А.,

Макарова Н.В., Веревкина О.М.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Основным постулатом медицины XXI века является демедикализация лечебного процесса. Коллектив ученых Самарского государственного медицинского университета под руководством академика РАМН Г.П.Котельникова разработал и внедрил в практическое здравоохранение новое научное направление – гравитационная терапия, эффективность которой доказана, в течение 25 лет, при лечении больных ортопедического, травматологического, неврологического профиля, в сосудистой хирургии, оториноларингологии и т.д. Целью настоящего исследования явилась оптимизация комплексной терапии неспецифических воспалительных заболеваний придатков матки и профилактики развития постгистерэктомического синдрома, с помощью инновационного метода гравитационной терапии. Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели на первом этапе было разработано устройство и способ моделирования повышенной гравитации для изучения ее воздействия на 60 экспериментальных самках белых крыс, с искусственно вызванным сальпингоофоритом. Этот этап исследования позволил обосновать целесообразность использования метода искусственной гравитации в гинекологической практике. На втором этапе исследования проведен сравнительный ретро – и проспективный анализ эффективности комплексной терапии 100 больных с обострением хронического серозного сальпингоофорита и профилактики развития постгистерэктомического синдрома у 80 больных после субтотальной гистерэктомии без придатков. Для создания гипергравитации был использован стенд искусственной силы тяжести «Салют». Гравитационную терапию проводили ежедневно, длительность процедуры постепенно увеличивали с трех до десяти минут, число оборотов 36/мин. Курс лечения 10 сеансов, с учетом абсолютных и относительных противопоказаний. Алгоритм исследования включал общеклинические, биохимические, ультразвуковые, иммунологические методы, определение гормонального профиля, оценку вегетативного и психологического статуса, гистоло-

гические и гистохимические методы в эксперименте. Результаты исследования. При проведении экспериментальных исследований было установлено, что под воздействием гравитационной терапии наблюдается увеличение в 2,5 раза среднего количества элементов микроциркуляторного русла в яйцеводах, снижение гемодинамических расстройств, увеличение в 1,6 раза среднего числа фолликулов, улучшение обменных процессов, в пораженных воспалением органах. Включение гравитационной терапии в комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями придатков матки приводит к быстрому купированию клинических симптомов, увеличению показателей неспецифического иммунитета, улучшению показателей качества жизни по пяти шкалам NHR, в сравнении с группой контроля. Углубленное обследование 80 больных в течение года после операции субтотальной гистерэктомии без придатков, выявило развитие постгистерэктомического синдрома через 3-6 месяцев после операции у всех 60 больных, которым не проводилась программа профилактики с помощью гипергравитации (ММИ был равен $52,6 \pm 3,1$ балла. Отмечается высокий уровень реактивной и личностной тревожности, астении и депрессии). Уровень ФСГ, ЛГ, и ПрЛ вырос на 40-80%, а Э2 и К снизился на 20 – 40% , в сравнении с исходным уровнем до операции; при доплерометрии имели место угнетение фолликулогенеза в яичниках и ухудшение их кровоснабжения. В то же время у 20 больных, получивших два сеанса гравитационной терапии, через год после операции не было клинических проявлений постгистерэктомического синдрома, выявлен нормальный уровень гормонов в крови, отмечен активный фолликулогенез и отсутствие нарушений кровотока в яичниках. ВАШ качества жизни в 95% наблюдений у данных пациенток оценено как «хорошее» (22% – в группе сравнения). Суммируя экспериментальные и клинические исследования, механизм действия гравитационной терапии можно объяснить как локальным (нормализация микроциркуляции, купирование гипоксии и ишемии тканей, противовоспалительный эффект, усиление регионарного кровообращения и репаративной регенерации тканей), так и системным воздействием на организм больного (стимулирующий эффект, стабилизация гомеостаза и повышение адаптивно-приспособительных реакций). Таким образом, проведенные нами исследования подтвердили высокую эффективность метода гравитационной терапии в лечении больных неспецифическими воспалительными заболеваниями придатков матки и профилактике развития постгистерэктомического синдрома.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ПУТИ ЕГО РЕАЛЬНОЙ ОПТИМИЗАЦИИ

Логутова Л.С.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Увеличение частоты кесарева сечения (КС) в последние три десятилетия привело к росту материнской заболеваемости и смертности от интра – и послеоперационных осложнений, частота которых значительно выше, чем после самопроизвольных родов. Основные интраоперационные осложнения – это кровотечения, ТЭЛА, эмболия околоплодными водами, анестезиологические осложнения; послеоперационные – эндометрит и несостоятельность шва/рубца на матке. Причины развития всех этих осложнений – многофакторные и зависят от продолжительности операции и кровопотери, метода КС и методики зашивания разреза на матке, состояния макроорганизма и агрессивности микрофлоры, своевременности диагностики, профилактики и адекватной терапии развившихся осложнений и др.

С целью профилактики осложнений абдоминального родоразрешения акушеры предлагают различные модификации КС, основной целью которых является сокращение времени оперативного вмешательства и создание оптимальных условий для репарации шва на матке.

Но сокращение продолжительности операции за счет пренебрежения основными хирургическими принципами, при которых предпочтение должно отдаваться разрезу, а не разрыву тканей, всё, что разрезано подлежит обязательному зашиванию, при зашивании должны сопоставляться только однородные структуры (ткани), недопустимо.

Нам представляется, что чревосечение по Джозл-Кохену, при абдоминальном родоразрешении, которое в последнее время стало использоваться и в России, не отвечает главным хирургическим требованиям, следствием чего является выраженный спаечный процесс передней брюшной стенки и малого таза, регистрируемый при повторном чревосечении.

По этим же соображениям нельзя отнести к оптимальному и метод рассечения (разрыва) матки в нижнем сегменте по Гусакову-Зонченко. Предпочтение следует отдавать разрезу по Дерфлеру.

Одним из ключевых этапов является зашивание разреза на матке, который в конечном счете определяет акушерское будущее женщины: течение последующих беременностей и метод родоразрешения, зависящие, в первую очередь, от состояния маточного рубца.

С этой точки зрения, зашивание матки однорядным швом по Ревердену не обеспечивает оптимальных условий для репарации шва. При данной методике имеет место некроз тканей, что в условиях микробной агрессии, особенно если КС производится при затяжном течении родов и длительном безводном промежутке, способствует образованию микроабсцессов и формированию несостоятельного рубца на матке.

В МОНИИАГ уже в течении 20 лет при зашивании разреза на матке используются однорядные мышечно-мышечные швы и непрерывный шов на собственную фасцию матки. Данные гистологического

исследования иссеченного при повторном кесаревом сечении рубца на матке, а также высокий процент (50-60%) самопроизвольных родов у беременных после КС свидетельствуют о целесообразности использования данного метода зашивания разреза на матке при оперативных родах.

Таким образом, увеличивающаяся из года в год частота абдоминального родоразрешения требует от акушеров совершенствования методов КС с целью профилактики интра – и послеоперационных осложнений.

ПРЕИМУЩЕСТВА ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Лукьянова Е.А.

УЗ «6-я городская клиническая больница», Минск

Актуальность. Внутриматочная контрацепция является наиболее предпочитаемым методом предупреждения беременности. По данным статистических отчетов внутриматочные противозачаточные средства (ВМС) используют в последние годы около 14,56% российских и 20% белорусских женщин фертильного возраста. Метод является высокоэффективным, обратимым, удобным в использовании, не требующим согласия партнера и не связан с половым актом, не влияет на течение экстрагенитальной патологии, доступен различным социальным слоям населения. Наиболее частыми осложнениями ВМС являются боли внизу живота, менометроррагии, экспульсия спирали, наступление беременности, перфорация матки, воспалительные заболевания органов малого таза. Для оценки положения ВМС в полости матки проводится ультразвуковое исследование.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование проведено 18 женщинам-носительницам ВМС с различными жалобами.

Обсуждение. При ультразвуковом исследовании в В-режиме трансвагинальным датчиком визуализация медьсодержащей спирали возможна в 100% в виде линейной или прерывистой гиперэхогенной структуры в полости матки при сагиттальном сканировании. В данной проекции возможна оценка положения спирали в полости матки по отношению к цервикальному каналу и/или дну полости. Можно заподозрить косое расположение спирали в полости, однако точно говорить о позиции спирали в данных случаях по УЗ-картине В-режима не представляется возможным. Из 18 пациенток обратившихся для проведения УЗ исследования 4 (22%) предъявляли жалобы на болезненные ощущения внизу живота (1 группа), 10 (56%) - на обильные менструации (2 группа), - 4 (22%) - на болезненные ощущения внизу живота и обильные менструации (3 группа). Длительность стояния спирали от 1,5 до 3,5 лет. При осмотре в зеркалах у всех пациенток нити спирали определялись во влагалище. Ультразвуковое исследование проводилось трансвагинальным датчиком в межменструальный период. При проведении ультразвукового исследования в В-режиме было установлено: нормальное положение ВМС определялось в

12 случаях, низкое положение спирали (нижний край ниже уровня внутреннего зева, либо расстояние до дна от верхнего полюса спирали более 10мм) - 3 случая (пациентки 2 и 3 групп), у 3 женщин спираль визуализировалась в полости матки, однако оценить ее положение в ней не представлялось возможным (1 группа). Всем пациенткам было проведено трехмерное ультразвуковое сканирование. Получение коронарной плоскости и объемного изображения полости матки дало следующую дополнительную информацию. В 2 случаях с аномальным положением спирали было установлено, что спираль развернулась на 12-130°, нижний полюс основания спирали находится в одном из маточных углов, рога Т-образной спирали упираются в противоположную стенку полости, а нити визуализируются в цервикальном канале. В одном случае аномального положения оказалось что, один рог Т-образной спирали находится в маточном углу, нижний полюс основания упирается в противоположную стенку полости, нити располагаются в цервикальном канале. В одном случае низкого расположения спирали, удалось заподозрить на надлом одного плеча кольцевидной спирали, которая располагалась в цервикальном канале. Из 12 случаев нормального расположения спирали при оценке в В-режиме в 3 случаях при получении коронарной плоскости стало очевидно, что спираль смещена к правому или левому маточному углу, что может привести к снижению контрацептивного эффекта. Таким образом, в В-режиме удалось диагностировать аномальное положение ВМС в 6 случаях, а при использовании режима трехмерной реконструкции в 9 случаях.

Выводы. Ультразвуковая диагностика может широко использоваться в оценке положения ВМС. Трехмерная эхография имеет дополнительную ценность как в случаях аномального положения спирали, так и в тех ситуациях, когда имеются жалобы у пациентки, а при осмотре гинеколога и ультразвуковым исследованием в В-режиме никаких изменений не определяется.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ИСХОД НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Лысенко И.М., Бахтина Т.Ж., Баркун Г.К.

Республика Беларусь, г.Витебск, Витебский государственный медицинский университет,

Витебская областная детская клиническая больница

Цель исследования – изучить частоту встречаемости, причины НЭК у новорожденных детей Витебской области и исходы патологического процесса.

Частота встречаемости НЭК у детей, поступающих в неонатальные отделения интенсивной терапии Витебской области, составляет 1,2 + 0,1% от всех родившихся.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились дети (29), поступившие в Витебскую областную детскую больницу, у которых в результате обследования был выставлен диагноз НЭК. Все пациенты

обследованы клинически и лабораторно, данные обработаны методами параметрической и непараметрической статистики (Статистика 6).

Результаты и обсуждение. НЭК представляет собой широкий спектр вариантов течения заболевания: от легких случаев до тяжелых форм, осложняющихся некрозом кишечника, перфорацией, перитонитом, сепсисом и приводящих к смерти. НЭК наиболее часто встречается у недоношенных, но может развиваться и у доношенных новорожденных. Средний гестационный возраст больных в нашем случае составил 32+_{1,2} недели, а средняя масса тела при рождении – 1570 +₅₀ грамм.

Факторы риска, которые явились пусковым моментом для начала развития НЭК: пренатальные и интранатальные осложнения, приводящие к гипоксии плода; инфекция матери; фетальный дистресс; реанимационные мероприятия в неонатальном периоде; повторные апное; гипотензия; катетер, длительно стоящий в пупочных сосудах; заменные трансфузии при гемолитической болезни новорожденных; кормление гиперосмолярными смесями; некоторые фармакологические препараты; врожденные пороки сердца; патологическая контаминация.

Установлено, что в сыворотке недоношенных детей с НЭК уровни ФАТ, ФНО и ИЛ-6 повышены. Роль инфекционных агентов. У недоношенных детей с отрицательным результатом посева крови и перитонеальной жидкости на культуру *Clostridia* лечение, как правило, ограничивалось медикаментозными препаратами, в то время как практически все пациенты с высевом *Clostridia* требовали хирургического лечения. У детей, пораженных *S. Perfringens*, заболевание протекало в молниеносной форме с выраженным пневматозом кишечника, гангреной, перфорацией и летальным исходом. Нами отмечены следующие стадии НЭК: 1-я стадия – продромальная; 2-я стадия – клинических проявлений НЭК; 3-я стадия – перфорация; 4-я стадия – перфоративного перитонита. НЭК имеет как специфические, так и неспецифические признаки. Последние, в определенной степени, обусловленные физиологической незрелостью, включают летаргию, нестабильную температуру, повторные апноэ, брадикардию, гипогликемию и шок. Установлено, что у новорожденных с НЭК обычно имеет место нейтро-, тромбоцитопения и метаболический ацидоз. На 1-й стадии заболевания абсолютное количество нейтрофилов меньше, чем 1500 клеток в мм³. Нейтропения, как правило, ассоциирована с грамотрицательной септициемией и связана, кроме того, с супрессией костного мозга. Метаболический ацидоз – характерный признак НЭК, рассматривался нами как неспецифический индикатор некроза кишечной стенки.

Из рентгенологических признаков НЭК нами отмечены: неравномерное вздутие кишечных петель, пневматоз кишечной стенки (линейный или кистозный), газ в портальной системе печени, пневмоперитонеум, внутрибрюшная жидкость. И пневматоз и газ в портальной системе печени – самые частые признаки НЭК.

УЗИ помогало диагностировать некроз кишки, свободную жидкость в брюшной полости и газ в портальной системе печени. Простота выполнения, хо-

рошая переносимость и отсутствие ионизирующей радиации делают этот метод диагностики незаменимым, нередко помогая решить вопрос об оперативном вмешательстве.

Пациентов с НЭК можно вести консервативно при отсутствии некроза и перфорации.

Показанием к выполнению оперативного вмешательства является наличие пневмоперитонеума.

Улучшение результатов лечения больных с НЭК может быть достигнуто, если принимать во внимание факторы риска, способствующие возникновению этого заболевания. В эту группу должны входить дети с «низкой массой тела, испытавшие воздействие стрессовых ситуаций, у которых диагноз подозревается, но пока еще не установлен». У таких пациентов активную консервативную терапию целесообразно начинать до окончательного подтверждения диагноза. Лечение проводят еще в течение нескольких дней и после полного исчезновения клинических и рентгенологических симптомов заболевания. Если НЭК прогрессирует, то лечение продолжается согласно принятой тактике.

Смертность в группе маловесных детей (менее 1000 грамм) гораздо выше, чем в группе детей с нормальным весом. При тотальной форме НЭК смертность достигает 100%. При отсутствии тотального поражения кишечника выживаемость при хирургическом лечении составляет 95%.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ПРИ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКОЙ ДИСТРУКЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

**Магомедов М.М., Марченко А.И.,
Арбуханова Л.М., Магомедова П.М.**

*Россия, г. Махачкала, Дагестанская
государственная медицинская академия*

В последние годы лечение гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза приобрело консервативно-хирургическую направленность с выполнением органосберегающих операций (Краснопольский В.И. и др., 2006). В свою очередь целесообразность и клиническая эффективность лечебной программы связана с определением изначально необратимого процесса, когда консервативная тактика не оправдана. Полиморфизм клинической картины осложненных форм воспалительных заболеваний органов малого таза, а в отсутствие прямой зависимости между остротой симптоматики и глубиной морфологических поражений затрудняет своевременную диагностику гнойно-некротических деструкций придатков матки. Это, в свою очередь, приводит к практическим ошибкам – неоправданным оперативным обстоятельствам, либо необоснованно длительной консервативной терапии. Лабораторные критерии воспалительной реакции, такие как ЛЗИ, СОЭ, уровень альбумина и т.д., позволяют установить только степень выраженной эндотоксемии, не отражая при этом характер очаговых изменений в органах малого таза.

Цель исследования

Изучение в сравнительном аспекте диагностической значимости традиционных маркеров воспалительной реакции и показателей острофазных белков в качестве критериев гнойно-некротической деструкции придатков матки при воспалительных заболеваниях органов малого таза.

Материалы и методы

Обследованы 42 больных гинекологического стационара с воспалительными образованиями органов малого таза в возрасте от 18 до 40 лет. В первую группу вошли 21 больных с тубо-овариальными абсцессами. Вторую группу составили 21 женщин с воспалительными образованиями придатков матки без гнойно-некротической деструкции. Контрольную группу составили 18 доноров сопоставимых по возрасту. У всех обследованных изучены показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), СОЭ, содержание лактоферрина (ЛФ) и фибриногена (ФБГ).

Содержание ЛФ определяли методом твердофазно-иммуоферментного анализа. Уровень ФБГ исследовали весовым методом по Рудбергу. ЛИИ вычисляли по формуле Я.Я. Кальф-Калифа.

Для статистической обработки полученных результатов использовали лицензионную версию сертифицированной РС программы для биостатистики InStat 2,0 (Sigma, США). Для изучения диагностической чувствительности (Se) значений строились четырехпольные таблицы и рассчитывались соответствующие показатели (Флетчер Р. и др., 1998).

Результаты исследования и обсуждение

В результате исследования нами не выявлено статистически значимых различий ЛИИ в группах сравнения. Показатели ЛИИ в группах без деструкции (1,78±0,16) и у больных с тубо-овариальными абсцессами (2,67±0,30) были сопоставимы между собой и не отличались от таковых у здоровых женщин (1,8±0,14). У пациенток с тубо-овариальными абсцессами (36,9±4,1 мм/ч) средние значения СОЭ были значимо выше по сравнению с таковыми у здоровых женщин (7,4±0,3; $p < 0,001$) и больных с придатковыми образованиями воспалительного генеза без деструкции в органах (19,8±1,7 мм/ч; $p < 0,05$). Нами выявлено статистически значимое повышение концентрации ЛФ в группе женщин с тубо-овариальными абсцессами (2,9±0,27 мкг/мл), в сравнении с содержанием белка в сыворотке крови больных без деструкции (1,68±0,08 мкг/мл; $p < 0,001$) и концентрацией белка в группе здоровых женщин (1,24±0,19 мкг/мл; $p < 0,001$). В группе больных с тубо-овариальными абсцессами концентрация ФБГ была значимо выше (5,4±0,16 г/л; $p < 0,001$) в сравнении с его показателями у здоровых (2,8±0,04 г/л) и пациенток с воспалительными опухолевидными образованиями придатков матки без гнойной деструкции тканей (2,91±0,14 г/л).

Исследование диагностической специфичности и чувствительности СОЭ как показателя гнойно-некротической деструкции, выявило оптимальное его значение на границе 26 мм/ч. Показатели СОЭ > 26 мм/ч свидетельствуют о наличии гнойно-некротической деструкции с диагностической чувствительностью теста – 81,4% и специфичностью – 74,8%. Оптимальное значение диагностической чувствительности и специфичности показателей ФБГ определя-

лось на границе 4,4 г/л. В соответствии с этим, при содержании ФБГ > 4,5 г/л высока вероятность гнойно-некротической деструкции (Se=97,1%; Sp=92,8%). При исследовании диагностической чувствительности и специфичности показателей ЛФ оптимальное значение показателя определялось на границе 2,2 мкг/мл. Превышение уровня ЛФ > 2,3 мкг/мл указывало на наличие гнойно-некротической деструкции в придатках матки, в то время снижение концентрации белка менее 2,3 мкг/мл соответствовало отсутствию последней (Se=93,1%; Sp=93,1%).

Ранжирование значений чувствительности и специфичности каждого из представленных показателей установило приоритетность ФБГ и ЛФ в качестве критериев гнойно-некротической деструкции в придатках матки при воспалительных процессах внутренних половых органов: ФБГ (Se=93,1%) > ЛФ (Se=93,1%) > СОЭ (Se=80,1%); ФБГ (Sp=93,1%) > ЛФ (Sp=93,1%) > СОЭ (Sp=72,4%).

Таким образом, результатами нашего исследования доказана целесообразность использования острофазных белков (ФБГ и ЛФ) в качестве маркеров гнойно-некротической деструкции в органах при наличии воспалительных образований органов малого таза.

Такая методика позволяет оптимизировать методы дифференциальной диагностики и выбора лечебной тактики у больных с осложненными формами воспалительных процессов в органах малого таза.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ДЛЯ ПЛОДА ПО ДАННЫМ ДОППЛЕРОМЕТРИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГЕСТОЗА И ОЖИРЕНИЯ

Магомедова Г.А., Омаров Н.С.-М.

НПЛ «Перинатальной медицины и репродуктологии» ДНЦ РАМН, г. Махачкала, Россия

Сочетанная патология при беременности – это не сложение неблагоприятных факторов перинатального риска, а их умножение. Среди всех осложнений беременности гестоз на фоне ожирения оказывает наиболее неблагоприятное влияние на исход беременности, как у матери, так и у плода. В Дагестане, как и в России, в целом, за последние годы отмечается неуклонный рост этой серьезной патологии, особенно тяжелых форм с осложненным течением. Рост заболеваемости гестозом напрямую связан с резким ухудшением качества жизни и индекса здоровья женщин. В патогенезе гестозов и ожирения ведущее значение имеют изменения центральной и периферической гемодинамики, которые приводят к нарушению микроциркуляции и маточно-плацентарного кровотока. Допплерометрические показатели кровотока в системе МПП информативны для выявления нарушений кровообращения и проведения целенаправленной терапии. Цель нашего исследования было – выявление нарушений центральной материнской гемодинамики и их взаимосвязь с состоянием кровообращения в системе мать – плацента- плод при сочетании гестоза и ожирения.

Проведено динамическое обследование 55 беременных в 3 триместре с гестозом и ожирением. Беременные с ожирением 1-ой степени составили -16(29,1%), 2-ой степени- 25(45,5%), 3-ей степени-14(25,4%). С гестозом легкой степени -12 (21,8%), средней -30 (54,6%),тяжелой -13(23,6%). Проведено доплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и артериях пуповины. Критериями нарушения маточно- плацентарного кровотока при доплерометрическом исследовании определены значения систоло-диастолического отношения (СДО) критических скоростей кровотока в артерии пуповины и в маточных артериях.

В результате исследования гемодинамики у беременных с гестозом в сочетании с ожирением нарушения кровообращения в системе мать-плацента-плод выявлены в 32% случаев. Мы отметили достоверное увеличение индексов, отражающих сосудистое сопротивление в артериях пуповины на 42,2%, снижение индексов сосудистого сопротивления в средне-мозговой артерии на 16,2%.А это свидетельствует об истощении компенсаторно-приспособительных механизмов центральной гемодинамики плода при сочетанной внутриутробной патологии, развившейся на фоне плацентарной недостаточности. Отмечена прямо пропорциональная зависимость между степенью гестоза, ожирения и частотой тяжести нарушения кровотока в маточных артериях. Повышение СДО в маточных артериях сопровождалось появлением дикротической выемки у 10,9 % беременных. Численные значения ПИ и ИР были в маточной и пуповинной артериях повышены, а в средне-мозговой артерии снижены. Мы отметили случаи появления нулевых или отрицательных значений диастолического компонента кровотока в артерии пуповины у 12% беременных, свидетельствующие о декомпенсированной плацентарной недостаточности.

При изменении показателей сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии, свидетельствующих о развитии гипоксии плода, оценка БФПП не превышала 6-7 баллов. Тогда как при обнаружении повышения индексов сосудистого сопротивления в артерии пуповины БФПП в 50 % случаев оценивался, как нормальный или удовлетворительный. Мы отметили прямую зависимость между показателями БФП плода и показателями кровотока в системе мать-плацента-плод. В 8 случаях наблюдения при плацентарной недостаточности мы не выявили выраженных изменений плодово-плацентарного кровотока.

Отмечена прямо-пропорциональная связь между степенью гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод и частотой задержки развития плода, внутриутробной гипоксией, абдоминальным родоразрешением, тяжелым состоянием новорожденного и перинатальными потерями. При оценке новорожденного по шкале Апгар 7 баллов мы отметили изменения пуповинного кровотока (увеличение СДО, ПИ, ИР) на 28 -30%, при этом гипотрофия отмечена у 18,2%. Доля гипоксии у новорожденных среди других осложнений составила 32,7%, РДС -20,9%,ВУИ-5,5%. Снижение числа баллов при оценке БФПП зависело от длительности гестоза, степени и степени ожирения, что указывает на отрицательное влияние на состояние плода и новорожденного.Динамическая оценка

доплерометрических показателей кровотока в системе МПП обеспечивает раннее и прямое указание на гипоксию плода, что позволяет своевременно выявить нарушения кровообращения и провести целенаправленную терапию.

ВЛИЯНИЕ НАПРЯЖЕННОГО КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НА ГЕМОДИНАМИКУ ПАЦИЕНТОК ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Мазитова М.И., Ляпахин А.Б.,
Габидуллина Р.И., Юпатов Е.Ю.**

Россия, г. Казань, Казанская государственная медицинская академия, Казанский государственный медицинский университет

Прогресс в хирургии в последние десятилетия во многом был связан с разработкой и внедрением в клиническую практику миниинвазивных, лапароскопических вмешательств. С накоплением большого опыта использования напряженного карбоксиперитонеума при эндоскопических вмешательствах выявились его нежелательные побочные эффекты.

Цель исследования: Изучить влияние напряженного карбоксиперитонеума на гемодинамику пациенток при эндовидеохирургическом лечении гинекологических заболеваний методом объемной компрессионной осцилометрии.

Материалы и методы исследования: Изучено состояние гемодинамики у 122 пациенток в возрасте 18 – 41 года, интраоперационно. Пациентки оперировались по поводу различных гинекологических заболеваний. В основной группе эндоскопические операции проводились с применением напряженного карбоксиперитонеума – 57 пациенток. В контрольной, 65 пациенткам, при эндовидеохирургическом лечении был применен изопневматический режим с использованием оригинального ретрактора передней брюшной стенки с целью устранения воздействия введенного под давлением углекислого газа. Для изучения гемодинамики был применен метод объемной компрессионной осцилометрии. В основу метода положен способ определения изменения объема магистрального артериального сосуда, осуществляемый измерительной системой с программно-аппаратным комплексом АПКО, который дает возможность определить не только показатели АД, но изменения геометрических параметров сосуда под воздействием пульсовой волны, что в свою очередь позволяет расчетным путем определить показатели сердечной деятельности и сосудистой системы. В основной группе первое измерение проводилось непосредственно перед инсуффляцией углекислого газа, второе – через 15 минут после его воздействия, в контрольной группе – до введения ретрактора, затем по истечении 15 мин.

Результаты исследования: При исследовании параметров артериального давления было выявлено, что у пациенток контрольной группы диастолическое АД (ДАД) изменилось незначительно, у паци-

енток основной группы ДАД возросло с $68,48 \pm 6,97$ до $74,67 \pm 8,35$ мм.рт.ст., что является достоверным изменением ($p < 0,01$). Такая же тенденция наблюдалась при измерении среднего (СрАД), бокового (БАД) и систолического (САД) давления. Изменения данных показателей говорят о нарушении регуляции артериального давления у пациенток, оперированных с использованием напряженного карбоксиперитонеума. При исследовании параметров сердечной деятельности у пациенток обеих групп было отмечено незначительное увеличение таких параметров как ударный объем и ударный индекс. При этом в основной группе отмечалось значительное увеличение сердечного выброса (СВ) с $5,142 \pm 0,22$ до $5,383 \pm 0,21$ л/мин ($P < 0,05$) и сердечного индекса (СИ) с $3,034 \pm 0,15$ до $3,19 \pm 0,15$ ($P < 0,05$) л/(мин.кв.м). В контрольной же группе СВ незначительно изменился с $5,9 \pm 0,14$ до $5,94 \pm 0,14$ л/мин, СИ же минимально возрос с $3,45 \pm 0,14$ до $3,65 \pm 0,12$ л/(мин.кв.м) $p > 0,05$.

При изучении сердечно-сосудистых показателей отмечено крайне незначительные изменения таких показателей как диаметр артерий (Дарт) и податливость артерий (Парт) в обеих группах. Линейная же скорость кровотока (СКлин) в группе контроля возросла с $38,86 \pm 3,23$ до $40,67 \pm$ см/с ($p > 0,05$), а в основной группе упала с $44,79$ до $38,25$ см/с, что говорит об изменении свойств сосудистой стенки и подтверждается падением показатель податливости сосудистой системы (ПСС) у пациенток основной группы возрос с $1,19 \pm 0,07$ до $1,27 \pm 0,08$ мл/мм.рт.ст. ($P < 0,01$), у пациенток же группы контроля незначительно упал с $1,21 \pm 0,07$ до $1,18 \pm 0,06$ мл/мм.рт.ст. При исследовании периферического сопротивления сосудов (ОПСС), которое определяется степенью проходимости прекапиллярного русла и во взаимосвязи с уровнем СВ поддерживает постоянство СрАД, было выявлено уменьшение ОПСС у пациенток основной группы с $1533 \pm 73,42$ до $1420 \pm 77,62$ дин.см/с ($P < 0,01$), у пациенток же контрольной группы данный показатель практически не изменился – $1392 \pm 44,64$ – $1372 \pm 57,35$ ($p > 0,05$). Подобным изменениям подверглись следующие показатели: удельное периферическое сопротивление фактическое (УПСф) и удельное периферическое сопротивление рабочее (УПСр), что подтверждает влияние напряженного карбоксиперитонеума и на периферическое сопротивление сосудов.

Таким образом, проведенное исследование показало, что напряженный карбоксиперитонеум влияет на гемодинамику пациенток при проведении эндовидеохирургических вмешательств. Изменяясь, параметры артериального давления, сердечной деятельности, сердечно-сосудистые показатели, не выходят за пределы физиологических норм, что позволяет сделать предположение о возможных более грубых изменениях гемодинамики при длительном воздействии напряженного пневмоперитонеума и при наличии у пациенток заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а так же у пациенток старших возрастных групп.

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АКТИВНЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Маисеенко Д.А., Егорова А.Т.

Кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования,

ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Своевременное выявление, эффективное лечение и профилактика распространения туберкулеза в России на протяжении более чем двух веков остается одной из самых значимых проблем здравоохранения, так как заболеваемость, распространенность туберкулеза и смертность от легочной формы этой патологии чрезвычайно высоки. Несмотря на то, что туберкулез, по-прежнему, преимущественно поражает мужское население, в последние годы отмечается тенденция развития туберкулеза легочной локализации среди женщин репродуктивного возраста, в том числе и в период гестации. Среди женского населения туберкулез является наиболее частой причиной смертельных исходов от инфекционных заболеваний.

Цель исследования: изучить социально-гигиенический и гинекологический статус у женщин при активных формах туберкулеза органов дыхания.

Исследование проводилось на базе МУЗ «Краевой противотуберкулезный диспансер №1» г. Красноярск.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 34 историй болезней женщин с активными формами туберкулеза легких за период с 2006 – 2008 гг.

Результаты и их обсуждение. Больные туберкулезом женщины находились в раннем репродуктивном возрасте, средний возраст составил – 26,58 (19-33 лет). Социально-гигиенический портрет женщин исследуемой группы выглядел следующим образом: в зарегистрированном браке состояло – 14 (41,1%), а – 20 (58,9%) женщин были одиночками. Сельские жительницы, с материально-бытовыми условиями ниже среднего составили – 24 (70,6%), против городских жительниц, которых было – 10 (29,4%). Вредные привычки отмечены у – 36 (105,9%) женщин исследуемой группы; из них выкуривали по 1-2 пачки в день – 24 (70,6%), злоупотребляли алкоголем – 12 (35,3%) женщин, которые были выписаны из стационара, за нарушение режима, прервав курс лечения. В местах лишения свободы в прошлом находились – 3 (8,8%) женщины и – 16 (47,0%) женщин были признаны инвалидами II группы по основному заболеванию. Наиболее часто у больных встречались следующие формы активного туберкулеза легких: инфильтративная – 41,2% (14), диссеминированная – 26,4% (9), туберкулома – 20,6% (7) и фиброзно-кавернозная формы – 11,7% (4). Активное бактериовыделение (МБТ+) отмечалось у – 29 (85,3%) женщин. Инфицирование туберкулезом наступило при контакте с родственниками и членами семьи у – 22 (64,7%) женщин. Поступили на стационарное лечение – 11 (32,4%) женщин беременные, а у – 23 (67,6%) женщин беременность диагностирована находясь на стационарном лечении в противотуберкулезном диспансере. При этом первобеременные со-

ставили – 6 (17,6%), повторнобеременные – 28 (82,4%) женщин. С диагностической целью, всем женщинам было проведено – бимануальное исследование, УЗИ органов малого таза, бактериоскопия мазков влагалищного содержимого. У – 19 (55,8%) женщин прерывание беременности было отложено, так как по результатам бактериоскопического исследования в мазках влагалищного содержимого отмечались признаки вагинита, специфической (трихомонадной) и неспецифической этиологии, и эти женщины нуждались в местной санирующей терапии. Прерывание беременности всем женщинам было проведено в срок до 12 недель. Длительное лечение (от 168-340 дней) несколькими противотуберкулезными препаратами основного заболевания, проведено у – 8 (23,5%) женщин, и за это время в стационаре у них было 2-3 беременности. Прерывание беременности у них так же было проведено в срок до 12 недель, а постабортный период осложнился развитием эндометрита на фоне неполного медицинского аборта. Всем женщинам проводилось повторное выскабливание полости матки, с дополнительным назначением антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

Оценивая полученные результаты, мы можем сделать вывод о том, что, туберкулезу легких наиболее часто подвержены сельские жительницы, имеющие вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), зачастую не имеющие собственного, отдельного жилья, проживающие вместе с близкими родственниками, которые болеют или имеющие в анамнезе туберкулез легких. Не используя методы контрацепции в связи со своим социальным статусом, больше чем у половины женщин, выявлены воспалительные изменения во влагалище, которые приводят к развитию осложнений после мед. аборта.

ЛАПОРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Малыгин Д.А., Пименова Л.И., Горбунова Е.Е.,
Субботина С.В.

*Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и
ПП ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия
Росздрава*

Неуклонный рост частоты внематочной беременности в последние десятилетия диктует необходимость своевременной диагностики и неотложной хирургической помощи, позволяющих сохранить соматическое и репродуктивное здоровье женщины.

Целью работы явилась оценка качества эндохирургической помощи женщинам с внематочной беременностью.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 93 женщины, оперированных по поводу внематочной беременности в гинекологическом отделении МУЗ МСЧ № 3 г. Ижевска, лапароскопическим доступом. Средний возраст составил $27,8 \pm 1,2$ лет.

Результаты исследования. Службой скорой медицинской помощи были госпитализированы 37 больных (39%), по направлению медицинских учреждений 56 (60,2%). Наибольший удельный вес внематочной бе-

ременности приходился на возраст женщин с 30 до 34 лет. Оценка социального статуса показала, что 46% пациенток были одинокими, 20,4% – не работали.

Поводом для обращения за медицинской помощью послужили боли в животе у 72 женщин (77,4%), кровянистые выделения – у 21 (22,5%). При обследовании у 43 пациенток (46,2%) была выявлена ИППП. Хламидийная инфекция установлена у 8 (8,6%), уреоплазменная – у 10 (10,7%), микоплазменная – у 4 (4,9%), смешанная – у 5 (5,3%). У 90 обследуемых (96,6%) имела место трубная беременность, у 2 (2,15%) – яичниковая, у 1 (1,1%) – шеечная. Обращает внимание, что в два раза чаще встречалась правосторонняя трубная беременность у 60 (64,5%), левосторонняя – у 30 (32,2%). Нарушение беременности по типу трубного аборта произошло у 72 (84,9%), по типу разрыва трубы – у 11 (11,9%) больных. У 83 обследуемых (89,2%) беременность локализовалась в ампулярном, у 2 (2,1%) – в истмическом, у 2 (2,1%) – в фимбриальном отделе маточной трубы, и у 3 (3,2%) – в области трубного угла.

В приемный покой поступило в тяжелом состоянии 5 пациенток (5,4%), средней степени тяжести – 5 (5,4%), и в удовлетворительном – 83 (89,3%) больных. С диагнозом внематочная беременность поступило 42 (45,1%) больных, с подозрением на внематочную беременность – 34 (36,5%), с другими диагнозами – 17 (18,4%) (апоплексия яичников – 4, ДМК – 5, острый сальпингоофорит – 5, беременность ранних сроков – 3). Диагноз внематочная беременность подтвержден тестом на ХГ в 78,4% и УЗИ в 94,6%. У 90 больных (90,6%) лапароскопическим доступом была произведена тубэктомия, у 1 – (1,1%) тубэктомия с цистэктомией, у 2 (2,1%) тубэктомия с резекцией яичника. У 10 пациенток (10,8%) объем общей кровопотери был более 500 мл. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде назначалась 19 пациенток (20,4%), антианемическая терапия – 10 (10,7%).

Оценивая преимущество лапароскопических операций очевидно сокращение сроков лечения. Средняя продолжительность лечения $5,5 \pm 0,5$ дней. Средняя продолжительность операции составила $40,0 \pm 5$ мин.

Таким образом, внематочная беременность занимает высокий процент среди гинекологических заболеваний. Этому способствует процесс урбанизации, раннее начало половой жизни, промискуитет, рост числа женщин с ИППП, что в результате приводит к ухудшению репродуктивного здоровья. Лапароскопический доступ является малоинвазивным, позволяет более быструю диагностику, раннюю активизацию больных, имеет косметический эффект, ведет к профилактике образованию спаек и бесплодия, уменьшает длительность пребывания больной в стационаре.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА И ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Малых Н.Е., Волков В.Г.

Россия, г. Тула, кафедра акушерства и гинекологии Тульского государственного университета, городская клиническая больница №5

Миома матки остается самой часто встречающейся у женщин опухолью доброкачественного происхождения. По литературным данным распространенность опухоли составляет 20-50% женского населения. Основным видом лечения пациенток с миомой матки остается хирургический.

Цель исследования – выбор рационального хирургического доступа и объема операции при миоме матки.

Выполнены 316 операции у пациенток с миомой тела матки: лапароскопическим доступом тотальные и субтотальные гистерэктомии – 171, с использованием лапаротомного доступа – 34, влагалищного – 4; лапароскопические миомэктомии у 71 пациентки и миомэктомии из лапаротомного доступа – 36. Исследование проведено за период с 2006 г. по 2009г. Возраст пациенток варьировал от 22 до 73 лет. Ранее подвергались различным гинекологическим и хирургическим оперативным вмешательствам 67 (21,2%) пациенток. Всем женщинам проводилось стандартное предоперационное обследование.

У 94,7% пациенток, перенесших гистерэктомию (средний возраст 47,4 года), в анамнезе от 1 до 4 родов. Среди пациенток с миомэктомией (средний возраст 34,2 года) нерожавшие составили 54,8%.

Показания к операции гистерэктомии были традиционные (быстрый рост и деструктивные изменения миомы, сочетание с эндометриозом или рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолями яичников), размеры маток от нормальных до 32 недель беременности. Предпочтение лапаротомному доступу отдавалось при размерах матки более 18 недель беременности; наличие атипичных миоматозных узлов (шеечных, першеечных, интралигаментарных), нарушающих топографию маточных сосудов и мочеточников; обширном спаечном процессе в брюшной полости, подозрении на злокачественные новообразования половых органов. Влагалищная гистерэктомия выполнялась при сочетании миомы матки небольших размеров с выпадением матки.

Наиболее частыми показаниями для миомэктомии были: быстрый рост и деструктивные изменения миоматозных узлов, бесплодие. Количество удаленных миоматозных узлов составило от 1 до 9, максимальный размер узла 25 см. Решающим моментом при выборе доступа для консервативной миомэктомии был тип локализации миоматозного узла и планирование пациенткой беременности в перспективе. При выборе объема оперативного вмешательства, помимо медицинских показаний, учитывались также желание пациенток сохранить матку.

Сочетанная гинекологическая патология (доброкачественные опухоли яичников, трубное бесплодие, стрессовое недержание мочи, пролапс гениталий, наружный эндометриоз), требующая одновременно

го хирургического лечения, выявлена у 127 (40,1%) больных. Что явилось причиной проведения сочетанных с гистерэтомией или миомэктомией операций: операции на придатках матки – 12; сальпинготомия-неостомия – 32; иссечение и электрокоагуляция очагов эндометриоза – 47; лапароскопическая уретровагинопексия по Берчу – 18; TVT-O – 4; лапароскопическая промонтофиксация – 14; кольпоперинеопластика – 12.

Среди сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, требующих оперативного лечения, у пациенток с миомой матки, были обнаружены: желчнокаменная болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей, грыжи различной локализации. Симультанно 43 (13,5%) пациенткам, совместно с хирургом, проведены следующие операции: лапароскопическая холецистэктомия – 17, холецистэктомия из мини-доступа – 4, венэктомия – 8, грыжесечение и герниопластика – 14.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечали.

Многообразие вариантов клинического течения, возрастной диапазон от раннего репродуктивного до постменопаузального, частое сочетание с другими гинекологическими и хирургическими заболеваниями, диктует необходимость индивидуального выбора, как объема оперативного вмешательства, так и вида хирургического доступа.

Дифференцированный подход к хирургическому лечению миомы тела матки позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения, восстановить или улучшить репродуктивную функцию пациенток, одновременно решить проблему сопутствующего хирургического заболевания, улучшая качество жизни больных.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКЗО- И ЭНДОЦЕРВИЦИТА И ВПЧ-ИНФЕКЦИИ

Мальцева Л.И., Фаррахова Л.Н.

Россия, г. Казань, кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМА

Актуальность. Рак шейки матки занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. Известно, что этиологическим фактором развития рака шейки матки является персистенция высокоонкогенных типов ВПЧ. Механизм канцерогенеза начинается в случае интеграции вируса в геном клетки, что сопровождается активацией синтеза онкобелков E6 и E7. Существует киназа E2P, которая обеспечивает прохождение клетки из G1 в S фазу клеточного цикла. В норме она неактивна, находясь в связанном состоянии с белком супрессором Rb. Белок p16ink4a осуществляет контроль разобщения комплекса E2F-Rb, не допуская безудержной пролиферации клетки. Белок E7 вируса папилломы человека

16, 18 типов при своем взаимодействии с продуктом гена ретинобластомы приводит к разобщению комплекса E2F-Rb. E2P остается постоянно в активном состоянии, стимулируя безудержную пролиферацию клетки. Белок p16ink4a пытается сдержать пролиферацию клетки, что приводит к постоянному его синтезу. Сверхэкспрессия p16ink4a и его накопление в цитоплазме является признаком поражения шейки матки и может служить ранним маркером рака шейки матки.

Целью работы явилась ранняя диагностика неинвазивного рака шейки матки у женщин с дисплазией различной степени тяжести с помощью иммуноцитохимического исследования экспрессии онкобелка p16 ink4a.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 19 женщин репродуктивного возраста с признаками хронического экзо- и эндоцервицита в сочетании дисплазией шейки матки (7 пациенток с дисплазией I степени, 8 – II степени, 4 – III степени). Помимо общеклинического обследования были проведены культуральное исследование, ПЦР-диагностика специфических инфекций (ВПЧ 16/18 типов, ВПГ, ЦМВ, хламидий, микоплазм, уреоплазм), цитологическое исследование мазков из шейки матки, расширенная кольпоскопия, морфологическое исследование прицельно взятого биоптата, иммуноцитохимическое исследование мазков на белок p16 ink4a при помощи моноклональных антител («AbCam», UK).

Результаты: Негативная реакция на p16 ink4a выявлена у 6 пациенток с дисплазией I степени, у 5 – II степени и у 1-й – III степени. Позитивная реакция на p16 ink4a в диспластических клетках обнаружена у 1-й больной с дисплазией I степени, у 3-х – II степени, у 3-х пациенток – III степени.

Из 19 женщин ВПЧ-инфекция была обнаружена у всех пациенток, из них у 4 – в ассоциации с хламидийной инфекцией, у 8 – с микро-уреоплазменной, у 2 – с вирусом простого герпеса, у 5 женщин выявлено сочетание ВПЧ-инфекции и другой условно-патогенной флоры.

Пациентки с диагностированными положительными результатами иммуноцитохимического исследования на онкомаркер p16 были направлены в онкодиспансер для проведения электроэксцизии шейки матки с целью расширенной биопсии и лечения. После гистологического исследования биоптата у женщин с дисплазиями I, II и III степеней подтвержден *Ca in situ* шейки матки.

Вывод: белок p16 ink4a является надежным маркером, позволяющий достоверно оценивать потенциал дисплазии в отношении развития рака шейки матки и выбирать консервативную или оперативную тактику лечения. Тест на белок p16 ink4a является дополнительным тестом для ранней диагностики рака шейки матки.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНА В ВЫБОРЕ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЭКЗО- И ЭНДОЦЕРВИЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Мальцева Л.И., Фаррахова Л.Н.

Россия, г. Казань, кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМА

Актуальность. Проблема лечения хронических цервицитов продолжает оставаться актуальной. Иницирующую роль в развитии воспалительных процессов шейки матки могут играть различные микробные и вирусные агенты, однако, знание и наличие возбудителя не всегда определяет эффект лечения, что связано со сложными механизмами реализации инфекции. Активная репродукция ВПЧ индуцирует образование «агрессивного» метаболита 16 α -гидроксиэстрогена в инфицированных клетках, в связи с чем происходит блокада противовирусной иммунологической защиты, при этом снижается эффективность лечения препаратами интерферона.

Целью работы явился выбор дифференцированной терапии хронического экзо- и эндоцервицита у женщин в зависимости от характера выявленной инфекции и соотношения метаболитов эстрадиола в моче.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 96 женщин в возрасте 21-50 лет, из них 81 с признаками хронического экзо- и эндоцервицита, а также 15 здоровых женщин. Помимо общеклинического обследования были проведены микробиологическое исследование, определение специфических инфекций (ВПЧ 16/18 типов, ВПГ, ЦМВ, хламидий, микоплазм, уреоплазм), цитологическое исследование мазков из шейки матки, расширенная кольпоскопия, морфологическое исследование прицельно взятого биоптата, количественное определение соотношения метаболитов 2-гидроксиэстрогена к 16 α -гидроксиэстронону (2-ОНЕ1/16 α -ОНЕ1) в моче с помощью набора ESTRAMET (ИФА-метод).

Результаты. Из 96 женщин ВПЧ-инфекция была обнаружена у 52 больных, из них у 8 – в ассоциации с хламидийной инфекцией, у 22 – с микро-уреоплазменной, у 5 – с ВПГ и ЦМВ-инфекцией, у 17 женщин выявлено сочетание ВПЧ-инфекции и бактериальной условно-патогенной флоры. Монохламидийная инфекция установлена у 4 женщин, у 12 – микро-уреоплазменная, у 13 – ассоциация хламидийной, микро-уреоплазменной инфекции и другой условно-патогенной флоры.

Проведенный анализ соотношения метаболитов эстрогена показал, что у 45 женщин обнаружены нормальные показатели соотношения 2-ОНЕ1/16 α -ОНЕ1. У 51 пациентки баланс метаболитов эстрогена нарушен, при этом концентрация 16 α -ОНЕ1 превышала 2-ОНЕ1 в 2 и более раз, что выражалось в снижении показателей до 0,2. Обращало внимание, что наиболее низкие показатели соотношения 2-ОНЕ1 к 16 α -ОНЕ1 (от 0,2 до 1,0) были у женщин с длительно персистирующей ВПЧ-инфекцией после многократно проведенной терапии. Средние значения (от 1,0 до 1,5) были характерны для больных со смешанной ВПЧ и хламидийной инфекции и ВПЧ неспецифической

микрофлорой. Согласно полученным данным, лечение проводилось дифференцированно: у больных без нарушенного обмена гидроксиметаболитов эстрогена в моче были использованы антисептики (гексикон, бетадин) в сочетании с индукторами интерферонов (лавомакс, генферон и др.) для блокады репликации ВПЧ, а также коррекция биоценоза влагалища. При обнаружении хламидий, микоплазм (*M.genitalium*, *M.hominis*) и уреоплазм более 104 КОЕ проводилась антибактериальная терапия. Всем больным со сниженными показателями соотношения метаболитов 2-ОНЕ1/16 α -ОНЕ1 был назначен индинол по 2 капсулы 2 раза в день – в 1-ый месяц в виде монотерапии, а затем в комбинации с индукторами интерферонов, используя сочетание системных препаратов с местными, до исчезновения ВПЧ-инфекции. Терапия индинолом продолжалась до 6 месяцев. Пациентки со сниженными показателями 2-ОНЕ1/16 α -ОНЕ1 в моче были повторно обследованы на соотношение метаболитов эстрадиола для оценки эффективности проведенной терапии и определения курса лечения индинолом. Положительный клинический эффект был получен у всех больных: удалось добиться нормализации обмена эстрогенов и элиминации ВПЧ-инфекции. У женщин с выраженной регрессией дисплазии наблюдалось значительное изменение концентраций метаболитов эстрадиола в сторону 2-ОНЕ1. Кольпоскопически и цитологически картина воспаления сохранилась у 11% пациенток, что потребовало дополнительной терапии.

Выводы. Таким образом, определение соотношения метаболитов эстрогена в моче позволяет оптимизировать диагностику хронических экзо- и эндоцервицитов у женщин и дифференцированно подойти к терапии больных с патологией шейки матки.

ВЛИЯНИЕ ПЕТЛЕВОЙ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭКСЦИЗИИ НА ДЛИНУ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ДАННЫМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ

Манухин И.Б., Фириченко С.В., Зуйкова Е.В.

Россия, г. Москва, Московский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: Несмотря на широкое внедрение вакцинопрофилактики рака шейки матки, основным профилактическим мероприятием в настоящее время по-прежнему остается своевременное выявление и лечение предраковых процессов. Наиболее эффективным и широко применяемым в мире является метод петлевой электрохирургической эксцизии шейки матки – LEEP (loop electrosurgical excision procedure). Существует настороженное отношение к применению эксцизионного лечения у молодых нерожавших женщин, которое основано на возможном негативном влиянии эксцизии на функциональную способность шейки матки, связанном с ее термической травмой, а также с удалением части органа. Последнее может привести к преждевременным родам или выкидышу при последующих беременностях

в связи с неполноценностью мышечного слоя шейки матки и ее запирающей функции.

Цель: Установить, приводит ли стандартная процедура петлевой электроэксцизии к существенному сокращению длины шейки матки после завершения репаративных процессов.

Материалы и методы: В данное проспективное исследование было включено 60 пациенток подвергнутых LEEP с целью лечения цервикального предрака. Объем удаляемой ткани при выполнении LEEP был оценен и равнялся 2,4+0,6 см³ (M+s). Ультразвуковая цервикометрия была выполнена в каждом случае перед проведением эксцизии и через два месяца после. Основным оцениваемым параметром являлись два значения цервикальной длины – измеренные до и после эксцизии. Эхография выполнялась на аппарате Siemens Sonoline G 60 трансвагинальным датчиком 6,5 МГц в двухмерном режиме, с пустым мочевым пузырем и одновременной визуализацией внутреннего и наружного зева шейки матки. Измерения проводились пациенткам в первой фазе менструального цикла для получения более стандартизованных результатов, учитывая некоторое увеличение размеров матки перед менструацией. Парный двухвыборочный t-тест для сравнения средних одной совокупности и коэффициент ранговой корреляции использовались для статистической оценки изменений длины шейки матки и взаимосвязи эхографических показателей до и после эксцизии.

Результаты: Средняя длина шейки матки у обследованных до и после стандартной LEEP составила 3,4+0,3 см и 3,2+0,4 см (M+s) соответственно. Показатель парного t-теста t=1,82, (P>0,05) продемонстрировал отсутствие статистически значимых различий между показателями цервикальной длины до и после эксцизии. Корреляция между эхографическими показателями длины шейки матки до и после эксцизии r = 0.33 (P>0,05) в целом в выборке не выявлена. Однако в тех наблюдениях, где объем удаленной ткани был более 3 см³ (n=7) отмечалась четкая корреляционная взаимосвязь.

Заключение: Исследование продемонстрировало, что после адекватно выполненной петлевой эксцизии длина шейки матки практически не уменьшается. С клинической точки зрения, полученные данные позволяют рассматривать петлевую электроэксцизию для женщин с нереализованной репродуктивной функцией как относительно безопасную процедуру. Также установлена связь между большим объемом удаленного образца и уменьшением цервикальной длины. Однако, остается предметом дальнейших исследований в каких случаях это приведет к осложнениям беременности а когда нет. Таким образом, необходим поиск новых подходов к процедуре эксцизии, а именно, определение, так называемого максимально допустимого объема удаляемой ткани в каждом конкретном случае. Возможно, оценка изначальных размеров шейки матки, с применением трансвагинальной эхографии перед операцией, позволит сделать эксцизионное лечение цервикального предрака как более эффективным, так и более безопасным для репродуктивного здоровья женщины.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Манухина Е.И., Геворкян М.А., Манухин И.Б.,
Смирнова Л.И., Студеная Л.Б.

Россия, г. Москва, Московский Государственный Медико-стоматологический Университет

Известно, что наиболее частыми эндокринными причинами бесплодия и ранних потерь беременности является гиперандрогения (ГА). Основные причины усиления синтеза андрогенов в надпочечниках – генетически обусловленный дефицит ферментов стероидогенеза, в частности при неклассической форме врожденной дисфункции коры надпочечников (НК-ВДКН) и нарушение нейроэндокринной регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при Метаболическом синдроме (МС). Повышенный уровень ДГЭА-С – андрогена, преимущественно синтезируемого в надпочечниках, отмечен более чем у 50% пациенток с СПКЯ (Valen A., 2005). До настоящего времени дискутируются наиболее информативные методы диагностики источников ГА. Это во многом обусловлено сопутствующей СПКЯ и МС инсулинорезистентности (ИР), как следствие, гиперинсулинемии, что также приводит к ГА. Поэтому совершенствование лабораторных тестов в диагностике источников гиперандрогении позволит повысить эффективность патогенетической терапии, направленной на восстановление генеративной функции.

Цель исследования – разработать информативные методы диагностики различных форм гиперандрогении.

Материал и методы исследований. Проведено обследование 210 пациенток с клиническими и/или биохимическими проявлениями ГА. Все исследуемые были разделены на две группы в зависимости от сопутствующего ожирения. Группа I – 95 пациенток с нормальной массой тела, средний возраст – $27,5 \pm 2,1$ лет. Группа II – 115 пациенток с висцеральным ожирением, средний возраст – $28,1 \pm 3,1$ лет. Группа III – контрольная, 30 практически здоровых женщин репродуктивного возраста. Проведено общеклиническое обследование, эхография. Биохимические исследования включали определение в сыворотке крови на 4-5 день менструального цикла: ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, андростендиона, общего и свободного тестостерона (Т) и ПССГ с расчетом ИСА, 17-ОП, ДГЭА-С, кортизола, прогестерона. ИР определяли по индексу НОМА-ИР. Проба с дексаметазоном (ДМ) и аналогом АКТГ синактеном-депо проводилась с целью дифференциальной диагностики источников ГА. Снижение или повышение уровня 17-ОП, ДГЭА-С, Т, соответственно после ДМ и Синактен-депо в 7-8 раз указывало на надпочечниковый генез ГА (11, 18), не менее чем в 3-4 – овариально-надпочечниковый.

Результаты исследования. Нарушения генеративной функции у большинства обследованных пациенток с нормальной массой тела характеризовались первичным бесплодием (63,5%) и потерями беременности ранних сроков (26,5%). Во II группе первичное бесплодие – у 53,3%, вторичное – у 24,2%, а ранние потери беременности – у 22,5% пациенток. Результаты клинического обследования, эхографии позволили выявить у большинства

пациенток I группы признаки СПКЯ: ановуляция, гирсутизм, УЗ-критерии ПКЯ. Только в 11,2% наблюдений был выявлен симптомо-комплекс, характерный для НК-ВДКН: НЛФ, ранние потери беременности, гирсутизм. У 57,6% с ожирением выявлены критерии СПКЯ, у остальных 42,4% – нарушение менструальной функции и бесплодие, чаще вторичное, возникло в постпубертатном периоде на фоне прогрессирующей прибавки массы тела.

Результаты гормональных исследований и функциональных проб показали, что ГА в I и II группах была представлена надпочечниковой (24,2% и 42,4%), яичниковой (30% и 11,2%) и смешанной – овариально-надпочечниковой (35,8% и 46,4%) формами соответственно. У всех пациенток уровни не только ДГЭА-С, тестостерона, но и их предшественника 17-ОП были достоверно выше, чем в группе контроля ($p > 0,05$). Гормональные критерии диагностики НК-ВДКН выявлены у 24,2% пациенток с нормальной массой тела, что составило 11,5% от числа всех обследованных больных. Наиболее информативным является определение не ДГЭА-С, а 17-ОП до и после пробы с АКТГ. Диагностическая ценность пробы с ДМ составила 37,8%, т.е. на сегодня утратила свою значимость. Кроме того, по результатам исследования у всех больных с НК-ВДКН уровни 17-ОП были более 2 нг/мл. У большинства (83,9%) больных с ожирением (II группа) повышенные концентрации в крови ДГЭА-С положительно коррелировали с уровнем кортизола, что свидетельствует об активации стероидогенной функции надпочечников в результате избыточной продукции АКТГ. Причиной подобных нарушений, является повышение секреции не только кортиколиберина, но и ГнРГ. Поэтому механизмы надпочечниковой и овариальной гиперандрогении у пациенток с МС едины. В усугублении ГА важная роль отводится ИР ассоциированной с висцеральным ожирением и СПКЯ. У всех ИР больных (23,4% и 75,6% пациенток I и II групп соответственно) достоверно выше были концентрации не общего Т, а ИСА что является следствием подавления продукции ПССГ и повышению биодоступности

Таким образом, наиболее информативными биохимическими тестами в диагностике овариальной гиперандрогении является определение уровня общего Т, ПССГ с расчетом ИСА. Определение других фракций андрогенов не повышает диагностику овариальной ГА. За «Золотой стандарт» в диагностике НК-ВДКН можно принять определение уровня 17-ОП до и после пробы с АКТГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.

Манухина Е.И., Геворкян М.А., Манухин И.Б.,
Студеная Л.Б., Смирнова Л.И., Григорова Л.В.

Россия, г. Москва, Московский Государственный Медико-стоматологический Университет

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) до настоящего времени остается одной из наиболее частых причин ановуляторного бесплодия. В последние годы

все больше пациенток, резистентных к кломифен-цитрату (КЦ), что можно объяснить большой частотой инсулинорезистентности (ИР) независимо от массы тела. Показано, что у пациенток с нормальной массой тела имеет место висцеральное распределение жировой ткани (Чернуха Г.Е., 2008). Применение гонадотропинов для индукции овуляции сопровождается высоким риском гиперстимуляции. Поэтому необходим дифференцированный подход к выбору методов стимуляции овуляции с учетом различных клинко-морфологических форм заболевания.

Цель исследования: повысить эффективность различных методов стимуляции овуляции у пациенток с СПКЯ.

Материал и методы: обследовано 220 пациенток с СПКЯ (средний возраст $27,8 \pm 2,6$ лет) и группа контроля ($n=30$). Диагноз СПКЯ установлен на основании следующих данных клинко-лабораторного обследования: ановуляции, клинических и/или биохимических проявлений гиперандрогении и эхографических критериев ПКЯ. У 57% пациенток выявлено висцеральное ожирение ($ИТМ > 30$).

Результаты исследования: По данным эхографии у всех обследованных выявлено значительное увеличение объема яичников, в среднем до $21,8 \pm 1,4$ см³ и выделено 2 типа ПКЯ: I тип с диффузным (у 79% пациенток с нормальной массой тела) и II тип с периферическим (у 81% пациенток с ожирением) расположением фолликулов по отношению к гиперэхогенной строме. По результатам биохимических исследований уровни тестостерона были достоверно выше по сравнению с контролем и не различались по группам. Содержание в крови ЛГ было достоверно выше у пациенток с нормальной массой тела и не различалось по типам ПКЯ. Инсулинорезистентность (ИР), рассчитанная по индексу НОМА-IR диагностирована у 84% и 32% пациенток с ожирением и нормальной массой тела соответственно. ИСА был достоверно выше у ИР- пациенток независимо от массы тела, что указывает на усиление биоактивности андрогенов за счет снижения синтеза ПССС, индуцированное инсулином. Незначительное повышение уровней ПРЛ и ДГЭА-С обнаружено у 31% и 35% пациенток, соответственно.

На I этапе проводили метаболическую терапию, направленную на нормализацию чувствительности к инсулину (диета, Метформин, Меридиа). II этапом рекомендовали стимуляцию овуляции с учетом факторов риска СГЯ, представленных в предыдущих исследованиях: I тип ПКЯ, объем яичников более 25 см³, количество фолликулов более 15, уровень ЛГ более 15 мМЕ/л. При высоком риске СГЯ назначали Дезогестрел – содержащие ОК (Регулон) в пролонгированной режиме (126 дней) или 6 инъекций а-ГнРГ (Люкрин-депо). Пациенткам с низким риском СГЯ назначали кломифен-цитрат (КЦ) и/или гонадотропины (Пурегон). При отсутствии эффекта проводили лапароскопию с коагуляцией стромы ПКЯ по типу демодуляции, что в отличие от каутеризации соответствует механизму действия метода и менее травматично для фолликулярного аппарата.

Беременность наступила 27%, 31% и 34% пациенток соответственно после отмены ОК, а-ГнРГ и на фоне КЦ. При отсутствии овуляции на фоне 100 мг КЦ дальнейшее повышение дозы не эффективно. На фоне Метформина частота наступления беременности

повысилась до 34%, 41% и 58% пациенток соответственно. Консервативная стимуляция была эффективна у пациенток в возрасте до 26 лет, при II типе ПКЯ и при сопутствующем ожирении после нормализации массы тела. Хирургическое лечение способствовало восстановлению фертильности и наступлению беременности у 87% пациенток. Беременность не наступила у пациенток старше 35 лет, не принимавших ОК для регуляции цикла до планирования беременности, что можно объяснить снижением реакции стероидогенных тканей ПКЯ на нормализацию гонадотропной функции.

Таким образом, при выборе методов стимуляции овуляции у пациенток с СПКЯ необходимо учитывать наличие факторов риска СГЯ, возраст, тип ПКЯ, наличие ИР. Метформин повышает результаты индукции овуляции у инсулинорезистентных пациенток.

ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Марченко А.И., Магомедова П.М., Арбуханова Л.М.,
Магомедов М.М.**

*Россия, г.Махачкала, Дагестанская
государственная медицинская академия*

Цель. Оценка эффективности метода лечения гнойно-воспалительных образований придатков матки лазерным облучением грудного лимфатического протока.

Материалы и методы исследования. Нами изучена эффективность применения лазерного облучения грудного лимфатического протока (ЛОГЛП) у 58 больных в возрасте 17-48 лет гнойно-воспалительным образованиям придатков матки (ГВОПМ). Группа сравнения состояла из 21 больной (ГВОПМ). Все эндотоксикозом II-III степени. Основная и контрольная группы были практически идентичными по характеру заболевания и по возрасту. Возраст больных в исследуемых группах – от 17 до 48 лет. Больные 1-й группы (основной), в которой, наряду с традиционной терапией, применяли ЛОГЛП, непрямо́й электрохимической детоксикации крови (НЭХДК), были разделены на две подгруппы; во 2-й подгруппе в лечение было дополнительно включено применение комплекса антиоксидантов (мексидол, эмоксепин).

Больные 2-й (контрольной) группы были разделены на три подгруппы: 1-я подгруппа больные, в лечении которых применяли ЛОГЛП; 2-я – больные, в лечении которых использовали НЭХДК; 3-я – больные, в терапию которых не были включены ВЛОК и НЭХДК. Для ЛОГЛ использовали лазер АЛОК-1, излучающий в красной области спектра ($\lambda=632,2$ нм), с мощностью излучения 5 мВт. Экспозиция облучения ГЛП составляла 35-40 мин. НЭХДК проводили посредством внутривенного капельного введения 8 мл/кг массы тела пациентки 0,03% раствора натрия ги-

похлорита. Объемная скорость введения раствора составила 110 мл/ч. В зависимости от тяжести эндотоксикоза проводили 3-6 инфузий натрия гипохлорита, в последствии применяли ЛОГЛП. Терапевтическую эффективность детоксикации определяли на основании комплексной клинико-лабораторной оценки состояния больных. В дополнение к общепринятым лабораторным исследованиям определяли сорбционную способность эритроцитов по методике А.А.Тогайбаева и соавт. Для выявления степени эндогенной интоксикации, определяли активность миелопероксидазы по методике Грэма и Кнолля – как показателя неспецифической реактивности организма. Результаты и их обсуждение. Клинический эффект наблюдался уже после проведения 2-3 сеансов терапии. В основной группе по сравнению с контрольной более значительно улучшалось общее состояние больных, у пациентов снижалась температура тела, тахикардия уменьшалась в среднем на 10-25 ударов в 1 мин, нормализовывались лабораторные показатели. При анализе лабораторных данных были выявлены достоверное снижение показателей сорбционной способности эритроцитов, уменьшение лейкоцитарного индекса интоксикации и индекса ядерного сдвига, снижение уровня лейкоцитоза и повышение активности миелопероксидазы. Применение антиоксидантной защиты приводит к значительному снижению, а порой и к полному исчезновению отрицательного влияния лазерного облучения электрохимически окисленной крови на организм, что подтверждается результатами лечения. Включение в комплекс лечения назначения антиоксидантов приводит к дополнительному усилению эффекта от проводимой терапии. Применение вместе с назначением антиоксидантных препаратов усиливает антиоксидантное лечебное действие и ведет к торможению протеолиза в крови. При использовании данного способа повышается эффективность лечения, время лечения сокращается в среднем на 3-5 суток, уменьшается количество осложнений. В то же время необходимо отметить, что предлагаемый нами способ лечения прост в осуществлении, не требует применения дорогостоящих и дефицитных препаратов, не вызывает осложнений.

Таким образом, проведение НЭХДК совместно с ЛОГЛП на фоне антиоксидантной защиты организма в комплексном лечении резорбтивного эндотоксикоза при ГВОПМ обеспечивает выраженный детоксикационный эффект, что позволяет рекомендовать этот метод для практического применения.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

**Марченко Л.А., Бутарева Л.Б.,
Табеева Г.И., Чернышова Н.А.**

*Россия, г.Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова
Росмедтехнологий*

За последние годы, благодаря широкому внедрению в клиническую практику достижений биоинформатики, произошли фундаментальные изменения наших представлений о процессах оо- и фолликулогенеза, в результате чего раскрыты основные механизмы формирования преждевременного истощения фолликулярного пула. В 2001 году был завершен проект «геном человека», позволивший доказать, что в организме функционирует около 30 000 генов, при этом в яичнике экспрессируется около 20-30% генома, в то время как мышечной ткани около 7%. Значительная представленность экспрессирующихся генов свидетельствует о сложности физиологических процессов, свойственных яичнику.

Благодаря изучению таких генов, как BMP15, FOXL2, NOBOX, FSHR, LHR, INHA, AIRE, EIF2B, с каждым годом расширяется диапазон молекулярно-генетических исследований при ПНЯ. Премутация гена FMR1, расположенного на Xq26-28, обнаружена в 1,5% случаев при спорадической форме ПНЯ. Наиболее важным регионом для поддержания овариальной функции является область Xq13, возможно, в этом участке находится центр инактивации хромосомы X (XCI). В последние годы хорошо изучена связь неслучайной инактивации хромосомы X (SXCI) с ПНЯ, при этом частота ее встречаемости в зависимости от этнической принадлежности популяции составляет от 20 до 50%.

На основании геномного микроанализа японские исследователи (2006) показали, что Kit-лиганд (Kitl), BMP15, GDF9, являясь ведущими регуляторами фолликулогенеза, находятся под транскрипционным контролем андрогенного рецептора (AR), что подтверждалось экспериментами. Ученым удалось доказать, что в регуляторном каскаде фолликулогенеза Kitl является андрогензависимой мишенью. Эти данные позволяют рассматривать синдром ПНЯ как результат нарушения в гене AR. Таким образом, мутации хромосомы X, затрагивающие область функционирования гена AR, могут способствовать формированию наследственного варианта ПНЯ.

Цель исследования – оценить вклад генов AR и FMR1 и неслучайной инактивации хромосомы X в развитие ПНЯ.

Материалы и методы – В работу были включены 118 женщин с ПНЯ. Средний возраст пациенток составил 33,05±5,1 лет, средняя продолжительность заболевания – 4,27±1,01 лет. Прямое определение аллелей CGG-повтора в гене FMR1 определялось методом метил-специфической полимеразной цепной реакцией (ПЦР) у 85 больных. Длину CAG-повтора в гене AR

ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ НОВЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ПРЕНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ

Марченко Н.П., Шевченко Е.А.

МУЗ «Родильный дом №4», г. Красноярск

и SXC1 определяли с помощью количественной флуоресцентной ПЦР в группе ПНЯ и контрольной группе женщин-доноров до 40 лет с регулярным ритмом менструаций (в среднем $32,35 \pm 0,95$ года). Материалом для FISH-анализа служили 20 образцов операционного материала, полученного путем биопсии яичников больных с ПНЯ в ФГУ НЦ АГ и П. В качестве контроля использовались 10 образцов яичниковой ткани женщин до 40 лет (в среднем $28,4 \pm 6,3$ года), погибших при чрезвычайных обстоятельствах. Исследование методом FISH проводилось по стандартной методике согласно инструкции производителя и осуществлялось с помощью коммерческих центромерных проб фирмы Vysis (США) на X хромосому (СЕР X, Spectrum Green), на ген AR (LSI AR, Spectrum Orange). Экспрессия AR в образцах ткани яичников проводилась с помощью иммуногистохимического исследования у 20 больных с ПНЯ, в качестве контроля использованы 24 образца яичниковой ткани женщин, погибших при чрезвычайных обстоятельствах (14 женщин в возрасте до 40 лет и 10 – после 45 лет, в среднем $49,6 \pm 4,4$ лет).

Результаты. Премутация гена FMR1 в целом по группе больных с ПНЯ составила 3,5% (3/85), что указывает на вариант нестабильной геномной мутации хромосомы X. Увеличенное число CGG – повторов в гене FMR1 (от 41 до 50) в пределах «серой зоны» выявляется у каждой десятой больной (8/85).

Создана российская база данных для изучения SXC1, на основании которой при пороговом уровне $\geq 80\%$ в 10,4% случаев доказана связь ПНЯ с молекулярно-генетическими нарушениями на хромосоме X. Проведен сравнительный молекулярно-генетический анализ длин CAG-повтора гена AR у больных с ПНЯ и контрольной группы, выявивший тенденцию к укорочению длины CAG-повтора гена AR при ПНЯ, что может свидетельствовать о повышении его транскрипционной активности. У больных с ПНЯ положительная экспрессия AR обнаружена в 22,2% случаев, тогда как в биоптатах яичников контрольной группы женщин $49,6 \pm 4,4$ лет с морфологической картиной возрастного истощения фолликулярного аппарата экспрессии AR выявлено не было. С помощью FISH-анализа выявлена амплификация гена AR в 30% образцов яичниковой ткани при ПНЯ.

Таким образом, полученные данные позволяют предполагать, что мутации в хромосоме X, затрагивающие область гена AR и XCI, возможно способствуют формированию наследственного варианта ПНЯ в результате нарушения передачи андрогенного сигнала, повышения транскрипционной активности AR, амплификации гена AR, а также выявления в 10,4% SXC1, ассоциирующей с истощением фолликулярного аппарата.

Широкое внедрение в клиническую практику скринингового ультразвукового исследования в 11-14 недель беременности обусловлено в первую очередь необходимостью обеспечения наиболее ранней пренатальной диагностики хромосомных аномалий (ХА) и врожденных пороков развития (ВПР). Среди многочисленных, изученных в последние годы эхографических маркеров ХА в ранние сроки беременности наиболее ценным по праву считается толщина воротникового пространства (ТВП). Благодаря большому диагностическим возможностям трехмерной эхографии, в последние годы в разных странах были предприняты попытки разработки новых эхографических маркеров ХА в ранние сроки беременности, диагностические критерии которых требуют изучения и подробного обсуждения. Так, например, по данным К. Nicolaidis чувствительность такого эхографического маркера ХА как кости носа (КН) в диагностике синдрома Дауна составила 73%. Аномальным следует считать изображение носовых костей, когда зафиксирована их гипоплазия, а также снижение и/или неоднородность эхогенности и отсутствие изображения одной из носовых костей. По литературным данным чувствительность такого эхографического маркера, как фронтотригониальный угол (ФМУ) при синдроме Дауна составляет 69% при частоте ложноположительного результата – 5%. Изучение лобного шва (ЛШ) черепа плода стало осуществляться только в последние несколько лет именно благодаря внедрению трехмерной эхографии в пренатальную диагностику. Целью исследования являлось изучение возможностей таких эхографических маркеров ХА как КН, ФМУ и ЛШ для ранней пренатальной диагностики ХА. Для достижения поставленной цели в 2008 году у 105 плодов, с зарегистрированными увеличением ТВП и/или врожденными пороками развития проводили оценку КН, ФМУ и ЛШ. Срок беременности у пациенток исследуемой группы варьировал от 10 недель 3 дней до 14 недель 4 дней и в среднем составил 13 недель 1 день. Ультразвуковые исследования проводились на приборе VOLUSON 730 EXPERT и VOLUSON 730 PRO с использованием В – режима, режима ЦДК и импульсной доплерографии. Кроме того, для ранней пренатальной диагностики использованы 3/4D режимы. Все данные исследования проведены с использованием трансвагинального датчика. Цитогенетические исследования выполнены в клинической лаборатории родильного дома №4. У всех плодов была подробно изучена ультразвуковая анатомия с описанием в протоколах следующих струк-

тур и органов плода: ТВП, КН, ФМУ, ЛШ, кости свода черепа, симптом «бабочка», четырехкамерный срез сердца, срез через три сосуда, позвоночник, желудок, передняя брюшная стенка, мочевой пузырь, верхние конечности, нижние конечности. Для оценки ТВП и КН использовали нормативные процентильные показатели ТВП в зависимости от срока беременности, разработанные Н.А. Алтынник и М.В. Медведевым. Пороговое значение фронтомаксиллярного угла выбрали 85° . За нормальные значения ширины ЛШ принято значение 1,5 мм (5-й и 95-й процентиля — 1,0 и 2,0 мм). Увеличение ТВП в среднем до 4,65 мм (2,6-8,9 мм) отмечено у 47/44,8% плодов, различные ВПР пренатально диагностированы в конце первого триместра беременности у 54/51,4% плодов. Инвазивная пренатальная диагностика проведена в 91/86,7% случаев. Различные ХА зарегистрированы у 37/40,7% плодов. У плодов с открытыми дефектами невралной трубки среднее значение ФМУ составило 74,76 гр., что значительно меньше нормативного показателя. Превышение порогового значения ФМУ отмечено у плодов с синдромом Дауна – 87,3 гр. (81,07-97,3 гр.) и синдромом Эдвардса – 88,17 гр. (79,31-100 гр.). Оценка КН показала следующее: в группе плодов с ВПР у 48/88,9% отсутствовали одна/обе КН (37/77,1%) либо зарегистрирована гипоплазия КН (11/22,9%); в группе плодов с ХА аномальное изображение (9/24,3%) либо аплазия (28/75,7%) КН зарегистрированы в 100% наблюдений. В группе плодов с ХА ЛШ менее 1,0 мм отмечен в 2/5,4% наблюдений (с.Дауна-1; с.Пагау-1). В группе плодов с ВПР аномальный ЛШ отмечен в 15/27,8% наблюдениях. Следует отметить, что в 10 (66,7%) из 15 наблюдений ЛШ был закрыт. Спектр ВПР, зарегистрированных у плодов с аномальным ЛШ представлен следующими: множественные ВПР – 3/20%; иниоэнцефалия – 4/26,6%; голопрозэнцефалия – 1/6,7%; экзенцефалия – 4/26,6%; затылочное энцефалоцеле – 1/6,7%; рахишизис – 1/6,7%; ВПР мочевыделительной системы – 1/6,7%. Также следует отметить, что в целом патологические изменения центральной нервной системы отмечены у 14/93,3% из 15 плодов с аномальным ЛШ. Среди группы плодов с увеличенной ТВП, нормальным кариотипом и без пороков развития (14/13,3%) зарегистрированы следующие результаты: ФМУ 85,5 гр., что соответствует пороговому значению, аномальное изображение ЛШ (0,9 мм) зарегистрировано у 1/7,1% плода, гипоплазия костей носа отмечена у 2/14,3% плодов. Исход беременности в исследуемой нами группе представлен следующим образом: срочные роды живым плодом – 18/17,15%; младенческая смертность – 1/0,95%; самопроизвольный выкидыш – 1/0,95%; антенатальная гибель плода во втором триместре – 1/0,95%; прерывание беременности по медицинским показаниям – 84/80%. Таким образом, полученные нами данные об информативности исследуемых маркеров КН, ФМУ и ЛШ отличаются от результатов наших зарубежных коллег, но в то же время являются достаточно интересными и требуют дальнейшего изучения нашей популяции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРХИНИЛОНОВ (АВЕЛОКС) ДЛЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Бабунашвили Е.Л.
Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
Москва, Россия

Целью исследования явилось снижение частоты послеоперационных гнойно-септических осложнений, определение клинико-экономической эффективности и безопасности Авелокса для периоперационной антибиотикопрофилактики в оперативной гинекологии.

Для этого оперировано 84 больных, которые были разделены на 2 группы.

I группа – 26 пациенток с минимальными (менее 2) факторами инфекционного риска, перенёвших «условно чистые» операции, которым была проведена антибиотикопрофилактика по схеме: авелокс (400 мг) – однократно внутрь за 4 ч. до разреза.

Во II группу отнесены 58 больных с многочисленными факторами инфекционного риска, перенёвшие «условно чистые» и «загрязнённые» операции. Им была проведена антибиотикопрофилактика по схеме: Авелокс (400 мг) трёхкратно внутрь – за 4 ч. до разреза, через 24 и 48 часов.

Анализ результатов показал, что неосложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 83 (96,5%) пациенток, в 2-х (2,3%) случаях отмечена аллергическая реакция в виде «крапивницы» после приёма антибиотика, в одном случае (1,2%) развился дисбактериоз кишечника (все пациентки были из II группы), ни в одном случае не возникла необходимость антибиотикотерапии. Экономические затраты на проведение периоперационной антибиотикопрофилактики оказались более чем 2,5 раза меньше, чем при профилактическом 7 дневном курсе антибиотикотерапии.

Выводы: Таким образом, пероральный приём Авелокса безопасен и обеспечивает эффективную профилактику послеоперационных гнойно-септических осложнений. Минимальное количество побочных эффектов от антибактериальных препаратов и значительное снижение экономических затрат подчёркивает его преимущество перед проведением традиционного курса «профилактической» антибиотикотерапии в послеоперационном периоде.

ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ И ГЕСТАГЕННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Мгерян А.Н., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А.,
Тагиева А.В., Чернышева А.В.

ФГУ НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова, Москва,
директор акад. Сухих Г.Т.

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – это органоспецифическое, Т-клеточноопосредованное аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием аутоантител к ткани щитовидной железы с последующим снижением ее функции. АИТ является одной из наиболее часто встречающихся аутоиммунных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Вместе с тем, особенности репродуктивного здоровья женщин с АИТ, возможности применения гормональных методов контрацепции, влияние на течение основного заболевания и на некоторые показатели иммунной системы изучены недостаточно.

Цель исследования: изучение особенностей гинекологической патологии, а также влияния эстроген-гестагенных и гестагенных гормональных контрацептивов на уровень ТТГ, Т4св., АТ ТПО, АТ ТГ у женщин с аутоиммунным тиреоидитом.

Материалы и методы исследования: было проведено одномоментное исследование 67 женщин репродуктивного возраста с аутоиммунным тиреоидитом. Всем пациенткам проводились: анкетирование, общеклиническое исследование, гинекологическое обследование, лабораторные исследования (определение некоторых параметров гемостаза, уровни ТТГ, Т4св., АТ ТПО, АТ ТГ).

Нами были разработаны специализированные анкеты, отображающие анамнестические данные пациентки.

Анализ крови из вены для исследования показателей гемостаза, уровней гормонов ТТГ и Т4св. проводился в 9 ч утра, натощак. Определение АТ к ТПО и к ТГ проводилось на аппарате AxSYM фирмы Abbot, иммунофлуоресцентным методом, реактивами фирмы Abbot.

Результаты исследования: средний возраст пациенток составил $27 \pm 1,1$ год.

В результате проведенного обследования, в связи с выявлением противопоказаний к гормональной контрацепции из исследования были исключены 9 женщин. Таким образом, были сформированы 2 группы из 28 пациенток с аутоиммунным тиреоидитом. Пациенткам 1-й группы был назначен эстроген-гестагенный гормональный контрацептив – Регулон, во 2-й группе – гестагенный контрацептив – Чарозетта. Контрольную группу составили 30 женщин, которые также были разделены на 2 группы и принимали гормональные контрацептивы.

Динамическое наблюдение за женщинами проводилось до приема гормонального контрацептива, через 3, 6, 9 мес.

Анализ данных анкетирования, а также проведенное гинекологическое обследование позволило установить высокую частоту встречаемости патологии менструального цикла: дисменорею у 25,4% женщин,

предменструальный синдром (преимущественно психоневрологические симптомы) – 39%, овуляторные боли – 23%. Характерным было наличие большого числа генитальных инфекций (уреаплазмоз, хламидиоз), установленные после проведенного обследования и в анамнезе у 32,5% пациенток, что превышало аналогичный показатель у здоровых женщин.

Характеризуя влияние гормональных контрацептивов на патологию менструального цикла, необходимо отметить, что комбинированные пероральные и чисто прогестиновые контрацептивы оказывают положительное влияние на первичную дисменорею и симптомы ПМС, преимущественно на психоневрологические проявления.

Изучение динамики уровней ТТГ и Т4св на фоне приема гормональных контрацептивов установило отсутствие достоверно значимых изменений уровней гормонов щитовидной железы, при этом незначительные колебания их на протяжении всего периода наблюдения не выходили за пределы нормативных значений.

Оценка влияния гормональных контрацептивов на уровень антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, показало, что в динамике наблюдается достоверное снижение их значений ($p < 0,01$). При этом на фоне приема Регулона отмечалось статистически значимое снижение уровня антител к тиреоглобулину с 1091,7 до 26,2 ЕД/мл, на фоне Чарозетты – антител к тиреопероксидазе – с 706 до 254 ЕД/мл.

Известно, что большой цитотоксический эффект на ткань щитовидной железы оказывают антитела к тиреопероксидазе и его супрессию под влиянием Чарозетта можно рассматривать как позитивное влияние в отношении основного заболевания.

Выводы: Таким образом, гинекологическая патология у женщин с аутоиммунным тиреоидитом характеризуется высокой частотой встречаемости патологии менструального цикла: предменструальный синдром, первичная дисменорея, овуляторные боли, а также большой частотой генитальных инфекций. Эстроген-гестагенные и гестагенные гормональные контрацептивы обладают выраженным терапевтическим эффектом на патологию менструального цикла и при этом не оказывают негативного влияния на уровень ТТГ и Т4св., снижают АТ ТПО и АТ ТГ, что в известной мере позитивно влияет на клиническое течение АИТ.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ НЕКОТОРЫМИ КОМПОНЕНТАМИ Фолликулогенеза У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Медведев Б.И., Зайнетдинова Л.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Медицинская Академия, Челябинск, Россия

Трубно – перитонеальное бесплодие (ТПБ), характеризуется анатомо-функциональными нарушениями маточных труб с развитием спаечного процесса в полости малого таза, в 65% случаев развивающегося

вследствие хронического воспалительного процесса в женских половых органах, что может приводить к нарушению фолликулогенеза, овуляции и секреции половых гормонов у этих пациенток.

Цель исследования: провести корреляционный анализ взаимосвязей между уровнем половых гормонов, метаболитов оксида азота, растворимого Fas рецептора в сыворотке крови, числом клеток яичника, экспрессирующих рецепторы к гормонам, а также маркеров пролиферации и апоптоза у женщин с ТПБ воспалительного генеза.

Обследовано 50 пациенток с ТПБ. Средний возраст пациенток составил $27 \pm 2,3$ лет. Всем женщинам была проведена манипуляционно-диагностическая лапароскопия с биопсией яичников.

Количественное содержание эстрадиола, прогестерона, общего тестостерона в сыворотке крови определяли методом ИФА с помощью реактивов фирмы Immunotech (Франция). Определение количества клеток яичника, экспрессирующих рецепторы к эстрогенам, прогестерону и андрогенам проводили с помощью тест-систем «Нафтол AS-MX-фосфат Free acid (№4875 Sigma)» (USA); «RTU-ER-6F11»; «RTU-PGR-1A6». Экспрессию белков Ki67, PCNA и p53 в гистологических срезах из яичников проводили иммуногистохимическим методом с применением тест-систем «RTU-Ki-67-MM1», «NCL-L-PCNA» (Novocastra, Великобритания); «AM256-2M (clone F39.4.1) (BioGenex, USA) и системы мечения Immune-mark (ICN) в парафиновых гистологических срезах. Уровень продукции эндогенного оксида азота оценивали по концентрации конечных стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови по модифицированному методу Griess (Коробейникова Э.Н., 2002). Растворимый Fas (sFas) определяли в сыворотке крови пациенток иммуноферментным методом с помощью тест-системы: Austria. Beuder Med Systems Gimble numan sAPO 1 | Fas BMS 245 LOT 335 35230, регистрация результатов – на «Multiscan Plus» [Labsystem] при длине волны 450нм.

Статистическая обработка материала произведена с применением пакета прикладных программ STATISTICA for Windows версия 6.0 фирмы StatSoft Inc. (США).

Результаты исследования позволили выявить достоверные позитивные корреляционные связи умеренной силы в крови пациенток с ТПБ между уровнем тестостерона в сыворотке крови и числом клеток яичника, экспрессирующих рецепторы к нему, свидетельствующее о взаимозависимости этих изучаемых показателей. Вполне ожидаемой является также наличие положительной корреляционной связи умеренной силы между числом клеток яичника с рецепторами для эстрадиола и прогестерона, обладающих регулирующим действием на менструальный цикл, последовательную смену его фаз.

Наибольшее число достоверных позитивных корреляционных связей умеренной силы было обнаружено у пациенток с ТПБ между уровнем экспрессии проапоптогенного белка p53 в клетках яичников, с одной стороны, и % ядер клеток яичников, экспрессирующих рецепторы к эстрадиолу, прогестерону и андрогенам, с другой. Обнаружены внутрисистемные связи между уровнями отдельных метаболитов нитро-

кисдергической системы, отрицательные корреляции между количеством NOx в крови и экспрессией проапоптогенного белка p53 в клетках яичника, а также с уровнем растворимого сывороточного Fas рецептора у пациенток с ТПБ, что предположительно отражает разные стороны влияния оксида азота на отдельные молекулярные механизмы, сопряженные с инициацией апоптоза клеток.

В результате проведенного исследования выявлены взаимосвязи между изучаемыми компонентами, участвующими в фолликулогенезе у пациенток с ТПБ воспалительного генеза.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ПРИЕМЕ

**Мингалёва Н.В., Бороденко Е.Ю.,
Топорова Л.А., Маслюк А.Е.**

*Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, Россия*

Патология шейки матки продолжает оставаться актуальной проблемой в гинекологии.

История изучения длится более ста лет, так как в развитии заболеваний и состояний имеют значение различные факторы. В Краснодарском крае с 1995 года отмечается стабильный уровень гинекологической заболеваемости, без тенденции к снижению, однако регистрация выявленной патологии шейки матки, по официальным данным (форма 12), приобрела динамику снижения показателей, в связи с более дифференцированным подходом Краснодарском в крае.

Цель исследования: Целью работы явилась оптимизация организации диспансерного наблюдения (Д) пациенток на участке женской консультации и специализированном приеме по патологии шейки матки, используемая в настоящее время в крае.

Материалы и методы исследования: Учитывая разнообразие патологии шейки важна оптимизация и унифицирование показателей диспансерного наблюдения, в связи с этим нами была разработана и применяется в настоящее время форма Д учета спец. приема.

Результаты и их обсуждение: Для выработки единого алгоритма регистрации заболеваний и диспансерного наблюдения пациенток с патологией шейки матки, их динамического наблюдения, проведения диагностики и комплексного лечения, осуществления мероприятий по оздоровлению – в крае предложена и используется специальная форма Д наблюдения. В 2008г оформлено и распространено в территории Информационное письмо «Подходы к диагностике и ведению патологии шейки матки. Оформление протоколов кольпоскопии», утвержденное департаментом здравоохранения Краснодарского края. Анализ группы наблюдения рубрики «Эрозия и эктропион» (N86) в Краснодаре показал рост «Взятых на учет» с 1999 по 2006 год на 38,22%, лейкоплакии шейки матки – на 11,76%, при стабильных показателях CIN (0,34 на

1000 женского населения). В структуре заболеваний в гин.стационарах края патология шейки матки как основное заболевание составляет 5,27%, в краевом центре – 2,7%, что является также крайне актуальным. Проведенный ранее в Краснодарском крае анализ показал необходимость единого подхода к организации помощи по патологии шейки и её различных состояний, выработки единой медицинской документации, обозначений и протоколов, формы диспансерного учета на территории Краснодарского края. Также в крае была принята организация специализированных приемов по патологии шейки, наряду с использованием кольпоскопов врачами на участках женских консультаций.

В крае во всех территориях используются по единому алгоритму: организация работы на приеме в женской консультации, организация диспансерного наблюдения на спец. приеме, кольпоскопическая символика и рисунки, протоколы кольпоскопического заключения, оформление документации и амбулаторной карты с её различными унифицированными вкладышами. На участках регистрируется заболеваемость и болезненность, хр.заболевания, наличие эктопий, больные берутся на диспансерный учет. На спец. приеме организуется необходимое диспансерное наблюдение пациенток, согласно принятого в крае перечня заболеваний группы Диспансерного учета спец.приема, пациентка оздоравливается, в том числе и с применением специального оборудования. Организуется сигнальная картотека из учетных форм № 030-у.

Эктопия шейки матки (как состояние шейки, характеризующее физиологическое) учитывается отдельно, т.к. она отражает состояние этого органа. Эктопии шейки матки также в крае берутся на диспансерный учет (учитывая факторы риска), но их ведение на сегодняшний день соответствует современным взглядам на данную проблему, о чем говорит уменьшение показателя «прижиганий» шейки матки. В 2008 году показатель «Эрозия эктропион» по ф.№12 в крае составил 850,53 (в отличие от 2000 года – 1480,4), что объясняется исключением нозологии, характеризующей физиологические состояния-«Эктопия». Напротив число «Взятых на диспансерный учет» в базовой женской консультации и консультативном приеме увеличилось с 1992г (на 100 000 женщин) с 32,0 до 93,0 (в 2,9 раза), «Оздоровленных» – в 2,8, «Снятых» – в 3,8 раза, показатель «Состоит» на учете вырос в 4,5 раза. Таким образом, имеется увеличение выявления заболеваний, активности диспансерного наблюдения с патологией шейки матки и что особенно важно – «Снятых с учета с выздоровлением». На сегодняшний день анализируется следующий порядок: 1.Патология шейки матки 2.Эктопии 3.Всего состоит на учете.

Основными нозологиями являются – Всего Цервициты, в том числе: Эндоцервицит, Экзоцервицит (на многослойном плоском эпителии), Экзоцервицит (эктопия, зона трансформации); Полипы; Эрозия; Эктропион; Декубитальная трофическая язва; Другие невоспалительные болезни всего, в т.ч. лейкоплакия, эндометриоз; Поражение ВПЧ субклиническая и клиническая форма; Ретенционные кисты; гипертрофия и элонгация; Выраженная рубцовая деформация; Другая патология. CIN анализируются отдельно. В Краснодаре группы наблюдения по числу пациенток

на 1000 женского населения превосходят аналогичные группы в районах. Таким образом, в настоящее время, в связи с более дифференцированным подходом к выявлению, диспансерному учету патологии шейки матки, имеется тенденция оптимизации анализа регистрации и диспансерного наблюдения пациенток с данной патологией в Краснодарском крае.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОПТОЭЛЕКТРОННОГО ПРИБОРА TRUSCREEN В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Минкина Г.Н., Храмова О.К., Фириченко С.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Рак шейки матки в Европе и России занимает второе место по распространённости среди онкологических заболеваний женщин репродуктивного возраста. Стадийность и длительность развития цервикального рака позволяют применять различные скрининговые методики для выявления процесса на стадии предрака – цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN). Традиционным методом скрининга цервикальной неоплазии в большинстве стран мира являются мазки по Папаниколау. Однако данные мета-анализа демонстрируют ограниченную чувствительность данного скринингового метода (51-60%). Кроме того, метод не даёт дихотомичных результатов и не стандартизирован в интерпретации мазков. Поэтому крайне важной остается проблема повышения эффективности теста, а также возможность его проведения в режиме реального времени. В этой связи потенциально перспективным методом скрининга может быть оптоэлектронная технология детекции интраэпителиальных поражений шейки матки в режиме реального времени -TruScreen. Целью настоящего исследования явилось изучение чувствительности технологии TruScreen в диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Обследованы 75 пациенток в возрасте от 19 до 54 лет, направленных в специализированный кабинет кафедры акушерства и гинекологии МГМСУ для лечения патологии шейки матки. Предварительное комплексное обследование шейки матки включало диагностическое сканирование с помощью прибора TruScreen, жидкостную цитологию, тестирование на онкогенные типы ВПЧ с определением вирусной нагрузки и кольпоскопию. TruScreen-исследование предшествовало всем дальнейшим диагностическим и лечебным манипуляциям на шейке матки. Сканирование проводилось путем легких касаний зондом поверхности шейки матки в определенной последовательности. Исследовалось от 15 до 32 точек, в зависимости от площади поражения, в среднем – 21 точка. Ход исследования контролировался световой индикацией. Продолжительность процедуры занимала 1-2 минуты. Результаты выдавались на бумажном носителе в трех вариантах: 1) Abnormal – были обнаружены патологические изменения ткани шейки матки, цервикальная интраэпителиальная неоплазия

присутствует; 2) Normal – цервикальная интраэпителиальная неоплазия отсутствует; 3) Неадекватный результат – было обследовано недостаточно точек. В качестве референтного метода использовалось гистологическое исследование ткани шейки матки, полученной в результате петлевой электрохирургической эксцизии. Из общего числа обследованных у 38 пациенток гистологически выявлена цервикальная интраэпителиальная неоплазия: поражения легкой степени тяжести (L-SIL), которые включают CIN1 и койлоцитарную атипию, диагностированы у 16 пациенток, тяжелая степень поражения (H-SIL), включающая CIN2 и CIN3 – у 22-х. По результатам жидкостной цитологии L-SIL выявлены у 12, H-SIL – у 18 пациенток. В процессе диагностического сканирования с помощью оптоэлектронного прибора TruScreen результат “abnormal” получен у 49 пациенток, а результат “normal” у 26 пациенток. На основании анализа полученных результатов чувствительность TruScreen для диагностики цервикальной интраэпителиальной неоплазии составила 78,2% (84,3% для H-SIL), чувствительность жидкостной цитологии – 74,7% (для H-SIL – 89,2%). У 6 пациенток ложнонегативные результаты сканирования, вероятно, можно объяснить наличием выраженных разрывов и деформации шейки матки, что значительно затрудняло проведение исследования и не позволяло осуществлять адекватный захват точки диагностическим зондом, а также локализацией поражения в цервикальном канале, что делало его недоступным для сканирования. Таким образом, чувствительность теста TruScreen сопоставима с аналогичным показателем высококачественной цитологии.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

**Михельсон А.Ф., Романовская А.Г.,
Бердичевская Л.Г., Михельсон А.А.**
г. Ростов-на-Дону, РостГМУ, гор.б-ца №8

Актуальность проблемы гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного возраста не теряет своего значения как с позиции онкологической осторожности, так и с позиции восстановления и сохранения репродуктивной функции. По данным исследований, от 37% до 50 % случаев, морфофункциональное повреждение эндометрия является причиной бесплодия, невынашивания беременности, неудачных попыток и репродуктивных потерь при проведении программ вспомогательной репродукции.

Целью исследования явилось изучение фертильности пациенток после гормональной терапии простой гиперплазии эндометрия.

В настоящем исследовании приняли участие 52 женщины в возрасте от 22 до 38 лет (32,6± 0,7 лет), с запланированной беременностью, после проведенного лечения простой гиперплазии эндометрия. 27 пациенток I группы получали терапию марвеллоном (Шеринг – Плау) в пролонгированном режиме: 2 курса по 63 дня с 7-ми дневным перерывом; II группа (25 паци-

енток) – терапию депо-формой бусерелина (Фарм-Синтез, Россия): 3,75 мг однократно внутримышечно каждые 4 недели в течение 6 мес. У всех исследуемых женщин было достигнуто клинико-морфологическое выздоровление.

Через 3 мес. после окончания лечения в I группе менструальная функция восстанавливалась у 25 больных (92,8%), а во II группе – у 18 женщин (74,2%). При этом, в этот же период наблюдения в I группе наличие овуляторного цикла отмечено у 18 больных (61,9%), а во II группе – у 10 пациенток (38,7%).

По итогам двухлетнего наблюдения: в I группе у 42% женщин беременность наступила в течение 6 месяцев, у 14% – в течение 6-12 месяцев и у 18% – спустя год после окончания лечения. Во II группе: в первые 6 месяцев беременность наступила у 67% женщин, через 6-12 месяцев после лечения – у 19% и у 12% – спустя год. Прерывание беременности в I триместре составили: в I группе – у 4-х пациенток (14,8%), во второй группе – у одной (4%).

Результаты исследований показали клиническую эффективность и сопоставимость результатов в восстановлении репродуктивной функции у женщин с гиперплазией эндометрия при проведении гормональной терапии марвеллоном и бусерелином.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ УРО- ГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫ- МИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Морева Ж.Г., Сащенко В.П.

*Россия, г. Иваново, ГУ ВПО Ивановская г
осударственная медицинская академия, НУЗ
Отделенческая больница на станции Иваново ОАО «РЖД»*

Благодаря активному движению и наличию фагоцитарной активности влагалищные трихомонады способны к инфицированию верхних отделов половой системы женщин разнообразными специфическими и неспецифическими возбудителями, которые совместно с трихомонадами приводят к развитию у женщин воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Цель работы: выявить особенности протекания патологического процесса при трихомониазе у женщин с ВЗОМТ. Обследовано 85 женщин в возрасте от 20 до 62 лет (средний возраст – 39,9 лет) с хроническими ВЗОМТ, являющихся пациентками гинекологического кабинета железнодорожной больницы. Пациенткам проводилось клиническое, микробиологическое и дополнительное обследование (УЗИ, гистологическое исследование биоптата тканей матки). У 38,82% больных имелись клинические проявления аднексита, у 25,88% женщин – субсерозно-интерстициальной миомы матки, у 17,65% пациенток – эктопии шейки матки, у 12,94% пациенток – кольпита, у 2,35% больных – метроэндометрита, у 1,18% обследованных – бластомы тела матки в сочетании со спаечным процессом, у 1,18% пациенток – железисто-

кистозной гиперплазии эндометрия в сочетании с дистоцие. Ярко выраженные клинические признаки при осмотре в виде усиленных выделений и гиперемии наблюдались у 55,33% больных. Комплекс лабораторных методов включал микроскопический анализ нативных препаратов в темном поле, анализ влагалищных (V) и цервикальных (С) мазков, окрашенных по Граму и Май-Грюнвальду-Романовскому, исследование С выделений культуральным способом, методами ПЦР и РИФ. Наличие дисбиоза влагалища определяли согласно клинико-лабораторных критериев. Культуральную диагностику трихомониаза осуществляли при использовании среды Тераса.

В результате исследований получено, что у 22,50% обследуемых больных выявлены типичные трихомонады при просмотре окрашенных мазков в 3-4-х полях зрения (п/з), при просмотре мазков в большом количестве (более 10) п/з трихомонады выявлялись в 62,50% случаев. Путем темнопольной микроскопии трихомонады выявлены у 68,70% больных, причем в нативных препаратах наблюдались типичные формы на фоне множества округлых форм *Trichomonas vaginalis* с выраженными оптическими свойствами. В 91,80% случаев *T. vaginalis* была выявлена культурально, при использовании среды Тераса с высокими ростовыми свойствами. Выявлено, что в 90,50% случаев трихомониаз протекал как смешанная инфекция, сочетаясь с *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis*, грибами рода *Candida*, *Chlamydia trachomatis*. При анализе микробиоценозов специфических возбудителей установлено, что в 30,93% случаев *T. vaginalis* сочеталась с 3-я различными возбудителями, в 26,20% случаев – с 2-я специфическими возбудителями, в 23,83% случаев – с 1-м специфическим возбудителем, в 9,50% случаев трихомониаз протекал как моноинфекция и в 2,40% случаев трихомонада сочеталась с 4-я различными возбудителями. Течение трихомониаза у больных с ВЗОМТ характеризовалось яркой картиной дисбиоза влагалищного биотопа на фоне специфических возбудителей. У 85,51% обследованных больных в структуре V паразитоценоза преобладали Грам (Гр) отрицательные (-) палочки, у 50,73% обследованных – Гр положительные (+) кокки. В структуре С паразитоценоза Гр – палочки встречались у 86,11% больных, Гр + кокки – у 56,94% больных. У всех больных на фоне смешанной инфекции в V и С мазках встречались “ключевые клетки”, количество которых было более 40% в V мазках у 18,84% женщин, а в С мазках – у 23,61% женщин. Количество эпителиальных клеток в V мазках при трихомониазе в среднем составило 14,76 клеток в п/з, в С мазках – 14,94 клеток в п/з; количество лейкоцитов в V мазках в среднем составило 11,10 клеток в п/з (интервал от 3 до 40 клеток в п/з), в С мазках – 11,49 клеток в п/з (интервал от 3 до 50 клеток в п/з).

В результате проведенных исследований показано, что у больных с ВЗОМТ протекает урогенитальный трихомониаз, который в большинстве случаев выявляется лишь культуральным способом на обогащенных питательных средах. У обследуемых больных урогенитальный трихомониаз в 90,50% случаев протекает как смешанная инфекция. Патологический процесс при трихомониазе характеризуется дисбиозом влагалищ-

ного биотопа с преобладанием Грам вариабельной микрофлоры, наличием ключевых клеток и выраженной лейкоцитарной реакцией. У всех больных с ВЗОМТ и наличием трихомонадной инфекции на фоне типичных клеток *T. vaginalis* встречались атипичные клетки трихомонад округлой и амебоидной формы, в некоторых случаях без ядер и с выраженными оптическими свойствами типа дифракционных линий и интерференционных колец Ньютона, что необходимо учитывать при лабораторной диагностике трихомониаза.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ НАХОЖДЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ТРИХОМОНАД В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОНКОПОРАЖЕНИЯМИ

Морева Ж.Г., Васильев М.М

Россия, г. Иваново ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, г. Москва

ФГУ ГНЦ дерматовенерологии Росмедтехнологий

Важность проблемы трихомониаза остро встает в связи с возможным протеканием патологического процесса в генерализованной форме. Местом локализации *Trichomonas vaginalis* могут быть различные отделы человеческого организма. Терас Ю.Х (1954, 1964), Васильев М.М (1990) отмечают тканевой паразитизм трихомонад, допуская распространение возбудителя через кровь и лимфу. Вопрос о возможности нахождения урогенитальных трихомонад в периферической крови надо считать неизученным. Большую инвазивность *T. vaginalis* с обнаружением в периферической крови наблюдали многие исследователи: Wagner O. (1935), Rodecurt M. (1935), Hees E. (1937), Визирь Е.Г. (1960), Пойзнер Б.С. (1960) и другие. Инвазия трихомонад в периферическую кровь осуществляется за счет множества выраженных факторов патогенности, таких как белки адгезии, ферменты пентрации протеазы и фосфолипазы, ферменты инвазии гиалуронидаза и нейраминидаза, гемолитический фактор, клеточный разъединяющий фактор, эндотоксины. Инвазивным свойствам возбудителя способствует выраженный полиморфизм трихомонад и наличие высокой двигательной способности. Инвазии *T. vaginalis* в периферическое русло также способствует снижение иммунологической реактивности со стороны макроорганизма, что особенно проявляется на фоне онкопатологии.

Целью работы явилось исследование крови у гинекологических больных с онкопатологией на инфицированность *T. vaginalis*.

Обследовали 52-х женщин в возрасте от 22 до 78 лет (средний возраст – 54,70 года), являющихся пациентками областного онкологического диспансера г. Иваново. В исследовательскую группу вошли 30 женщин с онкогинекологией и 22 пациентки с заболеванием рак молочных желез. У всех больных был диагностирован мочеполювой трихомониаз. В группу контроля вошли 40 здоровых женщин в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст – 20,10 лет). Комплекс

лабораторных методов включал бактериоскопический анализ мазков, взятых из заднего свода влагалища (V) и цервикального канала шейки матки (С), исследование С выделений культуральным способом, методом ПЦР. Культуральную диагностику трихомониаза осуществляли при использовании среды Тераса. Исследование периферической крови проводили путем микроскопии нативных препаратов, микроскопии окрашенных препаратов, по разработанной нами методике путем лизиса форменных элементов крови с использованием протеолитических ферментов с последующим микроскопированием окрашенных мазков, при помощи РИФ. Идентификацию форм трихомонад, выделенных из крови, проводили путем культивирования крови, исследованием выделенных культур методом РИФ, ПЦР.

У обследуемых больных на фоне онкологических заболеваний из периферической крови были выделены трихомонады. Методом постановки РИФ у 30% обследованных в крови установлено состояние трихомонадемии, которое характеризовалось обнаружением трихомонад в среднем 11,2 клеток в поле зрения (п/з). У 70% больных с трихомониазом в крови методом РИФ обнаруживались единичные клетки возбудителя, составившие в среднем 2,6 клеток в п/з. В контрольной группе при исследовании методом РИФ специфического свечения на обнаружение трихомонад в мазках крови не наблюдалось. Наиболее достоверно метод РИФ подтверждали путем обнаружения трихомонад по разработанной методике ферментативного разрушения клеток крови с последующим культивированием выделенных форм и их идентификацией культуральным методом, методами РИФ и ПЦР. При культивировании ферментативно разрушенной и цельной крови на выявление влагалищных трихомонад, в посевах обнаруживались лишь единичные типичные клетки возбудителя на фоне множества атипичных форм. В процессе серийных пересевов таких культур на обогащенную среду Тераса наблюдается реверсия атипичных форм и размножение типичных клеток *T.vaginalis*. Путем обычной световой микроскопии и электронномикроскопическим методом, чаще всего в крови наблюдали на фоне типичных форм измененные формы возбудителя. Такие формы с трудом размножались на питательных средах и для обнаружения типичных клеток трихомонад требовалось проведение более 7 серийных пересевов.

Таким образом, проведенные исследования определенно указывают на возможность нахождения урогенитальных трихомонад в периферической крови. Для обнаружения трихомонад, «мимикрирующих» в несвойственном месте обитания – в крови, необходимо использовать методику ферментативного разрушения клеток крови с последующим культивированием выделенных форм. При микроскопии крови онкобольных с трихомониазом обнаруживаются чаще атипичные формы возбудителя. Методы РИФ и ПЦР являются подтверждающими на обнаружение форм *T.vaginalis*, выделенных из крови.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

**Муслимова² С.Ю., Кулешова Т.П., Афанасьев¹ А.А.,
Ахметшин Р.³, Ларкина С.В.**

*Россия, Уфа, Республиканская детская клиническая больница.
Башкирский государственный медицинский университет*

За прошедшие 40 лет гинекологическая заболеваемость среди девочек увеличилась в несколько раз. В последние 10 лет заболевания половой системы выявляются при профилактических осмотрах у 8-12% девочек, из которых в стационарной помощи нуждаются 20-25% (Кулаков В.И., 2000). Ю.А. Гуркин указывает, что примерно 13% амбулаторных больных нуждаются в госпитализации (Гуркин Ю.А., 2000). Однако, исходя из утвержденных объемов медицинской помощи по профилям отделений стационара и врачебным специальностям в поликлинике норматив койко-дней по детской гинекологии на 1000 жителей составляет всего 0,8. Исходя из этого на город с населением в 1млн человек положено не более 2,4 специализированных коек. Такой норматив не соответствует истинной потребности в оказании стационарной помощи детям с гинекологической патологией. Существующие на сегодняшний день нормативные документы не позволяют, не только создавать, но и сохранить уже существующие специализированные отделения.

Поскольку специализированные отделения для девочек с гинекологической патологией стали организовывать в нашей стране только с 1959 года, и длительное время они открывались только в составе крупных научно-исследовательских центрах акушерства и гинекологии, вопросы организации этого звена не разработаны до сих пор.

После продолжительной подготовительной работы в 1994 году в Больнице скорой медицинской помощи г. Уфы на базе отделения детской хирургии были открыты 15 коек для девочек с гинекологической патологией. За год работы на созданных койках было пролечено более трехсот больных с тяжелой гинекологической патологией. Это послужило основанием для открытия отделения детской гинекологии на 40 коек. Выбор базы основывался на сочетании в ЛПУ как взрослых, так и детских коек хирургического профиля, наличия современного оснащения (КТ, МРТ, анализаторов для определения гормонов, эндоскопического оборудования и т.д.) высокой квалификации эндохирургов. Благодаря этому в детском гинекологическом отделении БСМП были освоены все виды эндоскопических и пластических операций при пороках развития, разрабатывались органосохраняющие методы хирургического лечения при доброкачественных и злокачественных новообразованиях яичников, методы лечения дистрофических заболеваний вульвы. В отделении была введена ставка психолога, который проводил реабилитацию девочек подвергшихся насилию, прервавших беременность, перенесших операции по поводу

пороков развития и злокачественных опухолей репродуктивной системы. За 10 лет существования отделения получили лечение более десяти тысяч пациенток.

С 1995 года на базе отделения был создан Республиканский лечебно-диагностический центр гинекологии детей и подростков и врачи начали выезжать в районы Республики для оказания консультативной и организационно-методической помощи детским гинекологам центральных районных больниц.

Но, в связи с приведением коечного фонда Республики в рамки государственных гарантий в 2005 году Министерством Здравоохранения Республики Башкортостан был издан приказ об организации детских гинекологических коек в составе гинекологического отделения Республиканского перинатального центра. Специализированное отделение в БСМП было сокращено до 20 коек, оставленных для обслуживания девочек из города Уфы. В результате данных преобразований количество больных девочек, получивших стационарную помощь, сократилось с 1112 до 648, в то же время увеличилось количество девочек с осложнениями, вызванными запоздалой диагностикой и несвоевременным лечением. Была прекращена психологическая реабилитация девочек в стационаре. Ушли во взрослую службу подготовленные, имеющие большой опыт работы специалисты. В 2009 году в связи с очередным сокращением коечного фонда в г. Уфе отделение детской гинекологии в г. Уфе было закрыто.

Для того чтобы сохранить службу, по инициативе главного врача Республиканской детской клинической больницы на базе детских хирургических отделений были созданы специализированные койки для девочек с гинекологической патологией и запланировано открытие дневного стационара на 15 коек.

Отсутствие продуманной, основанной на реальных статистических данных, законодательной базы организации специализированной помощи девочкам с гинекологической патологией в целом по России мешает успешной реализации демографической политики в нашей стране.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРАВА МОЛОДЕЖИ

Мухотина А.Г., Журман В. Н.

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Курс эндокринологии и диабетологии*

Репродуктивное здоровье является важной частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. В последнее время стало ясно, что проблема репродуктивного здоровья подростков и молодежи вышла за рамки здравоохранения и требует взаимодействия системы здравоохранения, образования, социальной защиты, общественных организаций, СМИ и других структур, работающих с подростками и молодежью. Необходимо учитывать потребности и права подростков и молодежи на получение своевременной информации для сохранения их репродуктивного потенциала.

Цель работы: изучить репродуктивную установку молодежи и их отношение к сохранению репродуктивного потенциала. Методы: в 2008 году, перед декадой

“Репродуктивное здоровье молодежи – золотой фонд нации”, проведен социологический опрос 2100 студентов первых курсов трех ВУЗов города Владивостока.

Результаты: средний возраст респондентов составил от 17 до 20 лет. Большинство 41,5% юношей и 50,8% девушек считают, что создавать семью лучше в возрасте от 23 до 25 лет.

Сексуальный дебют имели 69,6%, приемлемым возрастом для начала сексуальных отношений считают 16-17 лет – 47,8% юношей и 47,3% девушек.

Доля девушек, использующих современные методы контрацепции от нежелательной беременности, остается крайне низкой. Для этого существуют, по мнению опрошенных, различные препятствия – отрицательное влияние противозачаточных средств, сложность их использования, желание сохранить тайну интимных отношений от родственников, недостаточная информированность по вопросам контрацепции.

Вместе с тем, необходимость в контрацепции была у 51,9% опрошенных, осведомленность о современных средствах контрацепции имели 53,03%. Откуда получают информацию о современных методах контрацепции студенты?

Основные источники, откуда молодежь получала информацию о культуре семейных отношений – на первом месте от родителей 28,2%, на втором – от медицинских работников 19,9%, на третьем – средства массовой информации 12,9%.

Особенно печально, что за аборт, как исход беременности высказались 19,3% девушек и только 24,5% девушек при сексуальном дебюте использовали какие-либо контрацептивные средства и методы.

Темы по сохранению своего здоровья, которые волнуют молодежь, были разнообразными – вопросы эффективной контрацепции, аборт и их последствия, профилактика ЗППП, ВИЧ инфекции, онкологических заболеваний половых органов.

Вывод: о необходимости создания Центра добровольного отношения к молодежи в Приморском крае высказались 98,8% студентов.

Это еще раз подтверждает необходимость в своевременном информировании молодежи по проблемам репродуктивного здоровья и повышении их ответственности за собственное здоровье.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА С АНТИАНДРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Набока М.В., Иванюк В.Н.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом №1», Омск, Россия

С целью определения антиандрогенного эффекта комбинированного орального контрацептива «Ярина» в лечении угревой болезни нами оценены результаты ведения 37 пациенток в возрасте от 17 до 33 лет. Проявления угревой болезни соответствовали первой и второй степени тяжести. Длительность терапии со-

ставила 6 месяцев.

Инициальным звеном в развитии угревой болезни является наследственно-обусловленная гиперандрогения.

Гормональный фактор приводит к гипертрофии и повышению функционирования сальных желез, фолликулярному гиперкератозу в протоке сально-волосяного фолликула, активации микроорганизмов с последующим воспалением. Во второй половине менструального цикла происходит задержка жидкости, что способствует перифолликулярному отеку протоков сальных желез и приводит к обострению угревой болезни.

Для лечения угревой болезни у женщин целесообразным является назначение комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным действием. Этим требованиям соответствует препарат «Ярина», содержащий 0,03 мг этинилэстрадиола и 3 мг дросперина. Антиандрогенный эффект «Ярины» обусловлен способностью дроспирена взаимодействовать с рецепторами андрогенов по типу конкурентного ингибирования, что обеспечивает непосредственное влияние на волосные фолликулы и сальные железы, обеспечивая выраженный косметический эффект.

Материалы и методы

В исследовании были включены две группы женщин в возрасте от 17 до 33 лет с угревой болезнью первой и второй степени.

Первую группу наблюдения составили 43 женщины, в комплексное лечение которых комбинированные оральные контрацептивы не входили.

Вторую группу наблюдения составили 37 женщин с угревой болезнью, которые получали препарат «Ярина».

Препарат «Ярина» назначалась на 6 месяцев по стандартной схеме. В обеих группах пациентками применялась лечебная косметика для очищения кожи лица «Hyseac» («Uriage»), местное лечение – адапален 0,1% (дифферин гель).

Динамику количества открытых и закрытых комедонов, папул, пустул оценивали до начала терапии, спустя 3 и 6 месяцев.

Результаты.

Спустя 6 месяцев более выраженное противоугревое действие отмечено в группе женщин, получавших препарат «Ярина». В течение первых двух циклов 7 женщин отмечали головную боль, 3 – легкую тошноту. Симптомы прекратились к третьему циклу приема препарата, отмены препарат «Ярина» не потребовалось.

К концу курса лечения препарат «Ярина» у 19 пациенток наблюдали полный регресс как воспалительных, так и невоспалительных элементов. У 14 женщин отмечено значительное улучшение (регресс акне на 70-80%), у 4 – умеренное улучшение (регресс акне на 50%).

В целом по группе:

- до начала лечения количество открытых комедонов составляло $28 \pm 5,6$; через три месяца $14,2 \pm 1,4$; через шесть месяцев $5,8 \pm 1,5$.
- количество закрытых комедонов до начала лечения – $25 \pm 3,2$; через три месяца – $12,2 \pm 2,1$; через шесть месяцев – $6,0 \pm 1,0$.

- количество папул до начала лечения – $32 \pm 4,6$; через три месяца – $14,4 \pm 2,1$; через шесть месяцев – $3,5 \pm 0,6$.
- количество пустул в группе до начала лечения не превышало $3,5 \pm 0,5$; через три месяца – $1,2 \pm 0,2$; через шесть месяцев пустул не было.

В первый цикл применения препарата «Ярина» 23 пациентки отмечали ухудшение состояния кожи лица.

В группе пациенток, не получавших комбинированные оральные контрацептивы, полного регресса не наблюдалось. В целом по группе уменьшение числа воспалительных и невоспалительных элементов и динамика регресса акне ниже, чем в группе получавших препарат «Ярина».

Заключение:

Комбинированный оральные контрацептив «Ярина» с антиандрогенной активностью является препаратом выбора в комплексной терапии угревой болезни у женщин.

Препарат «Ярина» отличается высокой терапевтической эффективностью, хорошей переносимостью, может быть рекомендован для лечения в течение минимум шести месяцев.

Регресс акне наблюдается на 3-4 месяце лечения.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Нарзуллаева Е.Н., Джаборова Н.С.

НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии,
Душанбе, Таджикистан

Среди проблем современного акушерства преэклампсия по социальной и медицинской значимости занимает одно из первых мест и, несмотря на успехи в области лечения, относится к ведущим причинам материнской и перинатальной смертности.

Цель нашего исследования: состоит в комплексной оценке течения исходов беременности родов и изучении частоты и структуры перинатальных исходов.

Материал и методы исследования: Обследовано 90 женщин I группа – 30 женщин с преэклампсией, в лечении которых применялись препараты пролонгированного действия амлодипина бесилат (норваск) по 5, 10 мг в сутки. II группу – 60 женщин с преэклампсией, в лечении которых применялись препараты короткого действия нифедипин по 10 мг 2-3 раза в день

Результаты исследования и их обсуждение: В ходе проведенного исследования в I группе обследуемых женщин тяжелая преэклампсия выявлена в 80%, умеренная преэклампсия 13,3% и у 6,6% хроническая гипертензия. Во II группе обследованных тяжелая преэклампсия составила 66,7%, умеренная преэклампсия – 30%. Хроническая гипертензия 3,3%. Возраст беременных варьировал от 19 до 42 лет.

При обследовании двух групп получавших гипотензивную терапию мы получили следующие данные: ведущее место среди экстрагенитальных заболеваний в обеих группах занимает заболевание мочевыдели-

тельной системы – 36,5% и 38,6%. Анемия как I группе, так и во II остается на одинаковом уровне и составляет 18,3% и 18,4%, острые респираторные вирусные инфекции – 15,4% и 17,8%, заболевания эндокринной системы – 11,5% и 11,4%.

По частоте осложнений при беременности ведущее место занимает гестоз в обеих группах – 34,8% и 32,3% соответственно. Ранний токсикоз – 22,7% и 21,8%. В I группе угроза прерывания беременности составила 17,3%, а во II – маловодие – 9,3%. Остальная патология осложнений во время беременности составила не более 11% в обеих группах. Таким образом, показательными являются цифры гестоза и раннего токсикоза для усугубления патологии.

В I группе общий процент срочных родов составил 66,7% в отличие от II группы, где он составил 35,6%, что в 2 раза больше чем во II группе, соответственно процент преждевременных родов в I группе был в 2 раза ниже, чем во II группе и составил 33,3% и 62,7% соответственно. Запоздалые роды отмечались 1,7% во II группе в I группе запоздалые роды не зарегистрированы.

При исследовании исхода родов у беременных с преэклампсией в I группе 53,3% роды закончились самостоятельно, в отличие от II группы, где этот процент составил 32,2%. Процент кесарева сечения во II группе составил 59,3%, что в 2 раза выше, чем в I группе, который составил 20%. Количество вакуум-экстракций плода во II группе было значительно выше – 26,7%, чем в I группе – 8,5%.

В I группе больных леченных норваском, снижение уровня АД достигнуто в течение первых дней, причем оно снижалось плавно и стойко держалось на этих показателях, а во II группе, где лечение проводилось нифедипином, отмечалось неравномерное снижение АД, и имела тенденция к периодическим повышением его, что заставляло нас усиливать терапию.

Анализ перинатальных потерь показал, что в I группе наблюдалось антенатальная гибель плода в 2 случаях, что составило 5,7%, а во II группе – 5 случаев антенатальной гибель 7,6%, интернатальная гибель плода – 2 случая (3%), ранняя неонатальная гибель плода 10 (16,9%), поздний выкидыш – 2 случая (3%).

При изучении задержки внутриутробного развития плода ЗВУР I степени в I группе составила 33,3%, а во II группе – 25,4%. Во II группе ЗВУР II степени составила 30,5%, в I группе в 3 раза меньше – 9%. Также ЗВУР III степени отмечена значительно выше во II группе – 16,9%, чем в I группе – 3%.

При анализе данных частоты заболеваемости новорожденных на 1 место в I и во II группе выходит синдром нервно-рефлекторного возбуждения (СНРВ) – 36,4% и 37,2% соответственно. Во II группе детей синдром дыхательных расстройств различной степени тяжести значительно выше, чем в I группе (25,4% и 3%, соответственно). Также отмечается высокий процент перинатальной энцефалопатии во II группе в 3 раза выше, чем в I группе и составляет 10,2% и 3% соответственно.

При изучении частоты поражений центральной нервной системы у новорожденных в обследуемых группах получены следующие данные поражение ЦНС тяжелой и средней степени тяжести во II группе их показатель значительно выше, чем в I группе, что

составляло по 17 случаев с частотой 28,8±5,9, а легкой степени 11 случаев – 18,6±5,0%. Однако в I группе поражение ЦНС тяжелой степени встречалось в 2 случаях с частотой 6,1±4,2, а легкая и средняя степень поражения ЦНС встречалась в 7 случаях – 21,2±7,1.

Таким образом: Медикаментозная терапия преэклампсии препаратами пролонгированного действия способствуют плавному стойкому снижению артериального давления, что положительно влияет на показатели гемодинамики, что имеет существенное значение при решении вопроса о возможности дальнейшем пролонгировании беременности, а также способствует перинатальной заболеваемости и смертности.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

**Нафтулович Р.А., Ящук А.Г.,
Масленников А.В., Саниева С.М.**

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, отделение гинекологии №2 МКБ№8, Уфа, Россия

В России постгистерэктомический пролапс гениталий (ПГЭПГ) возникает в 4,5-14,2% случаев. Среди этиологических факторов развития заболевания особо выделяется существенная несостоятельность связочного аппарата матки и тазового дна на фоне недостаточности (дисплазии) соединительной ткани (ДСТ). Заболевание, протекающее на фоне ДСТ, в том числе ПГЭПГ, имеют отличительные особенности в клинических проявлениях, требуют дифференцированного, индивидуализированного лечебно-диагностического подхода в связи с широким спектром сопутствующих нозологий, основным звеном патогенеза которых является генерализованная дисфункция соединительной ткани. В этом свете актуальной задачей является изучение сопутствующих ПГЭПГ экстрагенитальных проявлений ДСТ, игнорирование которых может привести к неудовлетворительным результатам лечения в связи с существенным преформированием процессов адаптации пациентки.

Нами была обследована 41 пациентка, обратившаяся за помощью в Центр реконструктивно – пластической гинекологии Республики Башкортостан по поводу пролапса гениталий после гистерэктомии (основная группа). В качестве контрольной группы по тому же алгоритму было проведено обследование группы женщин, перенесших гистерэктомию, у которых в последствии не отмечалось признаков ПГЭПГ (n=20). При обследовании больных использовались общепринятые клинические методы: изучение жалоб, анамнестических данных, общий и гинекологический осмотры, соматометрия, общеклинические лабораторные анализы. Определение степени выраженности дисплазии соединительной ткани осуществлялось по шкале Смольновой Т.Ю. (1999).

При обследовании женщин основной группы были выявлены различные признаки ДСТ. По шкале степени выраженности ДСТ Смольновой Т. Ю. (1999) больные распределились следующим образом: пациентки с легкой (маловыраженной) степенью ДСТ – 11 (26,9%) человек, средняя (умеренно выраженная) степень ДСТ диагностирована у 13 (31,7%), тяжелая (выраженная) степень ДСТ – у 17 (41,4%) пациенток.

Астеническое телосложение имели 6 (14,6%) женщин, из них 5 – с тяжелой степенью ДСТ. Нормостеническое телосложение отмечено у 33 (80,4%): 9 (21,9%) с легкой степенью ДСТ, 11 (26,9%) – с умеренно выраженной степенью, 13 (31,7%) – с выраженными проявлениями ДСТ. Среди пациенток с гиперстеническим телосложением – по 1 (2,4%) случаю легкой и средней степени ДСТ. Достоверных различий с контрольной группой не выявлено ($p=0,682$).

Слабость связочного аппарата в виде вывихов суставов имели 24 (57,1%) больных. Единичный случай вывиха в анамнезе имели 10 (23,8%) пациенток, из них 5 (11,9%) – с выраженными проявлениями ДСТ. Повторный вывих одного сустава или единичный случай вывиха двух разных суставов отмечены у 4 (9,5%) женщин, из них 3 (7,2%) – с умеренными проявлениями ДСТ. Привычный вывих сустава имели в анамнезе 10 (23,8%) пациенток, из них 7 (16,7%) – с тяжелой степенью ДСТ. Статистических различий по наличию вывихов в анамнезе в группах женщин с ПГЭПГ и группы контроля не выявлено ($p=0,642$). Синдром гипермобильности суставов отмечен у 17 (41,4%) женщин основной группы, причем 11 (26,9%) имели тяжелую степень ДСТ. Искривление позвоночника по типу кифосколиоза, сколиоза, лордоза наблюдалось у 28 (66,7%) больных, причем у 12 (28,6%) из них отмечена тяжелая степень выраженности ДСТ. При сравнении групп пациенток по данному признаку выявлено различие, близкое к достоверному ($p=0,048$). Уплотнение сводов стопы выявлено у 23 (54,8%) женщин, планируемых на гистерэктомию, из них 12 (28,6%) с выраженными проявлениями ДСТ. По данному признаку различий между группами не выявлено ($p=0,767$).

Нарушение рефракции в возрасте до 40 лет отмечали 30 (71,4%) больных основной группы, что можно объяснить несостоятельностью связей оптической системы глаза. Варикозная болезнь и геморрой отмечены у 33 (78,6%) больных, причем почти у трети из них (13 (31%)) проявления ДСТ были выраженными. В группе женщин с ПГЭПГ грыжи различной локализации в анамнезе имели 14 (33,4%) человек, из них у 8 (19,1%) отмечалась тяжелая степень ДСТ. По локализации преобладали пупочные грыжи – 7 (16,7%) случаев, чаще отмечаемые у больных с выраженными проявлениями ДСТ. Спланхноптоз отмечен у 12 (28,6%) пациенток основной группы, в частности нефроптоз выявлен у 8 (19,1%) женщин, гастроптоз имели 4 (9,5%) пациенток, двое из них с выраженными проявлениями ДСТ.

Таким образом, все пациентки с ПГЭПГ имели пёструю картину соматической экстрагенитальной патологии, среди которой преобладали поражения связочно – суставного аппарата опорно – двигательной системы, опорно – фиксирующего и стромального компонентов внутренних органов, при этом тяжесть экстрагенитальной патологии напрямую зависела от тяжести ДСТ.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ОСТЕОПЕНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРЕХОДНОМ ПЕРИОДЕ И РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Невмержица Я.И.¹, Кравченко П.З.²,
Хамошина М.Б.³

Курс акушерства и гинекологии ФПК и ППС, Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия¹

Кафедра «Финансы и кредит» Тихоокеанского государственного экономического университета, Владивосток, Россия²

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Российский университет дружбы народов, Москва, Россия³

Несмотря на достаточную изученность факторов риска развития остеопороза (ОП), четких критериев формирования контингентов индивидуального риска снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) до стадии остеопении в настоящее время не существует. Между тем поздняя диагностика остеопенического синдрома существенно удорожает лечение, его основной целью становится профилактика патологических переломов. У женщин в климактерии это еще и резко снижает лечебно-профилактические возможности гормонотерапии. В современной литературе практически отсутствуют публикации, посвященные прогнозированию риска остеопении у женщин в климактерии с использованием математического моделирования. С целью оптимизации формирования контингентов риска развития остеопенического синдрома изучен вклад факторов, рекомендованных для скринингового обследования населения на ОП (анкета-опросник Всероссийского федерального центра остеопороза, тест «Одна минута» Международного фонда остеопороза), в формирование вероятности наличия остеопенического синдрома у женщин 45-60 лет, находящихся в переходном периоде и ранней постменопаузе. Проведена математическая обработка массива данных, полученных в статистической совокупности ($n=300$), сформированной из 595 обследованных женщин методом случайного отбора. Обследование включало: анкетный опрос о наличии 44 заведомо доказанных факторов риска ОП; определение уровня общего и ионизированного кальция крови; ультразвуковую денситометрический скрининг; двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию; определение уровня остеокальцина, С-терминального телопептида коллагена 1 типа и паратормона в сыворотке крови. Чувствительность (доля лиц с положительным результатом теста среди больных) используемых скрининговых тест-опросников у женщин 45-60 лет составила для всего остеопенического синдрома 66,2-69,0%, для остеопении – 60-63,3%, специфичность (доля лиц с отрицательным результатом теста среди всех здоровых) – 46,7-51,3%. Для статистической обработки использовали дискриминантный и многомерный методы анализа, в ходе которого рассчитывали «вес» факторов («коэффициент важности» их свойств среди других свойств – α_i). Оценки статистических расчетов проводились с пороговым уровнем достоверности не ниже

95% ($p=0,05$). Для проведения критериальных оценок использовались различные модификации t-критерия. Общий вид дискриминантной функции, позволяющей определить вероятность наличия у обследуемой женщины остеопенического синдрома, выразили уравне-

$$d_{bs} = \left\{ \sum_{i=1}^{i=n} \left(\frac{x_{ib} - x_{is}}{\sigma_i} \right)^2 \alpha_i^2 \right\}^{\frac{1}{2}}$$

нием: α_i – «вес» (коэффициент важности) i -го свойства (фактора риска) соответственно для объектов b (больной) и s (здоровый); σ_i – среднее квадратичное отклонение по всей исследуемой выборке значений; x_{ib}, x_{is} – обозначения i -го свойства (фактора риска) соответственно для объектов b (больной) и s (здоровый); α_i – «вес» (коэффициент важности) i -го свойства среди других свойств. В связи с разнонаправленным характером воздействия различных факторов (положительный или отрицательный), в качестве окончательной формулы использовали модификацию:

$$d_{bs} = \left\{ \sum_{i=1}^{i=n} \left(\frac{x_{ib} - x_{is}}{\sigma_i} \right)^2 \alpha_i^2 \right\}^{\frac{1}{2}} - \left\{ \sum_{j=1}^{j=m} \left(\frac{x_{jb} - x_{js}}{\sigma_j} \right)^2 \alpha_j^2 \right\}^{\frac{1}{2}}$$

В результате многомерного статистического анализа из 44 исследуемых факторов риска были выделены 12 предикторов, определяющих вероятность наличия у женщины 45-60 лет остеопенического синдрома. Наиболее значимые b – вклады (оценки весов – a_i) установлены для факторов: наличие сахарного диабета (-0,12); наличие деформирующего остеоартроза (0,13); прием антацидных препаратов (0,11); наличие переломов в анамнезе (-0,16); возраст менархе (-0,12); длительность естественной или хирургической менопаузы (-0,48); количество беременностей (-0,08); длительность ежедневной ходьбы пешком (0,11); цвет глаз (-0,11); ежедневное потребление молока и молокопродуктов в возрасте 25-50 лет (0,06); злоупотребление алкоголем (0,06) и гипокальциемия (0,05). На основании полученных данных была разработана удобная для применения диагностическая шкала, позволяющая путем анкетирования женщины определить индивидуальный риск наличия остеопенического синдрома на основе суммарной балльной оценки значений его предикторов (низкий – менее 13 баллов, средний – 13-22 балла, высокий – 23-100 баллов). Предложенный способ прогноза был валидизирован ($n=750$) в общей лечебной сети Приморского края и Сахалинской области в 2004-2008 гг., чувствительность теста для снижения МПКТ на стадии остеопении составила 89%, специфичность – 85%, что превысило аналогичные показатели для тест-опросников, используемых для скрининга на ОП, соответственно в 1,3 раза ($p<0,05$) и 1,7 раза ($p<0,01$).

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАТРЕКСАТА

Нестеров Ф.В., Холодков В.А., Попова А.Х.,
Могеладзе Н.О., Греков Е.Н.

Россия, г.Курган, МУЗ Городская больница №2

Актуальность: Эктопическая беременность до настоящего времени является одной из важных проблем в современном акушерстве и гинекологии. Нидация плодного яйца в перешеечной и шеечной области матки является грозным осложнением беременности, приводящим к потере органа и инвалидизации женщин в детородном возрасте. К счастью, частота этой патологии не превышает 0,1% , но в последнее время отмечена тенденция к неуклонному ее росту во всем мире. По локализации, нидация плодного яйца возможна, в перешеечной области или непосредственно в шейке матки на всем протяжении цервикального канала, чаще в его верхней трети. В развитии эктопической беременности с прикреплением плодного яйца в шейке матки можно выделить: стадию прогрессирования и стадию прерывания беременности. Клинические проявления в виде мажущих кровянистых выделений характерны для прерывающейся беременности.

Материал и методы исследования: нами в 2008-2009 году проведено лечение 4-х женщин в условиях гинекологического отделения с установленным диагнозом эктопическая шеечно-перешеечная беременность. При изучении репродуктивной функции одна пациентка была первобеременная, трое имели роды. Все больные были заинтересованы в сохранении репродуктивной функции. Возраст больных составил от 18 до 35 лет.

Диагноз шеечно-перешеечной беременности установлен, в период ее прогрессирования до 5 недельного срока беременности, с помощью УЗ-сканирования абдоминальным и вагинальным датчиком. Глубина инвазии плодного яйца в толщину стенки не превышала 5-7 мм. Всем пациенткам определен уровень ХГЧ и ТБГ, который соответствовал сроку гестации.

Для лечения использовался метатрексат в дозе 50 мг, в виде подслизистого введения в цервикальный канал непосредственно к месту локализации плодного яйца под визуальным контролем абдоминального ультразвукового исследования, повторное введение этой же дозы препарата потребовалось при прогрессировании беременности, подтвержденном УЗИ через сутки (у 2-х пациенток).

Полученные результаты: у всех пациенток удалось добиться регрессирования и рассасывания плодного яйца к 14-у дню с момента лечения, хирургическое удаление плодного яйца не проводилось. Уровень снижения ХГЧ и ТБГ отмечен на 3-и сутки от начала лечения. УЗИ при выписке из стационара не выявило наличия плодного яйца в шеечно-перешеечной области.

У всех пациенток сохранена детородная функция, одна пациентка завершила последующую беремен-

ность спонтанными родами, 2-е пациентки в настоящее время успешно вынашивают маточную беременность.

Выводы: применение метатрексата в лечении эктопической беременности с nidацией плодного яйца в шеечно-перешеечной области позволяет сохранить детородную функцию женщинам. При использовании рекомендуемого метода лечения, необходимо учитывать глубину инвазии плодного яйца в стенку шейки матки или перешеечную область, которая

не должна превышать 5-7 мм, при сроках гестации не более 4-5 недель. При успешном лечении эктопической беременности, в качестве реабилитации считаем целесообразным использование КОК на 3-6 месяцев.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Никитин Н.И., Кулавский В.А., Симакова Е.Л.

Россия, Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время, патология шейки матки остаётся одной из самых актуальных проблем в современной гинекологии. Несмотря на многочисленные успехи в их диагностике и лечении, заболевания подобной локализации продолжают составлять значительный удельный вес в структуре общей гинекологической заболеваемости (16-28%). Это объясняется не только разнообразием патологических состояний шейки матки, но и потенциальным риском их злокачественной трансформации. Многообразие клинико-морфологических особенностей шейки матки и влагалища встречается не только при различных состояниях репродуктивной системы, но и в разные возрастные периоды жизни женщины. Доступность для изучения, цитоморфологическая уникальность шейки матки формируют интерес постоянного научно-диагностического поиска в выборе наиболее эффективных методов лечения. В настоящее время предложено несколько хирургических методов лечения патологии шейки матки. Среди них собственно хирургический, диатермохирургия, радиоволновое и лазерное излучение, криодеструкция, химические коагулянты и аргоноплазменная коагуляция.

Цель исследования: оценить эффективность аргоноплазменной коагуляции при лечении различных патологических состояний шейки матки.

Результаты исследования и обсуждение. В нашей клинике для лечения различных заболеваний шейки матки успешно применяют метод аргоноплазменной коагуляции. Это метод монополярной высокочастотной хирургии, при котором энергия высокочастотного тока передается на ткань без контакта, с помощью ионизированного газа аргона. При обдуве электрода аргоном и одновременной подаче высокочастотного электрического тока образуется факел аргоновой плазмы. Посредством этой плазмы энергия тока высокой частоты передается на ткань, вызывая её локальный нагрев и коагуляцию, при этом коагуляция происходит бесконтактным способом. Аргоновая плазма всегда образуется между наконечником зонда и участком ткани с наименьшим сопротивлением. Поскольку

при аргоноплазменной коагуляции происходит высушивание ткани, то сопротивление её возрастает и струя аргоновой плазмы автоматически отклоняется на участки с наименьшим сопротивлением, таким образом, достигается равномерная коагуляция всего обрабатываемого участка.

Достоинства метода: бесконтактное воздействие, быстрый и эффективный гемостаз на больших площадях, абляция тканей и опухолевых органов, глубина абляции от 0,5 до 3 мм, что существенно снижает риск повреждения и перфорации соседних органов, отсутствие обугливания тканей, отсутствие задымленности и запахов. За 2007-2008 гг. было пролечено 389 пациенток в возрасте от 18 до 55 лет. Средний возраст составил $36 \pm 1,2$ лет. В исследуемой группе у 202 пациенток (52%) в анамнезе роды, 3 и более выскабливания полости матки по поводу различных заболеваний. Всем пациенткам было проведено следующее обследование; общий анализ крови, мочи, анализ мазка на флору, цитологическое исследование мазка, бакпосев из цервикального канала, исследование крови на сифилис, гепатиты и ВИЧ-инфекцию, обследование на заболевания передающиеся половым путем методом ПЦР-диагностики, кольпоскопия. На первом этапе проводилось лечение воспалительных процессов (бактериального вагиноза, кольпита), коррекция гормональных нарушений. В 11 случаях были выявлены признаки папилломавирусной инфекции, 4 случая герпетической инфекции. Проводилось специфическое противовирусное лечение, коррекция иммунных нарушений. Структура заболеваемости составила: псевдоэрозии - 143 пациентки (37%), лейкоплакии - 116 пациенток (29,8%), рубцовая деформация шейки матки - 34 пациентки (8,7%), эрозированный эктропион - 84 пациентки (21,6%), дисплазия 1 степени - 12 пациенток (3,9%). В случае псевдоэрозии проводилась аргоноплазменная абляция эктропированного участка: при лейкоплакии, эктропионе, рубцовой деформации и дисплазии шейки матки проводилась эксцизия с аргоноплазменной абляцией раневой поверхности. Развившиеся осложнения: кровотечение во время отторжения струпа - 3 случая (0,7%), проводилась повторная аргоноплазменная коагуляция, рецидив заболевания - 1 случай (0,25%). Сроки полной эпителизации составили от 12 до 45 дней. Эффективность метода аргоноплазменной коагуляции по нашим данным составила 96,75%. Таким образом, проведенный анализ проделанной работы позволяет оценить метод аргоноплазменной коагуляции как высокоэффективный и предложить к применению для лечения различных заболеваний шейки матки у женщин всех возрастных групп.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Никитин Н.И., Кулавский В.А., Симакова Е.Л.

Россия, Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время, патология шейки матки остаётся одной из самых актуальных проблем в современной гинекологии. Несмотря на многочисленные успехи в

их диагностике и лечении, заболевания подобной локализации продолжают составлять значительный удельный вес в структуре общей гинекологической заболеваемости (16-28%). Это объясняется не только разнообразием патологических состояний шейки матки, но и потенциальным риском их злокачественной трансформации. Многообразии клинико-морфологических особенностей шейки матки и влагалища встречается не только при различных состояниях репродуктивной системы, но и в разные возрастные периоды жизни женщины. Доступность для изучения, цитоморфологическая уникальность шейки матки формируют интерес постоянного научно-диагностического поиска в выборе наиболее эффективных методов лечения. В настоящее время предложено несколько хирургических методов лечения патологии шейки матки. Среди них собственно-хирургический, диатермохирургия, радиоволновое и лазерное излучение, криодеструкция, химические коагулянты и аргоноплазменная коагуляция.

Цель исследования: оценить эффективность аргоноплазменной коагуляции при лечении различных патологических состояний шейки матки.

Результаты исследования и обсуждение. В нашей клинике для лечения различных заболеваний шейки матки успешно применяют метод аргоноплазменной коагуляции. Это метод монополярной высокочастотной хирургии, при котором энергия высокочастотного тока передается на ткань без контакта, с помощью ионизированного газа аргона. При обдуве электрода аргоном и одновременной подаче высокочастотного электрического тока образуется факел аргоновой плазмы. Посредством этой плазмы энергия тока высокой частоты передается на ткань, вызывая её локальный нагрев и коагуляцию, при этом коагуляция происходит бесконтактным способом. Аргоновая плазма всегда образуется между наконечником зонда и участком ткани с наименьшим сопротивлением. Поскольку при аргоноплазменной коагуляции происходит высушивание ткани, то сопротивление её возрастает и струя аргоновой плазмы автоматически отклоняется на участки с наименьшим сопротивлением, таким образом, достигается равномерная коагуляция всего обрабатываемого участка.

Достоинства метода: бесконтактное воздействие, быстрый и эффективный гемостаз на больших площадях, абляция тканей и опухолевых органов, глубина абляции от 0,5 до 3 мм, что существенно снижает риск повреждения и перфорации соседних органов, отсутствие обугливания тканей, отсутствие задымленности и запахов. За 2007-2008 г.г. было пролечено 389 пациенток в возрасте от 18 до 55 лет. Средний возраст составил $36 \pm 1,2$ лет. В исследуемой группе у 202 пациенток (52%) в анамнезе роды, 3 и более выкидыша, полости матки по поводу различных заболеваний. Всем пациенткам было проведено следующее обследование; общий анализ крови, мочи, анализ мазка на флору, цитологическое исследование мазка, бакпосев из цервикального канала, исследование крови на сифилис, гепатиты и ВИЧ-инфекцию, обследование на заболевания передающиеся половым путем методом ПЦР-диагностики, кольпоскопия. На первом этапе проводилось лечение воспалительных процессов (бактериального вагиноза, кольпита), коррекция гормональных нарушений. В 11 случаях были выявлены

признаки папилломавирусной инфекции, 4 случая герпетической инфекции. Проводилось специфическое противовирусное лечение, коррекция иммунных нарушений. Структура заболеваемости составила: псевдоэрозии -143 пациентки (37%), лейкоплакии-116 пациенток (29,8%), рубцовая деформация шейки матки- 34 пациентки (8,7%), эрозированный эктропион – 84 пациентки (21,6%), дисплазия I степени – 12 пациенток (3,9%). В случае псевдоэрозии проводилась аргоноплазменная абляция эктропированного участка: при лейкоплакии, эктропионе, рубцовой деформации и дисплазии шейки матки проводилась эксцизия с аргоноплазменной абляцией раневой поверхности. Развившиеся осложнения: кровотечение во время отторжения струпа – 3 случая (0,7%), проводилась повторная аргоноплазменная коагуляция, рецидив заболевания -1 случай (0,25%). Сроки полной эпителизации составили от 12 до 45 дней. Эффективность метода аргоноплазменной коагуляции по нашим данным составила 96,75%. Таким образом, проведенный анализ проделанной работы позволяет оценить метод аргоноплазменной коагуляции как высокоэффективный и предложить к применению для лечения различных заболеваний шейки матки у женщин всех возрастных групп.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЧАРО- ЗЕТТЫ У ЖЕНЩИН, НОСИТЕЛЬНИЦ ПОЛИМОРФИЗМА PAI-I

Николаева М.Г.¹, Григорьева Е.Е.²,
Момот А.П.³, Сердюк Г.В.³

*МУЗ родильный дом №2¹, Комитет по делам
здравоохранения администрации*

г. Барнаула², Алтайский филиал ГНЦ РАМН³, Барнаул, Россия

Согласно руководству медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции (ВОЗ, 2004), носительство тромбогенных ДНК-полиморфизмов (фактор V Лейден, мутация протромбина, дефицит протеина S, недостаточность протеина C и антитромбина III) является абсолютным противопоказанием для применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Несмотря на тесную связь тромботических проявлений с дефектами фибринолиза носительство полиморфизма ингибитора активатора плазминогена I типа (PAI-I) как противопоказание для назначения КОК ранее не рассматривалось.

Цель исследования: определить риск развития тромботических осложнений при носительстве полиморфизма PAI-I на фоне приема эстрогенсодержащих контрацептивов.

Материалы и методы исследования: тестирование полимеразной цепной реакцией на мутацию фактора V Лейден [Arg506Gln], мутацию протромбина [20210 G/A], полиморфизм генов PAI-I [-675 5G/4G]. Результаты исследования были обработаны методом вариационной статистики с расчетом критерия χ^2 (кси-квадрат), доверительного интервала (CL), относительного риска (OR) для оценки непараметриче-

ских показателей групп малых выборок (пакет программ Statistica 6.0 А).

Результаты: обследовано 88 женщин фертильного возраста (28,1±3,8 года). Основную группу составили 46 пациенток (средний возраст 28,9±3,8), имеющих негативный контрацептивный анамнез. Установлено, что у 28 (60,9%) женщин, на фоне приема КОК отмечались отдельные проявления сосудистой ишемии, в том числе: у 2,2% – выпадения полей зрения, в 26,1% случаев ретикулярный варикоз, у 21,6% – мигрень и в 15,2% – боли в икроножных мышцах, не связанные с физической нагрузкой. Контрольную группу составили 42 женщины (27,2±3,7 года) с позитивным опытом приема КОК. У всех обратившихся был исключен антифосфолипидный синдром и другие гемостазиологические варианты тромбофилии. Применялись КОК второго или третьего поколения, длительность приема составляла не менее одного года.

Результаты обследования на носительство выделенных тромбогенных ДНК-полиморфизмов показали, что встречаемость последних в расчете на 1 женщину составила в основной группе – 1,2, в контрольной – 0,4 ($p < 0,001$). При этом встречаемость гетерозиготных аномалий фактор V Лейден, генов, кодирующих протромбин, полиморфизм PAI-I в контрольной группе соотносилась с частотой встречаемости вышеуказанных полиморфизмов в европейской популяции. Носительство аномальных аллелей генов в основной группе имело достоверные отличия и составило соответственно: 37,0; 43,5%; 32,6%. Наиболее важным критерием разницы явилось отсутствие в контрольной группе носительства межгенных комбинаций, тогда как у пациенток с негативным контрацептивным анамнезом они имели место в 30,4% ($p < 0,001$) наблюдений: межгенные комбинации мутаций фактор V Лейден / протромбин, и варианты ген-ген взаимодействия с PAI-I определены по 15,2% случаев.

На основании полученных результатов мы рассчитали ряд прогностических факторов развития тромботических осложнений на фоне приема КОК в выделенных генетических детерминантах при гетерозиготном носительстве: наличие полиморфизма PAI-I увеличивает риск развития осложнений на фоне приема КОК в 2,8 раза ($\chi^2=3,84$, $p=0,05$; OR=2.8, CI: 0,1-37,6; $p=0,05$). Носительство мутации фактор V Лейден в аналогичных условиях увеличивает риск развития тромботических осложнений в 20,2 раза ($\chi^2=17,09$, $p < 0,001$; OR=20.19, CI: 19,1-53,9; $p=0,05$), а носительство аномального гена, кодирующего протромбин в 3,7 раза ($\chi^2=8,61$, $p < 0,005$; OR=3.74, CI: 9,6-48,0; $p=0,05$). Аналитические расчеты явились основанием для выделения носительства полиморфизма PAI-I в «4» Категорию приемлемости КОК, наряду с носительством мутации фактор V Лейден и аномального гена, кодирующего протромбин.

Полученные нами данные, в сравнении с критериями приемлемости ВОЗ, расширяют список противопоказаний к применению эстрогенсодержащих контрацептивов. В качестве альтернативы могут быть использованы гормональные контрацептивы прогестеронового ряда (КПР), имеющие меньшее число ограничений к приему. По результатам генетического тестирования и проведенного нами клинико-анамнестического обследования, пациенток, имею-

щих абсолютные противопоказания для приема КПР, среди обследуемого контингента не выявлено.

Выводы: для женщин, выбравших гормональную контрацепцию, но являющихся носителями генетических детерминант тромбофилий (мутации фактор V Лейден, протромбина, полиморфизма гена PAI-I), исключающих использование КОК, альтернативой может служить пероральный КПР Чарозетта®, обладающий эффективностью сопоставимой с КОК. Уникальный механизм действия Чарозетты® – постоянное подавление овуляции (до 99% циклов) – отражается в высокой контрацептивной эффективности препарата. По результатам крупномасштабных клинических исследований индекс Перля Чарозетты® составил 0,14, что сравнимо с таковыми для КОК и выше чем у мини-пили.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

Озолия Л.А., Большакова О.В.,
Лапина И.А., Луценко Н.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ
ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Алиментарно-конституциональное ожирение встречается у каждой 2-3-ей пациентки с гиперплазией эндометрия. Проблема носит выраженный медико-социальный характер, так как у этих больных имеется высокий риск развития рака эндометрия на фоне гиперпластической трансформации. С целью оптимизации лечения данного контингента больных и профилактики онкологических заболеваний репродуктивной системы, нами были обследованы 100 пациенток в возрасте от 40 до 45 лет: 40 пациенток с гиперплазией эндометрия и ожирением (1-я группа); 40 – с гиперплазией эндометрия без ожирения (2-я группа) и 20 женщин без гинекологических заболеваний и ожирения (контрольная группа). Пациенткам проводили всестороннее клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее определение частоты носительства аллелей PI-AI и PI-AII гена GP-IIIa у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. Всем больным проводили гормональную терапию гестагенами (дюфастон в дозе 20-30мг/сут. с 5-го по 25-й дни менструального цикла) в течение 6 месяцев, а 20 пациенткам с ожирением назначали также препарат Мерида по 10мг/сут. Анализ полученных результатов исследования выявил, что у пациенток 1-й группы избыточная масса тела (ИМТ>25кг/м²) имела место в 44% наблюдений, ожирение (ИМТ>30кг/м²) – в 40%, резко выраженное ожирение – в 16% наблюдений. У всех пациенток имело место висцеральное ожирение (ОТ/ОБ>0,85). Почти у половины больных с гиперплазией эндометрия наследственность была отягощена по сахарному диабету 2 типа и сердечно-сосудистой патологии. Сопутствующие гинекологические заболевания (аденомиоз, миома матки, дисфункция яичников) выявлены в 48% наблюдений. При генетических исследованиях у больных с гиперплазией эндометрия

и ожирением выявлено преобладание носительства аллеля PLAI, тогда как у больных без метаболического синдрома – PLAII. Всем больным с гиперплазией эндометрия выполнена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием, в результате которого выявлена простая или сложная гиперплазия эндометрия (в 37% и 63% наблюдений соответственно) без атипии. Пациенткам проводили лечение гестагенами (дюфастон с 5 по 25 д.) в течение 6 месяцев под контролем УЗИ малого таза и цитологического исследования эндометрия. Больным, страдающим ожирением, назначали гипокалорийную диету и лечебную физкультуру, а также 20 больным (из 40) препарат меридиа в дозе 10мг утром в течение 3-6 месяцев. Меридиа (сIBUTРАМИНА гидрохлорида моногидрат) ингибирует обратный захват моноаминов и снижает потребность в пище (увеличивает чувство насыщения), увеличивает термогенез, а также воздействует на бурую жировую ткань. Через 3 месяца от начала лечения по данным УЗИ малого таза и цитологического исследования аспирата из полости матки установлено, что гиперпластическая трансформация эндометрия сохранялась у 16% пациенток с гиперплазией эндометрия без ожирения, а у больных с ожирением, которым проводили или не проводили программу на снижение массы висцерального жира – у 28 и 57% больных соответственно ($p < 0,05$). Через 6 месяцев от начала лечения признаки гиперпластической трансформации эндометрия имели 8% больных без ожирения и 38% больных с ожирением, не снижавших массы тела, тогда как среди больных, снизивших массу тела на 6-14 кг частота выявления гиперплазии эндометрия составила всего 13% наблюдений ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенные исследования, позволили нам прийти к выводу, что гиперплазия эндометрия у пациенток с ожирением в большинстве случаев является генетически детерминированной и для улучшения результатов лечения в состав патогенетической терапии, помимо гормональной терапии, необходимо включать препараты, способствующие снижению массы тела, так как гипокалорийная диета и лечебная физкультура у таких больных мало эффективна. Препарат меридиа в дозе 10мг/сут. эффективно способствует уменьшению массы тела и хорошо переносится пациентками. У пролеченных нами больных побочных эффектов на фоне проводимой медикаментозной терапии не было. Больные с гиперплазией эндометрия и ожирением подлежат длительному диспансерному наблюдению и лечению, учитывая высокий риск рака эндометрия у данного контингента больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Озолия Л.А., Лапина И.А.

Целью настоящего исследования была оценка эффективности комплексного лечения миомы матки в репродуктивном периоде.

Нами были обследованы 80 пациенток с миомой матки, из которых 40 больным (1-я группа) проводили гормональное лечение, а другим 40 пациенткам

(2-я группа) – оперативное лечение. Всем больным проводилось всестороннее клиничко-лабораторное обследование и динамическое наблюдение в течение 2-3 лет. Для консервативного лечения использовали препараты: агонисты ГнРГ (люкрин-депо), гестагены (дюфастон, «Мирена»), КОК (линдинет). Средний возраст больных 1-й и 2-й групп составил $35,2 \pm 1,5$ и $36,7 \pm 1,2$ лет соответственно ($p > 0,05$). У большинства пациенток обеих групп имела место сопутствующая гинекологическая патология: дисфункция яичников, гиперплазия эндометрия, аденомиоз. В план обследования входило изучение клинической картины заболевания, гинекологическое и лабораторное обследование, ультразвуковое сканирование органов малого таза с доплерометрией кровотока, кольпоскопия, цитологическое исследование из экзо- и эндоцервикса, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание или аспирационная биопсия эндометрия с последующим гистологическим исследованием. Размеры миоматозного узла колебались от 4 до 8 см, у большинства больных миома матки была множественной. Пациенткам 1-й группы на первом этапе лечения назначали люкрин-депо (лейпрорелина ацетат 3,75 мг) продолжительностью 3-4 мес., в дальнейшем, при отсутствии показаний для оперативного лечения, применяли КОК или гестагены (дюфастон, Мирена), с учетом заинтересованности женщины в репродуктивной функции.

После 1 месяца лечения аменорея наблюдалась у 44,8% больных, а у 45,1% пациенток отмечались скудные или умеренные кровяные выделения из половых путей. Через 3 месяца аменорею отмечали 77,0% женщин. Согласно результатам исследования, гипоэстрогенные эффекты имели место в 62,0% наблюдений, для уменьшения интенсивности которых назначали витаминотерапию, седативные препараты и/или гомеопатические средства (климадинон, климактоплан и др.). Ни в одном наблюдении не было местных реакций на введение препарата или других нежелательных эффектов в виде прибавки массы тела, повышения артериального давления, признаков андрогенизации или задержки жидкости. Через 6-8 недель от начала лечения люкрин-депо у 6 больных была выполнена миомэктомия, после которой препарат вводили еще 1-2 раза. Периоперационное введение люкрин-депо позволило коррегировать тяжелую анемию, повысить показатель резистентности маточных артерий и уменьшить интенсивность артериального кровотока в матке, что способствовало также снижению кровопотери в среднем на 25% даже при операциях со вскрытием полости матки, облегчить процесс вылушивания миоматозного узла и уменьшить площадь рубца на матке. При отсутствии оперативного лечения мы отмечали уменьшение размеров узлов в среднем в 1,5 раза. Толщина эндометрия по данным УЗИ уменьшалась в среднем на 3,5 мм. Оценка результатов исследования в течение 2-3 лет позволяет утверждать, что регресс миоматозных узлов составлял не менее 35% и не сопровождался рецидивом гиперпластического процесса ни в одном из случаев. Учитывая актуальность данной патологии для женщин детородного возраста, данный метод лечения может быть применен определенному контингенту больных.

ФАКТОРЫ РОСТА В ЭНДОМЕТРИИ В ПЕРИОД «ИМПЛАНТАЦИОННОГО ОКНА» У ЖЕНЩИН С НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКО

Ольховская М.А., Корнеева И.Е., Сухих Г.Т.

Россия, г. Москва, ФГУ НЦ АГиП
им.В.И. Кулакова Росмедтехнологий

Роль состояния эндометрия и его различных характеристик в исходах лечения бесплодия в программах ВРТ, особенно при нескольких безуспешных попытках ЭКО, всесторонне изучается.

Для осуществления оптимальных условий успешной имплантации необходима не только нормальная анатомическая структура эндометрия, но и его адекватная восприимчивость в период «имплантационного окна». Наиболее разносторонне оценить рецептивность эндометрия позволяют современные иммуногистохимические методы исследования. С их помощью можно установить характер экспрессии тех или иных веществ: рецепторов стероидных гормонов, цитокинов, факторов роста, компонентов межклеточного вещества – в биоптатах эндометрия в зависимости от фазы менструального цикла.

Процесс имплантации – сложный «диалог» между эндометрием и эмбрионом, который находится под контролем эндокринных и паракринных факторов, комплексно оценить которые в настоящее время достаточно сложно. Поэтому на данном этапе развития фундаментальной медицины интерес исследователей сконцентрирован на изучении отдельных факторов, обеспечивающих оптимальную восприимчивость эндометрия в период «имплантационного окна».

Цель исследования: оценка функционального состояния эндометрия или его восприимчивости и способности к формированию «имплантационного окна» на основании изучения характера экспрессии СЭФР (сосудисто-эндотелиального фактора роста) и ГМ-КСФ (гранулоцитарно-моноцитарного колониестимулирующего фактора роста) у женщин с безуспешными попытками ЭКО.

Материалы и методы: Исследованы образцы функционального слоя эндометрия 24 женщин, взятые на 20-24 дни овуляторного менструального цикла в период «имплантационного окна». Из них 18 женщин основной группы с неудачными попытками ЭКО в анамнезе, отсутствием мужского фактора бесплодия, отсутствием внутриматочной патологии по данным гистероскопии и патоморфологического исследования и 6 фертильных женщин репродуктивного возраста, составивших контрольную группу.

Средний возраст пациенток основной группы составил $34,8 \pm 3,7$ года при длительности бесплодия $7,5 \pm 1,2$ года, Среднее количество попыток ЭКО в основной группе исследования из расчета на пациентку составило $2,7 \pm 0,4$. В структуре причин бесплодия у пациенток основной группы превалировало трубноперитонеальное бесплодие (75,3%).

Для оценки параметров функциональной активности или восприимчивости эндометрия в период «имплантационного окна» был изучен характер экс-

прессии факторов роста VEGF и GM-CSF по данным иммуногистохимического исследования.

Результаты: В результате иммуногистохимического исследования эндометрия экспрессия маркера GM-CSF в период «имплантационного окна» практически не отличалась у женщин с безуспешными попытками ЭКО от контрольной группы фертильных женщин.

Экспрессия GM-CSF в покровном эпителии в основной группе достоверно не отличалась от показателей контрольной группы, составляя $42,8 \pm 1,6\%$ и $38,1 \pm 1,9\%$ соответственно, $p > 0,05$. Не выявлено отличий в содержании данного фактора как в эпителии шейки маточных желез основной и контрольной групп ($36,7 \pm 0,5\%$ и $36,8 \pm 0,6\%$ соответственно, $p > 0,05$), так и в эпителии тела маточных желез ($26,4 \pm 0,7\%$ и $26,2 \pm 0,8\%$ соответственно, $p > 0,05$).

В результате иммуногистохимического исследования эндометрия экспрессия маркера СЭФР в период «имплантационного окна» у женщин с безуспешными попытками ЭКО отличалась от контрольной группы фертильных женщин. Содержание СЭФР в период «имплантационного окна» у женщин с безуспешными попытками ЭКО в покровном эпителии оказалось в 3,2 раза ниже, чем в контрольной группе ($13,6 \pm 0,6\%$ и $43,8 \pm 1,2\%$ соответственно, $p < 0,001$). При исследовании эпителии шейки желез эндометрия содержание данного фактора у женщин основной группы было в 2,2 раза меньше по сравнению с контрольной группой ($12,9 \pm 0,7\%$ и $29,7 \pm 1,1\%$ соответственно, $p < 0,001$).

Содержание VEGF в эпителии тела желез у женщин основной группы также оказалось сниженным в 1,2 раза по сравнению с контрольной группой ($12,7 \pm 0,5\%$ и $15,0 \pm 0,7\%$ соответственно; $p > 0,05$).

Анализируя морфологические особенности эндометрия пациенток с безуспешными попытками ЭКО, было отмечено отсутствие тенденции к усилению экспрессии СЭФР от более глубокого гистологического слоя к более поверхностному, то есть по направлению от эпителии тела желез к эпителию шейки желез и далее к слою покровного эпителиа. В группе фертильных женщин такая тенденция отчетливо прослеживалась. Так, в шейке маточных желез уровень СЭФР оказался в 2 раза больше, чем в теле желез, в покровном эпителии – в 3 раза больше, чем в теле желез, и в 1,5 раза больше, чем в шейке желез. Полученные результаты указали на снижение уровня СЭФР во всех рассматриваемых гистологических структурах эндометрия у женщин с безуспешными попытками ЭКО.

Выводы: Эндометрий пациенток, имеющих безуспешные попытки ЭКО в анамнезе, характеризуется нормальным содержанием ГМ-КСФ и сниженным содержанием СЭФР с отсутствием тенденции к усилению экспрессии СЭФР от глубокого гистологического слоя эндометрия к поверхностному.

Снижение содержания VEGF в эндометрии можно рассматривать как маркер неполноценной функциональной активности эндометрия в период «имплантационного окна» и прогностически неблагоприятный фактор удачной реализации программ ВРТ.

Перспективы развития ВРТ связаны с совершенствованием оценки восприимчивого состояния эндометрия.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОКАЗАНИЯМ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОКТАГАМ»

Оразов М.Р., Плескановская С.А.

*Туркменистан, Ашгабат, Научно-исследовательский центр
Туркменского государственного медицинского института,
Центральный военный госпиталь МО Туркменистана*

Иммуномодулирующие свойства препаратов различного происхождения тестируют по определенной программе, отражающей практически все стороны механизмов его иммуностроительного действия (Хаитов Р.М. и др, 2000). Занимаясь на протяжении многих лет вопросами иммуномодуляции (С.А.Плескановская, 1999-2008), мы обратили внимание, что высокой информативностью относительно иммуномодулирующих свойств известных препаратов обладает инвитровое определение его влияния на иммунный ответ лейкоцитов крови на растворимые тканевые антигены (С.А.Плескановская 1999-2007). Однако нами не исследовались препараты цитокинового или иммуноглобулинового ряда. Исследование такого плана нами не найдено и в доступной литературе. Тем не менее, они представляются нам чрезвычайно важными в контексте запрограммированной иммуностроительности указанных препаратов. Поскольку препарат содержит высокоаффинные IgG и их субклассы против большого числа известных бактерий и вирусов, он способен вызвать на себя формирование иммунного ответа. Тем самым может быть запущен аутоагрессивный процесс в тканях, имеющих антигены, перекрестные с бактериальными.

Целью настоящего исследования являлся поиск объективного иммунологического критерия целесообразности назначения иммуноглобулинового препарата «Октагам».

Обследовано 25 практически здоровых женщин и 25 больных хроническим эндоцервицитом (ХЭЦ) в возрасте от 20 до 40 лет. По показаниям 10 больных ХЭЦ получали препарат «Октагам» по 1 раз в 3 дня № 3. Препарат вводили внутривенно капельно. Остальные 15 больных получали традиционное лечение помимо традиционного клинико-инструментального, бактериологического и биохимического обследования у женщин всех групп определяли иммунный ответ лимфоцитов крови на растворимые тканевые антигены (РТАГ) щитовидной железы и яичников (С.А.Плескановская, 1999, 2008). РТАГ готовили методом водно-солевой экстракции (Г.Фримель, 1978), дозировали по концентрации белка, хранили в замороженном состоянии. Полученные результаты были математически обработаны.

В результате исследования было установлено, что как у практически здоровых женщин (1 группа), так и больных хроническим эндоцервицитом, получавших (2 группа) и не получавших «Октагам» (3 группа) *in vitro* препарат значительно модулирует иммунный ответ лимфоцитов крови на РТАГ как щитовидной железы, так и яичников. Он стимулирует иммунный ответ (в 11, 17 и 13% случаев в зависимости от группы), так и угнетает (в 27, 22 и 29% случаев у женщин 2 группы и 17, 20, 16% случаев у женщин 3 группы) иммунный

ответ лимфоцитов периферической крови на антиген щитовидной железы. Практически в таком же числе случаев он модулирует иммунный ответ на антиген яичников.

Результаты исследования, на наш взгляд, свидетельствуют о необходимости осторожного назначения препарата женщинам с нарушенной фертильностью, так как стимуляция иммунного ответа лимфоцитов на антигены яичников и щитовидной железы может быть триггером аутоиммунного поражения указанных органов.

ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА

Плескановская С.А., Оразов М.Р.

*Туркменистан, Ашгабат, Туркменский государственный медицинский институт, Центральный военный госпиталь МО
Туркменистана., Ашхабад, Туркменистан*

Диагностика хронического эндоцервицита (ЭЦ), казалось бы, не представляет особой сложности. Однако, она все более запаздывает. Первичная хронизация воспалительных процессов – бич современной медицины. Существенное нарушение экологии все чаще приводит к необратимым изменениям иммунной системы организма, что и обуславливает атипичность течения патологии, затрудняет ее своевременную диагностику. Нами не найдено работ, посвященных разработке иммунологических методов диагностики и/или оценки эффективности лечения ЭЦ. Ранее нами было показано, что в периферической крови больных ЭЦ снижена численность лимфоцитов, специфически sensibilizированных к растворимому тканевому антигену яичников (Плескановская С.А., Оразов М.Р., 2008).

Целью настоящего исследования являлось определение диагностической значимости определения степени sensibilizации лимфоцитов периферической крови (ЛПК) к растворимому тканевому антигену яичников (АГЯ) и величины гранулоцитарного индекса (ГИ) при хроническом эндоцервиците (ХЭЦ).

Было обследовано 80 практически здоровых (ПЗЖ) и 50 больных ХЭЦ женщин фертильного возраста с давностью страдания от 1 до 5 лет. В динамике общепринятого лечения в условиях стационара помимо общеклинического обследования определяли степень sensibilizации лейкоцитов периферической крови (ЛПК) к АГЯ по силе иммунного ответа (ИО) на антиген *in vitro* (С.Плескановская, 1999, 2008). Результаты выражали в виде индекса sensibilizации лимфоцитов (ИСЛ). Обследование женщин обеих групп проводили во вторую фазу МЦ. Полученные данные математически обработаны при помощи прикладной компьютерной программы.

Исследования показали, что в группе практически здоровых женщин (ПЗЖ) фертильного возраста ИСЛ соответствует среднепопуляционному уровню в 81% случаев (65 из 80 ПЗЖ). У 6% (5 из 80) ПЗЖ ИСЛ был резко повышен ($p < 0.001$) и у 13% – достоверно снижен против популяционного уровня ($p < 0.01$). При

углубленном клинико-лабораторном и инструментальном обследовании женщин с высоким ИСЛ были выявлены воспалительные заболевания придатков – подострый оофорит (3 случая), аднексит (1 случай), вагинит (1 случай), цервицит (1 случай). При обследовании женщин с низким ИСЛ в 5 случаях (50%) был выявлен ХЭЦ, 2- фибромиома матки, 3- дисменорея.

Среди больных ХЭЦ низкий ИСЛ выявлен у 46 из 50 обследованных (92%), высокий – у 2 (4%) и соответствующий среднепопуляционному уровню у 2 (4%). В обеих группах обследованных женщин величина ГИ прямо коррелирует с величиной ИСЛ ($r=0.79$).

Таким образом, исследование показало, что ИСЛ и величина ГИ, на наш взгляд, могут быть реестрами выбора при постановке диагноза ХЭЦ.

РОЛЬ ГЕСТОДЕНСОДЕРЖАЩЕЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПРОТИВОРЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Оразов М. Р., Плескановская С.А.

*Туркменистан, Ашгабад, Центральный военный госпиталь
МО Туркменистана, ДТМИ*

Эндометриоз является ведущей патологией в структуре гинекологических заболеваний. Частота его колеблется по данным различных авторов от 8 до 30% (Баскаков В.П., 1998 г.)

До настоящего времени нет единого мнения об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях эндометриоза и еще более расплывчата тактика лечения (Каримова Д. Ф., Гафарова Д. Х., 2001г).

Целью исследования являлось изучение эффективности лечения гестоденсодержащим препаратом «Линдинет-20» в противорецидивизирующей терапии эндометриозом.

Материал и методы. В исследование были включены 60 женщин морфологически подтвержденными эндометриозными кистами яичников, которые в послеоперационном периоде в составе комплексной (дефибрирующей и иммуномодулирующей) терапии получали монофазный микродозированный оральные контрацептив «Линдинет-20» содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена в пролонгированном режиме (63 дня приема таблеток с последующим семидневным перерывом). Средний возраст пациенток составлял $26,0 \pm 2,0$ года. Клиническая эффективность пролонгированной гормонотерапии оценивалась на четвертом месяце применения по следующим параметрам – купирование приступов дисменореи, диспареунии и снижении выраженности синдрома хронических газовых болей, УЗИ в динамике по отсутствию рецидивов эндометриозных гетеротопий. Побочные действия данного препарата в виде межменструальных кровянистых выделений наблюдались у восьмерых пациенток.

Результаты и их обсуждение. У всех пациенток после пролонгированной терапии «Линдинет-20» устранилась дисменорея, у 52 пациенток исчезла диспареурия, у 56 – уменьшилась выраженность болевого синдрома, УЗИ-скрининг в динамике показал у всех отсутствие рецидива овариального эндометриоза.

Таким образом, монофазный гестоденсодержащий оральные контрацептив «Линдинет-20», благодаря своей высокой антипролиферативной активности, свойству подавления овуляции, антиандрогенного и антиминералокортикоидного действия на нежелательные метаболические эффекты эстрогенов является эффективным средством в комплексной противорецидивизирующей терапии овариального эндометриоза.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ВРТ

Охтырская Т.А., Яворовская К.А., Шуршалина А.В.

*Россия, г.Москва, ФГУ «Научный Центр Акушерства
Гинекологии и Перинатологии имени академика В.И.Кулакова»
Росмедтехнологий*

Актуальность:

Повышение эффективности ЭКО является актуальной медико-социальной проблемой; уделяется большое внимание как повышению качества ооцитов, эмбрионов, так и изучению роли факторов эндометрия. В настоящее время в качестве одной из причин неудачи ЭКО предполагают сбои на этапе имплантации. Об имплантационных потерях говорят в случае неудачи 2 и более попыток ЭКО при переносе в полость матки эмбрионов хорошего качества.

Имплантация эмбриона в эндометрий требует тесной связи с материнской сосудистой системой. В основе одной из причин снижения восприимчивости эндометрия и имплантационных потерь в программах ВРТ может лежать неадекватность кровотока в тканях матки.

В настоящее время для профилактики нарушений гемостаза в программах ВРТ широко используют препараты низкомолекулярных гепаринов. Однако опубликованные за последние годы систематические обзоры не позволяют сделать однозначный вывод о влиянии проводимой терапии на восприимчивость эндометрия и эффективность программ ВРТ. Выделение женщин группы риска по тромбофилии и патогенетически обоснованная профилактическая терапия в программах ВРТ позволит более четко дать ответ на вопрос о влиянии нарушений в системе гемостаза на имплантацию в программах ВРТ.

Цель исследования:

- оценить эффективность программ ВРТ у женщин с наследственными и
- приобретенными тромбофилиями;
- оценить влияние тромбофилий на состояние предимплантационного эндометрия;
- оценить эффективность программ ВРТ у женщин исследуемой группы на фоне
- профилактической антикоагулянтной терапии.

Материалы и методы исследования:

Проводится обследование женщин с неудачными попытками ВРТ на приобретенные и наследственные тромбофилии (антифосфолипидный синдром; мутации генов: 5 фактора свертывания крови, фибриногена, протромбина, МТГФР, тромбоцитарного глико-

протеина Ia и IIIa, ингибитора тканевого активатора плазминогена).

По данным полученным за 6 месяцев исследования частота встречаемости гетерозиготной мутации МТГФР составила 53,8%, гомозиготная мутация PAI-I – 30,7%, гетерозиготная мутация PAI-I – 23%, гомозиготная мутация гена фибриногена – 7,6%, гетерозиготная мутация тромбозитарного гликопротеина Ia и IIIa – 7,6%.

Среди антител к фосфолипидам наиболее часто выявлялось повышение антител к В2- гликопротеину и к кардиолипину и составило 23%.

При выявлении маркеров тромбофилии в программах ВРТ проводится профилактическая антикоагулянтная терапия.

Заключение:

Исследование и набор материала продолжается, планируется иммуногистохимическое исследование основных маркеров рецептивности предимплантационного эндометрия (α V β 3-интегрин, VEGF, HB-EGF) у женщин с наследственными и приобретенными тромбофилиями. Данные иммуногистохимического исследования помогут ответить на вопрос о возможных механизмах, лежащих в основе ранних имплантационных потерь при тромбофилиях. Планируется оценка эффективности различных схем антикоагулянтной терапии. Результат работы может быть важен при выборе индивидуальной программы ВРТ.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ТАКТИКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НАЧАЛЬНЫМ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Пашов А. И.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский Университет,
Красноярск, Россия*

Актуальной проблемой современной онкогинекологии является неуклонный рост частоты и «омолаживание» рака эндометрия (РЭ). За последние 15 лет в Красноярском крае (КК) прирост заболеваемости РЭ составил 93,1%. Зарегистрированы значительные темпы роста заболеваемости РЭ в КК у женщин до 29 лет в 9 раз, до 40 лет в 2,8 раза. Наиболее остро стоит проблема ведения больных молодого возраста, когда врачу трудно решиться на радикальную операцию. С целью определения эффективности самостоятельной гормонотерапии (СГТ), нами оценены результаты лечения 21 пациентки репродуктивного возраста с начальном РЭ. СГТ заключалась в сочетанном применении агониста гонадолиберина (Бусерелин-депо) и внутриматочного средства (ВМС) содержащего левоноргестрел (Мирена). Степень распространения опухоли оценивали по комплексу диагностических мероприятий (УЗИ в режиме ЦДК, гистероскопия (ГС) с прицельной биопсией эндометрия (ПБЭ), морфологическое исследование полученного материала). Критериями включения для проведения СГТ были: молодой возраст; морфологическое заключение – тяжелая атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) –

12 пациенток (57,1%); РЭ Ia стадии с локализацией в дне или боковых стенках матки – 9 пациенток (42,9%); высокая степень дифференцировки аденокарциномы, а также информированное добровольное согласие о планируемом лечении. Средний возраст больных составил $29,5 \pm 3,4$ года. Динамическое наблюдение осуществляли с помощью: УЗИ+ЦДК ежемесячно – 6 месяцев, затем с интервалом 2 месяца – 6 месяцев; ГС+ПБЭ или pipelle диагностику после дозы достижения эффекта, а также по завершении онкологического этапа. Чрезвычайно ответственным моментом лечения явилось достижение атрофии эндометрия, т.е. излеченности. Сроки наблюдения за пациентками составили от 1 до 4 лет. При комплексном обследовании пациенток в 100% случаев, данных за прогрессирование заболевания за время наблюдения, не получено. В 1 (4,7%) случае наступила желанная спонтанная беременность. В настоящее время беременность протекает нормально и составляет срок 33-34 недели. Таким образом, сочетанное применение агонистов гонадолиберина и ВМС содержащих левоноргестрел, является эффективным методом лечения начального РЭ у женщин репродуктивного возраста. Ввиду высокой ответственности за жизнь и здоровье пациентки, органосохраняющее лечение должно выполняться в специализированных онкологических учреждениях под строгим динамическим наблюдением.

СКЭНАР ТЕРАПИЯ ОВУЛЯТОРНОГО СИНДРОМА

Петров Ю.А., Петрова С.И.

*Кафедра акушерства и гинекологии №1, Медицинский
Университет, Ростов-на-Дону, Россия*

Овуляторный синдром нередко значительно ухудшает комфортность жизни женщин репродуктивного возраста. Лечение его недостаточно разработано, а часто и малоэффективно. В связи с этим использование нового метода лечения – СКЭНАРа представляет большой интерес. Использование формы сигнала электроимпульсного воздействия, по характеристикам, приближенным к биогенным стимулам, а также посредством постоянного изменения амплитудно-частотных параметров импульса в соответствии с индивидуальной ответной реакцией организма пациента на воздействие на основе биологической обратной связи по электрокожному импедансу называют СКЭНАР-воздействием (Зилов В.Г. и соавт., 2000). При этом изменение параметров (показателей) реакции и алгоритм (текущие и окончательные значения, циклическая смена режимов работы аппарата) позволяют анализировать состояние адаптационных возможностей отдельных органов и систем организма в целом. Разработанная с использованием указанных принципов методика лечения способствует формированию быстрого и устойчивого терапевтического эффекта при различных нозологических формах заболеваний.

Задачей работы явилась оценка эффективности СКЭНАР-терапии овуляторного синдрома. С этой целью пролечены 36 пациенток в возрасте 18-39 лет с овуляторным синдромом, который проявлялся

в виде болей внизу живота различной степени выраженности, общего недомогания, незначительных кровянистых выделений в середине менструального цикла. Длительность заболевания составляла от 1 года до 9 лет. Предпринимаемое ранее лечение не давало эффекта. Большинство пациенток принимали значительные дозы анальгетиков в дни овуляции. Обследование пациенток не выявило у них органической патологии.

Лечение проводилось СКЭНАРОм от конца менструации до начала следующей, перерыв на дни месячных и ещё 7 дней обработки. В последующем сеансы выполнялись 7 дней до и 7 дней после менструации. Всем пациенткам проведено от одного до четырех курсов лечения. Обработке подвергались зоны общего воздействия (по ходу остистых отростков и две паравerteбральные линии на расстоянии ширины электрода от позвоночника; шесть точек – места выхода тройничного нерва на лице, по три с каждой стороны; шейно-воротниковая зона и местные области (крестцово-поясничная, надлобковая, печени, надпочечников и др.). Также включали в обработку меридианы почек, печени, селезенки и поджелудочной железы. Лечение проводилось в постоянном и индивидуально-дозированном режимах с учетом признаков малой асимметрии. Процедуры выполнялись ежедневно, продолжительностью 20-30 минут.

Уже спустя один курс лечения у 11 (30,6%) пациенток овуляторный синдром практически не проявлялся, у них исчезли боли внизу живота и кровянистые выделения.

У 21 (58,3 %) женщин овуляторный синдром не выявлялся через 2 курса лечения СКЭНАРОм, у 3 (8,3 %) – спустя третий курс терапии. И лишь у одной наблюдаемой пациентки (2,8 %) потребовалось четыре курса электроимпульсного воздействия для купирования овуляторного синдрома. Дальнейшие наблюдения за пациентками в течение 8-12 менструальных циклов показало стабильный результат лечения.

Следовательно, СКЭНАР терапия овуляторного синдрома является эффективным, безопасным, легко выполнимым методом лечения.

ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ МЕТРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ С ПОМОЩЬЮ СКЭНАРА

Петров Ю.А., Савина И.И., Петрова С.И.

*Кафедра акушерства и гинекологии №1,
Медицинский Университет, Ростов-на-Дону, Россия*

СКЭНАР – аббревиатура способа воздействия на организм человека и название прибора – самоконтролирующий энергонейроадаптивный регулятор. СКЭНАР – технология – совокупность способов и методов для получения единого конечного результата взаимодействия организма пациента и прибора, создающего систему организм-прибор, направленную на активацию резервов организма, способствующим адаптационным системообразующим процессам при различных функциональных и органических проявлениях заболеваний (А.Н. Ревенко, 2004).

Известно, что обезболивающий эффект СКЭНАРА проявляется раньше остальных. В связи с этим применение аппаратов СКЭНАР показано при болях любого происхождения (травмы, воспалительные процессы, заболевания, медицинские манипуляции).

Механизм снятия боли сложный. Один из элементов его – выработка в организме человека специфических веществ (эндорфинов и др.), обладающих обезболивающим действием. Доказано, что в результате воздействия СКЭНАРА выработка их в организме увеличивается в 2-3 раза.

Целью настоящей работы явилась оценка анальгетического эффекта СКЭНАР-стимуляции при выполнении метросальпингографии.

Под наблюдением находилось 68 пациенток в возрасте 22-43 лет с бесплодием, которым проводилось исследование проходимости маточных труб. Пациентки были разделены на группы, достоверно не отличающиеся по возрасту и перенесенным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям. У 45 пациенток основной группы, у которых была аллергия на различные лекарственные препараты, при выполнении метросальпингографии для обезболивания использовался аппарат СКЭНАР. Аппаратное воздействие у пациенток основной группы проводилось в зоне прямой проекции матки за 15-20 минут до манипуляции и в течение 10 минут после неё. Применялся постоянный режим и максимальный или комфортный энергетический уровень воздействия.

У 23 пациенток контрольной группы при выполнении МСГ анестезиологического пособия или обезболивания с помощью СКЭНАРА не проводилось. Пациентки этой группы предпочитали не пользоваться лекарственным обезболиванием, так как боялись его осложнений. Интенсивность болевого синдрома оценивали сами пациентки с помощью десятибалльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) непосредственно после окончания манипуляций. При выполнении СКЭНАР-анальгезии большинство пациенток (38 – 84,4 %) (в основной группе оценили интенсивность болевого синдрома всего на 1-2 балла по ВАШ. В контрольной группе аналогичная интенсивность боли наблюдалась только у одной женщины (4,4 %), в то время как большинство пациенток (14 или 60,8%) (оценивали болевой синдром при выполнении манипуляций на 5-6 баллов (в основной группе лишь одна пациентка – 2,2%). Интенсивность болевого синдрома на 3-4 балла наблюдалась у шести (13,3 % (основной и у восьми (34,8 % (пациенток контрольной группы. Негативных последствий СКЭНАР-анальгезии не выявлено.

Таким образом, использование электронейростимуляции с целью анальгезии при метросальпингографии обеспечивает значительное снижение интенсивности болевого синдрома.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У МОЛОДЫХ

**Пигарева Л.Н., Храмова Е.Е.,
Голубев С.С., Беляева Е.В.**

Учреждение РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия

Актуальность проблемы. Патология шейки матки – одно из самых частых гинекологических заболеваний (25-45%). Частота возникновения предраковых заболеваний 10,7-38,8%. Рак шейки матки составляет 31% от всех злокачественных заболеваний женской половой сферы. В возрасте 15-40 лет рак шейки матки занимает 2-е место среди причин смерти. Вирус папилломы человека (ВПЧ) – важнейший фактор канцерогенеза шейки матки. ВПЧ высокоонкогенного риска (16,18,31,33) выявлены у 25% больных ЦИН I, у 80% больных ЦИН II, у 85-88% пациентов с ЦИН III и раком шейки матки.

Цель исследования: изучить факторы риска формирования цервикальной патологии, определить основные направления диагностики и профилактики предраковых состояний шейки матки у подростков и молодых женщин.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 96 девушек и молодых женщин от 14 до 25 лет, которые были разделены на 2 группы. 1-я группа – 50 человек с наличием высокоонкогенных типов ВПЧ, выявленных методом ПЦР-диагностики. Средний возраст 19,3 ± 0,3; 2-я группа – 46 человек, у которых не было выявлено высокоонкогенных ВПЧ, средний возраст 19,2 ± 0,3. Всем обследуемым были проведены общеклинический, бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-генетический, цитологический методы исследования, расширенная кольпоскопия.

Результаты исследования: при анализе репродуктивного поведения выявлено, что до 16 лет вступили в половые отношения 60% пациенток из 1-й группы и 57% – из 2-й группы; отношения с 2-мя и более половыми партнерами были у 52% девушек 1-ой и у 34,7% – 2-ой группы; в 1-й группе не пользовались контрацепцией 65% пациенток, тогда как во 2-й – 34%. Барьерные методы использовали только 28% обследуемых в 1-й группе и 50% – во 2-й группе. При обследовании на инфекции передаваемые половым путём (ИППП) здоровыми признаны 70% девушек из 2-й группы и только 12% – в 1-й группе. Количество выявленных ИППП в 1-й группе было значительно больше, чем во 2-й и составило: кандидоз – 27% и 12%; трихомоноз – 12% и 1%; хламидиоз – 38% и 6% соответственно. Курящие пациентки составили 50% в 1-й и 18,5% во 2-й группе. Кольпоскопическая картина в 1-й группе распределилась следующим образом: возрастная норма – 20%, цервицит – 46%, атипические кольпоскопические образования – 34%. Во 2-й группе возрастная норма была выявлена у 67,3%, цервицит – у 30,4%, атипическая кольпоскопическая картина – у 8% обследуемых. Цитологическое исследование выявило изменения, характерные для вирусной инфекции у 40% пациенток 1-й группы и у 8% в этой же группе –

атипию 1-2 степени, тогда как во 2-й группе таких признаков зафиксировано не было.

Выводы: факторами риска формирования патологии шейки матки являются высокая распространённость ВПЧ и других ИППП, чему способствует раннее начало половой жизни, промискуитет, неиспользование средств контрацепции. Для ранней диагностики предраковых заболеваний шейки матки у подростков и молодых женщин необходимо использовать все доступные методы: цитологию, тестирование на ВПЧ, кольпоскопию. Повышение уровня образованности подростков, ориентация их на здоровый образ жизни – одно из направлений в профилактике рака шейки матки.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Подонина Н.М., Уткин Е.В.,
Прокопьева А.А., Руденко Ю.П.**

МУЗ ГКБ №2, Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово, Россия

В последние годы был отмечен значительный рост числа деструктивных форм воспалительных заболеваний придатков матки (ВЗПМ) [В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, 2001; R.L. Sweet, 2006]. Указанную патологию в подавляющем большинстве случаев относят к смешанным полимикробным инфекциям [С.Л. Haggerty, R.V. Ness, 2008]. Однако каждое новое десятилетие вносит существенные коррективы во многие установившиеся представления о причинах факторах ВЗПМ и, соответственно, о принципах их рациональной антибактериальной терапии.

Целью настоящей работы явилось установление этиологической структуры современных гнойных ВЗПМ на региональном уровне.

Материалом для микробиологического исследования являлось отделяемое цервикального канала и влагалища женщин с гнойными ВЗПМ, получавших стационарное лечение в отделении гинекологии МУЗ ГКБ №2 г. Кемерово. Было обследовано 47 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст которых составил $M \pm m = 28,3 \pm 2,0$.

Количественное содержание выделяемых микроорганизмов определяли как среднюю концентрацию колониеобразующих единиц – КОЕ в 1 мл. отделяемого. Идентификацию микрофлоры проводили путем изучения морфологических культуральных, биохимических свойств с использованием для анаэробов тест-систем ANAEROtest-23 (MIKROLA-test Чехия).

При поступлении в стационар все пациентки жаловались на боли различной интенсивности в нижних отделах живота и на общую слабость. Средняя температура тела составила $37,3 \pm 3,0^\circ \text{C}$. По результатам объективного исследования у 4 женщин были диагностированы гнойные tuboовариальные образования, у 4 – гнойный сальпингит и пельвиоперитонит, у 18 – обострение хронического метроэндометрита и двухстороннего аднексита и у 25 – гнойный сальпингит.

Обращает внимание, что большинство (22) из женщин обследованной группы использовали барьерные методы контрацепции и только 4 – применяли внутриматочные контрацептивы (ВМК).

При проведении микробиологических исследований у этих больных наиболее часто (63,8%) определялись ассоциации от 2 до 5 условно-патогенных микроорганизмов. При этом в большинстве случаев (40%) определялись аэробно-анаэробные, в 33,3% – аэробно-аэробные и в 26,7% – анаэробно-анаэробные ассоциации. Анаэробная индигенная микрофлора – лактобациллы и бифидобактерии определялись с частотой 74,5% и 36%, что соответствует нормальному показателю. Однако, концентрация этих бактерий (5 lgКОЕ/мл и 4 lgКОЕ/мл) оказалась на несколько порядков ниже показателей здоровых женщин. Из индигенной аэробной микрофлоры выделялись коагулазоотрицательные стафилококки (*S. capitis*, *S. epidermidis*, *S. cohnii*, *S. xylois*, *S. simulans*) и коринебактерии в значительно меньших титрах, чем у здоровых женщин.

Наиболее часто (41,7%) в составе аэробно-анаэробных ассоциаций встречались *Gardnerella vaginalis* и *Enterococcus* (гемолитический), в 33,3% случаев – *Bacteroides*, в 25,0% – *Candida albicans*, в 16,7% – *Actinomyces*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Enterobacteriaceae*. Помимо этого, в составе аэробно-анаэробных ассоциаций определялись также: *Staphylococcus aureus*, *S. capitis* (гемолитический), *S. hyicus* (гемолитический), *S. xylois*, *Streptococcus agalactiae* (гемолитический), *Mobiluncus*, *E. coli*, *Propionbacterium*, *Fusobacterium*.

В составе аэробно-аэробных ассоциаций наиболее часто определялись *Enterococcus* (60%), в 30% случаев – *Staphylococcus epidermidis* (гемолитический), в 20% – *Candida albicans*, *E. coli* (с гемолитическими свойствами), *Enterobacteriaceae* (с гемолитическими свойствами), *Staphylococcus hyicus* (гемолитический). Кроме этого в составе аэробно-аэробных ассоциаций встречались: *Staphylococcus hominis* (гемолитический), *S. xylois* (гемолитический), *Streptococcus agalactiae* (гемолитический) и *Corynebacterium*.

Gardnerella vaginalis определялась наиболее часто (75%) и в составе анаэробно-анаэробных ассоциаций. Кроме этого, в 62,5% случаев – встречались *Bacteroides*, в 50% – *Mobiluncus*, в 25% – *Leptotrichia buccalis* и в 12,5% – *Propionbacterium* и *Actinomyces*.

Только лишь в двух случаях из 47 были обнаружены трихомонады. Следует отметить, что в большинстве случаев заболевание развилось на фоне дисбиотических состояний (бактериального вагиноза или вагинального кандидоза), что может служить косвенным свидетельством локального иммунодефицита и снижения колонизационной резистентности половой системы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее частыми возбудителями современных гнойных ВЗПМ являются условно-патогенные микроорганизмы. Именно такие заболевания отличаются затяжным рецидивирующим течением и в большинстве случаев длительное время протекают стерто. В определенной степени это связано с ростом иммунодефицитных состояний на фоне ухудшения экологической обстановки, частых стрессов, фармакологического бума с бесконтрольным применением лекарственных средств, в первую очередь антибиотиков.

ДИНАМИКА ПРОЛИФЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

¹Покуль Л.В., ²Евтушенко И.Д.,
²Жабина Е.С., ²Иванова Т.В.

Краснодарский клинический онкологический диспансер¹
Кафедра акушерства и гинекологии Сибирский государственный медицинский университет²

Проблемы уrogenитального старения у женщин в состоянии тотальной овариоэктомии и медикаментозной супрессии яичников обуславливают необходимость адекватного диагностического поиска, позволяющего направлено воздействовать на патологические звенья постовариоэктомиического синдрома.

Цель исследования: Изучить уровень маркера пролиферации Ki 67 в биоптатах влагилица женщины после проведенных хирургических и химиолучевых воздействий и оценить прогностическую значимость маркера в диагностике влагилицных атрофий.

Методы исследования: В работе представлены результаты клинического наблюдения, лабораторного и инструментального обследования 502 женщин в состоянии постовариоэктомии медикаментозного и хирургического генеза. В основную группу I (n=150 чел.) вошли пациентки, после проведенного хирургического лечения (простая, расширенная экстирпация матки с придатками по Вертгейму, Бохману). В основную II группу (n=157 чел.) включены женщины после комбинированного лечения онкопатологий. Основную группу III (n=117 чел.) составили пациентки, находившиеся в медикаментозной менопаузе после сочетанной лучевой терапии. В группу сравнения IV (n=78 чел.) вошли женщины с доброкачественными заболеваниями внутренних гениталий, получившие хирургическое лечение в объеме простой экстирпации матки с придатками.

Пролиферативная активность базальных и парабазальных слоев эпителия определялась экспрессией Ki 67 в ядрах клеток с использованием моноклональных антител производства Dako, DBS, LabVision на парафиновых с предварительной демаскировкой антигенов в ЭДТА. Проявление реакции осуществлялось системой визуализации Dako Cytomation EnVision+System-HRP (DAB). Полученные результаты оценивались по системе Allred Scoring Guideline с оценкой процента окрашенных клеток. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Biostat и Statistica.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток групп I, II, III с высокой степенью достоверности (p<0,001) ниже, чем пациенток группы IV. В I группе средний возраст составил 38,10±0,51 (σ=6,25), в группе II-38,26±0,45 (σ=5,60); в группе III 36,11±0,59 (σ=6,37) и в группе сравнения IV 42,73±0,28(σ=2,45). Анализ уровня экспрессии маркера пролиферации Ki67 в исследуемых группах обнаружил различия в средних показателях на высоко достоверном уровне. При сравнении показателей между I(M=8,28±0,229(σ=2,80)) и II(M=5,30±0,230(σ=2,945)) группами t-критерий

Стьюдента составил 9,08, т.е. $p < 0,001$; на таком же высоко достоверно уровне находились различия между группами I и III ($M=6,65 \pm 0,234 (\sigma=2,547)$), при $t=8,65$ $p < 0,001$. Определено экспрессия в группе сравнения IV ($8,45 \pm 0,278 (\sigma=2,453)$) также достоверно различалась. Экспрессия была более выражена в группе сравнения. Достоверно преобладая над группами пациенток с сочетанными лучевыми и комбинированными методами лечения: сравнение IV и II групп обнаружило t критерий 8,65, т.е. $p < 0,001$; IV и III $t=4,96$, т.е. $p < 0,001$. При этом различий не обнаружено при сравнении групп I и IV. Применение многофункционального критерия углового преобразования Фишера (ϕ^* -критерий) показало, что в группе I значительно больше пациентов с высокой экспрессией Ki67 чем в группе II и III (при $\phi^*=7,8$ и $\phi^*=4,73$ $p \leq 0,001$). Обнаружены различия при сравнении экспрессии Ki67 между группами IV и II: $p \leq 0,001$ (при $\phi^*=4,43$); IV и III: $P < 0,01$ (при $\phi^*=2,07$). Не установлено статистически достоверных различий представленности экспрессии Ki67 группах IV и I. Имеют место различия в экспрессии маркера пролиферации при сравнении групп II и III: $\phi^*=2,55$ ($p \leq 0,01$). Изучение стероидного состава плазмы крови, в частности эстрадиола позволило констатировать сниженный стероидгенез в целом по всем группам, что безусловно связано с тотальной овариоэктомией в группах I, II, IV. Но при этом имелись достоверно значимые различия при сравнении показатели периферического эстрадиола между группами III и I (при $t=2,13$ $p < 0,05$). Сравнение между группами III и II обнаружило тенденцию (при $t=1,81$ $p < 0,05$). Сравнение оказалось не достоверным в группах III и IV; I и IV; I и II – во всех сравнениях $p > 0,05$. При этом, в каждой из групп имелись респонденты с высокими показателями периферического эстрадиола плазмы крови. В группе I число таких пациентов составило 13 чел (8,6%); в группе II – 15 чел (9,5%); в группе III – 26 чел (22,2%) и в группе сравнения IV выявлено 13 чел с высокой концентрацией эстрадиола, не свойственного хирургической менопаузе, что составило 16,7%. Полученные результаты показателей эстрадиола плазмы крови и маркера пролиферации Ki67 позволили также провести корреляционный анализ с использованием r критерия Пирсона. Обнаружено наличие достоверно высокой прямой корреляционной зависимости во всех группах (при $r=0,459$; $r=0,478$; $r=0,528$; $r=0,449$ т.е. $0,05 < p < 0,01$).

Таким образом, полученные результаты исследования дают основание сделать вывод о прогностической значимости маркера пролиферации Ki67 в диагностике урогенитальных изменений постовариоэктомиического генеза, в частности влагалищных атрофий. Практическое применение маркера позволит на ранних этапах диагностировать УГР, при этом исключить прогрессирование и рецидив онкозаболевания.

ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩНОГО КОЛЬЦА НОВАРИНГ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Г.Н. Полстяная, М.Н. Зайцева, Полстяной А.М.

г. Красноярск

Актуальность. У женщин старшего репродуктивного возраста имеют место много проблем. С одной стороны – это возраст, когда детородная функция уже выполнена, а половая активность зачастую остается прежней или даже повышается. R. Gray (1972) сообщает, что 50% женщин старше 40 лет остаются все еще потенциально фертильными. Он показал, что ежегодный риск наступления беременности равен приблизительно 10%. С другой стороны большое количество разнообразных соматических заболеваний. В тоже время начинающиеся возрастные ухудшения памяти и концентрации внимания не располагают пациентов к регулярному, ежедневному приему препаратов.

Совершенствование КОК шло в 2-х направлениях – снижение дозы компонентов КОК и совершенствование качества прогестинов. Существенными недостатками КОК является: метаболизм препаратов в ЖКТ, низкая комплаентность КОК (необходимо принимать ежедневно в одно и тоже время). Поэтому создание альтернативных методов гормональной контрацепции является актуальной проблемой современной медицины. Таким средством является влагалищное контрацептивное кольцо “НоваРинг” компании “Органон”.

По суточному выделению эстрогенного компонента (15 мкг этинилэстрадиола) НоваРинг соответствует ультрамикродозированным оральным контрацептивам, этоногестрел это высокоселективный гестаген последнего поколения, метаболит дезогестрела. А влагалищный способ введения данного препарата позволяет нивелировать негативное влияние ЖКТ.

Цель исследования – изучение применения контрацептивного кольца НоваРинг как метода контрацепции у женщин старшего репродуктивного возраста, имеющих компенсированную соматическую патологию гепатобилиарной системы, избыточную массу тела, тенденцию к гипертонии и т.д.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 60 женщин в возрасте от 36 до 49 лет имеющих сопутствующую патологию печени или лабильность АД (не выше 150/90 мм рт. ст.), избыточную массу тела, компенсированную стадию варикозной болезни.

Пациентки применяли НоваРинг в течение 6 месяцев. В анамнезе – 24 женщины обращались к терапевту по поводу хронического гастродуоденита, трое – наблюдались по поводу язвенной болезни ДПК, у 27 – хронический холецистит, у 6 – ДЖВП. Из этих женщин у 18 отмечалось лабильное АД (от 125/80 до 150/90 мм рт. ст.) и у 9 была компенсированная варикозная болезнь. Давность заболеваний не превышала 7 лет. Избыточная масса тела не превышала в среднем 10 кг.

Обследование включало в себя сбор анамнеза, оценку антропометрических данных (рост, вес), дан;

онкоцитогамму, маммографию; данные клинико-лабораторного исследования, коагулограмму; расширенную кольпоскопию, бак. посев из влагалища, УЗИ гениталий. Контрольная группа включала 20 человек сходных по возрасту и соматическому статусу, не использующих ОК.

Обследование женщин проводилось при первом обращении и через 1, 3, 6 месяцев применения НоваРинг; кроме этого использовалось анкетирование для выяснения комплаентности применения препарата.

Результаты исследования. Исследуемые женщины в прошлом имели эпизоды использования различных методов контрацепции (КОК, Депо-провера в/м, ВМС), от которых отказались в виду возникновения побочных эффектов: нагрубание молочных желез, головная боль, прибавка массы тела, метроррагию, в 3-х случаях нежеланная беременность ввиду пропуска приема таблеток. Средний возраст исследуемых составил 42,6 лет.

Через 1, 3 и 6 циклов определяли: биохимические показатели крови – оставались без изменений. Не обнаружено влияния на липидный спектр крови: холестерин и ЛПВП имели незначительную тенденцию к повышению. Следует отметить, что в исследование отбирались женщины с учетом факторов наследственности и нормальными исходными уровнями липидов у конкретных пациентов.

При динамическом исследовании параметров гемостаза у 60 женщин на фоне шестимесячного применения НоваРинг отмечены незначительные гемостатические сдвиги; но тем не менее это диктует необходимость контроля за гемостазом у пользователей гормональных контрацептивов.

Кольпоскопическое, цитологическое и микробиологическое исследование проведенное у 60 пациенток исследуемой группы не выявили патологии у 58 исследуемых. Лишь у 2-х пациенток имелись эпизоды проявлений кандидозного кольпита, купированного местным лечением без удаления НоваРинг.

При контроле АД клинически значимых изменений показателей артериального давления не выявлено. Колебания веса также были незначительными и не превышали в среднем 750 г.

При анкетировании 58 женщин отметили, что применение НоваРинг повысило их уверенность в себе, улучшило сексуальную жизнь и отношения с партнером.

У всех 60 пациенток было выявлено хорошая переносимость и 100% контрацептивная эффективность НоваРинг. Показано отсутствие отрицательного влияния на течение имеющейся хронической соматической патологии.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что влагалищное кольцо НоваРинг – это гормональный метод контрацепции, отвечающий всем требованиям безопасности, приемлемости и эффективности контрацептивного средства, позволяющего расширить возможности современной гормональной контрацепции у женщин старшего репродуктивного возраста с отягощенным соматическим анамнезом.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Пономарев В.В., Баширов Э.В.,
Артюшков В.В., Жуйко А.А.

Гинекологический центр, МУЗ городская больница № 2 КМЛДО,
Краснодар, Россия

Актуальность: в настоящее время гистерэктомия является одним из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств, однако до настоящего времени отсутствует единое мнение хирургов относительно выбора оптимального операционного доступа.

Цель: собственный опыт лапароскопической гистерэктомии при миоме матки больших размеров.

Материалы и методы исследования: больная А., 50 лет, поступила в гинекологический центр 14.12.2005 года с диагнозом: миома матки, рубцовая деформация шейки матки. Из анамнеза: менструации по 8 дней через 30 дней, обильные, болезненные; родов – 2, абортов – 0. 6.12.2005 года – диагностическое выскабливание полости матки: гистологический ответ № 64878-81 – выраженная децидуоподобная реакция стромы с распадом по типу менструального; гормональный патоморфоз. Ультразвуковое исследование (14.12.2005) – размеры тела матки: длина 180мм, ширина 200мм, переднезадний размер 110мм, размеры увеличены за счет субсерозно-интерстициального миоматозного узла по передней стенке 150x140x100мм. Бимануально: матка увеличена до 22 – 23 недель беременности, ограничена в подвижности из-за больших размеров. Предоперационное обследование в стандартном объеме, без особенностей.

Результаты и обсуждение: 16.12.2005 года произведена лапароскопическая экстирпация матки без придатков. Доступ обеспечивался введением одного 10миллиметрового и двух боковых 5миллиметровых троакаров. Использовались стандартные инструменты фирмы KarlStorz и маточный манипулятор Klermon Ferran. Ход операции стандартный: собственные связки яичников, маточные концы труб, круглые связки матки коагулированы и пересечены с обеих сторон; вскрыты и сдвинуты книзу р1.vesicouterinae и задний листок широкой связки матки; коагулированы и пересечены сосудистые пучки матки; коагулированы и пересечены крестцово-маточные связки; тело матки с шейкой отсечено от сводов. С целью сокращения длительности операции для извлечения матки из брюшной полости использовался 20миллиметровый морцеллятор фирмы KarlStorz; с целью косметического эффекта морцеллятор был введен через культю влагалища.

Длительность операции составила 2 часа 45 минут. Кровопотеря 50 мл. Вес удаленного препарата 2 килограмма 350 грамм.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана домой на 5 сутки в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение: лейомиома матки с фиброзированием, миометрий без особенностей, эндометрий фазы пролиферации.

Выводы: лапароскопическая гистерэктомия возможна даже при больших размерах миомы матки и

приводит к существенному сокращению сроков госпитализации и выздоровления, более благоприятному течению послеоперационного периода, обеспечивает немаловажный для женщин косметический эффект, что в целом улучшает качество жизни пациентки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА

Пономарев В.В., Жуйко А.А.,

Артюшков В.В., Баширов Э.В.

Гинекологический центр МУЗ 2 городская больница «КМЛДО», г.Краснодар

Введение. Одной из самых трудных патологий при восстановлении репродуктивной функции является трубно-перитонеальная форма женского бесплодия. Зачастую при этом преобладает трубный фактор. Во многих случаях бессимптомная клиническая картина инфекционных заболеваний женских половых органов, их склонность к частому рецидивированию приводит к тому, что во время лапароскопической операции у пациентки, единственной жалобой которой является бесплодие, может быть обнаружен выраженный спаечный процесс в области придатков, спайки с кишечником и большим сальником, формирование гидросальпинксов. При отсутствии эффекта от оперативного восстановления маточных труб единственной альтернативой остается использование вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель. Оценка эффективности сальпингоовариолизиса и сальпингостомии при различной степени выраженности спаечного процесса.

Методы. Ретроспективный анализ 3254 историй болезни пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, которым была выполнена лапароскопическая операция. Анализировались следующие показатели: частота наступления маточных беременностей, внематочных беременностей, а так же беременностей, окончившихся родоразрешением. Хирургические вмешательства выполнялись в гинекологическом центре МУЗ Городской больницы №2 «КМЛДО» с 2003 по 2008 гг включительно. Возраст пациенток колебался от 20 до 39 лет. Во всех случаях выполнялся лапароскопический сальпингоовариолизис, рассечение спаек, а при наличии гидросальпинксов – сальпингостомия. В послеоперационном периоде больным назначался гидроперитонеум и физиотерапевтические процедуры. Всем пациенткам со II-III степенью выраженности спаечного процесса выполнялась контрольная лапароскопия. После предварительного обсуждения с пациенткой и получения согласия, в случаях рецидива гидросальпинксов выполнялась тубэктомия.

Результаты. Частота наступления маточной беременности составила 72,8% (2369 пациентки), родами беременность окончилась у 66,8% (2173 пациенток). Внематочные беременности наступили в 2,9% (94

пациентки). Послеоперационный период у всех пациенток протекал гладко. Тяжелых осложнений не наблюдалось.

Заключение. Лапароскопический доступ при хирургическом лечении трубно-перитонеального бесплодия является методом выбора, позволяет в кратчайшие сроки определиться с оптимальной тактикой дальнейшего ведения пациенток. Высвобождение яичников из спаек с соседними органами улучшает их функциональность и облегчает пункцию фолликулов под ультразвуковым контролем при проведении программы ЭКО и ПЭ в тех случаях, когда хирургическое лечение не привело к наступлению беременности.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ АКУШЕРСКИХ ЭМБОЛИЙ. ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА

Попов А.Д.

Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Преобладание неинфекционной патологии («болезни адаптации») в структуре заболеваний населения экономически развитых стран сопровождается низкой смертностью и увеличением продолжительности жизни. Эти процессы происходят на фоне снижения рождаемости и репродуктивных потерь, причём структура последних существенно отличается в развитых и развивающихся странах.

В странах с невысоким уровнем экономического развития материнская смертность формируется за счёт кровотечений, гестозов, септических осложнений и абортот, то есть управляемых причин, в большей степени зависящих от медико-социальных условий и уровня жизни. В то же время, в развитых странах материнские потери существенно ниже среднего популяционного показателя и в структуре смертности преобладают, так называемые, неуправляемые причины [М.А.Репина, 2005; А.Д.Макацария и соавт., 2007].

Подобные процессы регистрируются в ряде регионов РФ, в том числе и в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. За период 1998-2008 годы в автономном округе, при снижении уровня материнских потерь на 58,4% (с 35,6 до 20,8 на 100 000 живорождённых), доля акушерских эмболий выросла на 69,5% (с 4,9 до 8,3 на 100000 живорождённых) и определяется как ведущая причина. Особую актуальность эта проблема приобретает на фоне реализации социальных мер поощрения рождаемости, которые увеличивают долю беременных старшей возрастной группы, имеющих сочетанную экстрагенитальную патологию и значительный интергенетический период

Актуальность исследования неуправляемых причин материнской смертности дополняется отсутствием методологической основы, так как не определены факторы, формирующие условия для развития и реализации патогенетических механизмов. Решение подобной задачи представляет определённые труд-

ности, особенно в среде акушеров-гинекологов, научная и практическая деятельность которых приобретает характер «стандартизированного» мышления и одностроннюю «узкоспециализированную» направленность.

Критерии «управляемости» и «неуправляемости», предотвратимости, и, следовательно, предвидения и прогнозирования определяется совокупностью механизмов, реализующих тот или иной процесс.

Универсальный характер механизмов адаптации не может не проявить себя при критических и экстремальных состояниях, более того морфофункциональные особенности свидетельствуют о напряжении и истощении защитных систем организма и его способности адекватно реагировать на внешние и внутренние воздействия.

Целью исследования явилось определение методологической основы анализа материнских потерь от неуправляемых причин.

Малочисленность группы и неполное присутствие системных параметров определила трудности статистической обработки, однако это не помешало достичь достаточной определённости и понимания ряда патогенетических механизмов, определивших трагический исход.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ медицинских документов 12 родильниц, погибших за 5 лет в акушерских стационарах автономного округа от эмболических осложнений 1-я группа (5 – околоплодными водами, 1 – воздушная, 2 – тромбозомболия), 2-я группа (анафилактический шок (1) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) вследствие разрыва врождённой аневризмы (3)). Отбор и анализ медицинских документов проводился путём непрерывной выборки за 5 лет при наличии доказательных морфологических критериев, причём характер причины летального исхода позволил отнести эти потери к категории неуправляемых.

Доля нерожавших перво- и повторнородящих составила 50%.

Оценка анамнестических сведений, соматического и акушерского статуса определила достаточную однородность клинических показателей в группе с эмболическими осложнениями:

- сахарный диабет и гипертоническая болезнь у ближайших родственников,
- дебют нейроэндокринных расстройств на втором десятилетии (пубертатно-юношеский базофилизм, повышение артериального давления, выраженные вегетативные нарушения),
- расстройства менструальной функции,
- хронические воспалительные заболевания, в том числе рецидивирующие урогенитальные инфекции,
- невынашивание беременности,
- недостаточность соединительной ткани (пролапс митрального клапана, пупочная грыжа, дилатация чашечно-лоханочной системы и т.д.), ожирение или дефицит массы тела (ИМТ менее 18,5 кг/м² или превышает 26,3 до 49,4 кг/м²), распределение подкожной клетчатки, не соответствующее гендерной принадлежности: верхний, андройдный тип (100%),
- гипертоническая болезнь и нестабильное артериальное давление (75%),

- нежеланная беременность (25%), негативные психоэмоциональные реакции, многочисленные отказы от выполнения необходимых лечебных рекомендаций (100%),
- осложнённое течение беременности: гестоз (отёки-гипертензия, отёки-протеинурия у всех, гестационный сахарный диабет – у 3 (37,5%),
- многоводие (50%),
- синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации (100%),
- гипокINETический тип кровообращения с нарастающим периферическим сопротивлением,
- метаболические изменения: прогрессирующая гипопроотеинемия, умеренная гипергликемия, тяжёлая дислипидемия у 1 беременной только этой группы,
- лимфопения ($\leq 20\%$), преобладание в течение беременности и абсолютное доминирование (100%) в третьем триместре реакций острого и хронического стресса по классификации Л.Х.Гаркави (1990),
- наличие серозных и серозно-гнойных децидуитов (100%), краевого прикрепления пуповины в исследованных плацентах (37,5%),
- ante- интранатальная гибель плода (3-37,5%) и диссоциированное развитие и гипотрофия плода (2-50%), тяжёлые асфиксии у новорождённых (37,5%)
- признаки функционального напряжения (100%) и истощения (75%) надпочечников при гистологическом исследовании органа.

В отличие от пациенток с эмболическими осложнениями в группе с ОНМК и анафилакцией перинатальных потерь не было. ИМТ у родильниц 2-й группы находился в физиологическом диапазоне (18,5-25,4 кг/м²), равномерное распределение подкожной клетчатки, сопутствующая соматическая патология представлена хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, паразитарными инфекциями (описторхоз). Осложнения беременности характеризовались картиной лёгкого гестоза (50%) на фоне преобладания реакций тренировки и активации (лимфоциты – существенно более 20%) и стабильных метаболических показателей (гипопротеинемия у одной беременной). Гистологическое исследование последов выявило признаки серозного хориоамнионита только у одной родильницы.

Заключение. Таким образом, при анализе клинических параметров пациенток, погибших на завершающем этапе беременности при констатации неуправляемости причин летального исхода, выявлены две разнородные группы.

В первой группе объективно выявлены клинические и морфо-функциональные особенности, свидетельствующие о длительном напряжении и истощении адаптационных механизмов, реализации воспалительного процесса фетоплацентарной системы в результате восходящего или гематогенного инфицирования [Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 2006]. На таком фоне рождение ребёнка, сопровождающееся развитием распространённых и, очевидно, неизбежных, процессов эмболизации сосудистого русла, при истощении систем, лимитирующих стрессовые и воспалительные реакции, определяет катастрофическое развитие событий.

СЕКРЕЦИЯ МЕЛАТОНИНА У ЖЕНЩИН С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

**Попов Э.Н., Прокопенко В.М., Опарина Т.И.,
Степанов М.Г.**

*ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН
СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия*

Миома матки, аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия относятся к наиболее распространенным гинекологическим заболеваниям, причем многие авторы отмечают высокую частоту (до 85%) сочетания этих болезней. К числу универсальных процессов определяющих патогенез пролиферации на тканевом уровне относятся реакции свободно-радикального окисления (СРО). Активные формы кислорода, образующиеся в СРО, приводят к формированию измененного клона клеток способных к патологической пролиферации. Одним из сильнейших эндогенных антиоксидантов является мелатонин, наиболее важными физиологическими эффектами которого являются – подавление клеточной пролиферации и противоопухолевое действие. Изменения синтеза мелатонина отмечены при различных онкологических заболеваниях, в том числе аденокарциноме эндометрия.

Цель исследования заключалась в определении секреции 6-сульфатоксимелатонина у женщин с гиперпластическими заболеваниями матки.

Материалы и методы. В процессе предоперационной подготовки обследованы 20 женщин старшего репродуктивного возраста (средний возраст $43,12 \pm 6,46$ лет) оперированных по поводу сочетания миомы матки с аденомиозом и простой гиперплазией эндометрия. Диагноз верифицирован при гистологическом исследовании тканей полученных после гистерэктомии. Контрольную группу составили 10 условно здоровых женщин старшего репродуктивного возраста. Всем обследуемым проведено определение 6-сульфатоксимелатонина в моче методом конкурентного иммуноферментного анализа. Оценивались: общая экскреция мелатонина в дневное и ночное время, часовая экскреция мелатонина в дневное и ночное время, а также соотношение ночной и дневной часовой экскреции.

Результаты. В основной группе общая экскреция мелатонина за ночь статистически достоверно была ($p < 0,01$) ниже чем в контрольной группе и составила $5927,80 \pm 1464,49$ нг, в контрольной группе – $13393,50 \pm 1344,49$ нг, так же достоверным ($p < 0,01$) было различие часовой экскреции в ночное время – $876,83 \pm 172,55$ нг/час и $1673,75 \pm 168,17$ нг/час. Показатели общей дневной экскреции и часовой экскреции в дневное время в основной группе и контрольной группе статистически не различались и составили $1723,80 \pm 325,55$ нг и $1775,25 \pm 403,50$ нг, $112,53 \pm 25,53$ нг/час и $110,86 \pm 25,17$ нг/час соответственно. Соотношение между ночной и дневной экскрецией мелатонина было заметно выше в контрольной группе ($14,60 \pm 3,72$) по сравнению с основной

группой ($8,65 \pm 2,98$), однако различие не было статистически достоверным.

Обсуждение. Изменения экскреции мелатонина у женщин с множественными доброкачественными гиперпластическими процессами матки сходны с изменениями, описанными при развитии злокачественных опухолей, однако носят менее выраженный характер. Учитывая небольшое число наблюдений, полученные данные, безусловно, нуждаются в уточнении. Вместе с тем, изучение секреции мелатонина может быть использовано в прогнозировании неопластического потенциала доброкачественных гиперплазий органов репродуктивной системы.

ИЗУЧЕНИЕ ОБМЕНА ГЛИКОЗАМИНО- ГЛИКАНОВ У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Попова А.Х., Накоскин А.Н., Накоскина Н.В.

Городская клиническая больница №2, Курган, Россия

Проблема лечения больных с миомой матки продолжает оставаться актуальной проблемой в современной гинекологии, в виду высокой частоты этой патологии (20-30%), а также в связи с ее отрицательным влиянием на репродуктивную систему и общее состояние здоровья женщины (О.Ф.Серова, Л.И.Титченко, 1999; О.В.Макаров, Ю.Э.Доброхотова, 2000).

Нами были обследованы 68 женщин госпитализированных по поводу миомы матки. Из них 10 женщин были пролечены консервативной миомэктомией, который включал удаление очага миомы. Остальные получили оперативное лечение, заключающееся в ампутации матки с придатками или без них. У всех обследуемых пациентов производили забор крови венопункцией локтевой и маточной вены в период операции. В отдаленные сроки наблюдения проводили анализ крови из локтевой вены. Суточную мочу собирали до операции и в отдаленные сроки – через 6 месяцев после оперативного вмешательства. В сыворотке крови пациентов проводили определение концентрации силовых, уроновых кислот и гексозаминов. В суточной моче определяли содержание оксипролина, силовых уроновых кислот и гексозаминов. Концентрацию силовых кислот в биологических жидкостях определяли наборами реагентов фирмы «Сиалотест». Концентрацию уроновых кислот определяли тиобарбитуровым методом, гексозаминов – с реактивом Эрлиха после гидролиза в соляной кислоте. Содержание оксипролина в моче находили с реактивом Эрлиха после солянокислого гидролиза в запаянных ампулах. Результаты лабораторного исследования представляли медианами и 0,25-м и 0,75-м процентилями. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики с применением непараметрических критериев, таких как W- критерий Вилкоксона.

В результате проведенных исследований было обнаружено, что концентрация силовых кислот в венозной крови пациенток до лечения находилась в пределах физиологической нормы. При этом их со-

держание в маточной вене было достоверно ниже, чем в основном кровеносном русле. В группе пациенток с оперативным лечением миомы экскреция сиаловых кислот повышалась до верхней границы нормальных показателей и составила 0,83 ммоль/л в сутки (0,56÷1,08 ммоль/л в сутки – 25 и 75 процентиля соответственно), при нормальных значениях – 0,36-0,86 ммоль/л в сутки.

Нами было выявлено, что концентрация уроновых кислот в маточной вене достоверно выше, чем в основном кровеносном русле только в группе пациенток, которым была показана оперативная миомэктомия. Скорее всего, это связано с обширным поражением миометрии, продуцирующего гликозаминогликаны кислого характера. В отдаленные сроки после оперативного вмешательства экскреция уроновых кислот в этой группе больных увеличивалась, достигая пределов физиологической нормы.

Нами было отмечено значительное (более чем в 2 раза по сравнению с нормальными величинами) повышение концентрации гексозаминов в сыворотке крови всех пациенток с миомой матки, как до лечения, так и после него. Также была повышена экскреция гексозаминов с мочой.

Концентрация гидроксипролина – основного маркера обмена коллагена как в сыворотке крови, так и в моче не претерпевала каких либо изменений и колебалась в пределах физиологической нормы.

Морфологические исследования, проведенные в настоящее время свидетельствуют о большом количестве гликозаминогликанов и гликогена равномерно распределенных по миоматозным узлам (S.Jackson, M.James, P.Abrams, Br J Obstet Gyn; 2002). В связи с этим можно предположить, что накапливающиеся в избытке гликозаминогликаны имеют основной характер т.к. концентрация в сыворотке крови и экскреция с мочой гексозаминов значительно превышает нормальный физиологический уровень. Данное обстоятельство может свидетельствовать в пользу того факта, что измененные клетки миометрии продуцируют гликозаминогликаны именно основного характера.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ

Попова Н.Г., Гевондян С.В.

Россия, г.Чита, Читинская государственная медицинская академия

Целью работы: явилось изучение состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у новорожденных детей с врожденным сифилисом.

Материалы и методы: В период с 1999 по 2006 гг. проведено комплексное клинико-лабораторное наблюдение за 123 новорожденными детьми (срок гестации – 28-38 недель) с ранним врожденным сифилисом (ВС) – которые составили основную группу. Группа сравнения состояла из 70 детей с «относительно благоприятным» течением неонатального периода. Диагноз сифилитической инфекции у детей был верифициро-

ван на основании: данных материнского анамнеза, положительных результатов реакции микропреципитации (РМП), реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) и иммуноферментного анализа (ИФА). Серологическое обследование проводилось с интервалом в 3-4 недели в сопоставлении с результатами серологического обследования матери. Всем детям (100%) были проведены ЭКГ и ЭхоКГ с доплерографией.

Результаты: Наиболее распространенными признаками нарушения функции ССС у детей с сифилитической инфекцией явились: периоральный цианоз, приглушенность тонов сердца, систолический шум, бледность кожных покровов, которые сохранялись у 42% в течение первых 3 месяцев жизни. Инфекционно-токсическая кардиопатия диагностирована у 63 (51%) детей с ВС ($p<0,05$), основными проявлениями которой явились нарушения ритма сердца в виде тахикардии и тахиаритмии, парных желудочковых и одиночных наджелудочковых экстрасистол ($P<0,001$). Кроме того, мы отметили, что для детей с сифилитической инфекцией характерно сочетание различных видов нарушения ритма ($p<0,05$). Один вид аритмии мы не встретили ни у одного ребенка. При этом у 14,6% детей с инфекционно-токсической кардиопатией нарушение ритма сердца сохранялись на протяжении всего первого года жизни, и при наложении интеркуррентных инфекций происходила быстрая декомпенсация с развитием жизнеугрожающих аритмий. При катанестическом исследовании, в 21% случаев у недоношенных (СГ 28 – 36 недель) имело место позднее закрытие Боталлова протока (8-10 мес), что достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Были выявлены изменения клапанного аппарата сердца в виде повышенной акустической плотности створок, которые встречались достоверно чаще у детей, инфицированных бледной трепонемой ($p<0,05$).

Заключение: Учитывая достоверное преобладание нарушений ритма в группе детей с ВС, можно предположить возможное влияние бледной трепонемы на становление сердечно-сосудистой системы в течение 1-го года жизни.

ХОЛЕСТАЗ У БЕРЕМЕННЫХ

Пунгина М.Ю., Пестряева Л. А.

Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» (ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий») г. Екатеринбург, Россия

При поражениях печени, связанных с беременностью, наиболее часто ведущим синдромом является синдром внутривеночного холестаза.

Цель работы: оптимизация лечебных мероприятий у беременных при внутривеночном холестазе.

Материал: беременные женщины с синдромом холестаза.

Методы: данные анамнеза, клинического осмотра, определение уровня протеинов, билирубина, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, гликемии натощак, липидного спектра, УЗИ органов брюшной полости. Результаты исследования: При физиологическом течении бере-

менности в третьем триместре наблюдали слабый холестаза, проявляющийся в умеренном повышении активности щелочной фосфатазы (ЩФ), холестерина, триглицеридов, б-липопротеинов. Развившийся при беременности синдром внутривнутрипеченочного холестаза по степени тяжести мы условно разделили на легкий, среднетяжелый и тяжелый. Холестаза легкой степени характеризовался повышенной сухостью кожи, склонностью к запорам, кожным зудом небольшой интенсивности. При УЗИ выявлялась гипокинезия желчного пузыря. Изменения гемостаза были незначительными или отсутствовали. Уровень АЛТ не превышал 3 норм. Коэффициент де Ритиса $1,09 \pm 0,16$. При средней степени тяжести клинические проявления холестаза были выражены в большей степени. УЗИ определяло увеличение печени. При исследовании гемостаза – коагулопатия. Уровень АЛТ не превышал 3-6 норм. Коэффициент де Ритиса $0,87 \pm 0,13$. При холестазе легкой и средней степени тяжести наблюдался положительный эффект от терапии гепатопротекторами. У беременных с тяжелым внутривнутрипеченочным холестазом При холестатическом гепатозе тяжелой степени кожный зуд становился нестерпимым, отмечалась мучительная изжога, боли в проекции пищевода, снижение аппетита, бессонница. При УЗИ определялось понижение эхогенности паренхимы, увеличение размеров печени, сужение печеночных вен. При исследовании гемостаза – коагулопатия (до ДВС), особенно в раннем послеродовом периоде. Уровень АЛТ превышал 6 норм. Коэффициент де Ритиса стремился к 0. Отсутствовал терапевтический эффект или ухудшались лабораторные показатели после назначения гепатопротекторов. У одной женщины в раннем послеродовом периоде развилась ОЖД. Через 1 год после родов у 62% обследованных женщин были выявлены хронические заболевания органов гепатобилиарной системы.

Выводы

1. Манифестация хронических заболеваний гепатобилиарной системы при беременности сопровождается синдромом внутривнутрипеченочного холестаза.
2. Холестаза может быть предиктором острой жировой дистрофии печени.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК

Пшеничникова Т.Б., Передеряева Е.Б., Гадаева З.К.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ

Актуальность: Актуальность проблемы метаболического синдрома в современной медицине вызвана прежде всего его большим медико-социальным значением. Женщины с метаболическим синдромом входят в группу высокого риска по развитию осложнений беременности. Грозным осложнением у беременных с ожирением и метаболическим синдромом в течение всей беременности, родов, послеродового периода, а также после операции кесарево сечение, являются тромбозы глубоких вен и тромбоэмболии.

Цель работы: оптимизировать тактику ведения гестационного периода у женщин с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 160 женщин с метаболическим синдромом. Среди них были выделены 2 группы. I группа – 57 женщин с метаболическим синдромом, которых было проведено исследование провоспалительного статуса (полиморфизм провоспалительных цитокинов, уровень провоспалительных маркеров в плазме). II группа – 103 женщины с метаболическим синдромом, у которых было проведено исследование для выявления генетической и приобретенной форм тромбофилии. Лабораторные исследования обязательно включали исследование системы гемостаза (активированное частичное тромбопластиновое время, степень агрегации тромбоцитов с различными агонистами, растворимые комплексы мономеров фибрина, Д-димер, определение волчаночного антикоагулянта, парустест, тромбоэластограмма).

Результаты: В I группе обследуемых женщин мы обнаружили полиморфизм IL-1b -31T/C в 95%, CD46 5032 C/G – в 86%, IL-6 -174 G/C-в 68,4%, TNF- -308G/A- в 28% случаев; уровень IL-1b и IL-6 был повышен в 100%, VCAM-1 – в 95%, уровни C4 и sE-селектин – в 89%, TNF- - в 33%, C3 и sP-селектин – в 19%. Во II группе было выявлено наличие мультигенной тромбофилии в 100% случаев, при этом характерной особенностью мультигенной формы тромбофилии явилось превалирование в общей структуре генетических форм тромбофилии полиморфизма “675 4G/5G” гена ингибитора активатора плазминогена 1 (PAI-1)- в 93,2 % ,4G/4G фенотип в гене PAI-1 был верифицирован в 68% случаев. Полиморфизм “I/D” в гене тканевого активатора плазминогена, полиморфизм “I/D” в гене ангиотензинпревращающего фермента, полиморфизм «455 G/A» в гене фибриногена, мутация MTHFR C677T были обнаружены в 69,9%, 52,4%, 57,3%, 58,3% случаев соответственно. Антифосфолипидные антитела были верифицированы в 19,4% случаев во II группе.

Заключение: Высокий васкулярный риск, включающий и тромботические, и геморрагические осложнения у больных с метаболическим синдромом, а также разнообразные осложнения беременности в виде гестозов, синдрома потери плода, синдрома задержки развития плода, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты напрямую связан, на наш взгляд, с двумя важными компонентами метаболического синдрома: 1) наличие тромбофилического статуса (генетическая форма тромбофилии, генетически обусловленный гипофиринолиз, антифосфолипидный синдром); 2) наличие генетической предрасположенности к провоспалительному статусу, что способствует развитию неконтролируемого синдрома системного воспалительного ответа, также играющего важнейшую роль в возникновении разнообразных осложнений беременности. Выше изложенное является основанием для патогенетического купирования провоспалительного статуса накануне беременности, а также профилактики проявлений генетической тромбофилии и антифосфолипидного синдрома. Согласно нашим данным, применение с этой целью за 4-6 месяцев до наступления беремен-

ности антиоксидантов, антикоагулянтов, витаминов группы В позволяет улучшить исходы беременности у женщин с метаболическим синдромом.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Репина Н.Б., Самарина Т.А., Кузнецова О.В.
Россия, г. Рязань, РязГМУ им. акад. И.П.Павлова

Проблема диагностики и лечения заболеваний, обусловленных и ассоциированных вирусом папилломы человека, обращает внимание специалистов в связи с высокой контагиозностью вируса, возможностью инициировать развитие злокачественной патологии. Инфицированность папилломавирусом превалирует в группе молодых женщин, сокращаясь с возрастом. Наличие вирусов в макроорганизме не всегда вызывает заболевание. В настоящее время сформировалась тенденция к необоснованному и нередко агрессивному лечению женщин, инфицированных вирусом папилломы человека. Такая тактика ведения часто приводит к отдалённым осложнениям, в связи с чем возникает необходимость пересматривать многие вопросы диагностики и тактики врача при папилломавирусной инфекции.

Цель: изучить состояние шейки матки и определить время элиминации вируса папилломы человека (ВПЧ) в группе женщин раннего репродуктивного возраста и у пациенток климактерического периода, инфицированных ВПЧ, дать сравнительную оценку.

Материалы и методы исследования: было выделено 2 группы (1 группа – 23 женщины раннего репродуктивного периода, 2 группа – 25 женщин климактерического периода. У всех женщин при первичном обращении были выявлены онкотипы ВПЧ высокого риска (ВПЧ 16,18, 31,39, 51,52,58). Средний возраст пациенток 1 группы составил 20+0,3 года. Средний возраст пациенток 2 группы составил 46+0,4 года.

Диагностический алгоритм обследования шейки матки включал: клинико-визуальный метод, расширенную кольпоскопию, полимеразную цепную реакцию (ПЦР), цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, гистологическое исследование биоптатов и соскобов из цервикального канала. При изучении анамнеза по патологии шейки матки установлено, что большинство пациенток 2 группы – 44% (в 1 группе – 21,7%) получали ту или иную терапию по поводу фоновых процессов шейки матки: химическая коагуляция, диатермоэлектрокоагуляция и консервативное лечение.

Результаты исследования: нормальная кольпоскопическая картина у пациенток 1 группы была в 47,8% (у 11 женщин), во 2 группе в 28% (у 7 женщин). Неблагоприятные кольпоскопические данные подразделялись по группам следующим образом: картина воспаления (лёгкая мозаика и небольшая пунктуация, нежный укусно-белый эпителий) – 17,4%/12%; лейкоплакия 0%/0%/3,7%; ретенционные слизистые кисты 8,7%/68%; полип шейки матки 0%/4%. Онкоцитология шейки матки выявила следующие изменения: в 1 группе в 30,4% отмечалась пролифера-

ция цилиндрического эпителия, а во 2 группе данная патология встретилась в 20% случаев. Дисплазия тяжёлой степени встретилась только во 2 группе у одной пациентки. Умеренная дисплазия в 1 группе встретилась в 2 случаях (8,7%), во 2 группе у 7 женщин (28%). Дисплазия лёгкой степени в 1 группе встретилась в 2 случаях (8,7%), во 2 группе у 4 женщин (16%). После проведения этиотропной терапии онкоцитология нормализовалась у всех пациенток 1 группы, у пациенток 2 группы выполнено радикальное лечение. Гистологическое исследование проводили по показаниям тем пациенткам, у которых имелись кольпоскопические и цитологические отклонения от нормальной картины. Заключение данного морфологического исследования были следующими: койлоцитоз, кондиломатозный цервицит, железистый эндоцервикоз с эпидермизацией, гиперкератоз, дисплазия различной степени тяжести, железисто-фиброзный полип шейки матки. Морфологически неудовлетворительная картина выявлена в 2 раза выше во второй группе, что может быть обусловлено наличием выраженного гормонального дисбаланса, возникающего в климактерическом периоде и вследствие изменений иммунитета, характерных в старших возрастных группах.

При наблюдении за женщинами 1 и 2 группы в течение двух лет подсчитано, что практически в 70% случаев произошла элиминация ВПЧ у женщин в 1 группе (среднее время элиминации 9 мес.), а во 2 группе только в 28% случаев было транзитное носительство ВПЧ (среднее время элиминации 12 мес.).

Выводы. Принимая во внимание тот факт, что в раннем репродуктивном возрасте чаще встречается транзитное носительство ВПЧ более целесообразным является проведение щадящей тактики ведения таких женщин, в случае определения латентных форм ВПЧ (без клинико-морфологических и кольпоскопических проявлений) можно отдать предпочтение тактике наблюдения. Результаты обследования женщин климактерического периода требуют более активной тактики ведения, так как женский генитальный тракт, являясь гормонозависимой системой, чутко реагирует на выраженную гормональную перестройку, обусловленную удалением гонад, и это приводит к возникновению множества противоречий (гормональных, физических, химических, биологических), нарушению годами сложившейся взаимозависимости множества факторов, что отражается на повышении риска развития онкологической патологии.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ МИОМЕ МАТКИ

**Рогожина И.Е., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.,
Шехтер М.С., Чунихина Н.А., Нейфельд И.В.**

*Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО
Саратовский медицинский университет*

Известно, что состояние клеточного и гуморального иммунитета является одним из основных факторов, определяющих течение заболеваний, в том

числе опухолевой природы. В регуляции иммунного ответа важную роль играют цитокины – молекулы, продуцируемые иммунокомпетентными клетками. Исследования в этой области противоречивы. Ряд авторов считает, что при миоме матки характерна иммуносупрессия, другие свидетельствуют о некоторой активации гуморального иммунитета (Зудикова С.И., 1988; Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., 2006; Maruo T., Ohara N et al., 2004). Одними из наиболее важных и чаще всего повреждаемых клеток иммунной системы считают хелперные Т-лимфоциты.

Цель исследования: Изучение цитокинового профиля у больных с миомой матки.

Материалы исследования: Под нашим наблюдением находилось 48 пациенток с миомой матки и кровотечением (размеры миомы не превышали 16 недель беременности) – основная группа, группу сравнения составили 49 женщин также с миомой матки, но без кровотечения, и 30 практически здоровых женщин составили группу контроля.

Исследование результатов γ -ИНФ, стимулирующего продукцию всех провоспалительных цитокинов и являющегося активатором макрофагов, выявило снижение этого показателя у больных с миомой матки по сравнению с пациентками контрольной группы в 1,5 раза ($P < 0,05$). Изучение содержания противовоспалительного цитокина ИЛ-4 также показало снижение его концентрации у больных с миомой матки в 1,3 – 1,5 раза по сравнению с контрольной группой ($3,7 \pm 0,28$ пг/мл, $P_k < 0,05$); в основной группе содержание ИЛ-4 составило $2,54 \pm 0,21$ пг/мл, в группе сравнения – $2,74 \pm 0,15$ пг/мл. Выявлено снижение соотношения γ -ИНФ и ИЛ-4 у больных миомой матки по сравнению с контрольными показателями (с 3,4 до 3,2), что свидетельствует о редукции преимущественно Th-1 лимфоцитов по сравнению с Th-2 клетками и подавлении в большей степени клеточного иммунного ответа. При исследовании провоспалительного цитокина ИЛ-1 β отмечено достоверное снижение его концентрации в группах у больных миомой матки относительно показателей контрольной группы – $6,5 \pm 0,4$ пг/мл ($P_o - k < 0,02$, $P_c - k < 0,05$) без достоверной разницы средних межгрупповых значений ($P_o - c > 0,5$). Наиболее выраженное его снижение выявлено у больных миомой матки в сочетании с гиперплазией эндометрия.

Аналогичные данные были получены при изучении концентрации ИЛ-2 в группах обследуемых женщин. При миоме матки констатируется снижение данного показателя в 1,3 раза по сравнению с контролем ($P_k < 0,05$). При отсутствии выраженной генитальной патологии (контрольная группа) уровень ИЛ-2 составил $79,85 \pm 3,62$ пг/мл, у пациенток с миомой матки показатели в группах сравнения существенно не отличались друг от друга: $60,2 \pm 1,04$ пг/мл (основная группа); $61,74 \pm 1,04$ пг/мл (группа сравнения); ($P > 0,05$).

При анализе следующего провоспалительного цитокина – ИЛ-6 выявлено снижение его концентрации у больных миомой матки в группах исследования в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой ($P_o - k < 0,02$, $P_c - k < 0,05$). Отмечено достоверное уменьшение уровня ИЛ-6 в основной группе до $4,34 \pm 0,22$ пг/мл, в группе сравнения – до $4,56 \pm 0,23$ пг/мл ($P_o - k < 0,05$; $P_c - k < 0,05$) по сравнению с контрольной группой, где концентра-

ция ИЛ-6 составляла $6,28 \pm 0,41$ пг/мл. Достоверных межгрупповых различий у больных миомой матки не выявлено ($P > 0,5$).

Анализ концентрации ФНО- α не выявил достоверных межгрупповых различий у больных миомой матки ($P > 0,5$). Достоверно снижение уровня ФНО- α у пациенток основной группы и группы сравнения по отношению к контрольной группе в 1,6 раза ($P_o - k < 0,05$, $P_c - k < 0,05$).

Таким образом, при опухолевых процессах важную роль играет фактор иммунодепрессии и неспособность клеток подвергаться апоптозу, что ведет к прогрессированию процесса. К маркерам апоптоза в клеточной популяции относят FasL. При изучении данного показателя в группах обследуемых женщин мы констатировали уменьшение уровня FasL с $0,30 \pm 0,05$ пг/мл (контрольная группа) до $0,16 \pm 0,05$ пг/мл в группе сравнения ($P_k - c < 0,05$). В основной группе концентрация FasL была ниже контрольных показателей в 2,0 раза и составила соответственно $0,15 \pm 0,04$ пг/мл ($P_o - k < 0,05$).

Таким образом, одним из возможных механизмов развития миомы матки является недостаточность полимодальной активности моноклеарно-фагоцитирующей системы клеток, обеспечивающей не только продукцию цитокинов, но и элиминацию за счёт фагоцитоза пролиферирующих клеточных элементов.

Полученные результаты исследования цитокинового профиля у больных с миомой матки свидетельствуют о выраженных нарушениях иммунного статуса, редукции функции Th1- и Th2-лимфоцитов и, как следствие, значительном угнетении апоптоза при данной патологии, что способствует дальнейшему росту опухоли и прогрессированию заболевания. Наиболее выраженные изменения получены при сочетании миомы матки с анемическим синдромом.

Состояние системы гемостаза у больных с миомой матки

Рогожина И.Е., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Шехтер М.С., Чунихина Н.А., Нейфельд И.В.

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО

Саратовский медицинский университет

Нарушения в системе гемостаза, обнаруженные многими исследователями у больных миомой матки и особенно выраженные при менометроррагиях, нередко являются причиной тромбозов и тромбозов эмболий в послеоперационном периоде. Известно, что анемия, развивающаяся в результате частых и обильных кровотечений, и тромботические осложнения не ограничиваются расстройствами в системе гемостаза, а сопровождаются серьезными изменениями текучести крови, т.е. нарушениями ее реологических свойств (Агабабян Л.Р., 1984; Савченко В.Ф., 1983). В связи с этим нами проведено комплексное изучение основных параметров гемограммы и гемостаза у 97 пациенток с миомой матки и у 30 женщин без выраженной генитальной патологии (контрольная группа).

Исследование функционального состояния системы гемостаза и показателей гемограммы проводилось среди 3 групп пациенток. Первая (основная) груп-

па (n = 48) включала в себя больных миомой матки и клиникой маточного кровотечения. Вторая группа (группа сравнения) – представлена также больными с миомой матки (n=49) без клиники маточного кровотечения. В качестве контроля была набрана группа (n = 30) относительно здоровых женщин. Оценка исходного состояния системы гемостаза и параметров гемограммы осуществлялась на этапе поступления женщин в стационар до начала лечения.

При поступлении уровень гемоглобина (Hb) в основной и группе сравнения был достоверно ниже по сравнению с контрольным показателем ($112,4 \pm 1,53$ г/л), содержание Hb в группе сравнения ($104,8 \pm 2,25$ г/л) по сравнению с основной ($83,1 \pm 1,20$ г/л) было также достоверно выше (P o-к<0,05; P o-с<0,05; P с-к>0,05). Определение гематокрита (Ht) также показало его снижение у пациенток групп с миомой матки: до $28,11 \pm 1,61\%$ – в основной группе, до $31,2 \pm 1,25$ в группе сравнения, в контрольной же группе уровень Ht соответствовал $37,4 \pm 1,53\%$ (P o-к<0,05; P к-с<0,05). Изучение вязкости крови в группах обследуемых женщин не показало каких-либо достоверно значимых различий в показателях (P>0,05). Проведенный анализ исследования параметров гемостазиограммы позволил констатировать развитие хронической формы ДВС-синдрома у всех женщин с миомой матки. При исследовании показателей прокагулянтного звена системы гемостаза в группах обследуемых было обнаружено незначительное колебание концентрации фибриногена от 2,4 до 4,0 г/л, средняя величина этого показателя не отличалась от нормы ($3,50 \pm 0,04$ г/л) и составила в основной группе – $3,60 \pm 0,05$ г/л, в группе сравнения – $3,59 \pm 0,03$ г/л – (P>0,05). В то же время, по коагуляционным тестам, характеризующим суммарную активность факторов внутреннего прокагулянтного звена системы гемостаза, таких как активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), наблюдалось достоверное его укорочение при миоме матки по сравнению с данным параметром в контрольной группе ($34,82 \pm 0,12$ сек). Величина АПТВ соответствовала в основной группе – $29,77 \pm 0,13$ сек, в группе сравнения – $30,3 \pm 0,46$ сек (Pк<0,05). Аналогичная ситуация прослежена с изменением протромбинового индекса (ПИ) у пациенток с вышеизложенной патологией матки. Отмечено увеличение ПИ до $104,4 \pm 0,20$ и $103,9 \pm 0,27\%$ у больных основной группы и группы сравнения соответственно (Pк<0,05), в контрольной группе данный показатель составил – $99,03 \pm 0,42\%$.

При исследовании тромбоцитарного звена системы гемостаза количество тромбоцитов у больных исследуемых групп было несколько пониженным и в среднем соответствовало: в основной группе – $212,3 \pm 3,02 \times 10^9$ /л, в группе сравнения – $225,5 \pm 3,16$ (Pо-к>0,05; Pс-к>0,05). Вместе с тем отмечено повышение агрегационной способности тромбоцитов при стимуляции АДФ 1×10^{-3} М до $35,29 \pm 1,58\%$ – в основной группе; до $66,5 \pm 2,12\%$ в группе сравнения (Pо-к<0,05; Pс-к<0,05). Снижение уровня тромбоцитов при сниженных показателях гематокрита способствовали сохранению текучести крови (Кирсанова М.И., 1988). Во всех случаях клинического наблюдения констатировано ослабление фибринолиза в сравнении с показателем в контрольной группе. Кроме того, у всех больных с миомой

матки зафиксировано значительное повышение (в 4,0 раза) содержания в крови растворимых комплексов мономеров фибрина (РКМФ): в основной группе – до $12,89 \pm 0,16 \times 10^{-2}$ г/л, в группе сравнения – до $12,45 \pm 0,32 \times 10^{-2}$ г/л, что превышало среднюю норму в 4,0 раза – $3,09 \pm 0,04 \times 10^{-2}$ г/л (Pо-к<0,05; Pс-к<0,05).

При изучении одного из специфических маркеров хронического ДВС-синдрома – D-димера нами не было обнаружено достоверных различий его усредненных значений в группах обследуемых женщин (Pк>0,05). Низкие концентрации D-димера – $0,44 \pm 0,01$ мкг/мл (не превышающие нормативные показатели) по нашему мнению связаны со снижением фибринолитической активности у больных с миомой матки.

Таким образом, комплексное изучение системы гемостаза показало развитие гиперкоагуляции, с одновременным угнетением фибринолиза и повышением продуктов паракоагуляции у всех больных с миомой матки.

ВЛИЯНИЕ ИНДУКТОРОВ ОВУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Руднева Т.В., Руднев С.В., Синицын В.А.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия

С целью оценки влияния на молочные железы индукторов овуляции были изучены результаты динамического наблюдения за 23 женщинами в возрасте от 24 до 38 лет. В группу обследуемых были включены пациентки, которым предстояла индукция овуляции кломифеном. Критерием отбора служило отсутствие очаговой патологии молочных желез.

При предварительном обследовании у 19 из них выявлены диффузные дисгормональные доброкачественные изменения в молочных железах.

Методом оценки динамических изменений в молочных железах служило ультразвуковое сканирование. При этом особое внимание уделялось состоянию железистой ткани, поскольку она является наиболее гормональнозависимой. Для объективизации исследования наряду с описательными признаками нами применялась числовая оценка таких параметров, как толщина пласта железистой ткани, а также диаметр млечных протоков.

Проводились 3 цикла индукции овуляции кломифеном в нарастающей дозировке. У всех обследуемых был достигнут эффект овуляции. Для исследования были отобраны женщины, у которых беременность после этого не возникла.

Ультразвуковое обследование молочных желез проводилось на 1-3 день начала приема кломифена, на 8-11 день менструального цикла, а затем через 3 и 6 месяцев. Измерение толщины пласта железистой ткани проводилось на границе верхних и нижних наружных квадрантов, на 5 см латеральнее ареолы, где, как правило, имеется максимальное количество железистой ткани. Оценка диаметра млечных протоков проводилась в той же зоне.

Как показало исследование, в целом стромально-железистый комплекс не реагирует или не успевает реагировать на значительное повышение уровня

эстрадиола в крови пациентов на фоне индукции овуляции. Увеличения толщины пласта железистой ткани в процессе наблюдения не было выявлено. При этом отмечена быстрая реакция протокового эпителия в виде значимого увеличения диаметра млечных протоков на 8-11 день менструального цикла. Однако данные изменения носили преходящий характер и состояние протоков вернулось к исходному практически у всех пациенток (кроме 2) уже через 3 месяца после окончания индукции овуляции. Аналогичная ситуация имела и через 6 месяцев.

Таким образом, длительное наблюдение над молочными железами в процессе индукции овуляции показало, что негативные последствия со стороны молочных желез отсутствовали.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

**Саврацкий А.Ю., Иванян А.Н.,
Рафальский В.В., Густоварова Т.А.**

*Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная
медицинская академия», кафедра акушерства
и гинекологии ФПК и ППС*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются наиболее распространённой патологией у женщин репродуктивного возраста, которые часто приводят к наступлению временной нетрудоспособности, а в случае хронизации процесса могут способствовать развитию бесплодия, что является одной из актуальнейших проблем гинекологии в настоящее время. При выборе антибактериальной терапии необходимо учитывать не только антимикробную активность лекарственного средства, но и его влияние на организм в целом, с учётом сопутствующих заболеваний у женщины.

Нами было проведено ретроспективное аналитическое исследование 351 истории болезни женщин, получавших антибактериальную терапию по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза в гинекологических стационарах и женских консультациях городов Смоленск, Брянск, Калуга, Орёл. Использовали следующие методы диагностики: бактериологические (22,7%) вирусологические (1,6%), ПИФ (2,5%), ПЦР (18,3%), серологические (ИФА, РПГА) – 13,4%.

Показанием для назначения антибиотиков послужили: сальпингоофориты (31,6%), вульвовагиниты (27,2%), скрытые инфекции (15,6%), эндометриты (7,6%), состояния связанные с прервавшейся беременностью (6,4%), кисты яичников (4,4%), заболевания шейки матки (3,6%). Сопутствующая гинекологическая патология была выявлена у каждой третьей пациентке.

Структура выявленных возбудителей распределилась следующим образом: *Bacteroides spp.* – 0,5%; *C.trachomonatis* – 7,8%; *Candida albicans* – 9,8%; *E.coli* – 1,0%; *G.vaginalis* – 8,3%; кокки – 20,1%;

ВПЧ – 2,0%; ВПГ – 2тип – 1,0%; микоплазма – 9,3%; уреоплазма – 23,4%; хламидии – 12,2%.

Независимо от характера течения заболевания наиболее широко для лечения ВЗОМТ назначались препараты группы метронидазола 27,4% (метронидазол – 9,6%; трихопол – 3,5%; флюконазол – 4,5% и др.). Второй по частоте назначения группой антибактериальных препаратов были макролиды (14,9%), преимущественно азитромицин (5,0%) и фромилит (3,9%). Цефалоспорины были третьей по частоте применения группой антибактериальных препаратов (7,2%) и были представлены в основном цефазолином (3,4%), цефатоксимом (2,5%) и некоторыми другими препаратами. 5,1% пациенток получали фторхинолоны, из них офлоксацин – 2,5%, ципрофлоксацин – 2,6%. Препараты группы пенициллина принимали лишь 4,1 % пациенток (ингибитор-защищённые – 0,5%). Препараты других групп использовались редко – аминогликозиды в 2,3%, линкозамиды в 2,7% случаев. Часть пациенток (10,3%) получали различные противогрибковые препараты как местного (тержинан, гексикон) так и системного (дифлюкан) действия. Монотерапия использовалась в 15,9% случаев, два препарата применялись в 31,9% случаев, три препарата в 33,2% случаев, четыре в 10,6%. Наиболее часто применялась комбинация: ципрофлоксацин + метронидазол + местный противогрибковый препарат.

В большинстве случаев антибиотики назначались парэнтерально и местно. Средняя продолжительность терапии составила 8 дней, варьируя от 1 до 33 дней. На фоне приёма антибактериальных препаратов у пациенток было зарегистрировано 4,4% случаев нежелательных лекарственных реакций, из них на антибактериальные препараты пенициллинового ряда в 1,3%, на метронидазол в 0,8% случаев, что приводило к отмене или смене лекарственного препарата.

Проведенный анализ показал, что в настоящее время нет единого мнения относительно оптимальных сроков антимикробной терапии, и основывается в основном на сформировавшихся традициях. Более чем у 60% пациенток антибактериальная терапия проводилась эмпирически, без определения спектра возбудителей. Наиболее типичными ошибками антибиотикотерапии являются: широкое применение препаратов без учета их активности в отношении наиболее значимых возбудителей инфекций, применение нерациональных комбинаций антимикробных средств, неоправданно частое использование парентерального пути введения препаратов и недостаточная продолжительность лечения. Для повышения эффективности лечения ВЗОМТ необходима разработка и принятие национальных рекомендаций по диагностике и лечению данной патологии, а также проведение мониторинга применяемых лекарственных средств.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Саидова Р.А., Арутюнян Э.М., Першина Е.В.,
Исламова Ш.Н., Гусейнова З.С.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им.
И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ

Актуальность: Гиперандрогения (ГА) у женщин – патологическое состояние, обусловленное действием избыточной продукции или нарушения метаболизма андрогенов на органы и ткани-мишени, является одним из наиболее распространенных гормональных нарушений, наблюдающейся у 5% женщин в популяции. ГА выявляется также среди пациенток с нарушениями менструальной функции у 35-77%; 41-74% пациенток, страдают бесплодием, обусловленным хронической ановуляцией. Диагностика конкретной клинической формы ГА сложна, что обусловлено многофункциональностью эндокринной системы, полиморфизмом изучаемой патологии, преобладанием сочетанных форм.

Целью данного исследования явилась разработка принципов дифференциальной диагностики различных форм гиперандрогении (яичниковой, надпочечниковой и сочетанной) с последующим выбором адекватных методов коррекции нарушенного гормонального баланса половых стероидов.

Материалы и методы исследования: В работе представлены результаты исследования 150 женщин в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $25,41 \pm 0,75$ лет) с проявлениями «андрогензависимой дермопатии» (гирсутизма, акне, себореи и алопеции) при выявлении повышения уровня андрогенов в периферической крови в зависимости от источника их продукции: I группа с надпочечниковой ГА (НГА) – 43 женщины (возраст $26,71 \pm 0,89$); II группа – 35 пациенток составили группу с яичниковой ГА -ЯГА- (возраст $25,41 \pm 0,75$); III группа с сочетанной формой ГА (СГА) – 37 пациенток (возраст $24,21 \pm 3,04$). Контрольная группа, состоящая из 35 женщин репродуктивного периода (средний возраст $28,1 \pm 3,04$) с регулярным менструальным циклом и отсутствием признаков ГА. Диагноз ГА ставился на основании полного клинического обследования с оценкой морфотипа, гормонального профиля периферической крови с анализом спектра стероидных, пептидных и прочих гормонов: эстрадиола (Е2), тестостерона общего (Тоб.), тестостерона свободного (Тсв.), дигидротестостерона (ДГТ), андростендиона (Ан), прогестерона (Р), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЭА-С), 17гидроксипрогестерона (17ОНР), ЛГ, ФСГ, а также соотношений гормонов в динамике менструального цикла. Проведена статическая обработка полученных результатов.

Результаты: Для больных ЯГА характерными являются нарушения менструального цикла по типу опсоменореи, бесплодие; увеличение объема яичников (в среднем $10,01 \pm 0,2$ см³); высокий коэффициент соотношения ЛГ/ФСГ ($2,42 \pm 0,41$) при высоком уровне ЛГ ($15,82 \pm 1,1$ МЕд/л), повышение уровня Тоб. и

Ан ($11,85 \pm 1,25$ нмоль/л). Все характерные изменения сохраняются и прогрессируют в динамике цикла на фоне нормоэстрогенной ановуляции. Для больных с НГА характерными являются: повышение концентрации как Тоб. и Тсв., повышение уровней ДГТ ($431,33 \pm 18,61$ пг/мл), а также ДЭА-С и 17ОНР. У женщин с НГА определяются овуляторные циклы и у 25% гипопрогестероновая НЛФ. Для больных с сочетанной формой гиперандрогении характерны нарушения и лабораторные признаки присущие как НГА, так и ЯГА, при этом требуется индивидуальной оценка нарушенного стероидного равновесия с целью выбора тактики лечения, поскольку выявляется как НЛФ, так и ановуляция.

Заключение: Таким образом, для пациенток с ЯГА характерны повышение продукции андрогенов: уровня Тоб. и Ан, соотношения ЛГ/ФСГ и Т/Е2, что является подтверждением синдрома хронической ановуляции, обусловленного нарушением адекватного фолликулогенеза в яичниках. У больных с НГА выявляются нарушения как продукции, так и метаболизма андрогенов: повышение уровня Тсв., ДГТ, повышение соотношения Т/Е2, ДГТ/Е2 а также повышение уровней предшественников половых стероидов – ДЭА-С и 17-ОНР. СГА является клинически тяжелой и наиболее сложной формой для диагностики и последующей гормональной терапии. У пациенток данной группы выявляются нарушения на всех этапах продукции и метаболизма андрогенов, что требует коррекции нарушенного стероидного равновесия как на уровне надпочечников, так и на уровне яичников.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПРЕ- И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Саидова Р.А., Алексанян С.Г., Мкоян Л.А.,
Купцова Т.И., Тропынин М.А.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им.
И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ

Актуальность: Актуальность многостороннего изучения эффектов и совершенствования методов заместительной гормональной терапии у женщин в климактерическом периоде обусловлено неуклонным увеличением популяции женщин в старшем возрастном периоде. По данным ВОЗ, число женщин старше 45 лет к 2015г. составит 46%. Патологический климактерий, являясь предиктором ускоренного старения организма, несет большой риск развития ассоциированных с возрастом заболеваний и требует своевременной патогенетически обоснованной коррекции. По данным литературы, частота патологического климактерия колеблется от 25-50%. При патологическом течении климактерического периода у 65-70% возникает климактерический синдром, а у 30-35% – климактерические маточные кровотечения. Исследования показали выраженные индивидуальные особенности секреции половых стероидов у женщин старше 40 лет, что определяет различия клинических проявлений нарушений

менструальной функции (НМФ): менорагия, метрорагия, полименорея и олигоменорея, ДМК. Учитывая сложность патогенеза маточных кровотечений в пре- и перименопаузе, вопрос о возможности гормональной терапии до настоящего времени остается открытым.

Цель исследования: обоснование принципов гормональной терапии женщин с НМФ в пре- и перименопаузальном периоде с соматическими и гинекологическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 173 пациентки пре- и перименопаузального периода (42-55 лет) с различными НМФ: I группа – 78 больных (средний возраст $43,12 \pm 2,51$ лет) пременопаузального периода, II группа – 85 пациенток (средний возраст $48,625 \pm 2,27$ лет) перименопаузального возраста. В зависимости от типа НМФ разделение в обеих группах на две клинические подгруппы-1-с гиперэстрогенными типами НМФ и 2-с гипоестрогенными типами НМФ. Группу контроля составили 30 женщин аналогичного возраста, не имеющих нарушений менструальной функции и соматических заболеваний. Гормональное исследование включало в себя определение в крови ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола (Е2), прогестерона (Р), тестостерона (Т), кортизола, а также проведение УЗИ на 5-7 и на 21-23 дни менструального цикла. Гормональная коррекция проводилась индивидуально препаратами производных натуральных гормонов (эстрадиола и прогестерона) в зависимости от типа и формы НМФ.

Результаты: У больных с гиперэстрогенными типами НМФ вне зависимости от возраста: выявлялись менорагия, ДМК (57%), дисменорея; ожирение (30%) и ФКМ (35%); миома матки (45%) и гиперпластические процессы эндометрия (30%) Во второй подгруппе – опсоменорея и олигоменорея, высокий менопаузальный индекс Купшпермана, ИППП (43%). При оценке соматического статуса обследованных пациенток с НМФ были выявлены сопутствующие экстрагенитальные заболевания в обеих подгруппах с превалированием сердечно-сосудистой патологии (50% и 68% соответственно). Основной формой нарушения менструальной функции в обеих подгруппах явилась ановуляция: в первой подгруппе в 58% гиперэстрогенная и в 27% нормоэстрогенная, а во 2-й подгруппе – в 89% гипоестрогенная. Данные уровня ФСГ значительно превосходили во второй подгруппе больных, составило $59,9 \pm 27,76$ МЕд/л и $16 \pm 9,6$ МЕд/л соответственно ($p < 0,01$). Пациенткам с гиперэстрогенными типами ановуляторных нарушений репродуктивной системы проводилась терапия прогестагенами в режиме 14-21 день с целью купирования абсолютной гиперэстрогении. Пациенткам с гипоестрогенными типами НМФ с целью купирования ранних признаков менопаузального синдрома и коррекции нарушений, обусловленных абсолютной гипоестрогенией, патогенетически обоснованной явилась терапия эстрогенами в циклическом режиме.

Заключение: Оценка формы (НМФ и ановуляция) и типа нарушения репродуктивной системы (гиперэстрогенная и гипоестрогенная) у женщин в пре- и перименопаузальном периоде с различными нарушениями менструальной функции позволяет осуществить проведение патогенетически обоснованной терапии, приводящей к восстановлению менструальной функ-

ции, нормализации объема менструальной кровопотери и улучшению общего самочувствия и качества жизни женщин.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

Салий М.Г., Ткаченко Л.В., Налимова И.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинская Академия, Астрахань, Россия

Сохранение репродуктивного потенциала девочек-подростков входит в число важнейших медико-социальных проблем во всех развитых странах. Функциональная несостоятельность репродуктивной системы свидетельствует о разбалансированности нейроэндокринной регуляции, серьезный вклад в которую вносит тиреоидная система, а заболевания щитовидной железы приводят к изменению гормонального гомеостаза организма.

Целью настоящего исследования явилось изучение нарушений функции щитовидной железы при гипоталамическом синдроме периода полового созревания у девочек-подростков Астраханской области.

Материалы и методы исследования: для достижения поставленной цели нами было обследовано 82 девочки, из них 62 пациентки с гипоталамическим синдромом периода полового созревания и 20 девочек-подростков с отсутствием данного заболевания, которые составили контрольную группу. В изучаемых группах все были сопоставимы по возрасту. Средний возраст девочек составил $15,4 \pm 1,2$ года. Патология репродуктивной системы диагностировалась на основании данных анамнеза, клиники заболевания, гинекологического, ультразвукового и гормонального обследования. Тиреоидный статус девочек-подростков оценивался на основании визуально-пальпаторного исследования щитовидной железы с определением степени её увеличения, ультразвукового исследования щитовидной железы, изучения уровней тиреотропного и тиреоидных гормонов, антител к пероксидазе тироцитов в сыворотке крови. Оценка заключений эхолюкометрии у подростков проводилась в зависимости от площади поверхности тела.

Результаты исследований девочек обеих групп показали наличие заболеваний щитовидной железы: диффузный нетоксический зоб, аутоиммунный тиреоидит, субклинический гипотиреоз, гипотиреоз. По структуре патологии щитовидной железы изменения в анализируемых группах заключались в большей частоте встречаемости в основной группе субклинического гипотиреоза (41,6%). Удельный вес в структуре тиреоидной патологии в обеих группах занимал диффузный нетоксический зоб (58,4%), однако чаще отмечались случаи этой патологии в основной группе (39,7%). Для девочек контрольной группы, на вто-

ром месте по частоте стоял аутоиммунный тиреодит 9,1%. Гипотиреоз регистрировался одинаково в сравниваемых группах (соответственно I группа – 7,6%, II группа – 6,1%). Доля девочек с патологией щитовидной железы в основной группе составила 92,7%. Зоб I степени регистрировался у 70,3%, а зоб II степени у 22,4%. При сравнительной характеристике объёма щитовидной железы в основной группе отмечено более выраженное увеличение объёма при аутоиммунном тиреодите. Следует отметить, что у больных гипоталамическим синдромом периода полового созревания чаще, чем у девушек контрольной группы отмечалось диффузное снижение экстенсивности тиреоидной ткани (30,9%), неоднородность структуры щитовидной железы (24,8%), наличие очаговых изменений структуры в виде узла (13,8%). В процессе исследования содержания в сыворотке крови тиреотропного и тиреоидных гормонов установлено, что у пациенток с патологией щитовидной железы, независимо от наличия или отсутствия гипоталамического синдрома, имела место гипертиреотропинемия при субклиническом гипотиреозе и гипотиреозе. Гипотироксинемия отмечалась только при гипотиреозе в обеих сравниваемых группах наблюдения. У подростков с гипоталамическим синдромом при эутиреозе отмечено повышение уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови при диффузном нетоксическом зобе и аутоиммунном тиреодите по сравнению с девочками контрольной группы и аналогичной тиреоидной патологией. Кроме того, у девушек с патологией щитовидной железы и гипоталамическим синдромом определялся наиболее высокий титр антител к пероксидазе тироцитов в сыворотке крови. Проведённый анализ встречаемости различной тиреоидной патологии у подростков основной группы в зависимости от характера нарушений менструальной функции выявил, что диффузный нетоксический зоб чаще регистрировался у больных с первичной дисменореей (58,3%). Субклинический гипотиреоз чаще имел место у девочек с первичной аменореей (28,6%), а гипотиреоз преобладал у пациенток с вторичной аменореей (23,1%). У больных с первичной дисменореей чаще имел место аутоиммунный тиреодит (16,5%). Кроме того, в основной группе при эутиреозе выявлена прямая зависимость между изменением уровня тиреотропного гормона и пролактина, а при гипофункции щитовидной железы дополнительно к этому имеет место обратная связь между уровнем тиреотропного гормона и пролактина.

Вывод: таким образом, проведённые исследования доказывают патогенетическую роль тиреоидной патологии в генезе нарушений менструального цикла при гипоталамическом синдроме периода полового созревания у девочек-подростков и подтверждают необходимость углублённого исследования тиреоидного гомеостаза при этой патологии с последующей коррекцией выявленных нарушений.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОМ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

Салий М.Г., Заклякова О.В., Налимова И.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинская Академия, Астрахань, Россия

Одной из актуальных проблем современной практической медицины является забота о репродуктивном потенциале подрастающего поколения. Распространённость железодефицитной анемии в популяции девушек составляет 8-38%, а латентного дефицита железа – 15-47%. В тоже время частота истинной железодефицитной анемии при гормональном дисбалансе и нарушениях менструальной функции не превышает 12%.

Целью исследования явилось изучение показателей феррокинетики и их динамику в зависимости от гормональных нарушений при гипоталамическом синдроме периода полового созревания у девочек-подростков Астраханской области.

Материалы и методы. Функциональное состояние различных уровней репродуктивной системы оценивали на основании радиоиммунологического определения в сыворотке крови концентрации фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, пролактина, тиреотропного (ТТГ), эстрадиола, прогестерона, кортизола, тестостерона, трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), показатели феррокинетики путём определения концентрации ферритина крови радиоиммунным методом, значений периферической крови, уровня сывороточного железа (СЖ) и общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС), латентной железосвязывающей способности (ЛЖСС), коэффициента насыщения трансферрина железом (КН) у 39 девочек-подростков с гипоталамическим синдромом периода полового созревания в возрасте 14-19 лет, составивших основную группу и 20 условно здоровых девушек такого же возраста группы сравнения.

Результаты: При определении показателей обмена железа в основной группе у 14 пациенток выявлена анемия лёгкой степени (гемоглобин- $100 \pm 0,85$ г/л, эритроциты- $3,58 \pm 0,12$, цветной показатель- $0,85 \pm 0,01$, СЖ- $17,75 \pm 0,65$ мкмоль/л, ОЖСС- $72,14 \pm 0,58$ мкмоль/л, СФ- $12,32 \pm 1,32$ мкг/л, КН- $24,61 \pm 1,52$). Анемию средней степени имели 9 девушек основной группы (гемоглобин- $88,6 \pm 0,74$ г/л, эритроциты- $3,18 \pm 0,19$, цветной показатель- $0,78 \pm 0,03$, СЖ- $7,85 \pm 0,79$ мкмоль/л, ОЖСС- $79,84 \pm 0,69$ мкмоль/л, СФ- $9,32 \pm 1,32$ мкг/л, КН- $9,83 \pm 1,72$). В 12 случаях выявлен скрытый дефицит железа (гемоглобин- $121,3 \pm 0,67$ г/л, эритроциты- $3,78 \pm 0,17$, цветной показатель- $0,9 \pm 0,01$, СЖ- $17,75 \pm 0,75$ мкмоль/л, ОЖСС- $85,14 \pm 0,55$ мкмоль/л, СФ- $13,22 \pm 1,42$ мкг/л, КН- $20,61 \pm 1,42$). У 4-х дефицит железа отсутствовал. Однако показатели СЖ, ОЖСС и СФ находились на нижней границе нормы. В группе сравнения в 4 случаях диагностирована лёгкая анемия, 2-средней степени тяжести и у 3-х девочек латентный дефицит железа. На фоне динамики показа-

телей феррокинетики наблюдалось изменение гормонального фона девушек. Уровень эстрадиола при лёгкой анемии составил $5,39 \pm 0,51$ нмоль/л, прогестерона $8,19 \pm 0,63$ нмоль/л, пролактина $668,2 \pm 33,35$ мМЕ/л, ФСГ $9,88 \pm 1,63$ мМЕ/л, ЛГ $15,3 \pm 3,35$ мМЕ/л, кортизола $424,5 \pm 22,6$ нмоль/л. Прогрессирование анемии усугубляло гормональные нарушения. В условиях манифестного дефицита железа удельный вес гиперэстрогении оказался в 2 раза выше, чем при скрытом дефиците (25,2% против 12,5%). При анемии число подростков с сохранённой функцией щитовидной железы в 2 раза ниже, чем в отсутствие таковой (12,9% против 25,1%). Найдены значимые корреляции между показателями обмена железа и гормонами щитовидной железы и надпочечников. В зависимости от характера нарушений менструальной функции у девушек основной группы с хронической ановуляцией при отсутствии анемии концентрация прогестерона оказалась значительно ниже, чем с недостаточностью жёлтого тела ($0,92 \pm 0,31$ нмоль/мл против $4,83 \pm 0,47$), тестостерона практически одинаковая, а эстрадиола ниже ($2,37 \pm 0,36$ нмоль/мл против $4,39 \pm 0,75$). При этом концентрация ферритина была значительно выше, чем с недостаточностью жёлтого тела ($35,71 \pm 9,24$ мкг/л против $20,49 \pm 8,02$). Показатели периферической крови не имели значимых различий и не выходили за пределы нормативных, а сывороточного железа были в норме или несколько снижены при латентном дефиците железа.

Вывод: Таким образом, при гипоталамическом синдроме периода полового созревания у 89,7% девочек-подростков имеется дефицит железа различной степени выраженности. Генез выявленных нарушений носит комплексный характер и находится в зависимости от уровня гормонального дисбаланса, а стероидозависимый характер изменений концентрации ферритина возможно создаёт эффект обеспечивающий сохранение запасов депонированного железа и необходимый гомеостаз при реализации репродуктивной функции. Выявленные нарушения диктуют необходимость включения в алгоритм обследования девочек-подростков с данной патологией определение показателей феррокинетики и проведения комплексного лечения с применением антианемической терапии.

ДИАГНОСТИКА ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ

Салов И.А., Ташухожаева Д.Т., Чунихина Н.А.

Россия, Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Разработка эффективных методов диагностики бесплодия в браке занимает одно из главных мест в гинекологии. Это обусловлено, с одной стороны, высокой частотой бесплодных браков, а с другой – необычайным разнообразием факторов бесплодия. Среди факторов бесплодия преобладает трубный. В настоящее время методом выбора при диагностике трубного бесплодия можно считать эндоскопические и гистероскопические методы.

Цель исследования: показать возможности и результаты применения гистероскопии в комплексном обследовании пациенток с бесплодием.

Материал и методы исследования. В МУЗ «1-я Городская клиническая больница им. Ю.Я. Гордеева» г. Саратова в 2008-2009 гг. находилось на обследовании 136 женщин с 19 до 36 лет, страдающих первичным либо вторичным бесплодием.

Гистероскопия произведена всем больным по стандартной методике под общей анестезией и с использованием наборов инструментов и аппаратуры фирмы «K.Storz». В предоперационную подготовку к гистероскопии больных с трубным бесплодием включен инфекционный скрининг, что позволило при выявлении воспалительных заболеваний провести адекватную терапию.

Полученные результаты. При проведении исследований в 80% случаев отмечалось наличие синехий в полости матки, в основном в области устьев маточных труб. Данная патология была обнаружена в основном у больных с вторичным бесплодием (аборты, замершая беременность, самопроизвольные выкидыши в анамнезе.) Проводилось механическое разрушение синехий при проведении гистероскопии. После разрушения синехий к освобожденным устьям маточных труб подводился катетер, через который вводили контрастное вещество. В качестве контрастного вещества мы использовали 0,4% раствор индигокармина.

В случае проходимости маточной трубы при подведении 10мл 0,4% индигокармина, разведенного 0,9% раствором хлорида натрия в соотношении 1:5, выявлялся так называемый симптом «синей воронки», т. е. контрастное вещество окрашивало участок вокруг устья маточной трубы и как в воронку поступало в него. В случае непроходимости маточной трубы контраст заполнял и окрашивал всю полость матки и не проходил в устье маточной трубы.

Закключение. На основании вышеизложенного можно предположить, что применяемый нами метод является высокоэффективным малоинвазивным методом диагностики трубного бесплодия.

ИССЛЕДОВАНИЕ СУБПОПУЛЯЦИОННОГО СОСТАВА ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Сапрыкина Ю.В., Матвеева Н.К., Белоглазова С.Е.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи» (дир. – академик Сухих Г.Т.)

Частота развития тяжелых форм синдрома гиперстимуляции яичников по данным исследователей составляет от 0,5-2,3 %, но абсолютное количество пациенток с указанным состоянием не снижается. При этом патогенез синдрома гиперстимуляции яичников остается окончательно неизученным. В литературе имеется большое количество публикаций, отражающих участие клеток иммунной системы в развитии данного осложнения.

Целью данного исследования явилось оценка субпопуляционного состава лимфоцитов периферической

крови пациенток с тяжелой формой гиперстимуляции яичников (СГЯ).

Материал и методы: основную группу составили 20 женщин в возрасте от 27 до 39 лет (средний возраст- $33,0 \pm 0,2$), у которых развился синдром гиперстимуляции яичников тяжелой степени в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Продолжительность бесплодия у пациенток варьировала от 2 до 15 лет (в среднем $7,3 \pm 0,1$), преобладало бесплодие трубно-перитонеального (65%) и эндокринного (35%) генеза. При анализе данных анамнеза пациенток наличие привычного невынашивания беременности выявлено у 10% пациенток, СГЯ в анамнезе не был выявлен ни в одном случае. Беременность после программы ЭКО наступила у 35% пациенток.

Группу сравнения составили 20 женщин, планирующих лечение бесплодия методом ЭКО, прошедших стандартное клинико-лабораторное обследование. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту, продолжительности и фактору бесплодия.

Оценка субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови проводилась методом проточной цитофлуориметрии с использованием моноклональных антител. Оценивали общее количество лейкоцитов, относительное содержание лимфоцитов, особое внимание уделялось субпопуляционному составу лимфоцитов (относительному содержанию Т и В-лимфоцитов (CD3, CD4, CD8 и CD19), значению иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8), NK-клеткам (CD16+CD56).

Результаты исследования: статистически значимых различий в относительном содержании субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3, CD4, CD8) и иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) выявлено не было. Среднее значение иммунорегуляторного индекса в основной и группе сравнения составило $1,8 \pm 0,2$ и $1,6 \pm 0,1$ соответственно. Не было выявлено также статистически значимых различий в относительном содержании В-лимфоцитов ($9,7 \pm 1,0$ и $8,9 \pm 0,9$), однако имеется тенденция к повышению количества В-лимфоцитов в группе пациенток с СГЯ. В ходе исследования выявлены статистически значимые различия в количестве NK-клеток, среднее значение которых составило $17,1 \pm 1,2$ и $22,8 \pm 2,0$ ($p < 0,05$)-имеется тенденция к снижению NK-клеток в периферической крови пациенток с СГЯ. Также выявлены статистически значимые различия в абсолютном содержании лейкоцитов- $11,3 \pm 1,2$ и $6,5 \pm 0,7$.

Выводы: несмотря на отсутствие выраженных изменений в клеточном звене иммунитета у пациенток с тяжелой формой синдрома гиперстимуляции яичников отмечены повышение общего количества лейкоцитов, снижение количества NK-клеток и выявлена тенденция к увеличению содержания В-лимфоцитов в периферической крови. Выявленные особенности свидетельствуют, по-видимому, о реактивном изменении клеточного звена иммунитета на фоне высокого уровня эстрадиола у пациенток с синдромом гиперстимуляции яичников тяжелой степени.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ И ЭХОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ КАК ЭТАПА ПОДГОТОВКИ К ПРОГРАММЕ ЭКО

Саркисов С.Э., Мовсисян Э.Т., Гатаулина Р.Г., Кулакова Е.В., Александрова Н.В., Кочиева М.Л.

ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии, перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздравсоцразвития»
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, факультета ФГПО, Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова

Гистерорезектоскопические электрохирургические вмешательства, имеющие в своей основе, термическое повреждение тканей, не зависимо от деструктивной или реконструктивной направленности операции, характеризуются изменением кровоснабжения органов малого таза.

Цель исследования: установить прогностическое значение ЦДК в сосудах матки и оценить изменения кровоснабжения матки и эхографическую картину матки после гистерорезектоскопических операций на основании до- и послеоперационного проведения доплерометрии и эхографии, в качестве возможного критерия эффективности операции с целью подготовки женщин к ЭКО.

Материал и методы исследования. Обследовано 28 пациенток в возрасте от 27 до 42 лет ($51,6 \pm 2,1$). Длительность бесплодия составила: первичное – $5,2 \pm 1,3$ и вторичное – $9,1 \pm 1,4$ Первую группу составили: 7 женщин с субмукозной миомой матки, 2-ю группу- 13 пациенток с полипом эндометрия, третью -3 больных с гиперплазией эндометрия и 4-ю группу -5 женщин с сочетанной патологией. Проводилось комплексное эхографическое и цветное доплеровское картирование (ЦДК) на ультразвуковых сканерах ESAOTE S. p. A. AU4 – с использованием конвексного трансабдоминального (3,5МГц) и трансвагинального трансдюсеров (5 МГц) до операции, на 1-е сутки и через 1, 3, 6 месяцев после операции.

Результаты исследования. Через 6 месяцев при ультразвуковом исследовании эндометрий визуализировался толщиной от 2,0 до 3,2 мм., ложе удаленного узла или полипа с эхопозитивным фиброзным изменением уменьшалось, а в большинстве случаев и не определялось. По толщине – миометрий со стороны удаленного патологического образования выравнивался с противоположной стенкой матки. Допплерометрические показатели до операции: у больных 1-й группы: ИП $2,04 \pm 0,36$; ИР $0,76 \pm 0,24$; СДО $1,09 \pm 0,35$; 2 -ой: ИП $2,2 \pm 1,1$; ИР $0,63 \pm 0,2$; СДО $1,0 \pm 0,6$; 3-ей: ИП $2,3 \pm 0,7$; ИР $0,68 \pm 0,2$; СДО $1,36 \pm 0,5$; 4-ой: ИП $3,5 \pm 1,6$; ИР $0,45 \pm 0,24$; СДО $1,22 \pm 0,26$. Через 6 мес. получены следующие показатели: ИП $3,0 \pm 1,4$; ИР $0,69 \pm 0,25$; СДО $1,5 \pm 0,7$ (1-я группа), ИП $2,0 \pm 0,9$; ИР $0,61 \pm 0,2$; СДО $1,2 \pm 0,4$; ИП $1,73 \pm 0,65$; ИР $0,54 \pm 0,36$; СДО $1,1 \pm 0,7$ (2-я),

ИП $3,5 \pm 1,6$; ИР $0,45 \pm 0,24$; СДО $1,22 \pm 0,26$ (3-я), ИП $3,36 \pm 1,8$; ИР $0,73 \pm 0,1$; СДО $1,2 \pm 0,25$ (4-я). Таким образом, через 6 месяцев после операции наблюдается изменение кровоснабжение в сосудах маточной артерии, которое характеризуется понижением индекса пульсации (ИП), индекса резистентности (ИР) и систолично-диастолическим отношением (СДО).

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАДГОРТАННОГО ВОЗДУХОВОДА I-GEL, КАК АЛЬТЕРНАТИВНОГО СПОСОБА ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ И В АКУШЕРСТВЕ

Саталкина О.Г., Коликов А.И., Кузнецов О.Г.
ГУЗ «Краевой клинический перинатальный центр»,
г. Ставрополь, Россия

Проблема поддержания проходимости дыхательных путей остается дискуссионной как при проведении общей анестезии на фоне тотальной миоплегии при лапароскопических операциях, так и в акушерстве. В силу известных анатомо-физиологических особенностей у беременных, эта проблема является одной из основных причин материнской смертности. К сожалению, процент трудных интубаций неуклонно растет, а уровень подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов именно в акушерстве оставляет желать лучшего.

Было обследовано 200 пациенток в гинекологии (в возрасте от 14 до 48 лет), подвергшихся лапароскопическим операциям в условиях общей анестезии. В зависимости от размера, применяемого воздуховода, пациентки были разделены на 2 группы: воздуховод №3 (80 человек), воздуховод №4 (120 человек). Время экспозиции карбоксиперитонеума более 40 мин. В положении Фовлера. Премедикация: бензодиазепин, антигистаминный препарат. Индукция анестезии -1% раствор дипривана 2 мг/кг. Установка воздуховода I-GEL, проводилась по рекомендуемой фирмой методике. Поддержание анестезии: фентанил дробно по 0,01 мг, 1% раствор дипривана -3 мг/кг/ч, лисенон-4 мг/кг/ч. ИВЛ аппаратом FABIUS-TIRO по низкопоточной методике воздушно-кислородной смесью на фоне постоянного мониторингирования устройством серии INFINITY DELTA. Корректная установка воздуховода была выполнена в 98,6%. В условиях тотальной миоплегии полностью отсутствовали нежелательные глоточные и гортанные рефлексy, вызывающие нарушение проходимости дыхательных путей. При пробуждении ни у одной из пациенток не отмечалось развитие бронхо- или ларингоспазма, рвоты, отрыжки. Отсутствовало першение в горле, боль при глотании в послеоперационном периоде. У пациенток с предполагаемой «трудной интубацией» установка надгортанного воздуховода I-GEL позволяет провести интубацию «в слепую» с адекватной санацией на фоне «полного желудка», что особенно актуально у беременных в условиях проведения экстренного оперативного

вмешательства. В акушерстве надгортанный воздуховод I-GEL применялся у 80 пациенток, что составило 6% от общего количества родов, при экстренном родоразрешении и у 69 (95%) пациенток при плановом родоразрешении. Применение воздуховода, по нашему мнению, решает проблему быстрого восстановления проходимости дыхательных путей, проблему изоляции дыхательных путей от ЖКТ, обеспечивает адекватную вентиляцию и дает возможность начать операцию кесарева сечения до интубации трахеи. Безусловно апробированная нами методика показала высокую эффективность применения надгортанного воздуховода I-GEL в случаях прогнозируемой и неожиданной трудной интубации в акушерстве и гинекологии.

ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Свердлова Е.С., Дианова Т.В., Кулинич С.И.
Россия, г. Иркутск, ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрави»

Стартовый возраст скрининга на РШМ во всем мире колеблется от 18 до 35 лет. В России согласно Приказу МЗ СССР № 1253 от 30.12.1976 г. начало скрининга обозначалось с 18 лет, а Приказ МЗ РФ №50 от 10.02.2003 предписывает начинать скрининг с 30 лет, поскольку наличие ВПЧ у молодых женщин считается транзитным в 70-90% случаев.

Цель исследования – оценить состояние эпителия шейки матки у молодых женщин, выявить инфицированность ВПЧ для уточнения сроков начала скрининга рака шейки матки.

Материалы и методы: обследовано 92 женщины в возрасте 15-24 лет в специализированном кабинете патологии шейки матки на кафедре акушерства и гинекологии ГОУ ДПО ГИУВА г. Иркутска. Женщины распределены на 2 группы: первую составили 52 пациентки без беременностей в анамнезе, вторую – 40 беременных на различных сроках гестации. В каждой группе выделены 2 возрастных подгруппы: 1А – 15-20 лет (25), 1Б – 21-24 года (27); 2А – беременные 15-20 лет (15) и 2Б – беременные 21-24 года (25). Пациенткам проводилась расширенная кольпоскопия на цифровом видеокольпоскопе SENSITEC SLC-2000, исследование цервикальных мазков на флору и атипические клетки и ПЦР-диагностика ВПЧ. При подозрении на CIN выполнялось гистологическое исследование биоптата шейки матки и соскоба из цервикального канала.

Результаты и их обсуждение: в 1 группе шейка матки была покрыта неизменным МПЭ у 4 (7,7%), во второй – ни в одном случае не было выявлено неизменного эпителия шейки матки. Хронический вирусный цервицит диагностирован у 48 (92,3%) пациенток 1 группы и у 40 (100%) второй. В 1 группе CIN I выявлена у 7 (13,5%), CIN II – у 5 (9,6%), CIN III – у 4 (7,7%), во второй группе – у 9 (22,5%), 9 (22,5%) и 2 (5%) женщин соответственно. Инфицированность ВПЧ генотипами (16,18) в 1 группе определена у 28 (53,8%) и у 19 (47,5%) женщин – во второй. Клинически значимое количество ВПЧ было у 20 (71,3%) в первой

группе и у 17 (89,5%) – во второй. Кондиломы шейки матки обнаружены у 6 (11,5%) женщин в 1 группе и у 5 (12,5%) во второй. Сравнивая данные, полученные в подгруппах, мы определили, что в подгруппе 1А наиболее часто среди заболеваний шейки матки встречался хронический вирусный цервицит – у 22 (88%) и дисплазия легкой степени тяжести – у 5 (20%), тогда как в подгруппе 1Б наряду с вирусным цервицитом – у 26 (96,3%) преобладали дисплазия средней и тяжелой степени у 4 (14,8%) и у 3 (11,1%) женщин соответственно. Инфицированность ВПЧ во всех подгруппах составила около 50%, а в подгруппе 2Б клинические проявления ПВИ имели 20% беременных.

Выводы:

Скрининг рака шейки матки должен осуществляться с началом половой жизни и обязательно должен включать кольпоскопическое исследование, цитологический мазок и обследование на ВПЧ.

Всем женщинам, планирующим беременность, необходимо оценивать состояние эпителия шейки матки и проводить ВПЧ-тестирование.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАЗЕ

Свиридова Н.И.

*Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Россия, Волгоград*

Несмотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза гиперпластических процессов эндометрия, проблема лечения больных с данной патологией до настоящего времени остается не решенной. Системная гормонотерапия, нередко проводимая неадекватными дозами препаратов, не всегда оказывается эффективной, вместе с тем, часто сопровождается возникновением метаболических нарушений, которые опосредованно могут оказывать негативное влияние на состояние эндометрия.

Рецидивирование гиперпластических процессов эндометрия приводит к необходимости повторных диагностических выскабливаний или переходу к более агрессивным хирургическим вмешательствам: гистерорезектоскопии (абляции) эндометрия, гистерэктомии.

С этих позиций, оптимизация тактики ведения больных с ГЭ должна быть направлена как на совершенствование адекватных схем терапии ГЭ, так и на профилактику ее рецидивов, которую следует проводить путем длительного и вместе с тем безопасного назначения препаратов, оказывающих блокирующее влияние на эндометрий.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения ЛНГ-ВМС «Мирена» при рецидивирующей гиперплазии эндометрия у женщин в перименопаузе.

Нами было проведено клинико-инструментальное обследование и лечение 72 женщин в возрасте от 45 до 52 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Средний возраст пациенток составил $47,83 \pm 1,26$ лет.

Средний показатель индекса массы тела больных, включенных в исследование, составил $30,4 \pm 0,62$ кг/м², при этом, 27,8% имели избыточную массу тела и 43,1% – ожирение различной степени выраженности.

В структуре нарушений менструального цикла доминировала гиперполименорея (61,1%), у 26,3% больных отмечались меноррагии и у 12,6% – альгоменорея. Установлено, что у каждой третьей пациентки (36,1%) ГЭ сочеталась с миомой матки, и практически у каждой второй (45,8%) – с эндометриозом матки.

Среди обследованных женщин – 56 (77,8%) получали гормональную терапию в течение 6 месяцев в стандартных дозах, при этом 44,4% больных с целью лечения ГЭ получали прогестагены, 19,4% женщин – принимали КОК, и 13,9% – ранее лечились а-ГнРГ. Впоследствии у 16 (28,6%) из них гормонотерапия была отменена через 2-3 месяца в связи с развитием осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы; 12 (21,4%) женщин прекратили прием гормональных препаратов самостоятельно в ближайшие три месяца, без объяснения причины. Из 72 обследованных пациенток – 16 (22,2%) женщин ранее не получали гормональной терапии.

Исходно и каждые три месяца на фоне лечения проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза на аппарате Aloka-2000 (Япония) с использованием вагинального датчика. По данным гистероскопии, диффузная гиперплазия эндометрия обнаружена у 48 (66,7%) женщин, очаговая гиперплазия – у 24 (33,3%). Согласно классификации ВОЗ, морфологически у всех была диагностирована простая гиперплазия эндометрия.

Всем пациенткам была введена внутриматочная гормональная система «Мирена». Наблюдение за больными проводилось в течение 6 месяцев.

В ходе наблюдения выявлено, что у 83,3% женщин в первый месяц после введения ЛНГ-ВМС отмечались ациклические кровянистые выделения из половых путей. Через 6 месяцев олигоменорея установлена у 46 (63,8%) пациенток, аменорея – у 26 (36,2%). Согласно данным УЗИ, через 3 месяца после введения ЛНГ-ВМС, средняя толщина эндометрия составила $0,72 \pm 0,03$ см, и через 6 месяцев – $0,48 \pm 0,02$ см.

При гистологическом исследовании соскоба эндометрия через 6 месяцев применения ЛНГ-ВМС у 66 (91,7%) из 72 женщин морфологические признаки ГЭ отсутствовали. У них отмечена атрофия эндометрия с децидуальноподобной реакцией стромы. Лишь у 6 (8,3%) пациенток сохранялись очаги гиперплазированного эндометрия.

На основании полученных результатов, выявлена высокая эффективность «Мирены» в качестве дополнительного этапа лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия после проведения курса гормональной терапии.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Себко Т.В., Доброхотова Ю.Э., Иванова Т.А.,
Носиков В.В., Осипова Т.А., Алехин М.В.

Россия, г.Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, ООО «ЭФИС»,
НИИ Промышленной генетики

С целью поиска генетических маркеров гестационного сахарного диабета (ГСД) были определены гены-кандидаты, продукты которых кодируют секрецию инсулина и инсулинорезистентность (белок KIR 6.2 KCNJ 11, рецептор сульфанилмочевины – AVCS8, транскрипционный фактор 7, подобный фактору 2 – TCF7L2, кальпаин-10 – CAP10, рецептор, активируемый пролифераторами пероксисом – тип γ 2 – PPAR γ 2, адипонектин – ADIPOQ, рецепторы адипонектина 1,2 – ADIPOQR1 и ADIPOQR2) у 80 беременных с ГСД и 100 здоровых. Наряду с генетическими параметрами при выявлении ГСД определены гормонально-метаболические и иммунологические показатели крови, связанные с секрецией инсулина и инсулинорезистентностью (показатели углеводного обмена – гликемический профиль, ПТТГ, HbA_{1c}, уровень инсулина (ИРИ), С-пептид, антитела к инсулину и β -клеткам поджелудочной железы, к глутаматдегидрогеназе, основные показатели липидного спектра). При постановке диагноза ГСД учитывались критерии диагностики СД и других категорий гипергликемии (ВОЗ 1999 г.). В группе беременных с ГСД возраст более 25 лет был у 87,5% беременных, у 91,2% были факторы риска ГСД, после выявления ГСД у 76,2% компенсация заболевания достигалась диетотерапией у 23,8% – применением дието- и инсулинотерапии. Нами выявлена значительная вариабельность изучаемых гормонально-метаболических факторов как у беременных с ГСД так и у здоровых. Большинство изучаемых гормонально-метаболических параметров в группе беременных, которым в дальнейшем для компенсации заболевания требовалась диетотерапия, не отличается от здоровых. Исключение составляет только концентрация триглицеридов (ТГ) в крови, которая достоверно выше у беременных с ГСД по сравнению со здоровыми (при ГСД уровень ТГ – $2,4 \pm 0,28$ нг/мл, у здоровых – $1,54 \pm 0,11$ ммоль/л, $\rho < 0,01$), наряду с тенденцией к увеличению атерогенного фактора (при ГСД – $3,2 \pm 0,6$, у здоровых – $2,2 \pm 0,2$, $t = 1,7$). В связи с полученными нами данными проведен сравнительный анализ изучаемых параметров у беременных с ГСД в зависимости от ожирения. У беременных с ГСД и ожирением отмечается достоверное увеличение ($\rho < 0,05$) проинсулина – в 3 раза, ИРИ – в 2,7 раза, С-пептиды в 1,6 раза, лептина в 3 раза (при ожирении $35,5 \pm 4,3$ нг/мл, без ожирения – $10,3 \pm 2,6$ нг/мл, $\rho < 0,01$). Индивидуальный анализ клинико-лабораторных показателей по сравнению со здоровыми выявил признаки выраженной инсулинорезистентности со значительным повышением ИРИ, С-пептида и лептина у 75% беременных с ГСД и ожирением. У 50% беременных с ГСД и нормальной массой тела отмечает-

ся снижение концентрации проинсулина, С-пептида, что указывает на снижение секреторной активности β -клеток. У пациенток с ГСД по сравнению со здоровыми имеется достоверное увеличение частоты генотипа Lys\|Lys полиморфного маркера Gly23Lys гена KCNJ 11. Относительный риск для пациенток имеющих этот генотип заболеть ГСД составляет 7,6. Для эффективности профилактики и прогнозирования ГСД у беременных групп риска, а также для определения тактики лечения беременных с ГСД (диетотерапия и/или инсулинотерапия) целесообразно определение Lys\|Lys полиморфного маркера Gly23Lys гена KCNJ 11 ассоциированного с нарушением секреции инсулина.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Себко Т.В., Доброхотова Ю.Э., Иванова Т.А.,
Носиков В.В., Осипова Т.А., Алехин М.В.

Россия, г.Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, ООО «ЭФИС»,
НИИ Промышленной генетики

С целью поиска генетических, гормонально-метаболических маркеров развития СД типа 2 обследованы 105 пациенток с гестационным сахарным диабетом (ГСД) в анамнезе, выявленным 4-20 лет назад в родильном доме при ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. Контрольную группу составили 100 пациенток того же возраста с нормальными показателями углеводного обмена, с отсутствием факторов риска развития ГСД и СД типа 2. При обследовании нами впервые выявлен СД типа 2 у 4,8% пациенток. Заболеваемость СД типа 2 через 20 лет у пациенток с ГСД в анамнезе составляет 23,7% (25 пациенток из 105 обследованных). Проведено определение гормонально-метаболических параметров (углеводного и липидного обменов, лептин, адипонектин, иммунореактивный инсулин – ИРИ, С-пептид, проинсулин, индекс инсулинорезистентности – ИИ, функциональная активность β -клеток поджелудочной железы – ФАБ), и полиморфизма генов, ассоциированных с уменьшением секреции и снижением чувствительности к инсулину (KCNJ 11, TCF7L2, PPAR γ 2, ADIPOQ, ADIPOQR1 и ADIPOQR2) у пациенток с ГСД в анамнезе, имеющих СД типа 2 (25) и без диабета (80), а также здоровых (100). Сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей у пациенток здоровых и с СД типа 2, имеющих ГСД в анамнезе выявил у последних гипергликемию натощак до $8,71 \pm 1,51$ ммоль/л и повышение HbA_{1c}, гиперинсулинемию – $6,63 \pm 1,48$ мкЕд/мл, нарушения липидного спектра крови, уменьшение концентрации адипонектина. У пациенток с СД типа 2 по сравнению со здоровыми увеличен ИИ и почти в 2 раза снижена функциональная активность β -клеток. У 64% пациенток с СД типа 2 имеется метаболический синдром (ожирение, гиперинсулинемия, дислипидемия, артериальная гипертензия и т.д.). Полученные результаты указывают на наличие инсулинорези-

стенности и снижение секреторной активности β -клеток поджелудочной железы у этого контингента больных. Анализ метаболических параметров у пациенток с ГСД в анамнезе, у которых не развился СД типа 2 показал, что у них по сравнению со здоровыми нет нарушений углеводного обмена, нет заметных нарушений липидного спектра крови и секреторной активности жировой ткани, однако у них выявлены нарушения секреторной активности β -клеток – снижение проинсулина до $1,67 \pm 0,12$ ммоль/л (у здоровых беременных более $3,3$ ммоль/л), увеличение ИРИ до $5,3 \pm 1,8$ мкЕд/мл (у здоровых – менее $2,2$ мкЕд/мл). В этой группе ИИ и ФАБ составили $1,03$ и $11,87$ (у здоровых ИИ – $0,5$, ФАБ – 50). Наличие гиперинсулинемии, увеличение ИИ и ФАБ на фоне нормальных показателей углеводного и липидного обменов, нормальной секреторной активностью жировой ткани у пациенток с ГСД в анамнезе указывает на развивающуюся инсулинорезистентность. Фактором, способствующим нарастанию инсулинорезистентности у пациенток с ГСД в анамнезе является ожирение. У пациенток с ГСД в анамнезе, у которых не развивается СД типа 2 к моменту исследования по сравнению со здоровыми выявлено достоверное увеличение частоты генотипа Lys \ Lys полиморфного маркера Gly231ys гена KCNJ 11 ($x_2=11,76$, уровень значимости $0,06$). У пациенток с ГСД в анамнезе, имеющих СД типа 2, также имеется тенденция к повышению частоты генотипа Lys \ Lys полиморфного маркера Gly231ys гена KCNJ 11 ($x_2=5,87$, уровень значимости $0,06$). Определение общей генетической природы ГСД и СД типа 2 позволяет на доклиническом этапе выявить группу максимального риска по развитию ГСД и СД типа 2, проводить профилактику, при необходимости – своевременную диагностику и лечение этих заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И МОРФОЛОГИИ ПОСЛЕДА ПРИ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Семенова М.В., Сабсай М.И.

Государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии, Россия, г. Ижевск

В настоящее время возрастает частота преждевременных родов, представляя собой не только медицинскую, но и социальную проблему. При этом самого пристального внимания заслуживает изучение нарушения деятельности последа, в котором могут формироваться различные изменения, что способствует досрочному развитию родовой деятельности.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности и морфологических изменений в последе при очень ранних преждевременных родах.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 58 историй очень ранних преждевременных родов (срок беременности 22-27 недель), а также гистологическое и гистохимическое исследование последов. Вырезка кусочков из плаценты проводилась в соответ-

ствии с рекомендациями исследования последа, изложенными в приказе МЗ и МП РФ №82 от 29.04.1994 г.[1]. Исследование окрашенных срезов проводилось в соответствии с экспертно-компьютерной системой «Плацента» [2].

Результаты исследования и их обсуждение. Основными осложнениями течения беременности явились угроза ее прерывания ($57,9 \pm 6,2\%$), железодефицитная анемия ($31,6 \pm 5,2\%$), у каждой пятой беременной обнаруживалась уреоплазменная инфекция и подтвержденная инструментальными методами исследования хроническая плацентарная недостаточность. Настораживает тот факт, что у $36,8 \pm 5,8\%$ женщин настоящая беременность была первой, а у $42,1 \pm 5,9\%$ повторнородящих предыдущая беременность закончилась искусственным или самопроизвольным абортom, у каждой десятой в анамнезе уже были преждевременные роды. Представленные осложнения течения беременности определялись, прежде всего, состоянием здоровья беременных женщин: у $21,1 \pm 3,3\%$ из них наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы, у $15,8 \pm 2,1\%$ – почек, желудочно-кишечного тракта и нарушения менструальной функции, у $26,3 \pm 3,6\%$ – хроническое воспаление придатков матки. Именно совокупность отрицательных факторов повлияла на морфологическое состояние плаценты. В последах при очень ранних преждевременных родах преобладали воспалительные изменения: базальный и париетальный децидуит, париетальный хориоамнионит, интервиллузит, краевой плацентит, флебит и артериит сосудов пуповины ($18,7 \pm 2,1\%$). Признаки хронической плацентарной недостаточности: фокальные некрозы ворсинок, псевдоинфаркты, афункциональные зоны, избыточная коллагенизация стромы ворсин, сосуды-«колечки», облитерация просвета сосудов ворсин были менее выражены ($13,4 \pm 1,6\%$, $p < 0,01$). В плацентах именно этой группы особенно низкими были компенсаторно-приспособительные изменения: ангиоматоз опорных и терминальных ворсин, увеличение клеточных островков, образование синцитио-капиллярных мембран и активных синцитиальных почек ($5,8 \pm 0,9\%$).

Таким образом, очень ранние преждевременные роды явились логическим завершением беременности, наступившей и развивавшейся в неблагоприятных условиях, которые оказали непосредственное влияние на морфофункциональное состояние последа. Основные морфологические особенности последов при очень ранних преждевременных родах проявлялись в высокой степени выраженности воспалительных изменений в сочетании с признаками хронической плацентарной недостаточности на фоне низких компенсаторно-приспособительных реакций.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПУПОВИНЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Семенова О.В., Сидорова И.С., Шеманаева Т.В.

ММА им. И.М. Сеченова, Россия, г. Москва

Актуальность в настоящее время частота гестоза не снижается, материнская и перинатальная смертность от этого осложнения беременности практически

сохраняет стабильное значение. Повреждение эндотелия сосудов микроциркуляции матери и плода носит иммунный характер. При тяжелом гестозе иммунологические повреждения плаценты достигают максимального уровня. Так как частью системного кровотока плода является пуповина, играющая важную роль во взаимодействиях между матерью и плодом на протяжении всей беременности, которая и стала предметом изучения.

Цель изучения морфологических особенностей эндотелия сосудов пуповины (артерий и вены) при гестозе.

Материалы и методы исследования. Проведено морфологическое исследование 29 пуповин новорожденных с гестационным сроком 32-40 нед. методом электронной микроскопии. Для минимизации внешних воздействий пуповины получены в течение первых 10 мин. после родов. Из каждой пуповины ближе к плаценте выделен участок длиной 3 см, отмыт физиологическим раствором, затем вырезан круговой сегмент толщиной 3 мм (содержащий 2 артерии и вену) и помещен во флакон с глицерофосфатом. Препараты исследовали под электронным микроскопом Philips (Нидерланды) при различном увеличении. Пациентки, у которых пуповины взяты для исследования, разделены на 3 группы: в 1-я группа – 9 здоровых пациенток с физиологическим течением беременности и родов, родившие здоровых детей, 2-я группа – 11 пациенток с гестозом средней тяжести, 3-я группа – 9 пациенток с тяжелым гестозом. Степень тяжести гестозов оценивалась по шкале Goecke в модификации Г.М. Савельевой и соавт. Пациентки исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, паритету беременностей и родов, социальному положению. Женщины с системными, аутоиммунными и инфекционными заболеваниями были исключены из исследования.

Результаты в контрольной группе во всех наблюдениях выявлялась однотипная картина. Эндотелиальные клетки пуповинной артерии нормально организованы в виде монослоя клеток. Ядра эухроматические. Большинство митохондрий обычного строения, имеют хорошо развитые кристы и гомогенный митохондриальный матрикс умеренной электронной плотности. Эндоплазматический ретикулум в основном гладкий, аппарат Гольджи представлен плотно упакованными цистернами. Хорошо развит цитоскелет, представленный в основном многочисленными актиновыми микрофиламентами. Цитоплазматические вакуоли редки. Эндотелиальные клетки пуповинной вены в контрольной группе также организованы в виде монослоя клеток. Результаты электронной микроскопии в целом свидетельствуют о том, что при развитии гестоза возникают выраженные нарушения морфологического строения эндотелия как артерий, так и вены пуповины, набухание и эдематозные изменения клеток, предаптогические изменения ядер и внутриклеточных органелл эндотелиоцитов, вплоть до полного разрушения и слущивания клеток эндотелия при тяжелом течении гестоза. Данные изменения усиливаются при нарастающей степени тяжести гестоза.

Вывод электронной микроскопии эндотелия сосудов пуповины при гестозе позволила выявить большое число клеток, находящихся на разных этапах апоптоза и гибели, свидетельствующая о системном повреждении эндотелия (эндотелиоз) системы микроциркуляции.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Семенова О.Г., Тактаева М.В.

Россия, г.Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

В акушерско-гинекологической практике одним из неотложных состояний является внематочная беременность (ВБ). Под внематочной беременностью подразумевается развитие плодного яйца не в полости матки, а за ее пределами. Актуальность этой проблемы обусловлена, главным образом, стабильно высокой частотой эктопической беременности в структуре неотложных состояний в акушерстве и гинекологии: число больных с внематочной беременностью за последние 5 лет в гинекологическом отделении ГКБ №1 (г/о ГКБ №1) города Ижевска варьирует в пределах от 2,7 % до 6% по отношению к пациенткам, госпитализированным в гинекологический стационар. Диагностика и лечение ВБ становятся особенно актуальными в настоящее время, когда ухудшаются медико-демографические показатели. Материнская смертность при внематочной беременности в России выше, чем в странах Европы.

Диагностика эктопической беременности на стадии ее прогрессирования представляет наиболее актуальную задачу, так как позволяет не только предотвратить возможную острую кровопотерю, но и обеспечить условия для органосохраняющего лечения пациенток, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции. Патогномоничных симптомов прогрессирующей ВБ нет, возможно, поэтому ВБ занимает первое место по количеству диагностических ошибок в гинекологической практике в связи с выраженным полиморфизмом и «стертостью» клинической картины. К «классическим» симптомам внематочной беременности относят боли в нижних отделах живота (наблюдались у 84% пациенток г/о ГКБ №1), кровотечение из половых путей (наблюдалось у 73% пациенток г/о ГКБ №1), задержку менструации (наблюдалась у 80% пациенток г/о ГКБ №1).

До настоящего времени отсутствует единая обоснованная концепция по обследованию и лечению больных с подозрением на ВБ. Нет и общепризнанной ценности используемых дополнительных методов исследования, целесообразности и последовательности их применения при подозрении на ВБ. Цель данной работы: обосновать современный алгоритм диагностики прогрессирующей ВБ, проанализировать его информативность и эффективность хирургического лечения ВБ в гинекологическом отделении ГКБ №1 г.Ижевска на основании 50 историй болезни.

Серьезным аргументом против широкого распространения выжидательной тактики служит тот факт, что ворсины хориона могут явиться причиной деструкции плодместилища. Ранняя диагностика ВБ до ее нарушения возможна при использовании трансвагинального (ТВ) и трансабдоминального (ТА) ультразвукового исследования (УЗИ), лапароскопии

и определения уровня хорионического гонадотропина (ХГ) в крови. Указанные методы исследования проводятся не всегда (в г/о ГКБ №1 ТВ УЗИ проведено у 63% пациенток, ТВ+ТА УЗИ – у 14%), в результате чего диагностика ВБ оказывается запоздалой. Сочетание УЗИ и количественного определения ХГЧ считают «золотым» стандартом диагностики ВБ с чувствительностью 92-98 % и специфичностью 73-75 %. Наиболее информативным методом, но в то же время инвазивным, является лапароскопия. Лапароскопия проводится на завершающем этапе, когда результаты неинвазивных методов не привели к верификации окончательного диагноза. Ультразвуковое сканирование представляет наиболее безвредный и, в то же время, достаточно информативный метод диагностики внематочной беременности. Диагностическая ценность однократного исследования уровня β -ХГ в сыворотке невелика, информативен только отрицательный результат, поскольку он позволяет исключить беременность. Однократное определение уровня β -ХГ может быть полезно только в сочетании с данными УЗИ. Если при УЗИ плодное яйцо в матке не определяется, а уровень β -ХГ превышает 2000 МЕ/л, следует думать о ВБ или о полном аборте. Повторное исследование уровня β -ХГ в этом случае позволяет различить эти состояния. При влагалищном УЗИ маточная беременность диагностируется на 1 неделю раньше, чем при УЗИ малого таза абдоминальным датчиком, четче определяются признаки ВБ. УЗИ малого таза абдоминальным датчиком дает возможность более детально исследовать органы брюшной полости, определить объем свободной жидкости, оценить объемное образование в области придатков матки.

Основным методом лечения внематочной беременности является хирургический. Сравнительные исследования в г/о ГКБ №1 показали следующие преимущества эндоскопического доступа по отношению к «открытому» доступу: средняя кровопотеря 143 мл против 333 мл; количество обезболивающих препаратов, требуемых в послеоперационном периоде, минимально; средняя продолжительность госпитализации 7,2 койко-дней против 9,7, средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции 5,9 койко-дней против 9,0 и реконвалесценции значительно меньше. В г/о ГКБ №1 хирургическое лечение произведено лапаротомным доступом у 71% женщин, лапароскопическим доступом – у 29% женщин с ВБ.

Наши наблюдения и анализ результатов лечения при ВБ свидетельствует о том, что современный алгоритм ранней диагностики этой патологии еще не является руководством к действию в широкой гинекологической практике. Это обстоятельство требует особого внимания в процессе обязательной постдипломной подготовке практических врачей.

СОЧЕТАННЫЕ АППЕНДЕКТОМИИ ПРИ ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Серёгина М.В., Серёгина В.В.

Россия, г. Ульяновск, МУЗ Ульяновская городская клиническая
больница скорой медицинской помощи

Актуальность проблемы обусловлена трудностью определения макроскопических признаков воспаления червеобразного отростка при сочетанной острой гинекологической патологии и решении вопроса об аппендэктомии. С целью оценки эффективности разработанного алгоритма дифференциального подхода к аппендэктомии нами обследованы 658 женщин в возрасте от 15 до 56 лет, с острым аппендицитом, сочетавшимся с острой гинекологической патологией. Пациентки были разделены на 2 группы. Основную группу составили 330 пациенток, лечившихся согласно нашему алгоритму. Группа сравнения включала 328 пациенток, не подвергавшихся лапароскопическим операциям и лечившихся в соответствии с общепринятыми стандартами. Интраоперационно оценивались признаки острого аппендицита. Согласно нашим наблюдениям, гнойные процессы в придатках матки, разрывы кист яичников, сопровождающиеся развитием гемоперитонеума, требуют проведение сочетанной аппендэктомии при наличии даже поверхностных изменений в червеобразном отростке. Деструктивно – изменённый червеобразный отросток удалялся в 100% случаях. При отсутствии деструктивных изменений в органах малого таза и наличии поверхностных изменений червеобразного отростка, мы склонялись в пользу сохранения аппендикса, что применялось у больных основной группы. В основной группе у 102 больных произведена операция лапароскопическим доступом, что составило 30,9% от всех операций ($p < 0,001$). В группе сравнения всем пациенткам операции проводились лапаротомным доступом. В основной группе аппендэктомии были проведены у 316 больных, в группе сравнения аппендэктомии проводились у всех больных. При гистологическом исследовании в группе сравнения неизменённых червеобразных отростков было 13,4% ($m = \pm 1,8\%$), а в основной группе – 1,0% ($m = \pm 0,5\%$, $p < 0,001$). В послеоперационном периоде в основной группе осложнения наблюдались у 11,5% ($m = \pm 1,7\%$), а в группе сравнения – у 19,2% ($m = \pm 2,1\%$, $p < 0,001$). Мы проанализировали также отдалённые послеоперационные осложнения. В группе сравнения отмечается 10,6% ($m = \pm 1,7\%$) осложнений, а в основной группе – 4,8% ($m = \pm 1,1\%$, $p < 0,05$). Проведённый анализ позволяет сделать заключение, что разработанный нами алгоритм позволяет уменьшить количество необоснованных аппендэктомий, снизить частоту ранних послеоперационных осложнений в 1,6 раза, поздних – в 2,2 раза.

НОВОРОЖДЕННЫЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ НИЗКОЙ МАССЫ ПРИ РОЖДЕНИИ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ

Серебренникова О.А., Михеева Н.И.,

Молева С.В. Твердохлебова З.К.

ГОУ ВПО ИГМУ каф. педиатрии ФПК и ППС; ГУЗ ГПЦ,
Россия, г. Иркутск

Современные научные достижения в области перинатальной технологии позволяют из года в год повышать уровень выживаемости недоношенных новорожденных с энмт. Важно чтобы дети не только выживали, но и имели удовлетворительные показатели здоровья в последующем. В России данные по развитию детей с ЭНМТ при рождении чрезвычайно скудны.

Целью исследования явилось изучение катамнеза детей с ЭНМТ при рождении.

Материалы и методы: Проведен анализ 78 историй болезни и 16 амбулаторных карт. Для оценки данных были использованы процентный и графические методы.

Результаты:

Частота рождаемости глубоко недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1000 грамм в 2007-2008 гг составляет 0,85% от всех родившихся в Городском перинатальном центре г. Иркутска за данный период, всего 78 детей.

При проведении анализа рождаемости в зависимости от срока гестации дети разделились дующим образом: до 26 недель 38%, 26-28 недель – 51%, более 28 недель -11%

По весовому показателю: менее 700гр -19%, 700 – 900 гр. – 41%, 900-1000 гр. – 40% детей.

Девочки преобладали над мальчиками, их процентное соотношение – 54% девочки и 46% мальчики.

В структуре заболеваемости в неонатальном периоде на первом месте стоят В У И – 77%, на втором врожденные пороки развития 51%, на третьем – гипоксически-ишемические поражения ЦНС – 33%, на четвертом месте в равной степени дыхательные нарушения (СДР) и НЭЖ по 16%, на пятом – постнатальные инфекции – 8%.

В большинстве случаев диагноз ВУИ выставляется как: ВУИ вирусно-бактериальной (или не уточненной) этиологии. Нозологической формой чаще звучит – врожденная пневмония, в единичных случаях – врожденный энцефалит, гепатит.

Детей с пороками развития родилось 65% от общего числа детей с Э Н МТ. В ряде случаев ВПР являлись основным заболеванием, в большинстве же – сопутствующей патологией. Структура врожденных пороков, диагностированная в неонатальном периоде, представлена следующим образом: аномалии развития крупных сосудов 68%, аномалии развития сердечной перегородки 26%, гипоспадия 10%, по 5% врожденная гидроцефалия и аномалии развития почек.

В структуре осложнений основного заболевания на первое место выходит осложнения со стороны легких – 60%. Среди них – ИВЛ ассоциированная пневмония 41%, БЛД – 30%. Гематологические осложнения составили 31%, постнатальные септические осложнения 15%. Структура сопутствующей патологии выглядит следующим образом: на первом месте

перинатальные поражения Ц Н С 95%, второе место делят между собой такие состояния как желтуха недоношенных и врожденная анемия – по 25%, на третьем месте – сердечно сосудистые нарушения 18%, пороки развития 15%, другие осложнения не более 3%.

Летальность детей с ЭНМТ при рождении остается высокой 73% (57 детей). В Г П Ц умерло 77% (44 ребенка), в различных отделениях ИМДКБ 23% (13детей) До 7 суток умерло 56% (32 ребенка), до месяца 21% (12 детей), пережили 1 месяц и умерли 22% (13 детей).

Показатели летальности зависят от массы тела при рождении и гестационного возраста. Так среди детей рожденных до 26 недель процент умерших самый высокий и составил 90%, от 26-ой по 28 неделю умерло 42%, и более 28 недели гестации 30% новорожденных ЭНМТ. У детей имеющих при рождении вес менее 700 гр. летальность составляет 88%, с весом от 700 до 900 гр. 63%, с весом от 900 до 1000 гр. умерло – 33% новорожденных.

В структуре летальности преобладают: ВЖК – 58%, заболевания со стороны легких – 18,5%, ВУИ совместно с постнатальной инфекцией – 10%, ВПР (+ВПС) 6,4%, прочее – 7%.

Катамнез: На момент проведения анализа (февраль март 2009г) из 78 новорожденных выжило 26 детей. Проведен анализ состояния здоровья 21 ребенка. Возраст детей от 5 – до 24 месяцев. Из ГПЦ выписано домой 28% (6 человек), переведено в ИМДКБ 72% (15 детей). О 5 детях нет данных, что обусловлено сменой фамилии матерей, сменой места жительства. Четверо детей отданы в дома ребенка, сведения о них представлены.

Глубокая задержка Н П Р и ФР выявлена у 68% (11 детей). Структура представлена следующим образом: ДЦП диагностирован у 45% (5 детей), гидроцефалия у 36% (4 ребенка), 1 ребенку выставлен диагноз с. Дауна. По тугоухости наблюдаются 56% (9 детей), тугоухость легкой степени у 6 детей, в средней степени тяжести у 2 детей и тугоухость тяжелой степени у 1 ребенка. Регулярно наблюдаются у пульмонолога и имеют проблемы с органами дыхания 9 детей (56%).

На сегодняшний день группа инвалидности дана 50% детей (8 человек). Основное заболевание, по которому ребенок признан инвалидом: – по зрению 5 детей, 3 ребенка с неврологическими заболеваниями.

Относительно хороший исход можно признать у 6 детей (38% выживших). В группу здоровья 2 Б попадают 4 ребенка, в группу 3А- 2 ребенка (тугоухость легкой степени и астигматизм).

Следует отметить, что процент «хороших» исходов увеличивается с возрастом ребенка.

Заключение: Отмечается достоверное увеличение детей с ЭНМТ, которым оказывают медицинскую помощь в полном объеме. В 2007 – 34, в 2008 – 44 ребенка. В процентном отношении в 2007 году -13,2% от всех находившихся в ОРИТ, в 2008 – 18,4%.

Несомненный успех в оказании помощи новорожденным с ЭНМТ. Процент выживаемости, особенно в раннем неонатальном периоде, увеличивается из года в год. Тем не менее, сохраняется высокая летальность в этой группе (более 70%).

В состоянии здоровья новорожденных с ЭНМТ в последствии отмечаются серьезные проблемы. Высока

степень инвалидизации, страдают функции органов зрения, слуха, НПР и ФР. Все это требует определенных организационных изменений в структуре оказания помощи детям с ЭНМТ

Следует признать, что инвалидизация ребенка с ЭНМТ в ряде случаев неизбежна. Это требует определенной подготовленности общественности в целом, а не только медицинских работников в понимании данной проблемы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА «ГИНЕФЛЕКС» ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Сияява В.Л.¹, Никитина Е.В.², Агабеков К.Ф.¹, Мороз Н.В.¹

¹ Республика Беларусь, Минск,

УЗ «6-я городская клиническая больница»

² Республика Беларусь, Минск, Белорусский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Пролапс гениталий – одна из актуальных и до конца не решенных проблем хирургической гинекологии. В структуре гинекологической заболеваемости опущение и выпадение внутренних половых органов занимает одно из ведущих мест. В отечественной и зарубежной литературе описано свыше 300 способов хирургического лечения пролапса гениталий выполняемых влагалищным, абдоминальным лапароскопическим или комбинированным доступом. Однако проблема опущения и выпадения внутренних половых органов не потеряла своей актуальности, так как, несмотря на возрастающее количество методов хирургического лечения, часто встречаются рецидивы заболевания. Так по данным зарубежных авторов рецидивы заболевания достигают 30 %.

Цель нашего исследования: разработать и внедрить в клиническую практику методику оперативного лечения пролапса гениталий с использованием сетчатого эндопротеза «Гинефлекс». «Гинефлекс» – облегченный эндопротез для реконструктивной хирургии тазового дна, обладающий исключительной мягкостью и высокой объемной пористостью. Благодаря сочетанию высоких показателей биоинертности и особых структурно-механических свойств «Гинефлекс» обеспечивает образование в зоне имплантации тонкого, нежного и равномерного рубца, который предотвращает развитие рецидивов заболевания. Эндопротез обладает высокой устойчивостью к инфекции. Не рекомендуется применение синтетических эндопротезов в условиях инфекционного процесса в тканях. Недопустимо применение в детской хирургии.

Основу сетки составляют полипропиленовые и поливинилиденфторидные (ПВДФ) мононити диаметром 0,09 мм. Стоимость сетчатого эндопротеза 10x15 см составляет 100 долларов. Сетки такой площади достаточно для лечения около 10 пациенток.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами интраоперационно использовался сетчатый эндопротез «Гинефлекс». Предложенная нами методика заключается в том, что во время производства

Манчестерской операции, после фиксации сверху мочевого пузыря двумя кисетными швами, сетчатый эндопротез (размером, примерно, 2,5-3x5-6 см) пришивали 4-6 отдельными швами к пузырно-влагалищной фасции. В результате осуществляется двухуровневая поддержка анатомических структур малого таза и, прежде всего, мочевого пузыря. Особенно это важно при лечении больных с клиническими признаками системной дисплазии соединительной ткани, когда стандартные методики имели наибольшее количество рецидивов.

Изучали особенности акушерско-гинекологического анамнеза, частоту и структуру экстрагенитальной патологии, особенность хирургического вмешательства, течения послеоперационного периода, наличие и структуру осложнений (в течение 1 года) и длительность стационарного лечения. Наличие рецидивов фиксировали в течение 1 года с момента лечения по активному вызову и самостоятельному обращению пациенток в стационар после операции.

Изученные группы были схожими по возрасту пациенток, частоте и структуре экстрагенитальной патологии. Возраст пациенток варьировал от 53 до 76 лет.

У более 70% больных были выявлены клинические признаки дисплазии соединительной ткани. Из них патология скелета выявлена (деформация позвоночника, суставов, грудины) у 89%, варикозная болезнь – у 74%, патология зубов – у 60%, нарушения зрения – 42%, нарушение эвакуаторной функции ЖКТ – у 38%. Установлено, что у всех больных с клиническими проявлениями системной дисплазии соединительной ткани пролапс гениталий возник до наступления менопаузы.

Общая продолжительность операции у женщин контрольной группы составила 76±6 минут, а у пациенток основной – 85±7 минут, при этом операции выполнялись одними и теми же бригадами хирургов. Кровопотеря во время операции не превысила 350 мл ни в одном из случаев и составила в среднем 245±53 мл.

Интраоперационных осложнений не было ни у одной пациентки. В раннем послеоперационном периоде у двух женщин основной группы (16,7%) отмечалось затрудненное мочеиспускание, которое проходило к третьим суткам. Для предотвращения этого состояния нами предлагается катетеризировать мочевой пузырь катетером Фолея в течение трех суток после операции. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре у больных изученных групп были схожими и составили 7,4±0,56 суток.

Сроки отдаленного наблюдения за пациентками составили от 6 до 12 месяцев. За период наблюдения в основной группе ни одного рецидива заболевания не было. В тоже время у двух женщин контрольной группы (10%) наблюдалось повторное опущение стенки влагалища и цистоцеле I- II степени.

Выводы. Проведенные клинические исследования позволяют сделать вывод о преимуществах усовершенствованного способа оперативного лечения пролапса гениталий с применением сетчатого эндопротеза «Гинефлекс», что имеет не только большое медицинское, но и социальное значение. Предложенная

нами методика особенно показана пациенткам с клиническими проявлениями системной дисплазии соединительной ткани.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Скачков Н.Н., Дубровина С.О., Маклюк А.М.,
Зинкин В.И., Зинкина Е.В., Егоров Ю.И.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи», Ростов-на-Дону, Россия

С целью разработки метода лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с метаболическим синдромом нами было обследовано 75 пациенток, у которых по данным ультразвукового обследования обнаружены признаки гиперпластического процесса эндометрия. Метаболический синдром диагностирован по стандартам ВОЗ, таким как нарушенная толерантность к глюкозе, определенная в ходе проведения глюкозо-толерантного теста (глюкоза натощак $7,56 \pm 0,38$ ммоль/л), абдоминальный тип ожирения (ОТ/ОБ = $99,78 \pm 3,12$ см), дислипидемия (ХС ЛПВП – $1,12 \pm 0,07$ ммоль/л, коэффициент атерогенности = $4,31 \pm 0,26$). У всех обследуемых женщин обнаруживалось М-эхо 15 мм и более во вторую фазу менструального цикла, у большинства отмечалась неоднородность в эхографической структуре эндометрия. Пациенты «слепым» методом были разделены на две группы: I основная группа (n-50) и II контрольная группа (n-25). В обеих обследованных группах проведено гистероскопическое исследование с диагностическим выскабливанием стенок полости матки, при котором обнаружались различные формы гиперпластического процесса эндометрия. Из исследования были исключены пациентки с атипичскими формами гиперплазии эндометрия и сахарным диабетом, выявленными в ходе обследования.

Всем пациентам проведено гормональное обследование, при котором отмечалась гиперандрогения и гиперэстрогения. При оценке липидного статуса выявлена дислипидемия за счет повышения уровня триглицеридов – $1,8 \pm 0,12$ ммоль/л, общего холестерина – $5,8 \pm 0,17$ ммоль/л и -липопротеидов – $69,74 \pm 5,85$ ммоль/л. При оценке проявлений метаболического синдрома у всех пациентов обнаружен повышенный уровень глюкозы крови – $5,69 \pm 0,13$ ммоль/л, ИРИ – $14,47 \pm 0,84$ мкМЕд/мл, С-пептида – $11,45 \pm 3,22$ нг/мл как натощак, так и после проведения глюкоза-толерантного теста с нагрузкой 75 грамм глюкозы. Кроме того, у 80% больных отмечались подъемы АД. ИМТ составил $34,13 \pm 0,89$. Отношение окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ) составило $0,91 \pm 0,01$ см. Лептин определялся на уровне $30,82 \pm 4,89$ нг/мл.

Лечение I группы проведено с использованием редуциционной диеты с подсчетом каллоража, не превышающем 1340-1550 ккал в сутки, ограничением жиров и легко усваиваемых углеводов, на фоне приема метформина с индивидуально подобранной дозой по

уровню изменения концентрации ИРИ и С-пептида, кроме того, обязательной была дозированная физическая нагрузка. На фоне лечения всем пациенткам проводился динамический ультразвуковой контроль М-эхо, который составил 10,1 мм (9,3-10,9мм) через 3-6 месяцев во вторую фазу менструального цикла, что косвенно свидетельствует об отсутствии гиперплазии эндометрия. По данным контрольных анализов имела место коррекция метаболических расстройств, нормализация липидного спектра крови (ХС ЛПВП – $1,24 \pm 0,05$ ммоль/л, коэффициент атерогенности – $3,19 \pm 0,18$), артериального давления и инсулинорезистентности (уровень глюкозы крови – $4,9 \pm 0,13$ ммоль/л, ИРИ – $8,03 \pm 0,65$ мкМЕд/мл, С-пептида – $1,34 \pm 0,19$ нг/мл как натощак, так и после проведения глюкоза-толерантного теста с нагрузкой 75 грамм глюкозы). Отношение ОТ/ОБ снизилось до $0,83 \pm 0,01$ см. Гиперлептинемия уменьшилась до $17,79 \pm 3,38$ нг/мл. Тем не менее, в данной группе отмечался рецидив гиперплазии эндометрия в 16% случаев (n-7).

Лечение II группы проводилось по стандартной методике с использованием прогестинов, при этом у 80% (n-20) больных по данным ультразвукового обследования отмечалась положительная динамика в лечении гиперпластических процессов эндометрия, но сохранялись проявления метаболического синдрома в виде высокого уровня ИМТ $35,45 \pm 1,93$, отношения ОТ/ОБ $0,91 \pm 0,02$ см, дислипидемии (ХС ЛПВП $1,08 \pm 0,04$ ммоль/л) и сохраняющихся инсулинорезистентности и гиперинсулинемии (уровень глюкозы крови – $5,54 \pm 0,14$ ммоль/л, ИРИ – $39,21 \pm 3,6$ мкМЕд/мл, С-пептида – $3,88 \pm 0,52$ нг/мл как натощак, так и после проведения глюкоза-толерантного теста с нагрузкой 75 грамм глюкозы). Гиперлептинемия сохранялась на уровне $39,65 \pm 7,9$ нг/мл. У 20% пациенток (n-5) был рецидив гиперплазии эндометрия. Период наблюдения составил 6 месяцев в обеих группах.

Полученные данные, в первую очередь доказывают необходимость лечения эндокринно-обменных нарушений при развитии гиперплазии эндометрия на фоне метаболического синдрома. Однако, до начала лечения необходимо выделить группу женщин, которым требуется не только лечение метаболического синдрома, но и терапия гестагенами в связи с прогнозируемым рецидивом гиперплазии эндометрия, несмотря на компенсацию обменных нарушений. Это требует дополнительных исследований, направленных на сравнение исходных данных в подгруппах женщин с рецидивом гиперплазии и без на фоне лечения метаболического синдрома.

ДИСМНОРЕЯ КАК ОДНО ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Скидан Т.Н., Уварова Е.В., Гайнова И.Г.

ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»,
Россия, г. Москва

Проблема синдрома дисплазии соединительной ткани (сДСТ) вызывает в последнее время большой интерес врачей-практиков в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией.

Распространенность этого синдрома по данным разных авторов колеблется от 26 до 80% в зависимости от группы исследования.

Особенно часто встречаются недифференцированные формы сДСТ, диагностируемые в тех случаях, когда у пациентов набор фенотипических признаков не укладывается ни в одну из известных моногенных болезней, имеющих четко очерченный симптомокомплекс, таких как синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса.

Очень много работ по изучению вопросов этиологии дисморфизма соединительной ткани, вариабельности клинических проявлений, диагностики ДСТ и разработки современных этиопатогенетических методов лечения больных с признаками ДСТ ведутся в различных областях медицины. Главенствующие места занимают педиатрия, кардиология, гастроэнтерология, урология и офтальмология.

На сегодняшний день имеются лишь единичные работы в области гинекологии, которые указывают на связь синдрома дисплазии соединительной ткани с развитием отдельных нозологических форм.

Накопленный за последние годы клинический опыт диктует необходимость рассматривать дисмнорею (циклический болевой синдром, наличие которого ограничено рамками времени менструации) как одно из возможных проявлений сДСТ и целенаправленного изучения патогенетической связи между двумя нозологиями, а также поиска четких диагностических критериев, подтверждающих эту связь.

Целью настоящего исследования явилось выявление проявлений дисморфизма соединительной ткани у девочек-подростков страдающих дисмнореей.

Проведено обследование 60 девочек-подростков в возрасте от 11 до 18 лет, средний возраст составил $15,56 \pm 2,7$ лет.

При обследовании пациенток вывлены разнообразные клинические признаки, свойственные ДСТ: астеническое телосложение у 25 (41,6%) девушек-подростков, сколиоз у 51 (85%), гипермобильность суставов различной степени выраженности у 39 (65%), пролапс митрального клапана у 34 (56,7%), дополнительные и аномально расположенные хорды у 10 (16,7%), грыжи различной локализации у 4 (6,7%), плоскостопие 1-3 степени у 33 (55%), миопия у 27 (45%), пороки развития почек у 13 (21,67%), аномалии формы желчного пузыря у 12 (20%), склонность к образованию синяков у 21 (35%), маточные кровотечения у 10 (16,7%), нарушения магниевого обмена в

сторону снижения уровня магния в крови у 27 (45%) обследуемых. Следует отметить, что данные признаки дисморфизма соединительной ткани выражены у большинства пациенток с дисмнореей средней и тяжелой степени выраженности.

Следовательно, данная проблема имеет медицинскую и социальную значимость. В связи с этим, вызывает интерес поиск путей раннего выявления различных изменений при дисплазии соединительной ткани и их влияние на развитие синдрома менструальных болей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Соловова Л.Д., Загоруйко В.С.

ММУ «Городская клиническая больница №1 имени Н.И.Пирогова», Самара, Россия

Актуальность. Несмотря на некоторые успехи, достигнутые в вопросах контрацепции и снижение числа абортот среди женщин фертильного возраста, аборт в нашей стране продолжает оставаться одним из основных методов регулирования рождаемости.

Материал и методы исследования. В 2008 году в отделении оперативной гинекологии было выполнено 604 медицинских абортов, из них 55% при сроке до 12 недель беременности. Доля первобеременных составила – 51%, несовершеннолетних – 3,3%. С 2008 года в отделении впервые стали проводиться аборты медикаментозным методом, и их количество составило 30. Возраст женщин варьировал от 15 до 31 года. Показанием для медикаментозного аборта явилась маточная беременность раннего срока до 7 недель включительно.

Клинико-лабораторное обследование пациенток проводилось в динамике до прерывания беременности, на 3-4 день и 10-14 день после прерывания беременности. После тщательного собранного анамнеза пациентки делились на две группы. К первой группе относили первобеременных женщин с регулярным менструальным циклом и низким риском гнойно-септических заболеваний. Вторую группу составили повторобеременные, имеющие в анамнезе один и более абортов, самопроизвольные выкидыши, бактериальные инфекции мочеполовой системы. У 57% пациенток второй группы в анамнезе было от 1 до 2 родов.

Полученные результаты. С целью прерывания беременности использовался препарат мифепристон в дозе 600 мг однократно внутрь под контролем врача. Если у пациентки выражен ранний токсикоз беременности, то перед приемом антипрогестина (за 30 минут) назначали 1 таблетку церукала. Женщинам второй группы, имеющих высокий риск гнойно-септических заболеваний, дополнительно назначался азитромицин 1г перорально с метронидазолом 1г ректально однократно. Через 48 часов пациентка в присутствии врача принимала препарат сайтотек 2 таблетки по 200 мг внутрь однократно.

Большинство пациенток не предъявляли каких-либо жалоб. У части пациенток отмечались умеренные тянущие боли внизу живота, не требующие до-

полнительной терапии. Побочные реакции в виде незначительной тошноты, легкого головокружения и слабости были отмечены у 10% женщин.

У 90% женщин изгнание плодного яйца происходило в течение 5-6 часов. Продолжительность и выраженность кровотечения напрямую зависело от срока беременности. При сроке беременности 4-5 недель у пациенток аборт протекал как обычная менструация, а с увеличением срока беременности объем кровопотери возрастал. Случаев маточного кровотечения, требующих немедленного выскабливания полости матки не было.

У всех женщин произошел полный выкидыш, не потребовавший применения дополнительных хирургических процедур. Оценка клинической эффективности осуществлялась по данным динамического наблюдения за состоянием пациентки через 10-14 дней после приема препарата. Критерием эффективности были: отсутствие плодного яйца и его элементов в полости матки, нормальные размеры матки, отсутствие болезненных ощущений, возможны слизисто-кровянистые выделения.

Следует отметить отсутствие гнойно-септических осложнений у пациенток в обеих группах.

Заключение. Учитывая высокий процент первобеременных и женщин молодого возраста, идущих на прерывание беременности, при выборе метода прерывания предпочтение следует отдавать медикаментозному abortу.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОЗНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Соломатина А.А., Братчикова О.В., Сафронова Д.А., Шабрина О.В., Сорокин Ю.А.

Россия, г. Москва, Российский Государственный Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. каф. – акад. РАМН Г.М. Савельева)

Внедрение трехмерной визуализации дало новое развитие ультразвуковой диагностике, улучшилось понимание анатомии, взаимного расположения структур. Построение сосудистого русла в режиме трехмерного энергетического доплера позволяет по-новому оценивать особенности внутриопухолевого кровотока, выделить дополнительные критерии в дифференциальной диагностике злокачественных новообразований.

Цель исследования: определить значимость трехмерной доплерографии в предоперационной диагностике серозных опухолей яичников.

Материалы и методы: в соответствии с поставленной целью было обследовано 89 пациенток. Возраст варьировал от 19 до 78 лет ($49 \pm 15,7$ лет). В зависимости от морфологически установленного диагноза все обследованные разделены на группы. В I группу включены 54 (60,7%) пациентки с сосочковыми серозными цистаденомами; II группу составили 22 (24,7%) наблюдаемых с опухолями низкой степени

злокачественности (пограничный тип); в III группу вошли 13 (14,6%) больных раком яичников.

Ультразвуковое обследование проводилось на аппарате "Voluson 730 Expert" (Kretz-General Electric Medical Systems, Австрия), с использованием 3.7-9.3 МГц 4D мультисекторного внутриматочного датчика с возможностью трехмерного и четырехмерного сканирования. На первом этапе выполнялось двухмерное (2D) сканирование в серой шкале с последующей энергетической доплерографией, на втором – трехмерная (3D) реконструкция, количественная оценка кровотока в программе VOCAL.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное ультразвуковое исследование в группе пациенток с папиллярными цистаденомами ($n=54$) в двухмерном режиме позволило диагностировать пристеночные компоненты у 36 из 45 пациенток с грубососочковыми цистаденомами, у 8 из 9 пациенток с папиллярными серозными цистаденомами. Оценивая внутренний контур образования в трехмерном режиме, на фоне хорошо контрастируемого гипоехогенного содержимого опухоли, пристеночные включения выявлены во всех наблюдениях, характеризовались различными размерами, неоднородностью структуры. В режиме трехмерной ультразвуковой ангиографии в 5 из 9 цистаденомах сосудистое русло было представлено отдельными фрагментами, диаметр единичных отчетливо визуализируемых сосудов варьировал от 0,04 до 0,20 мм. Отмечена преимущественная локализация и более выраженная извитость сосудов у основания сосочковых разрастаний, с проникновением ответвлений в структуру наиболее крупных папилл в 1 из 9 наблюдений папиллярных цистаденом. Количественно кровоток выразился в следующих значениях: VI $12,081 \pm 4,302\%$, FI $24,312 \pm 5,631$ и VFI $1,531 \pm 0,174$.

Во II группе трехмерная реконструкция способствовала лучшей визуализации внутренней структуры опухоли, выявила дополнительные папиллярные разрастания меньшего размера, позволила оценить их форму и степень распространения по внутреннему контуру, пристеночные компоненты от 0,48 мм до 34,10 мм диагностированы в 100% наблюдений. Выявленная диагностическая ценность проявилась в изучении цистаденом до 30 мм. Трехмерный энергетический доплер визуализировал сосуды в основании пристеночных компонентов, с прорастанием их к вершине во всех наблюдениях. Индексы кровоснабжения характеризовались увеличением как васкуляризации VI $23,824 \pm 5,760$, так и интенсивность кровотока FI $30,962 \pm 4,267$; VFI $11,737 \pm 5,208$, что, по-видимому, обусловлено пролиферативной активностью данных опухолей.

Среди всех пациенток в III группе (II-III стадии рака яичников) трехмерные эхограммы позволили дифференцировать разрастания, полости дегенерации и некроза, прорастание опухолевых масс по наружной поверхности капсулы. Ультразвуковые ангиограммы имели схожие характеристики: рассыпной тип кровеносного русла, большое количество ответвлений, аневризмы, «сосудистые озера», анастамозы. Количественная оценка выявила рост васкуляризации и насыщенности тканей сосудами в 2,5 раза (VI $33,739 \pm 1,761\%$), и увеличение интенсивности кровото-

ка в 2 раза ($FI\ 44.605\pm 2.440$) по сравнению с доброкачественными опухолями.

Заключение: Точность трехмерной ультразвуковой диагностики обусловлена лучшей визуализацией внутреннего контура, выявлением проекций не доступных при двухмерном сканировании с использованием мультипланарной 3D реконструкции. Трехмерная ангиография позволяет детально оценивать сосудистое русло, выявлять признаки неовангиогенеза, а используемая количественная оценка, по сравнению с двухмерными индексами, позволяет в целом оценить характер кровотока в опухоли. Таким образом, данный метод может рассматривать в качестве второго этапа в диагностике серьезных эпителиальных опухолей, для определения тактики дальнейшего лечения.

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХ. ЗНАЧЕНИЕ ТРЕХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Соломатина А.А., Сафронова Д.А., Братчикова О.В., Соломатин Д.В., Саргсян Н.С.

*ГОУ ВПО Российский Государственный Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова
(зав. кафедрой-акад. РАМН Г.М. Савельева)*

Определение овариального резерва с использованием новых критериев диагностики являются актуальными и важными задачами, решение которых способствует раннему выявлению нарушений фолликулогенеза и выбору адекватного метода лечения. В литературе последних лет имеются сообщения, касающиеся преимуществ трехмерных технологий в определении объема яичников, количества антральных фолликулов, внутрияичникового кровотока (Jarvela et al. 2003; Yu Ng et al. 2004; Kyei-Mensah A., Hsien-An P., 2004; Jokubkiene L., Sladkevicius P., 2006; Raine-Fenning, 2008, Jayaprakasan K., Hopkisson J.F., Campbell B.K., Johnson I.R., Raine-Fenning N.J. 2008). Однако, мы не встретили работ, посвященных изучению овариального резерва в оперированных яичниках с использованием 3D-эхографии.

Целью нашего исследования явилось определить овариальный резерв после органосохраняющих операций на яичниках с учетом морфологического варианта образования с использованием 2D и 3D УЗИ.

Материалы и методы. В зависимости от объема выполненного оперативного вмешательства, 142 пациентки активного репродуктивного возраста были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 73 больных, которым была произведена экономная резекция яичника. Вторую группу составили 69 наблюдаемых, перенесших кистэктомиию. Показанием к оперативному лечению явились: эндометриоз яичников (железисто-кистозный вариант) -35, кистозный вариант эндометриоза -36, зрелая тератома яичников-37, простая серозная цистаденома -34. Величина объемных образований варьировала от 32 до 135 мм ($64,8\pm 1,4$ мм). В

контрольную группу включены 30 здоровых женщин сопоставимых по возрасту, с регулярным менструальным циклом. Оценку овариального резерва осуществляли на основании 2D и 3D сканирования на аппарате VOLUSON-730 Expert (GE Kretz, Zipf, Австрия) по стандартной методике с трансвагинальным датчиком (3,3-10,0 МГц). При этом определяли объем яичника, подсчитывали количество антральных фолликулов (АФ), измеряли показатели интраовариального кровотока. Исследование проводили в 1 и 2 фазы менструального цикла через 6 месяцев после операции.

Результаты исследования и их обсуждение. Обобщая результаты исследования у пациенток 1 группы через 6 месяцев после резекции яичника, выявлено, что нарушения морфо-функционального состояния яичников имели место у 22 из 73 обследованных: у 5 – синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула (СЛНФ); у 7- запоздалая овуляция; у 6 отсутствие овуляции на протяжении 6 циклов, при этом интактном яичнике зафиксирована викарная гипертрофия; у 4 – полифолликулярная реакция. Анализ эхографической картины у обследованных 2 группы, перенесших кистэктомиию, показал, что нарушение фолликулогенеза зафиксированы у 18 из 69: У 6 -СЛНФ, у 8 -запоздалая овуляция, у 4 отсутствие овуляции, при этом интактном яичнике зафиксирована викарная гипертрофия.

Сравнительный анализ УЗ-характеристик, выявил, что у 28 (19%) пациенток не зафиксированы изменения показателей кровотока по данным 2D-эхографии. В то же время применение 3D УЗИ позволило выявить снижение интраовариальной перфузии.

Проведенный нами индивидуальный анализ морфо-функционального состояния яичников показал, что 24 из 40 наблюдаемых, с признаками нарушения фолликулогенеза, оперированы по поводу железисто-кистозного варианта эндометриоза яичников с отсутствием четкой границы между образованием и здоровой яичниковой тканью, что потребовало применения дополнительной коагуляции. У 7 обследованных, перенесших операции по поводу зрелой тератомы и у 9 по поводу простой серозной цистаденомы, образование локализовалось у ворот яичника, что сопровождалось повышенной кровоточивостью тканей. Анализируя полученные данные в зависимости от объема оставшейся яичниковой ткани, нами выявлено, что несмотря на сниженный объем ($2,8\pm 1,3$ см³) у 15(10,5%) пациенток не отмечено изменений фолликулогенеза, что подтверждено наличием признаков овуляции. В то же время у 9(6,2%) наблюдаемых с неизменным объемом яичника ($7,8\pm 1,3$ см³), установлено угнетение фолликулогенеза. У 42(29,5%) наблюдаемых, эхографическая картина характеризовалась наличием деформированных фолликулов в зоне рубцовых изменений, хорошо визуализируемых во фронтальной плоскости 3D-сканирования, что согласуется с результатами гистологического исследования. Изменения в эхоструктуре фолликулов сопровождалось снижением плотности и интенсивности кровотока.

Таким образом, трехмерную объемную реконструкцию с применением энергетической доплерографии можно рассматривать, как ценный метод в изучении васкуляризации яичников, так как он более точно отражает состояние кровотока, в сравнении с 2-хмерная эхография.

ЗНАЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

**Солопова А.Г., Иванов А.Е.,
Сдвижков А.М., Табакман Ю.Ю.**

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им.
И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ,
Онкологический клинический диспансер №1 г. Москвы*

Актуальность темы: Диагностика пограничных опухолей яичников или опухолей потенциально низкой степени злокачественности представляет определенные сложности ввиду отсутствия специфической клиники и недостаточной точности применяемых диагностических методов. В то же время пограничные опухоли наиболее распространены в репродуктивном возрасте, а обнаружение их в I стадии позволяет провести органосохраняющую операцию с сохранением фертильности.

Цель исследования: оценить возможность применения некоторых опухолевых маркеров для ранней диагностики пограничных опухолей яичников.

Материалы и методы исследования: клиникo-морфологические данные 86 больных пограничными опухолями яичников, получавших хирургическое и комбинированное лечение в условиях Онкологического клинического диспансера №1 г. Москвы за период с 2004 по 2007 гг. Гистологическая структура была представлена серозной пограничной опухолью у 53 (61,6%) и муцинозной пограничной опухолью у 33 (38,4%) пациенток. 48 (55,8%) пациенток имели стадию заболевания IA, 7 (8,1%) – IB стадию, 12 (13,9%) – IC, 7 (8,1%) – II, 11 (12,8%) – III и 1 (1,2%) – IV. Возраст больных на момент постановки диагноза был от 19 до 70 лет.

Определение опухолевых маркеров (CA-125, CA-19,9 CA-15-3, и РЭА) в сыворотке крови проводилось у всех пациенток до операции методом иммуноферментного анализа с использованием высокоспецифичных моноклональных антител. Высокий уровень маркера CA 15-3 был показанием для дополнительного проведения маммографии с целью исключения заболевания молочных желез. У пациенток с высоким уровнем РЭА или CA-19-9 исключалось возможное заболевание желудочно-кишечного тракта.

Результаты: CA-125 выше 35 ед/мл имели 44 (51,2%) пациентки, CA-19-9 выше 37 ед/мл – 21 (24,4%), CA-15-3 выше 30 ед/мл – 13 (15,1%), РЭА выше 4 нг/мл – 21 (24,4%). В 32 (37,2%) случаях выявлено повышение уровня одного из исследованных опухолевых маркеров, в 11 (12,8%) – двух опухолевых маркеров, 7 (8,1%) – трех опухолевых маркеров, 4 (4,7%) – всех четырех. При IA стадии заболевания по классификации FIGO хотя бы один из опухолевых маркеров был повышен у 47,9% пациенток, IB стадии – у 42,9%, IC стадии – у 58,3%, III и IV стадиях – у 100%. Повышенный уровень CA-125 выявлен у 62,3% больных с серозной и 33,3% с муцинозной пограничной опухолью, CA-19-9 – у 13,2% и 42,2%, CA-15-3 – у 7,5% и 27,3%, РЭА – у 15,1% и 39,4% соответственно. Маркер CA-125 был повышен у 48,7% пациенток с I стадией и 100% со II, III и IV стадией серозной пограничной опухоли, 28,6% и 60%

пациенток соответственно с муцинозной пограничной опухолью; CA-19-9 – у 12,8% и 14,3%, 35,7% и 80%; РЭА – у 15,4% и 14,3%, 39,3% и 40%; CA-15-3 – у 7,7% и 7,1%, 28,6% и 20% соответственно. Чувствительность опухолевых маркеров увеличивалась с увеличением стадии заболевания, для CA-125 была выше при серозной пограничной опухоли, CA-19-9, CA-15-3 и РЭА – при муцинозной опухоли.

Заключение: Чувствительность опухолевых маркеров CA-125, CA-19,9 CA-15-3, и РЭА для диагностики I стадии пограничной опухоли яичников невысока, увеличивается с увеличением стадии заболевания. Повышение CA-125 более характерно для серозной, CA-19-9, CA-15-3 и РЭА – для муцинозной пограничной опухоли.

ПЕРСПЕКТИВЫ КРИОЛЕЧЕНИЯ ПРЕ- ДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

**Солопова А.Г., Иванов А.Е., Сдвижков А.М.,
Табакман Ю.Ю., Воробьев А.В.**

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им.
И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии МПФ,
Онкологический клинический диспансер №1 г. Москвы*

Актуальность: Профилактика и лечение предопухолевых заболеваний шейки матки – актуальная проблема современной клинической онкогинекологии, включающая в себя изучение особенностей формирования фоновой патологии и закономерностей канцерогенеза на уровне плоского эпителия как наиболее частого субстрата формирования опухолей данных локализаций.

Цель исследования: Провести сравнение эффективности криолечения предопухолевых заболеваний шейки матки с хирургическим методом и методом диатермоэлектрокоагуляции. Выявить основные преимущества применения криолечения у пациенток с патологией шейки матки.

Материалы и методы исследования: Лечение проводилось однократно, только амбулаторно, без обезболивания. Криодеструкции подвергался как эктоцервикс, так и верхняя треть цервикального канала с обязательным захватом переходной зоны, время лечебного воздействия не превышало 5 минут. Температура на рабочей поверхности аппликатора была от -110 до -1380С. Первый осмотр, мазки с шейки матки и из цервикального канала проводились через 1,5 месяца после процедуры, в дальнейшем каждые 3 месяца в течение 1-го года и раз в 6 месяцев в течение второго года. Было отобрано 612 больных со следующей патологией шейки матки: эрозия шейки матки – 96 женщин; лейкоплакия – 54; сочетание эрозии и лейкоплакии шейки матки – 27 пациенток; дисплазия легкой степени – 89; дисплазия средней степени тяжести – 265; дисплазия тяжелой степени – 81 больная.

Результаты: Излеченность после однократного криодействия наблюдалась: при эрозии шейки матки – у 94 (98%) женщин; при лейкоплакии – у 49 (90,7%); сочетание эрозии и лейкоплакии шейки матки – у 26

(96,3%); дисплазия легкой степени – у 86 (96,6%); дисплазия средней степени тяжести – у 249 (94%); дисплазия тяжелой степени – у 74 (91,3%).

Заключение: Эффективность криолечения предопухоловой патологии шейки матки оказалась сопоставима с результатами хирургического лечения (ножевая ампутация шейки матки). Итоги лечения заболеваний шейки матки методом диатермоэлектродкоагуляции (ДЭК) заметно хуже криовоздействия как по эффективности, так и по частоте осложнений. Процент осложнений после ДЭК, таких как ранние и отсроченные кровотечения, стриктура цервикального канала, деформация шейки матки, рубцевание и фиброз по разным авторам, в той или иной степени выраженности, достигают 38% от общего числа пролеченных больных. Количество осложнений после криолечения по имеющимся данным не превышает 1-2%.

Отмечены следующие преимущества применения криолечения:

- максимальное приближение режима оттаивания к физиологическому;
- возможность постоянного контроля объема замораживаемой ткани;
- большая пропускная способность при амбулаторном использовании;
- возможность излечения больных, имеющих противопоказания к стандартным методам лечения (операция, химиолучевое лечение);
- возможность исключения повреждения соседних органов и тканей;
- возможность морфологического исследования тканей в течение 36 часов после проведения криодеструкции.

Таким образом, криохирургическая методика может быть использована в повседневной врачебной практике, как в гинекологических, так и в онкогинекологических подразделениях.

ЧАСТОТА ВПЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Сорокин В.Д.

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст.Петрозаводск» ОАО «РЖД»; Главный врач – В.С. Голубченко

В настоящее время все более утверждается взгляд, что вирус папилломы человека (ВПЧ), особенно высокоонкогенных (преимущественно 16 – 18), является причиной формирования цервикальной неоплазии и рака шейки матки. Профессиональный интерес представляет частота инфицированности этим вирусом пациенток с предопухоловыми заболеваниями шейки матки, как общепринятой в России группы риска канцерогенеза.

Цель: определить частоту инфицирования цервикального эпителия вирусом папилломы человека (ВПЧ) у женщин при патологических изменениях шейки матки.

В исследовании принимали участие 101 женщина с патологией шейки матки в возрасте 20 – 59 лет, средний возраст 27,5 лет. Применялись общеклиническое, гинекологическое обследования, бактериоскопиче-

ское, люминесцентно-цитологическое, гистологическое исследование, метод полимеразной цепной реакции – ПЦР (для выявления инфекций, передающихся половым путем – ИППП, определения ВПЧ с типированием), расширенная кольпоскопия до лечения и в динамике, электрохирургическое лечение шейки матки в I фазу цикла. Оценивали клиническую эффективность лечения препаратом Папавер.

В зависимости от результатов ДНК типирования обследуемые разделены на три группы:

- 1 группа – носители вирусов высокой онкогенности – 34 (34 %);
- 2 группа – носители вирусов низкой онкогенности – 6 (6%);
- 3 группа – 60 (60%) женщин – ВПЧ не выявлены (обнаружены ЗППП в различных комбинациях).

Цитологический скрининг – выявил изменения у 18 (53%) инфицированных ВПЧ высокого риска, их них у 8-ми – тяжелая и средняя степень дисплазии, у 10-ти низкая степень. При расширенной кольпоскопии среди инфицированных ВПЧ женщин выявлены: эктопия со слабо выраженной зоной трансформации (ЗТ) – 6 (17,3%), лейкоплакия – 6 (17,5%), сочетание лейкоплакии с эктопией 5 (14,7%), мозаика и эктопия шейки матки 7 (20%), ацетобелый участок – 8 (23,5%), немая йоднегативная зона – 3 (9%), мозаика в сочетании с атипическими сосудами – 2 (6%), эктопия с ЗТ и ороговевающими отверстиями протоков желез – 1 (3%). При морфологическом анализе прицельно взятых биоптатов у 34 женщин инфицированных ВПЧ высокого риска обнаружены внутриэпителиальные поражения легкой степени – 14, тяжелой – 7, внутриэпителиальная карцинома – 1.

34 пациентки с патологией шейки матки инфицированные ВПЧ высокого риска лечились противовирусными препаратами (папавер, ацикловир), активаторами противовирусного иммунитета (иммунофан, галавит, генферон), витамин Е, метилурацил, применялось электрохирургическое лечение.

Результаты лечения через 3, 6, 9 месяцев оценивались исследованием ВПЧ в реальном времени. У 33 (97%) больных ДНК ВПЧ высокоонкогенного вируса не определялись. Лишь у одной больной с позитивным тестом и клинически значимой вирусной нагрузкой в течение 13 месяцев наблюдения морфологических признаков поражения не обнаружено.

Частота инфицирования ВПЧ высокоонкогенного типа у женщин с предопухоловым заболеванием шейки матки составила 34%.

Эффективность лечения женщин с патологией шейки матки инфицированных ВПЧ высокого онкогенного риска противовирусными препаратами, активаторами противовирусного иммунитета и др. составили 97% в течение 1 года наблюдения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Сутурина Л.В., Коваленко И.И.

Россия, г. Иркутск, Научный Центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН

Миома матки – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний и наиболее частая причина оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время существует достаточно широкий спектр методов консервативного лечения женщин с миомой матки, однако разработка новых терапевтических подходов и повышение эффективности известных методов остается актуальной. Классическими методами консервативного лечения женщин с миомой матки являются: применение агонистов релизинг-гормонов гонадотропинов, антигонадотропинов, антипрогестинов, а также – использование гестагенов для коррекции гиперэстрогении. В то же время недостаточно изучено влияние на клинические проявления и размеры миомы матки средств, влияющих на метаболизм эстрогенов, в частности – индол-3-карбинола.

Для исследования клинической эффективности индол-3-карбинола в комплексной терапии были сформированы группы женщин репродуктивного возраста (от 24 до 46 лет) с миомой матки. Критериями включения были: размер доминантного узла не более 5 см, субсерозное или интерстициальное расположение узлов, отсутствие гиперпластических процессов эндометрия. В зависимости от репродуктивных планов женщин и заинтересованности в контрацепции использовали следующие схемы лечения: 28 женщин (1 группа), заинтересованных в беременности, получали дидрогестерон («Дюфастон») по 20 мг с 16 по 25 дни менструального цикла. Данная группа была разделена на 2 подгруппы, сформированные по принципу «копия-пара»: женщин подгруппы 1а ежедневно получали, наряду с дюфастоном, индол-3 карбинол («Индинол») по 100 мг 3 раза в день, пациентки подгруппы 1б получали только дидрогестерон. Вторую группу составили 28 женщин, которым была введена внутриматочная левоноргестрел-содержащая система («Мирена»), эта группа также была разделена по принципу «копия-пара» на две подгруппы: в подгруппе 2а наряду с внутриматочной системой был использован индол-3- карбинол по 100 мг 3 раза в день, ежедневно, в подгруппе 2б индол-3-карбинол не назначали.

Оценка клинических симптомов и ультразвуковых характеристик органов малого таза проведены через 3 месяца от начала лечения. Статистический анализ данных проводился с использованием критерия χ^2 или точного критерия Фишера.

В результате проведенного исследования установлено, что в подгруппе женщин, получавших дидрогестерон в комбинации с индол-3-карбинолом эффективность лечения была выше, чем у пациенток 1б группы: так, уменьшение размеров миоматозных узлов в группе 1а отмечено у 75% женщин, а в группе 1б – только

у 50% ($p < 0,05$); при этом частота гиперполименореи, дисменореи сопоставимо снизилась в обеих подгруппах. В подгруппе 1а у двоих женщин, страдавших бесплодием, на фоне лечения наступила беременность.

Через 3 месяца от начала лечения среди пациенток, которым была введена внутриматочная система, более выраженный терапевтический эффект был также отмечен в подгруппе, где дополнительно применялся индол-3-карбинол: чаще регистрировалось уменьшение размеров миоматозных узлов (85% против 50%, $p < 0,01$), не отмечалось гиперполименореи (0% против 33%). В настоящее время лечение и динамическое наблюдение за пациентками продолжается.

Таким образом, применение индол-3- карбинола в течение 3- месяцев в дозе 300 мг в сутки на фоне терапии дидрогестероном и при использовании внутриматочной системы с левоноргестрелом способствует повышению клинической эффективности лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЭСТРОГЕНОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕ- ПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕН- ЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Сутурина Л.В., Скляр Н.В., Шолохов Л.Ф., Ильин В.П.

Россия, г. Иркутск, Научный Центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН

Миома матки – это одно из наиболее частых заболеваний женщин репродуктивного возраста, которое проявляется мено-метроррагиями, анемией, болевым синдромом и бесплодием. В структуре женского бесплодия частота этого заболевания составляет 30-51%. В то же время у значительной части женщин с миомой матки репродуктивная функция сохраняется. Среди причин бесплодия при миоме матки рассматриваются анатомические причины, как правило, имеющие место при значительных (более 4-5 см в диаметре) размерах миоматозных узлов, субмукозном росте узлов. Установлено, что рост клеток миомы регулируется, в основном, стероидными гормонами, и вероятной причиной бесплодия у женщин с миомой матки является гиполютеинизм с закономерной относительной гиперэстрогенией. В то же время роль нарушений метаболизма эстрогенов при репродуктивных нарушениях у женщин с миомой матки изучена недостаточно.

Целью нашего исследования явилось установить особенности гормонально-метаболического статуса при нарушениях репродуктивной функции у женщин с миомой матки.

Были обследованы 63 женщины репродуктивного возраста с миомой матки, среди которых были выделены: группа женщины с миомой матки и бесплодием (44 пациентки) и группа фертильных женщин с миомой матки (19 человек). Заключение о фертильности или бесплодии основывалось на общепринятой классификации групп фертильности (ВОЗ). Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту, наличию сопутствующих заболеваний, размерам миоматозных узлов и их локализации, в группе женщин с беспло-

дием был исключен грубный и мужской факторы. Методы лабораторной диагностики включали: определение концентраций пролактина, лютеинизирующего, фолликулостимулирующего гормонов, эстрадиола, прогестерона, а также – оценку содержания в моче 2-альфа-гидроксиэстрогена и 16-альфа-гидроксиэстрогена.

С помощью многофакторного дискриминантного анализа был проведен пошаговый отбор значимых показателей для получения решающих правил в виде линейных классификационных функций и канонической величины для групп бесплодных и фертильных женщин с миомой матки. Полученная в результате дискриминантная функция была статистически значима по F- критерию Фишера ($p \leq 0,05$).

Наиболее информативные гормонально-метаболические показатели вошли в представленное ниже уравнение канонических величин:

$$K=4,23 - 0,04 \times A + 0,0016 \times B - 0,018 \times C, \text{ где}$$

A- концентрация прогестерона в сыворотке крови на 20-21 дни менструального цикла

B- концентрация 2-ОН-эстрогена в моче

C- концентрация 16-ОН-эстрогена в моче

Координаты центров групп: для группы бесплодных (0,56); для группы фертильных (-0,91), расстояние Махаланобиса $D^2=2,16$.

Точность правильной классификации женщин с миомой матки по статусу фертильности с использованием данного уравнения составила 79,4%, чувствительность теста составила 85,7%, специфичность 69,2%.

Таким образом, среди изученных гормонально-метаболических показателей, значимыми предикторами бесплодия у женщин с миомой матки являются, наряду с изменениями уровня прогестерона, нарушения метаболизма эстрогенов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АНДРОГЕЛЬ (ТЕСТОСТЕРОН 1%) В ТЕРАПИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Сухих Г.Т., Тер Аванесов Г.В., Голубева Е.Л.

Одной из ключевых проблем клинической андрологии является мужское бесплодие. Демографические показатели России и многих стран мира свидетельствуют об увеличении частоты инфертильного состояния мужчин, достигающего в среднем 30-50%, т.е. каждый второй мужчина, состоящий в бесплодном браке, имеет различные нарушения сперматогенеза.

Отношение практикующих врачей к фармакотерапии патозооспермии с применением так называемого «эмпирического» лечения неоднозначно. Это объясняется тем, что в проведенных рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях при назначении лекарственных средств, в том числе относящихся к андрогенам, продемонстрированы результаты как сравнимые с плацебо-эффектом, так и со значительным улучшением показателей сперматогенеза, приведшие к увеличению частоты наступления беременности в супружеских парах. Следует признать, что различные результаты и низкий уровень доказатель-

ности фармакотерапии патозооспермии в связи с небольшим количеством выполненных работ не должны служить препятствием для поиска новых путей в решении коррекции нарушений сперматогенеза.

Проведенные экспериментальные и клинические исследования показали, что эффективность применения андрогенов при патозооспермии во многом зависит от дозы лекарственного средства, продолжительности терапии и степени нарушения сперматогенеза. Так, введение пролонгированных препаратов класса Т (сустанон 250, небидо) приводит к подавлению продукции гонадотропинов и собственного Т в организме, что обуславливает азооспермию, т.е. блокирует сперматогенез. Назначение «физиологических», небольших доз андрогенов в пределах 120-160 мг/сут. в течение 3-4 месяцев, наоборот, значительно повышает, а в ряде случаев нормализует продукцию половых клеток на фоне увеличения концентрации Т в плазме крови на 4-7 ед по сравнению с исходным уровнем. Более того, следует указать, что в 20-30% случаев при патозооспермии выявляются андрогендефицитные состояния, что делает вполне обоснованным назначение препаратов класса Т в качестве заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

Нами на основании специально разработанного протокола рандомизированном двойным «слепым» методом проведено исследование 76 пациентов, состоящих в бесплодном браке, с олигозооспермией (количество сперматозоидов 11,0-17,5 млн/мл (среднее значение 14,4, +11,5) и андрогендефицитным состоянием (концентрация Т 5,2 – 9,8 нмоль/л (среднее значение 8,2). В качестве ЗГТ назначался препарат АндрoГель ежедневно один раз утром в дозе 50 мг в течение 6 месяцев.

Проведенная работа показала статистически достоверные результаты положительного влияния препарата АндрoГель на репродуктивную функцию мужчин. После проведенного лечения зафиксировано увеличение концентрации сперматозоидов у 67,3% пациентов, при этом нормализация данного показателя отмечена в 37,4% случаев, а концентрация Т в плазме крови составила в среднем 14,8 нмоль/л. Клинический анализ состояния пациентов показал, что они не отметили ухудшения самочувствия или какие-либо побочные действия, связанные с приемом препарата.

В заключении следует отметить, что препарат АндрoГель представляет собой эффективно действующее лекарственное средство, которое может успешно применяться при патозооспермии. Однако, предпосылками его успешного использования является ряд условий, касающихся тщательности диагностической классификации нарушений сперматогенеза, выбора оптимальных доз препарата и продолжительности лечения.

СТРУКТУРА ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН С ПАТОЗОСПЕРМИЕЙ

Тер Аванесов Г.В., Фанченко Н.Д.

ФГУ «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий».
(директор – акад. РАМН, проф. Г.Т.Суших)

По данным ряда авторов, эндокринные заболевания, приводящие к различным нарушениям мужской репродуктивной системы, составляют 5-25%. При этом выделяют следующие основные причины:

Нарушение полового развития (различные формы гипогонадизма, дисгенезия гонад, интерсексуализм);

Гиперпролактинемия;

Гипо- и гипертиреоз;

Гиперэстрогению;

Дисфункцию коры надпочечников;

Андрогендефицитные состояния, обуславливающие инфертильность, сексуальную дисфункцию и возрастную андрогенную недостаточность (мужской климакс)

В связи с этим нами проведено исследование, в котором приняли участие 576 мужчин, состоящие в бесплодном браке, с патозооспермией и различными выявленными в процессе обследования гормональными нарушениями.

Результаты проведенной работы позволили получить следующие данные.

Разработана классификация гормональных нарушений мужской репродуктивной системы.

Определена частота эндокринных форм мужского бесплодия, соответствующая 39,6%, среди которых чаще всего преобладали изолированные нарушения (61,4%) в сравнении с сочетанными (38,6%)

Среди эндокринопатий выявлены следующие изменения: гипоандрогения (24,8%), нарушение функции щитовидной железы (19,9%), гиперпролактинемия (4,1%), гипер- и гипогонадотропное состояние (3,8%) и гиперэстрогения (1,9%).

Патогенетические принципы лечения таких состояний у мужчин с патозооспермией позволили повысить качество оказания медицинской помощи и улучшить значения показателей спермограмм в 31,3% случаев.

Эффективность и безопасность применения гормональных препаратов при нарушении репродуктивной функции у мужчин, продемонстрированное в данном исследовании, свидетельствует о целесообразности их применения для коррекции различных нарушений сперматогенеза.

В заключении следует отметить, что современные методы гормонотерапии базируются на знании нейро-эндокринной регуляции репродуктивной функции, разработке и использовании высокоэффективных аналогов гормонов и их депо-препаратов, а также научно обоснованных, доказательных принципов лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАЗУ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Россия, Волгоград

Несомненно, проблема гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе является одной из актуальных проблем гинекологии в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин переходного возраста (Кулаков В.И., Прилепская В.Н., 2001). У женщин перименопаузального возраста, в связи с высокой частотой сопутствующей патологии, применение гормональных препаратов часто ограничено. Методом выбора является радикальное хирургическое лечение – гистерэктомия, после которой, у 50% больных развиваются вегето-сосудистые и психоневротические расстройства.

Это диктует необходимость поиска новых, органосберегающих эндохирургических методов лечения.

Целью исследования явилось усовершенствование метода лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе у женщин с метаболическим синдромом

Обследовано 32 женщины с метаболическим синдромом в возрасте от 40 до 52 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия при наличии противопоказаний к гормональной терапии. Средний возраст пациенток составил 48,12±1,15 лет. Предъявляли жалобы на различные нарушения менструальной функции: в виде гиперполименореи (56,3%), альгоменореи (15,6%), ациклических маточных кровотечений (28,1%).

Установлено, что у всех обследованных женщин имеет место сопутствующая экстрагенитальная патология, в том числе: сахарный диабет – 3 (9,4%); варикозная болезнь нижних конечностей – у 4 (12,5%); гипертоническая болезнь – у 19 (59,4%); заболевания желудочно-кишечного тракта (включая патологию печени) наблюдались у 6 (18,7%) пациенток. Избыточная масса тела выявлена у 5 (15,6%) пациенток, у 27 (84,4%) – ожирение различной степени выраженности.

В работе использованы общеклинические, биохимические, эхографические методы исследования. Всем больным было выполнено раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием препаратов.

В результате исследования было обнаружено у 8 (25%) пациенток полипы эндометрия, у 18 (56,3%) – диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия, у 6 (18,7%) пациенток отмечено сочетание полипов с гиперплазией эндометрия.

Данные гистероскопии подтверждены результатами гистологического исследования: железистая гиперплазия эндометрия диагностирована у 42,1%,

железисто-фиброзные и фиброзные полипы эндометрия у 28,1%, аденоматозные полипы эндометрия у 7,8%, атипическая гиперплазия эндометрия у 21,9% пациенток.

Учитывая наличие противопоказаний к гормонотерапии, всем больным проведена одномоментная двусторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом в сочетании с гистерорезектоскопией или аблацией эндометрия. Операции проведены с использованием эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия). Электродеструкцию эндометрия производили петлевым или шариковым электродом резектоскопа, электрическим током, мощностью 80-100 Вт. Длительность хирургической операции варьировала от 10 до 30 минут (составив в среднем $20,63 \pm 2,05$ мин).

Результаты оперативного вмешательства оценивали через сутки, и через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев с момента операции. Данный метод лечения оказался эффективным у 31 (96,8%) женщины. У 1 пациентки с ожирением 2 степени и гипертонической болезнью сохранялись мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение двух месяцев после операции, без патологических изменений эндометрия по данным УЗИ и аспирата из полости матки.

Вывод. Проведение двусторонней аднексэктомии лапароскопическим доступом в сочетании с аблацией эндометрия позволяет достичь значительной эффективности лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия у женщин с метаболическим синдромом в перименопаузе.

ЗНАЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНО- ГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Ткаченко Л.В., Колесниченко О. А.

*Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоград, Россия*

Целью нашего исследования явилось разработка мероприятий по реабилитации репродуктивной функции после консервативной миомэктомии с включением методов озонотерапии и квантовой терапии.

Для достижения поставленной цели нами проведено обследование 130 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки, которым была выполнена консервативная миомэктомия в гинекологическом отделении ММУ №7 г. Волгограда за период с 2004 по 2008 годы. Всем женщинам группы сравнения и основной группы, соответственно 50 (100%) и 80 (100%), выполнялась лапаротомия и консервативная миомэктомия. Дополнительно в основной группе проводились реабилитационные мероприятия с включением в комплекс современных физиотерапевтических процедур с помощью аппарата РИКТА, озонотерапии.

Реабилитационные мероприятия составляли 2 курса лечения длительностью 10 – 14 дней в условиях стационара с интервалом 1 месяц. Первый курс реабилитации проводился через 1 месяц после оператив-

ного лечения. Последующее наблюдение и реабилитация проводились в условиях женской консультации.

Возрастной интервал в клинических группах был ограничен 25-45 годами. Средний возраст пациенток составил $34,5 \pm 5$ лет. Основными показаниями для хирургического лечения миомы матки у обследуемых пациенток были: бесплодие (76,2%), нарушения менструальной функции (45,7%), болевой синдром (27,4%), анемия (23,5%), дизурические нарушения (2%).

В большинстве случаев консервативная миомэктомия выполнялась по поводу множественных миоматозных узлов, диагностированных у 58 пациенток (72,5%) основной группы и 38 (76%) группы сравнения. Размеры узлов характеризовались значительной амплитудой колебания (от 0,5 до 18,0 см в диаметре). Миоматозные узлы энуклеированы из различных отделов матки. При этом наиболее часто, как в основной группе, так и в группе сравнения, узлы обнаруживались по передней стенке матки (35%) и в области дна (46%).

Для оценки эффективности реабилитационной терапии проанализированы изменения менструальной, генеративной функций и жалобы больных в динамике.

Анализ показал, что после восстановительного лечения достоверно снижается количество теряемой во время менструации крови на 30%, а также длительность менструаций сокращается на 1,5 дня. 91% женщин субъективно отметили нормализацию менструального цикла, почти у всех пациенток он стал таким, какой он был до появления миомы матки. Все это положительно сказалось на самочувствии больных, отразилось на их работоспособности и качестве жизни, восстановлении репродуктивной функции. В нашем исследовании беременность наступила у 31 (38,75%) из основной группы и у 14 (28%) из оперированных женщин группы сравнения. Наступившая беременность закончилась родами у 25 (31,25%) женщин из основной группы, у 9 (18%) – из группы сравнения, у 6 (19,4%) женщин из основной группы и у 5 (35%) – из группы сравнения наступившие беременности закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках. Немаловажным является и влияние реабилитации на рецидив миомы матки. Рецидив миомы развился через 2 года после консервативной миомэктомии в основной группе – у 3 (3,75%), в группе сравнения – у 4 (8%) женщин.

Таким образом, особенности восстановления репродуктивной функции у женщин после консервативной миомэктомии требуют проведения реабилитационных мероприятий, включающих не только гормональную терапию, но и воздействие на адаптационные механизмы, и иммунный статус.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

**Ткаченко Л.В., Рыбак В.А.,
Курушина О.В., Атагаджиева М.С.**

*Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, кафедра неврологии,
Волгоград, Россия*

В настоящее время проблема предменструального синдрома (ПМС) привлекает к себе внимание врачей различных специальностей. Его наличие значительно снижает профессиональную и бытовую трудоспособность, уровень социальной адаптации. К наиболее частым и постоянно встречающимся во всех возрастных группах проявлениям относят нервно-психические нарушения и болевые синдромы, которые преобладают в клинической картине и значительно ухудшают качество жизни женщин. Клиническая практика демонстрирует, что ПМС достаточно часто ассоциируется с фибромиалгией (ФМ), причем не только в собственно предменструальном периоде. Работ, посвященных анализу связи ПМС и ФМ, как основы срыва социальной адаптации в доступной литературе мы не встретили.

Нашей целью был анализ психоэмоционального статуса, алгических феноменов и качества жизни у женщин с ПМС. Было обследовано 76 женщин репродуктивного возраста. Для выявления психо-эмоциональных нарушений применяли сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ). Клинико-неврологический статус изучался с оценкой диагностических критериев ФМ, исследования порогов болевой чувствительности (ПБЧ). Измерялись болевые пороги в актуальных, нейтральных зонах с расчетом суммарной средней величины. Исследование проводилось методом электроалгометрии с помощью модифицированного прибора «Мирабель». Оценка степени боли проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF-36. Наблюдение проводилось во время трех менструальных циклов.

В результате сопоставления усредненных профилей теста СМОЛ выявило их умеренное повышение во вторую фазу менструального цикла, причем наибольшие изменения касались шкалы тревожности, «невротической триады». Психическая неуравновешенность возросла с 6,0 до 8,8 баллов, эстетическая впечатлительность – с 5,5 до 7,4 баллов, тревожность – с 4,2 до 7,8 баллов, астения с – с 5,4 до 7,9 баллов, шизоидность – с 6,0 до 8,6 баллов. Выявлена тенденция к снижению болевых порогов у женщин, страдающих ПМС, но Средний уровень болевых порогов у пациенток с ПМС и ФМ был достоверно ниже.

Анализ опросника качества жизни продемонстрировал, что по шкалам, относящимся к физическому здоровью пациенток показатели были выше, чем по шкалам психического компонента. Но в группе женщин с сочетанием ПМС и ФМ наблюдалось снижение результатов по обоим группам одновременно.

Учитывая, что ФМ представляет собой «модель» нарушения функционирования антиноцицептивной системы, их высокая сопряженность с ПМС во всех

фазах менструального цикла подчеркивает важную роль нейротрансмиттерной дефицитарности в патогенезе ПМС.

Таким образом, болевые проявления и психоэмоциональные нарушения являются ведущими среди клинических проявлений предменструального синдрома и отрицательно влияют на качество жизни и уровень социальной адаптации пациенток.

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

**Ткаченко Л. В., Михин И. В.,
Бебуришвили А. Г., Минаева Е. А.**

*Волгоградский медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, кафедра факультет-
ской хирургии, Волгоград, Россия*

Целью настоящего исследования являлось улучшение результатов реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальном бесплодии с применением барьерных средств.

Было выполнено 48 лечебно-диагностический лапароскопий у больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Первичное бесплодие выявлено у 30 пациенток, вторичное у 18. Все женщины были разделены по группам в зависимости от степени распространения спаечного процесса в малом тазу (в соответствии с классификацией S. Hulka, 1978г.). Группа А – пациентки с первой и второй степенью распространенности спаечного процесса (n=29). Группа В – с третьей и четвертой степенью распространенности спаечного процесса (n=19). При поступлении в стационар всем женщинам до операции проводили комплексное клинико-лабораторное обследование, трансвагинальное исследование органов малого таза, гистеросальпингографию. Определение конституционального фермента N-ацетилтрансферазы выявило: медленный тип ацетелирования у 9 (18,7%) пациенток и быстрый тип ацетилирования у 39 (18,3%), что свидетельствует о склонности организма к образованию спаек. Разделение спаек в полости малого таза выполнено 48 пациенткам с последующей фимбриопластикой – 11, терминальной сальпингостомией – 16, цистэктомией- 15, коагуляцией эндометриодных очагов- 6. Интраоперационно применяли следующие противо-спаечные барьерные средства: «Адепт» у 8 больных, «Мезогель» у 38 больных, «Спрейгель» у 2 пациенток. Это позволяет ограничить раневую поверхность, предрасполагающую к рецидиву образования спаек в малом тазу, уменьшая воспалительную реакцию в зоне операции в результате травмы брюшины, за счет отграничения серозных поверхностей с помощью защитных пленок на мезотелии. С 5-9-х суток послеоперационного периода на фоне антибактериальной терапии больным, перенесшим пластику маточных труб, проводили курс физиотерапии, который включал в себя: лазеротерапию, электрофорез с химотрипсином. На 3 и 10 сутки всем пациенткам производили послеоперационную ультразвуковую диагностику спа-

ек в малом тазу. Плановую динамическую лапароскопию выполнили через 6-10 дней после оперативного вмешательства 8 женщинам, которым интраоперационно был введен «Адепт».

Эффективность лапароскопического адгезиолизиса в сочетании с применением противоспаечных барьерных средств оценивали по результатам динамической лапароскопии, трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза, гистеросальпингографии. Так при динамической лапароскопии 3 пациенткам из 8 (после введения Адепта) потребовалось дополнительное разъединение единичных рыхлых сращений. Повторное введение препарата не потребовалось, ввиду достаточного остатка препарата в брюшной полости. Ультразвуковое исследование малого таза, выполненное всем пациентам через 2-10 дней после введения «Мезогеля», указало на наличие свободной жидкости в малом тазу, подтверждая тем самым длительность терапевтического эффекта данного препарата. Гелевая основа противоспаечного барьерного средства обеспечивает длительное нахождение препарата в брюшной полости и не требует повторных введений. По данным метросальпингографии после пластики маточных труб полная проходимость таковых восстановлена у 11 (22,9%) пациенток группы А и у 5 (10,4%) пациенток группы В. У 7 (14,5%) пациенток из обеих групп наступила беременность. У 3 пациенток группы А и 3- группы В беременность закончилась своевременными родами. Двум пациентам группы В перенесшим пластику маточных труб в последующем выполнена тубэктомия по поводу прогрессирующей трубной беременности. Три пациентки из этой же группы были повторно оперированы в связи с рецидивным образованием гидросальпинксов. Им была выполнена тубэктомия, с целью подготовки к ЭКО.

Таким образом, хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом в сочетании с интраоперационным применением противоспаечных барьерных средств позволяет избежать рецидива спаечного процесса в малом тазу в 43% случаев. Применение противоспаечных барьерных средств необходимо рассматривать как один из методов лечения и профилактики спайкообразования, способствующий повышению фертильности пациенток с трубно – перитонеальным бесплодием.

ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТОВЕГИНА

**Ткаченко Л.В., Агапов В.К., Горюнова Т.В.,
Беляков Г.А., Скуберт В.С., Климов М.М.**

*Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ,
Волгоград, Москва, Россия*

Целью исследования явилось уменьшение выраженности «постэмболизационного синдрома» за счет увеличения паринхиматозного кровотока и снижения гипоксии тканей миоматозно измененной матки пу-

тем предварительного введения актовегина (патент № 2006104719/14(005109)).

С сентября 2004 года по текущий 2009 год выполнена ЭМА 114 пациенткам с миомой матки, из них у 85 проведена манипуляция в модифицированной методике и в 29 случаях выполнена стандартная эмболизация. Модифицированная методика эмболизации маточных артерий разработана для уменьшения выраженности «постэмболизационного синдрома» за счет предварительного введения актовегина с целью увеличения паринхиматозного кровотока и снижения гипоксии тканей миоматозно измененной матки до проведения ЭМА, что способствует более качественной эмболизации вследствие проникновения частичек ПВА в спазмированные ранее капилляры миомы и, соответственно, уменьшению ишемических участков в ней и улучшению кровоснабжения в здоровых тканях миометрия, что предотвращает развитие грубых морфологических изменений в матке, приводящих к постэмболизационным осложнениям.

В результате проведенных исследований постэмболизационный период после проведения стандартной ЭМА характеризовался разнообразными посэмболизационными симптомами: боли различной интенсивности в гипогастриальной и поясничной области, гипертермия до 38 С и выше, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, дизурия, симптомы острого живота, меноррагии, лейкоцитоз, недомогание, слабость. Купирование проявлений посэмболизационного синдрома выполнено консервативными методами (симптоматическая терапия) и привело к стабилизации состояния больных через 3-5 суток.

Внедрение новой методики ЭМА привело к более благоприятному течению постэмболизационного периода, позволило сократить пребывание больных в стационаре. После модифицировано ЭМА в первые двое суток выписано 65,9% больных. Отмечено уменьшение узлов миомы в первые сутки у 73,2% пациенток. Почти у 60% боли после ЭМА были слабо выражены или отсутствовали. В нашей практике не было отмечено у больных после ЭМА, проведенной в новой модификации, нарушение функции кишечника и мочевого пузыря, метроррагии и септического состояния, а так же необходимости срочной гистерэктомии. Динамика уменьшения размеров миомы матки не отличалась в обеих группах. Большая часть пациенток находится под наблюдением 2-3 года, им проводится динамический контроль за состоянием узлов миомы с помощью МРТ и СКТ малого таза; иммунологические исследования крови – определение уровня половых стероидов, факторов некроза опухоли.

Таким образом, разработанная оригинальная модификация эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки с предварительным внутриартериальным введением актовегина является эффективной и позволяет достичь более благоприятного течения постэмболизационного периода.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ВЫБОРЕ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Гуцина М.Ю.

Волгоградский медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоград, Россия

Целью настоящей работы явилось исследование гормонального статуса и выявление уровня гиперэстрогении для выбора оптимального объема операции при лечении гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе.

В основу исследования был положен сравнительный анализ результатов обследования 165 женщин 45-55 лет, в перименопаузальном периоде, страдающих гиперпластическими процессами эндометрия, которые были разделены на две группы. Основная группа состояла из 105 человек, к ней были отнесены женщины, которым выбор объема оперативного лечения (абляция эндометрия без или с удалением придатков) определялся с учетом гормонального фона. В основной группе выделено две подгруппы А и В. К подгруппе А (40 человек) отнесены женщины, у которых при гормональном исследовании определялся высокий уровень эстрогенов, а также нормальные или сниженные уровни ФСГ и ЛГ. К подгруппе В (65 человек) отнесены женщины, у которых уровень эстрадиола был снижен и соответствовал менопаузальным нормам, а уровни ФСГ и ЛГ были повышены. Группу сравнения (60 человек) составили женщины, которым выбор объема оперативного лечения определялся без учета гормонального фона. Всем пациенткам проводились: общеклиническое обследование, инструментальные методы исследования – УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком (до и после лечения), гистероскопия с диагностическим выскабливанием полости матки, комплекс лабораторных методов исследования, включая исследование гормонального профиля и данные гистологического исследования. Критерием эффективности проведенного лечения мы считали аменорею, которая наблюдалась после операции, а также данные УЗИ, величины М-эхо через 3,6,12 месяцев.

Объем оперативного вмешательства определялся с учетом гормонального статуса больной, в пользу малоинвазивных вмешательств – абляции эндометрия, при отсутствии противопоказаний к ее проведению. В группе А у 38% обследуемых женщин уровень эстрадиола соответствовал $80,2 \pm 7,3$ Пг/мл., уровни ФСГ и ЛГ также достоверно не отличались от нормативных значений, характерных для первой фазы менструального цикла и соответствовали $6,22 \pm 4,1$ мМЕ/мл. (ФСГ) и $9,34 \pm 0,3$ мМЕ/мл. (ЛГ). По данным УЗИ у данного контингента больных определялись фолликулярные кисты, а также яичники с фолликулярным аппаратом, что свидетельствовало о состоянии гиперэстрогении имеющей яичниковый генез. Поэтому в данной группе обследуемых женщин для устранения патологического стимула способствующего развитию

заболевания, а также следуя правилам безопасности в условиях возрастного повышения риска осложнений экстрагенитальных заболеваний, мы использовали абляцию эндометрия совместно с двусторонней аднексэктомией лапароскопическим доступом. Это обеспечивало состояние хирургической менопаузы и предотвращало рецидивирование гиперпластических процессов в дальнейшем. В группе В (65 человек) оперативное вмешательство выполнялось в объеме абляция эндометрия, учитывая нормальный уровень эстрадиола ($31,0 \pm 1,79$ Пг/мл.) и высокие значения ФСГ ($51,0 \pm 2,0$ мМЕ/мл.) и ЛГ ($34,3 \pm 1,2$ мМЕ/мл.), что свидетельствовало о состоянии близком к менопаузе.

В подгруппе А основной группы, где лечение было проведено с учетом гормонального фона в объеме: абляция эндометрия с двусторонней аднексэктомией лапароскопическим доступом, через 3,6,12 мес. рецидивов гиперпластических процессов не наблюдалось. В подгруппе В, где лабораторными исследованиями подтверждена низкая гормональная активность яичников, выполнена операция в объеме – абляция эндометрия, рецидивов заболевания также не наблюдалось. В группе сравнения рецидивы гиперпластических процессов выявлены в 26,7% случаев.

Исследование гормонального статуса и выявление яичниковых форм гиперэстрогений позволяет определить оптимальный объем оперативного вмешательства при лечении гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе, а также предупредить возникновение рецидивов и повысить эффективность проводимого лечения, тем самым, избегая радикальной хирургической операции.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИГАЛЛАТА И ИНДИНОЛА В ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Узденова З.Х., Шаваева В.А., Шогенова Ф.М.,

Тогузаева З.Х., Лигидова А.Т.,

Россия, г. Нальчик, ФГУ Кабардино-Балкарский
государственный университет

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) как возможная основа для формирования рака эндометрия представляют важнейшую медико-социальную проблему (Кулаков В.И., 2006). В структуре гинекологических заболеваний частота данной патологии колеблется в пределах 15-40%, а при сочетании ГПЭ с миомой матки этот показатель увеличивается до 76%. В 54% наблюдений ГПЭ является случайной находкой при ультразвуковом исследовании. Наряду с выявлением роли эндокринных факторов в индуцировании ГПЭ не меньшее значение имеют исследования состояния рецепторного аппарата эндометрия. Доказана значимость инфекционных агентов в связи с их способностью не только вызывать воспалительный процесс, но и длительно персистировать в органах и тканях, что меняет ре-

цепцию инфицированных клеток. Среди гинекологов выработана четкая диагностическая тактика, позволяющая с высокой достоверностью констатировать поражение шейки матки вирусом папилломы человека (ВПЧ) различных степеней онкогенности и профилактики рака шейки матки. Однако нет единого мнения о роли вируса папилломы человека в развитии гиперпластических процессов и полипов эндометрия. Исследования по этому поводу противоречивы и не достаточны, что определяет актуальность выявления роли этого вируса для профилактики рака эндометрия.

Целью исследования явилось изучение частоты сочетания гиперпластических процессов эндометрия с ПВИ у женщин репродуктивного возраста и возможности применения препаратов Индинол и Эпигаллат в лечении данной патологии.

Методы исследования: сбор жалоб, анамнеза, проведение клинических, биохимических анализов, кольпоскопии, микроскопия влагалищных мазков, УЗИ гениталий, гистероскопия с раздельным выскабливанием цервикального канала и эндометрия, морфологическое исследование соскоба, определение возбудителей бактериальных и вирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Анализ гинекологической заболеваемости по женским консультациям г. Нальчика с 1999 по 2008 гг. выявил рост гиперпластических процессов эндометрия, особенно среди женщин активного репродуктивного возраста в 1,4 раза.

Проведено обследование 64 пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в возрасте от 25 до 48 лет.

Средний возраст менархе у пациенток с ГПЭ составил $14,16 \pm 2,32$ лет, начала половой жизни – $16,8 \pm 4,72$ лет. В 1 браке состояли 59,4% женщин, во втором – 15,6%. Каждая четвертая пациентка не состояла в браке, но имела половых партнеров (из них 8 пациенток имели 2-х и более партнеров, что могло явиться одним из факторов риска ПВИ). В анамнезе больных выявлен ряд особенностей: бесплодие – у 10,9% пациенток, осложненные роды и аборт были у 18,8%, воспалительные заболевания матки и придатков – у 21,9%. Миома матки обнаружена у 15,6% больных, эндометриоз – у 20,3%, патология шейки матки отмечена у 32,8%, дисгормональные заболевания молочных желез – у 31,3%. Наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями отмечена у 20,3% больных. Хирургические вмешательства на придатках матки в анамнезе у 7,8% пациенток. При оценке индекса массы тела (ИМТ) установлено, что указанный показатель был меньше 18,4 у 3,1% женщин; от 18,5 до 24,9 – у 51,6%; от 25,0 до 29,9 – у 23,4%, от 30,0 до 34,9 – у 12,4%, от 35,0 до 39,9 – у 6,3%, более 44 – у 3,2%. По характеру распределения жировой клетчатки наиболее часто встречался абдоминальный тип ожирения, который является основным проявлением метаболического синдрома, играющего важную роль в развитии гиперплазии эндометрия.

У 93,8% больных в полости матки обнаружены онкогенные типы ПВИ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 и др. ПВИ, относящиеся к высокой степени риска онкогенности, диагностированы в 16,6% случаев,

средней онкогенности у 31,7% и низкой онкогенности 51,7% обследованных. В 96,8% случаев гистероскопическая картина совпала с результатами гистологии.

С 1-го дня после гистероскопии пациенткам назначались препараты Индинол (по 2 капсулы 2 раза в день) и Эпигаллат (по 2 капсулы 2 раза в день) в течение 6 месяцев. Показанием для назначения данных препаратов являлись результаты УЗИ органов малого таза, доплерометрии, гистероскопии, морфологического исследования. Критерием отбора больных для дальнейшего лечения препаратами Индинол и Эпигаллат было наличие гиперплазии эндометрия – пролиферации желез эндометрия без атипии клеток железистого эпителия по данным гистологического исследования.

По результатам контроля через 6 и 12 месяцев после приема препаратов Индинол и Эпигаллат рецидивов гиперпластических процессов эндометрия не наблюдалось. Рецидив ПВИ был отмечен в 6,7% случаев через 6 месяцев после окончания лечения.

Таким образом, при обнаружении у женщин гиперпластических процессов эндометрия необходимо обследование на онкогенные типы ПВИ. Использование препаратов Индинол и Эпигаллат является обоснованным методом лечения гиперпластических процессов эндометрия в сочетании с ПВИ и профилактики их рецидивов.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ

Узденова З.Х., Гатагажева З.М.,
Ферзаули Х.М., Евлоева М.С.

Россия, г. Нальчик, ФГУ Кабардино-Балкарский
государственный университет
Россия, г. Назрань, ФГУ Ингушский
государственный университет

Цель настоящего исследования – анализ перинатальной смертности в республике Ингушетия и разработка мероприятий по ее снижению.

Материалы и методы исследования: ретроспективный и проспективный анализ историй родов и историй развития новорожденных в лечебных учреждениях республики Ингушетия.

Результаты и их обсуждение. Динамика показателей перинатальной смертности в родовспомогательных учреждениях характеризует качество оказания медицинской помощи в них. Анализ перинатальной смертности за период 2005-2008 гг. показал, что отмечается значительное снижение перинатальной смертности и ее составляющих: показатель перинатальной смертности по сравнению с 2005 годом снизился на 46,4% (2005 г. – 29,5‰) и составил – 15,8‰. В 2005-2008 гг. зарегистрировано снижение показателя мертворождаемости – на 17,8%, что указывает на улучшение работы по антенатальной охране плода в женских консультациях республики за счет раннего охвата беременных диспансерным наблюдением до 78,3% (против 72% в 2005 г.), полноты обследования и

лечения, динамического наблюдения, своевременного применения инструментальных методов контроля за состоянием плода (кардиотокографии во время беременности и родов, доплерометрии).

Анализ мертворождаемости показал, что удельный вес жительниц сельской местности составил 71%. 50% случаев мертворождаемости были непредотвратимыми. Из числа случаев мертворождения 57,3% были доношенными. Отмечается уменьшение числа мертворожденных с массой тела от 2000 г до 2500 г. в 1,6 раза при увеличении числа мертворожденных с массой от 1500 г до 2000 г в 1,4 раза. Из общего числа мертворождений – 35% (11 случаев) из Чеченской республики. Основные причины антенатальной гибели плода: асфиксия (58,6%), вызванная преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (кровотечением), внутриутробная инфекция (16%), врожденные пороки развития, не совместимые с жизнью (13%). Как положительный момент необходимо отметить сохраняющийся низкий удельный вес интранатальной смертности, что говорит о более рациональном ведении родов в родильных стационарах в последние годы.

Отмечается снижение показателя ранней неонатальной смертности на 61,3% (2008 г. – 7,5‰) по сравнению с 2005 г. (19,4‰). Снижение ранней неонатальной смертности в республике можно объяснить открытием республиканского перинатального центра, с улучшением качества медицинской помощи в родах и проведением первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном зале, присутствием неонатологов в родах, оснащением родильных стационаров. Низкие показатели перинатальной смертности, или ее отсутствие в центральных районных больницах республики можно объяснить выполнением принципа этапности оказания медицинской помощи беременным и роженицам и улучшением качества оказания им медицинской помощи.

В структуре непосредственных причин перинатальной смертности на первом месте остаются внутриутробная гипоксия, асфиксия новорожденных – 34,8%, но удельный вес их снизился до 40% против 52,4% в 2005 году, на втором месте РДС – 30,7%, на третьем месте – внутриутробные инфекции и ВПР – по 13,9% и др.

Таким образом, за последние 4 года в республике Ингушетия зарегистрировано снижение показателя перинатальной смертности до 15,8 (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) за счет снижения ранней неонатальной смертности на 61,3% и мертворождаемости на 17,8%.

С целью дальнейшего снижения перинатальных потерь в республике Ингушетия необходимо продолжить работу:

- по совершенствованию профессиональной подготовки медицинских кадров;
- повышению квалификации специалистов по ультразвуковой диагностике в центрах;
- внедрению в практику здравоохранения эффективных методов пренатальной диагностики, лечения и реабилитации, включая высокие технологии – эндоскопические, вспомогательные, репродуктивные;
- осуществлению контроля за внедрением протоколов и стандартов диагностики и лечения в прак-

тику работы учреждений родовспоможения;

- профилактике и снижению числа абортотворения и материнской смертности после абортов;
- оказанию диагностической и лечебной помощи наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных с использованием выездных форм помощи;
- обеспечению системы реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии женщинам и детям раннего возраста;
- улучшению организационно – методической работы по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства в республике;
- строительству типового перинатального центра;
- реализации мероприятий РЦП «Здоровое поколение».

ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТАМИ ИНДИНОЛ И ЭПИГАЛЛАТ

Шогенова Ф.М., Узденова З.Х., Хапаева А.И.

Россия, Нальчик, ФГУ Кабардино-Балкарский государственный университет

Климактерический синдром (КС) – комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, вызванный дефицитом эстрогенов, встречается у 30-60% женщин в перименопаузе и постменопаузе.

Цель работы – оценка эффективности лечения климактерического синдрома (КС) в зависимости от степени его тяжести препаратами Индинол и Эпигаллат.

Больные с КС в зависимости от формы и степени тяжести течения были разделены на 3 группы. Критерием отбора пациенток было наличие типичной (не осложненной) формы КС. К 1-ой группе отнесены 10 пациенток с легким течением КС. К 2 группе отнесены 20 пациенток с типичной формой КС средней степени тяжести, к 3-ой группе отнесены 15 пациенток с тяжелым течением типичной формы КС. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование: сбор жалоб, анамнеза, контроль артериального давления, клинический анализ крови, биохимические анализы (липидограмма, гемостазиограмма, определение уровня гликемии), кольпоскопии, цитологическое исследование мазков из влагалища, ЭКГ, ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы, органов брюшной полости, исследование глазного дна. Для оценки тяжести проявлений климактерического синдрома мы пользовались модифицированным менопаузальным индексом (ММИ) по Е.В. Уваровой. Пациенткам назначались препараты Индинол (по 2 капсулы 2 раза в день) и Эпигаллат (по 2 капсулы 2 раза в день) в течение 6 месяцев.

Средний возраст больных составил $51,2 \pm 1,2$ лет. Менструальный цикл был сохранен у каждой третьей пациентки. Хирургическая менопауза имела место у 11,1%. Возраст женщин при наступлении менопаузы $45,2 \pm 3,8$ лет. Длительность менопаузы составила $2,1 \pm 1,4$ года. Через 1 месяц после начала приема

препаратов значительное улучшение отметили 50% пациенток из 1 группы. У остальных пациенток этой группы симптомы КС исчезли через 4 месяца с начала приема препаратов.

У 60% больных 2 группы отмечено уменьшение симптомов КС после 2 месяцев лечения: количество приливов сократилось с 12-15 до 5-6, уменьшился гипергидроз, нормализовался сон, улучшился фон настроения, повысилась работоспособность. Через 4 месяца от начала лечения значительное улучшение общего состояния, тургора кожи, повышение настроения отмечены у 80% пациенток 2 группы. К концу 6-го месяца лечения 20% женщин из 2 группы отмечали отсутствие субъективных симптомов КС. Течение КС у остальных пациенток 2 группы оценено как легкое.

Во 3 группе пациенток, получавших терапию Индиолом и Эпигаллатом в течение 2 месяцев, улучшение наступило лишь у 10%. У остальных пациенток вегетативные симптомы присутствовали на протяжении всего 2-месячного периода лечения, отмечалось только незначительное снижение степени их выраженности. Через 4 месяца улучшение наступило ещё у 20% пациенток с тяжелым течением КС. К концу 6-го месяца лечения значительное улучшение состояния отметили 53% пациенток, КС у этих пациенток приобрел легкое течение. У 40% пациенток из 3 группы течение КС расценено как средней степени тяжести. У одной пациентки существенного изменения в течение КС не отмечено.

На фоне приема препаратов отмечена нормализация менструальной функции у 93,3% пациенток с сохраненной менструальной функцией.

Использование препаратов Индиол и Эпигаллат оказало положительный лечебный эффект практически при всех степенях тяжести КС. Побочных негативных эффектов при приеме препаратов не наблюдалось. У 97,8% женщин способствовало переходу тяжелого течения в более легкое, что значительно снизило выраженность основных симптомов КС.

Таким образом, при применении препаратов Индиол и Эпигаллат в терапии больных с КС легкой, средней степени тяжести и тяжелым течением в течение 6 месяцев привело к значительному улучшению течения заболевания у большинства пациенток. Преимущественно положительная динамика достигнута в отношении таких вегетативных симптомов климактерического синдрома как приступы учащенного сердцебиения, лабильность пульса, повышенная нервная возбудимость, дневная сонливость, нарушение сна, приливы, гипергидроз, что привело к улучшению качества жизни женщин. В большинстве случаев положительный эффект был достигнут уже через 2-4 месяца от начала лечения, а дальнейшая терапия приводила к стабилизации достигнутого результата.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Шогенова Ф.М.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский
государственный университет

Одним из наиболее серьезных факторов риска родового травматизма новорожденного является тазовое предлежание плода. Неблагоприятные отдаленные последствия у детей, рожденных в тазовом предлежании, могут проявляться центральными парезами, эпилепсией, гидроцефалией, отставанием в умственном развитии, врожденным вывихом тазобедренных суставов. Согласно статистическим данным, роды в тазовом предлежании встречаются в 2,7 – 5,4% случаев, частота кесарева сечения при тазовом предлежании составляет до 85%.

Цель исследования: оценка физического развития и состояния здоровья детей, родившихся через естественные родовые пути в тазовом предлежании.

Нами проведен ретроспективный анализ 100 историй родов женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода в родовспомогательных учреждениях КБР в 1990-1991 гг и проспективный анализ 100 амбулаторных карт МУЗ Детская поликлиника №1 г. Нальчика и студенческой поликлиники КБГУ за 2007- 2008 гг.

В специально разработанные анкеты были внесены сведения о возрасте родителей, их профессии, состоянии здоровья, вредных привычках, паритете, течении беременности и родов, состоянии плода и новорожденного, его антропометрических данных, периоде новорожденности, особенностях физического и психического развития, полового созревания и состоянии здоровья детей.

Среди родоразрешенных в возрасте от 20 до 24 лет было 48 женщин, 25 – 29 лет – 39 женщин, 30 – 34 лет – 13. Отцов в возрасте от 20 до 24 лет было 21, 25 – 29 лет – 45, 30 – 34 лет – 25, старше 35 лет – 9. Первородящих было 49, вторые роды – у 31 женщины, третьи – у 18, четвертые – у двоих. Чисто ягодичное предлежание было в 72 случаях, смешанное ягодичное – в 23, ножное – в 5. В структуре экстрагенитальной патологии у матерей – анемии – у 19, пиелонефриты – у 10, вегето-сосудистые дистонии – у 7. Привычное невынашивание плода в анамнезе было у 13 женщин. Роды двойней – в 6 случаях. Резус-отрицательная принадлежность крови у матери – в 8 случаях. Ранние гестозы осложняли течение беременности у 21 беременной, поздние гестозы – у 14, угроза прерывания беременности в 1 триместре – у 12, во втором триместре – у 8, в третьем – у 19. Обвитие пуповины вокруг шеи плода – в 17 случаях, короткая пуповина – в 4 случаях, преждевременные роды в 9 случаях, аномалии излития околоплодных вод – в 14 случаях, аномалии родовой деятельности – в 7. Дистресс плода отмечен в 18 случаях. Ручное пособие при чисто ягодичных предлежаниях было оказано в 71 случае, при смешанном тазовом предлежании – в 23 случаях. Пособие при ножных предлежаниях оказано в 5 случаях, в 1 случае произведена экстракция плода за тазовый конец в связи со слабостью родовой деятельности во II периоде родов, острой гипоксией плода. Родовая опухоль в

области ягодиц и промежности у новорожденных отмечена в 17 случаях, кефалогематома – у 1 ребенка в связи с затрудненным выведением последующей головки плода. Среди новорожденных мальчиков было 36, девочек – 64. С оценками по шкале Апгар 8 – 9 баллов родилось 5 новорожденных, 8 – 8 баллов – 23 ребенка, 7 – 8 баллов – 39 детей, 7 – 7 баллов – 14, 6 – 7 баллов – 10 детей, 5 – 7 баллов – 5 детей, 5 – 6 баллов – 3 детей, 3 – 5 баллов – 1 ребенок. С массой от 2000 г до 2500 г родилось 8 новорожденных, от 2550 г до 2950 г – 26 детей, от 3000 г до 3500 г – 39 детей, от 3550 г до 3750 г – 16 детей, от 3800 г до 4000 г – 8 детей, более 4000 г – 3 детей. Длина тела новорожденных 44 см – у 3 детей, 45 см – у 2, 46 см – у 3, 47 см – 5, 48 – у 15, 49 см – у 17, 50 см – у 27, 51 см – у 17, 52 см – у 9, 53 см – у 2. Аспирационный синдром отмечен у 2 детей, нарушение мозгового кровообращения – у 2 детей, синдром внутричерепной гипертензии – у 11 детей, недоношенность – у 9 детей, незрелость – у 1 ребенка. Дисплазия тазобедренных суставов I степени диагностирована у 6 детей, II степени – у 3, III степени – у 4, врожденная кривошея – у 3 детей, косоглазие – у 1 ребенка. Выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки 6 детей, на 6-е – 27 детей, на 7-е сутки – 29 детей, на 8-е – 19 детей, на 9-е – 4 детей, на 10-е – 3 детей. Переведены в отделение патологии новорожденных 5 детей, в отделение недоношенных – 7 детей.

В исследуемой группе детей детские инфекции перенес 41 ребенок, вирусные гепатиты – 3, частые простудные заболевания – у 31 ребенка, рахит – у 3. До 17-летнего возраста у детей и подростков были диагностированы заболевания нервной системы в 23 случаях, заболевания сердечнососудистой системы – в 5, заболевания органов дыхания – в 78, эндокринной системы – в 49, мочевыделительной системы – в 9, желудочно-кишечного тракта – в 21, опорно-двигательного аппарата – в 28, анемии – в 7, заболевания ЛОР-органов – в 19, кожные болезни – в 17, глазные болезни – в 28 случаях. При проведении диспансеризации в возрасте 17 лет к I группе здоровья отнесены 26% подростков, к II группе здоровья – 37%, к III группе здоровья – 35%, к IV группе здоровья – 2%, отнесенных к V группе здоровья не оказалось. Средний рост 17-летних юношей составил 174,2+2,5 см; средняя масса у юношей – 66,7+2,1 кг. Средний рост 17-летних девушек составил 163,7+2,2 см, средняя масса тела девушек – 54,2+2,5 кг.

Таким образом, при тазовом предлежании через естественные родовые пути в удовлетворительном состоянии родился 81 ребенок, средней тяжести – 18 детей, в тяжелом – 1 ребенок. В раннем неонатальном периоде патология проявилась у 18 детей, у 13 детей диагностированы проявления травм в виде дисплазии тазобедренных суставов, у 4 детей – врожденные пороки развития. К 17 годам 63% подростков были здоровы, 37% имели хронические заболевания в состоянии компенсации и субкомпенсации.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Фалалеева Л.Н., Тетелюткина Ф.К., Полякова М.Р.

*Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства
и гинекологии ФПК и ПП*

*ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская
академия Росздрави*

Нарушения репродуктивной функции женщин являются следствием множества причин, где маточный фактор составляет 24 – 62%. В нашей стране в структуре внутриматочной патологии преобладает хронический эндометрит, более чем в 2 раза превышая распространенность других заболеваний.

Целью исследования явилась оценка экспрессии рецепторов стероидных гормонов эндометрия при некоторых формах бесплодия.

Материалы и методы. Проведено обследование 36 пациенток в возрасте от 20 до 42 лет с клиническим диагнозом – бесплодие. Все обследуемые женщины были подразделены на четыре группы: I группа женщин с регулярным менструальным циклом и гиперплазией эндометрия во вторую фазу; II группа женщин с нерегулярным менструальным циклом; III группа пациенток с аменореей (хроническая ановуляция); IV группа пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии. У пациенток I группы, в целях определения динамики изменения эндометрия, биопсия эндометрия проводилась с 5-го по 25-й день менструального цикла. У пациенток II и IV группы гистероскопия с биопсией эндометрия проводилась на 25–27-й день менструального цикла. У пациенток III группы (с аменореей) гистероскопия с биопсией эндометрия выполнялась индивидуально.

Нами использовался иммуногистохимический метод для определения в эпителии железистых крипт и строме эндометрия рецепторов к прогестерону и эстрогенам. (Исследование выполнено на парафиновых срезах с применением стрептавидин-биотинового метода «Dako», Дания, LSAB-2 Systems, HRP). Окрашивание полученных срезов производилось при помощи пероксидазно-антипероксидазного метода. Для детекции стероидных рецепторов эндометрия использовали первичные моноклональные и вторичные универсальные антитела. Срезы докрашивали гематоксилином (позитивный и негативный контроль не проводился).

Результаты исследования. У женщин I, II групп наибольшая концентрация эстрогеновых рецепторов в железах эндометрия выявляется в фазе пролиферации и в начальной стадии фазы секреции. Начиная со средней стадии фазы секреции, концентрация этих рецепторов снижается. Концентрация эстрогеновых рецепторов в строме эндометрия также максимально в фазу пролиферации, далее постепенно снижается, причем у пациенток II группы содержание эстрогеновых рецепторов в строме меньше по сравнению с пациентками I группы. Концентрация прогестероновых рецепторов у пациенток I и II групп, как в железах, так и в строме эндометрия в фазу секреции значительно ниже их концентрации в фазу пролифе-

рации. У пациенток III группы – гипопластический эндометрий характеризуется средним содержанием эстрогеновых и очень низким содержанием прогестероновых рецепторов. При железистой гиперплазии её активной и покоящейся формах (IV группа) отмечено невысокое содержание эстрогеновых рецепторов в железах эндометрия, низкое содержание эстрогеновых рецепторов в строме эндометрия и достаточное количество прогестероновых рецепторов, как в железах, так и в строме эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия пациенток с эндокринным бесплодием, с нарушением менструального цикла характеризуются выраженной экспрессией прогестероновых рецепторов. Во всех четырех группах при наличии воспалительных изменений в эндометрии (хронический эндометрит с признаками активности процесса) наблюдается снижение экспрессии рецепторов стероидных гормонов.

Таким образом, у пациенток при бесплодии имеет место неполноценная лютеиновая фаза, связанная с недостаточным количеством в эндометрии рецепторов к прогестерону (при учете нормального уровня прогестерона в крови). Рецепторный статус эндометрия при аменорее позволяет предположить о готовности к воздействию экзогенных гормонов (эстрадиола), что имеет важное значение при проведении лечения методом ЭКО и терапии синдрома преждевременного истощения функции яичников. Рецепторный статус эндометрия при простой (железистой и железисто-кистозной гиперплазии) позволяет считать гестагены препаратом выбора при подборе медикаментозной терапии.

ИНТЕНСИВНОСТЬ МЕМБРАННЫХ РЕАКЦИЙ ПОЛ И УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭКТОПИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Фомина О.А., Пешев Л.П.

Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института, ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарёва», Саранск, Россия

Исследовано состояние мембранных реакций пероксидации и транспортной функции альбуминов у 47 больных эктопиями шейки матки (ЭШМ). Стаж заболевания у них был от 1 до 6 лет. Определяли продукты ПОЛ: содержание малонового диальдегида (МДА) в плазме и эритроцитах, уровень активности каталазы – ключевого фермента антиоксидантной защиты, а также соотношение общей (ОКА) и эффективной (ЭКА) концентраций альбуминов в крови, по которым рассчитывали индекс токсичности (ИТ). Контрольную группу составили 10 женщин – добровольцев репродуктивного возраста, не страдавших ЭШМ.

Результаты показали, что у здоровых женщин содержание МДА в плазме составляет, в среднем $6,9 \pm 1,1$ ммоль/л, а в эритроцитах – $28,6 \pm 3,1$ ммоль/л, что надо полагать, обеспечивает баланс реакций свободнорадикального окисления на мембранах

клеток. Уровень каталазы в крови у них равняется $2243,0 \pm 276,4$ мкмоль/мин/л, что нами принято за нормативный показатель.

В отличие от них, у женщин с ЭШМ содержание МДА в плазме превышало норму на 14,7% ($P < 0,01$), а в эритроцитах – на 32,3% ($P < 0,01$).

На этом фоне наблюдалось снижение активности каталазы, в среднем на 12,6 % по сравнению с нормой ($P < 0,01$), что свидетельствовало о нарушениях баланса интенсивности реакции ПОЛ и уровня антиоксидантной защиты организма.

Кроме того, у пациенток основной группы имело место расстройство транспортной функции альбуминов: ОКА в крови у них была ниже нормы на 8,9 % (норма $56,2 \pm 1,3$ %), а ЭКА – на 22,2 % ($P < 0,01$) (в норме ЭКА $37,3 \pm 2,3$ %). В результате ИТ у них составил 1,8 усл. ед. (в норме 1,5 усл. ед.), что указывало на повышенный уровень эндогенной интоксикации организма.

Заключение. Результаты проведенных исследований дают основание полагать, что в генезе ЭШМ, наряду с расстройствами эндокринной функции и воспалительным фактором, существенное значение имеют нарушения мембранных реакций ПОЛ, неадекватность защитной функции антиоксидантной системы, а также нарушение транспортной функции альбуминов крови. В результате происходит замедление эпителизации пораженных участков слизистой, возникает хронизация заболевания.

Отмеченные факты диктуют необходимость включения в комплексную терапию ЭШМ помимо общепринятых средств: антисептиков, гормональных препаратов и др., препаратов – антиоксидантов, а также репаративных, что значительно повысит эффективность лечения данной гинекологической патологии.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ С НАПРАВЛЕННЫМ ТРАНСПОРТОМ АНТИБИОТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Фотева Т.С., Бакуридзе Э.М., Козаченко А.В., Товмасян В.М., Алиева З.А.

ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель исследования: оценка эффективности терапии больных с осложненными острыми воспалительными заболеваниями придатков матки (ОВЗПМ) с использованием плазмафереза (ПА) в сочетании с направленным транспортом антибиотика (НТА). Суть метода заключается в использовании клеток аутокрови для направленного транспорта антибиотика.

Группу исследования составили 115 женщин с осложненными формами ОВЗПМ (гнойный сальпингит, пиовар, пельвиоперитонит). Всем больным проведено лапароскопическое исследование с диагностической и лечебной целью по общепринятой методике. Основную группу составили 50 больных, которым в

послеоперационном периоде проведены сеансы ПА в сочетании с НТА. 65 больных сравнительной группы получали общепринятую инфузионную и антибактериальную (тиенам 2,0 г/сут) терапию. Все больные прошли общеклиническое и лабораторное обследование (бактериологическое, ультразвукографическое, биохимическое, гемостазиологическое, иммунологическое, состояние центральной и периферической гемодинамики). Сеансы плазмафереза проводились в дискретном режиме. Курс лечения начинали с первых послеоперационных суток с удалением 25% ОЦП за сеанс. После афереза плазмы к форменным элементам крови добавлялся 0,9% раствор хлорид натрия, 1 мл АТФ и суточная доза выбранного антибиотика (тиенам 2,0 г). Контейнер с клеточной взвесью инкубировался при комнатной температуре в течение 20 мин. и трансфузировался больной.

Сравнительный анализ динамики клинического течения послеоперационного периода, показателей центральной и периферической гемодинамики, КОС и газов крови, гемограммы, гемостаза, показателей эндотоксикоза, иммунограммы в зависимости от вида терапии показал существенные преимущества сочетанного использования ПА с НТА перед стандартной антибиотикотерапией у больных двух групп.

Частота послеоперационных осложнений у больных группы ПА с НТА была более чем вдвое меньше, составив 22% против 48% в группе сравнения ($p < 0,05$). Койко-день у больных, получавших ПА с НТА, составил в среднем $9,8 \pm 0,4$ дня, достоверно отличаясь от среднего числа послеоперационных койко-дней в группе сравнения – $15,2 \pm 0,6$ дня. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности методики сочетанного применения плазмафереза и направленного транспорта антибиотиков в послеоперационной терапии и реабилитации больных с осложненными формами ОВЗПМ. Несмотря на имеющиеся данные об успешном самостоятельном применении этих методик в лечении гнойно-воспалительных заболеваний, именно их сочетанное применение позволяет соединить терапевтическое действие обеих составляющих. При использовании аутогенных трансфузионных сред к лечебному механизму метода добавляется детоксикационный, реокорректирующий и иммунокорректирующий эффект на фоне восстановления функции микроциркуляторного звена, чему способствуют методы гемафереза. Применение данной методики способствует успешной реализации органосохраняющей тактики при оперативном лечении этой все более «молодой» категории больных, что вносит существенный вклад в последующую реабилитацию их репродуктивной функции. Сочетание высокой клинической эффективности с относительной технической простотой выполнения данной методики создает условия для более широкого ее внедрения в практику.

ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКОМБИНАНТНОГО КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА VIIa (МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Федорова Т.А., Стрельникова Е.В., Рогачевский О.В.
ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»,
Москва, Россия

Проблема стратегии и тактики терапии острой кровопотери в акушерской практике особенно актуальна. Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности, составляя в ее структуре 17%. В последние годы в литературных источниках появился ряд сообщений об успешном использовании рекомбинантного активированного фактора коагуляции VII (rFVIIa) при массивных акушерских кровотечениях, рефрактерных к традиционной медикаментозной и хирургической терапии. Механизм действия препарата основан на том, что он инициирует гемостаз в месте повреждения и формирует комплексы с тканевым фактором поврежденных тканей. Образовавшиеся комплексы являются протеолитически активными и вызывают синтез тромбина, который в свою очередь активирует весь каскад факторов свертывания и тромбоциты, прикрепившиеся в месте повреждения тканей.

Цель исследования: анализ эффективности применения рекомбинантного фактора коагуляции VIIa в ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», стационарах России и Казахстана при лечении массивных акушерских кровотечений

Материал исследования: ретроспективный анализ 55 поступивших в ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» стандартных протоколов, разработанных «Международным экспертным советом по проведению исследования применения rFVIIa при послеродовых кровотечениях». Данные протоколы заполнялись в стационарах России и Казахстана в случае использования rFVIIa в терапии массивных акушерских кровотечений.

Результаты исследования: рекомбинантный активированный фактор коагуляции VII обладает выраженным гемостатическим эффектом. В 90,9% случаев применение препарата привело к остановке массивного акушерского кровотечения. Наиболее типичными ошибками, выявленными при анализе протоколов использования rFVIIa в терапии массивных акушерских кровотечений, являются: 1) недооценка уровня кровопотери, при этом некорректно и несвоевременно проводятся интенсивная и инфузионно трансфузионная терапия; 2) введение недостаточных доз ингибиторов фибринолиза (гордокс, трансамин и др.) и неадекватно малое возмещение массивной кровопотери свежемороженой плазмой; 3) недостаточная терапевтическая доза препарата rFVIIa; 4) позднее применение rFVIIa и его использование в качестве «последней надежды», только после неэффективности всех других мер. В действительности, пациенты в этой стадии послеродового кровотечения настолько метаболически скомпрометированы, находясь в состоянии

декомпенсированного ацидоза, что никакая терапия не может восстановить их тяжелое состояние и введение rFVIIa оказывается бесполезным. Поэтому, относительно ранее вмешательство для контроля послеродовых кровотечений оказывается, по-видимому, решающим для успешного применения rFVIIa. Таким образом, результаты проведенного анализа исследования rFVIIa позволяют заключить, что данный препарат, обладая выраженным гемостатическим эффектом, является важным фактором при купировании массивного акушерского кровотечения. Использование адекватных доз препарата, его своевременное введение, значительно снижает частоту и тяжесть акушерских кровотечений, позволяя реализовать органосохраняющую тактику и сохранить репродуктивную функцию женщины.

ИММУНОСОРБЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Федорова Т.А., Коновалов Г.А.,

Очан А.С., Сидельникова В.М., Покровский С.Н.

*ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»,
Москва, Россия*

Одной из актуальных проблем современной медицины является невынашивание беременности, обусловленное аутоиммунной патологией. Вследствие выработки организмом аутоиммунных антител к кардиолипину, фосфатидилэтаноламину, фосфатидилсерину, фосфатидилхолину, β 2-гликопротеину при антифосфолипидном синдроме (АФС), антител к хорионическому гонадотропину (анти-XГ-антитела), эстрадиолу, прогестерону и др. происходит избыточное тромбообразование, что вызывает развитие хронической формы ДВС-синдрома, тромбозов межворсинчатого пространства и инфарктов плаценты, и, в конечном итоге, внутриутробную гибель эмбриона или плода. Без проведения этиотропной терапии репродуктивные потери на различных сроках беременности наблюдаются в 95% случаев. Препараты, подавляющие продукцию аутоантител (глюкокортикоиды) и воздействующие на систему гемостаза (антикоагулянты, антиагреганты) имеют ряд противопоказаний и осложнений: экстрагенитальная патология, индивидуальная непереносимость, риск развития кровотечений, сахарного диабета, остеопороза). В настоящее время большое внимание в акушерстве и гинекологии уделяется экстракорпоральным методам терапии. Наиболее широкое применение в акушерстве получил метод плазмафереза (ПА), который с успехом используется для подготовки и ведения беременности у женщин с привычным невынашиванием аутоиммунного генеза. Однако использование данного метода терапии у женщин с АФС представляет определенные ограничения, связанные с большим количеством удаляемой плазмы, что приводит к потерям альбуминовой фракции белка. Поэтому, важное значение приобретает внедрение специфических методов профилактики и

терапии тромбофилических осложнений. Наиболее перспективным является метод иммуносорбции или IgG-афереза, сущность которого заключается в удалении из крови иммуноглобулинов (преимущественно класса G). В процессе процедуры IgG-афереза плазма крови протекает через иммуносорбционную колонку, которая связывает иммуноглобулины класса G, очищенная плазма соединяется с клетками крови и возвращается пациенту. Данная технология позволяет удалить до 30 г иммуноглобулинов за одну процедуру, при этом концентрация всех остальных компонентов плазмы не меняется. Проведено исследование динамики титра антифосфолипидных антител у пациентки с первичным АФС, привычным невынашиванием беременности, синдромом потери плода. До лечения отмечалось выраженное повышение титра антифосфолипидных антител класса IgG: к кардиолипину до 30,9 Ед/мл (норма до 10 Ед/мл), фосфатидилсерину – 21,19 Ед/мл (норма до 10 Ед/мл), β 2-гликопротеину-1 – 16,69 Ед/мл (норма до 10 Ед/мл), аннексину – 28,49 Ед/мл (норма до 5 Ед/мл). Уровни IgM к соответствующим фосфолипидам и IgM к протромбину находились в пределах нормы. В схему подготовки к беременности был включен 1 сеанс IgG-афереза. Процедура проводилась на аппарате COBE Spectra «Gambro» с использованием иммуносорбционных колонок Ig-Adsopak «Покард». В результате лечения произошло снижение титра IgG кардиолипину до 18,6 Ед/мл (на 39,9%), фосфатидилсерину до 6,7 Ед/мл (на 68,2%), β 2-гликопротеину-1 до 11,0 Ед/мл (на 26,6%), аннексину до 13,6 Ед/мл (на 52,8%). Таким образом, использование IgG-афереза у больных с АФС позволяет существенно уменьшить активность аутоиммунного процесса, что ведет к снижению риска потери беременности, уменьшению медикаментозной нагрузки.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ В ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА

**Бакуридзе Э.М., Данилов А.Ю., Верясов В.Н.,
Борзыкина О.М., Дубницкая Л.В.**

*ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»,
Москва, Россия*

Одним из методов профилактики спаечного процесса при эндоскопической коррекции при трубно-перитонеальном бесплодии является использование медицинского озона. Целью настоящего исследования явилась оценка изменений уровня провоспалительных цитокинов в перитонеальной жидкости и спайках под влиянием медицинского озона у женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия.

Группу исследования составили 83 пациентки в возрасте от 25 до 40 лет с трубно-перитонеальной формой бесплодия. Из них 1 основную группу составили

47 женщин, которым проводилась эндоскопическая коррекция с промыванием брюшной полости 800 мл озонированного физиологического раствора (с концентрацией озона 4 мг/л) и внутривенным введением озонированного физиологического раствора в послеоперационном периоде (с концентраций озона 2 мг/л, всего 5 процедур). 2-ю группу сравнения составили 36 женщин, которым после эндоскопической коррекции органов малого таза проведена общепринятая (антибактериальная, инфузионная) терапия.

Исследование уровня провоспалительных цитокинов в перитонеальной жидкости и в спайках до и после лечения проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА).

При лапароскопической операции у всех больных подтверждено наличие спаечного процесса в малом тазу 2-4 степени распространения, нарушение проходимости маточных труб. Исходно содержание цитокинов в перитонеальной жидкости у пациенток со спаечным процессом составило: ИЛ-1b – $102 \pm 13,7$ пкг/мл, ФНО-а – $160 \pm 21,0$ пкг/мл, ИНФ-g – $0,8 \pm 0,3$ IU/мл в основной группе женщин; и ИЛ-1b – $106 \pm 16,8$ пкг/мл, ФНО-а – $152 \pm 19,8$ пкг/мл, ИНФ-g – $1,05 \pm 0,2$ IU/мл – в группе сравнения. При повторном исследовании уровня цитокинов в перитонеальной жидкости, полученной при динамической лапароскопии после лечения, выявлено, что у пациенток основной группы наблюдается достоверное снижение ИЛ-1b до $45 \pm 12,8$ пкг/мл., ИНФ-g до $0,2 \pm 0,1$ IU/мл. ($p < 0,05$), и недостоверное снижение ФНО-а – до $72 \pm 22,7$ пкг/мл ($p > 0,05$). У больных второй группы не выявлено достоверного снижения концентрации указанных цитокинов в перитонеальной жидкости ($p > 0,05$). Исходно содержание цитокинов в спайках у больных с трубно-перитонеальным бесплодием было: ИЛ-1b, – $153 \pm 23,0$ пкг/мл, ФНО – $264 \pm 22,6$ пкг/мл, ИНФ – g – $1,72 \pm 0,5$ IU/мл в основной группе и ИЛ-1b, – $183 \pm 21,4$ пкг/мл, ФНО-а – $283 \pm 22,3$ пкг/мл, ИНФ-g – $1,94 \pm 0,9$ IU/мл в группе сравнения. После проведенного курса озонотерапии у пациенток основной группы исследование спаек не произведено, так как при динамической лапароскопии спайки не обнаружены. У пациенток сравнительной группы отмечается недостоверное снижение уровня цитокинов: ИЛ-1b – до $110 \pm 19,0$ пкг/мл, ФНО-а – до $153 \pm 22,3$ пкг/мл, ИНФ-g – до $1,1 \pm 0,8$ IU/мл ($p > 0,05$). Исследование проходимости маточных труб после проведенного лечения выявило, что нормальная проходимость маточных труб у пациенток, получивших в раннем послеоперационном периоде озонотерапию, составила 93,6%. У больных, не получавших озонотерапию, проходимость маточных труб составила 75%. За период наблюдения в течение 12 месяцев в основной группе женщин маточная беременность наступила у 25% пациенток. В группе пациенток сравнительной группы маточная беременность наступила у 13,8%. Таким образом, применение медицинского озона в комплексной терапии трубно-перитонеальной формы бесплодия с целью профилактики рецидива спаечного процесса в малом тазу является весьма эффективным. Местное и системное использование медицинского озона приводит к снижению уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1b, ИНФg) в перитонеальной жидкости, что указывает на снижение интенсивности воспалительного процесса и, очевидно, способствует

профилактике рецидива спаечного процесса в малом тазу. Использование медицинского озона, который обладает противовоспалительным, бактерицидным, иммуномодулирующим, антигипоксическим свойствами, в комплексной терапии бесплодия способствует восстановлению репродуктивной функции.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.

ФГУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова, Москва, директор,
академик РАМН Г.Т. Сухих

Материал и методы: 50 небеременных пациенток с выявленным аденомиозом, обратившихся для лечения в связи с бесплодием ($n=22$) и невынашиванием беременности ($n=28$). Методы обследования: общеклинические, УЗ, бактериоскопический, бактериологический, культуральный, серологический.

Средний возраст пациенток составил $34,4 \pm 4,3$ года. Соматический анамнез характеризовался наличием значительного числа заболеваний, относящихся к малым формам дисплазии соединительной ткани (нейроциркуляторная дистония, аллергия, сколиоз, грыжи позвоночника, плоскостопие, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь, нарушения сердечного ритма и проводимости и т.п., в среднем по 3,6 нозологий на пациентку), хронических воспалительных заболеваний (хронический тонзиллит, гайморит, бронхит, пиелонефрит, колит, гастрит), дискинезия желче-выводящих путей (в среднем по $2,8 \pm 0,8$ нозологий на пациентку). Из 50 пациенток у 24 при УЗ-исследовании была выявлена очаговая форма аденомиоза, у 26 – диффузная форма аденомиоза. При бактериоскопическом исследовании явления вагинита были выявлены у 46 из 50 пациенток. При бактериологическом исследовании влагалищного содержимого было выявлено наличие условно-патогенной микрофлоры в значительном количестве: α -гемолитические стрептококки, энтерококки, пептострептококки, E. Coli, Staphylococcus aureus, Streptococcus faecalis, Streptococcus viridans в титре $\geq 10^4$ -5 КОЕ/мл на фоне снижения количества лактобактерий. При культуральном исследовании в 44(88%) случаях были выделены урогенитальные микоплазмы в диагностическом титре ($\geq 10^4$ КОЕ/мл): U.urealyticum- в 29(58%), M.hominis- в 10(20%) и U.urealyticum+M.hominis- в 5(10%) случаях и в титре $\leq 10^4$ КОЕ/мл- U.urealyticum- в 2(4%), M.hominis- в 4(8%) случаев. При серологическом обследовании определялось наличие антигенов микоплазм в сыворотке крови методом реакции агрегатгемагглютинации (РАГА). Выявлено, что в 48(96%) случаях в сыворотке крови были выявлены антигены урогенитальных микоплазм: в 28(56%) случаях – антигены уреоплазм, в 15(30%) – антигены урогенитальных микоплазм, в 5(10%) – сочетание антигенов уреа и микоплазм в диагностическом титре (1:8-1:16). Всем пациентками и их половым партнерам была проведена противовоспалительная антибактериальная терапия с учетом выявленного спектра микрофлоры (ле-

вофлоксацин, моксифлоксацин, джозамицин) с последующим назначением гестагенов во II фазу в течение 3 циклов (дуфастон). При контрольном обследовании после проведения одного курса антибактериальной терапии элиминация урогенитальных микоплазм во влагалищном содержимом была достигнута у 33 (75%) пациенток из 44, отсутствие антигенов в сыворотке крови - в 38 (79%) случаев. Нормализация влагалищной микрофлоры отмечалась в 38 (82,6%) случаев.

При контрольном УЗ-исследовании у 16 (70,8%) из 24 пациенток с очаговым аденомиозом отмечалось исчезновение или значительное уменьшение размеров очагов аденомиоза, у 12 (46%) из 26 пациенток с диффузно-очаговой формой аденомиоза отмечено уменьшение толщины стенок матки, отсутствие или уменьшение очагов аденомиоза.

Выводы: 1) полученные данные позволяют сделать вывод о возможном участии воспалительного фактора в патогенезе аденомиоза; 2) высокая частота выявления урогенитальных микоплазм у пациенток с аденомиозом может свидетельствовать о причастности этих микроорганизмов к развитию аденомиоза, учитывая доказанную способность микоплазм к развитию различных аутоиммунных процессов; 3) у обследованных пациенток выявлена высокая частота соматических заболеваний, относящихся к симптомокомплексу недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани, что является дополнительным предрасполагающим фактором для развития воспалительных процессов; 3) включение антибактериальной терапии в комплекс терапевтических мероприятий у пациенток с аденомиозом может быть патогенетически обоснованным и целесообразным при подготовке к беременности.

ЭКСПРЕССИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ НЕАТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Фролова Н.Б., Клинышкова Т.В., Мозговой С.И.

*ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия,
Омск, Россия*

Изучение рецепторов к половым гормонам в эндометрии сохраняет актуальность как с позиции исследования патогенетических механизмов формирования пролиферативных процессов, так и их клинической значимости.

Целью настоящего исследования явилась оценка состояния рецепторного аппарата эндометрия у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста при гиперплазии эндометрия (ГЭ).

Материалы и методы. Наряду с традиционными методами обследования выполнялось иммуногистохимическое исследование рецепторов эндометрия к половым стероидным гормонам у 26 женщин от 21 до 51 лет (средний возраст $37,9 \pm 1,57$ лет). Пациентки с гистологически верифицированной ГЭ без атипичии были разделены на две группы: 1-ю группу составила 21 женщина с простой гиперплазией (ПГЭ), 2-ю группу – 5 женщин со сложной гиперплазией эндометрия (СГЭ). Изучение рецепторного аппарата эндо-

метрия включало оценку экспрессии α -эстрогеновых (ЭР) и прогестероновых рецепторов (ПР) в эпителии желез и клетках стромы эндометрия. Исследование выполняли на парафиновых срезах с применением стрептавидин - биотинового метода («ДАКО», Дания, LSAB2Systems, HRP). В качестве первичных антител использовали мышиные моноклональные антитела: рецепторы к эстрогену альфа («ДАКО», Дания) и прогестерону («ДАКО», Дания). Оценку иммуногистохимической метки ЭР, ПР производили по степени распространения окраски, которую определяли путем подсчета количества окрашенных ядер по отношению к общему числу ядер в клетках эпителии желез и стромальных клетках (в %). Используя полуколичественный метод, анализировали два параметра: % позитивно окрашенных клеток (А) по пятибальной системе и интенсивность окраски (В) по трехбальной системе с расчетом иммуногистохимического индекса (А×В). Индекс ($M \pm m$) рассчитывали с дифференцировкой на низкий (1 – 5 баллов), средний (6 – 10), высокий (11 – 15).

Результаты исследования показали, что длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 4 лет, при этом рецидивирующий характер ГЭ установлен у 6 (23,1%) пациенток с наибольшей частотой в возрасте от 46 до 49 лет (50%). По данным гистологического исследования ПГЭ без атипичии имела место в 21 (80,8%) случае, СГА без атипичии в 5 (19,2%). У 5 (19,2%) пациенток были выявлены морфологические признаки хронического эндометрита (воспалительные инфильтраты в строме эндометрия, состоящие из лимфоцитов с обязательным присутствием плазматических клеток, а также очаговый фиброз стромы, под поверхностным эпителием в ряде случаев выявлялись нейтрофильные лейкоциты). В 3 (11,5%) случаях ГЭ сочеталась с полипами цервикального канала.

При сравнительном анализе уровня гормональных рецепторов (по величине иммуногистохимического индекса) в 1-ой группе выявлено, что экспрессия ПР превышала экспрессию ЭР со статистически значимой разницей как в железах ($12,9 \pm 0,8$ против $8,4 \pm 1,1$, $p=0,004$), так и в строме ($12,1 \pm 0,8$ против $7,1 \pm 0,9$, $p=0,0008$). При сравнении рецепторов эндометрия во 2-ой группе статистически значимых различий не выявлено при тенденции к увеличению ПР относительно ЭР в строме ($8,6 \pm 2,1$ против $4,6 \pm 0,9$, $p=0,08$). Количество позитивных ЭР в железах и стромальном компоненте не имело статистически значимых различий в 1-ой и 2-ой группах, подобно уровню ПР.

Частота женщин с высоким индексом (11 – 15 баллов) ПР в железах и строме составила 68% и 56%, в то время как количество пациенток с низким индексом ПР в железах и строме составило лишь 4% и 8% соответственно. Частота женщин с высоким индексом ЭР в железах и строме составила 28% и 30% ($p=0,01$ в сравнении с аналогичным показателем ПР), в то время как частота со средним индексом была 52% и 56% соответственно. При оценке иммуногистохимического индекса ЭР и ПР у пациенток с рецидивирующей и впервые выявленной ГЭ значимых различий в рецепторном аппарате не выявлено. Соотношение ЭР/ПР в 1-ой группе как в железах, так и в строме составило 0,6. Во 2-ой группе данный коэффициент несколько выше в железах – 0,7, в строме снижался до 0,5.

Таким образом, при ГЭ установлена значительная вариабельность уровня гормональных рецепторов в эндометрии. При неатипичической ГЭ имеет место относительное увеличение экспрессии ПР. У большинства женщин установлен высокий индекс ПР как в железах, так и в строме, и средний индекс ЭР. Наличие низкого индекса ПР ставит под сомнение необходимость лечения гестагенами. Изучение рецепторного аппарата и соотношения ЭР/ПР позволяет дифференцированно подходить к назначению гормональной терапии при данной патологии.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ВАГИНОРМ-С»

**Хамадьянов У.Р., Галимов А.И., Иваха В.И.,
Гарифуллин Р.А., Хамадьянова С.У., Шугинова В.В.**
*Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Медицинский университет, г. Уфа, Россия*

В последние годы у женщин во всем мире отмечен рост инфекций нижнего отдела гениталий, которые прочно занимают первое место в структуре инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов. Этому способствуют такие социальные процессы, как возрастающая миграция населения, урбанизация общества, изменение полового поведения у молодежи, а также последствия бесконтрольного применения антибиотиков. В настоящее время частота послеродовых инфекционных заболеваний по данным различных клиник колеблется в пределах от 4-6% до 13,3-34,3%, а после экстренного абдоминального родоразрешения – от 15,9 до 52,6% (Стрижаков А.Н. 2004г.). Среди множества причин послеродовой и послеоперационной инфекции большого внимания заслуживают бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинальный кандидоз (ВК), хламидиоз, гарднереллез, уреаплазмоз, микоплазмоз. Особое место по частоте и негативным последствиям занимает БВ. В современных условиях распространенность БВ у небеременных составляет 24%, у беременных 46% (Кисина В.И. 2005 г.).

При экстренном кесаревом сечении в отличие от планового недостаточно времени для полноценной обработки влагалища и восстановления биотопа, что является одним из факторов повышенного риска развития инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Существующие методы лечения БВ нельзя считать вполне удовлетворительными, так как наблюдаются рецидивы заболевания. Наиболее перспективным считается метод лечения БВ путем изменения кислотности среды содержимого влагалища. В этом плане наиболее перспективным является применение «Вагинорма С».

Цель исследования: разработать систему лечебно-профилактических мероприятий для снижения частоты и тяжести инфекционно-воспалительных осложнений у

женщин повышенного инфекционного риска после экстренного кесарева сечения и оценить эффективность препарата «Вагинорм С».

Материал и методы: под наблюдением находилось 200 беременных высокого инфекционного риска в сроке гестации от 35 до 40 недель в возрасте 18 – 34 лет. Обследованные были разделены на основную (n=100) и контрольную (n=100) группы. Помимо клинико-лабораторного обследования, проводились исследования с использованием бактериологического, бактериоскопического методов, иммуноферментного анализа (ИФА), полимеразно-цепной реакции (ПЦР), а также определение рН влагалищного секрета. У 57 беременных основной группы с помощью ПЦР и ИФА выявлены – БВ (43%), ВК (24%), паравенерические инфекции (20%) и микст-инфекции (13%). Этим женщинам в период подготовки к экстренному абдоминальному родоразрешению, согласно разработанной нами схеме, проводилась санация влагалища 0,5% раствором хлоргексидина, раствором бетадина с последующим введением вагинальных таблеток «Вагинорм – С» 1 раз перед операцией и 4-5 дней после нее. По показаниям проводилась интраоперационная антибиотикопрофилактика (Цефалол 1,0, Цефтриабол 1,0) с последующим продолжением в послеоперационном периоде в течение 48 часов.

Лечение и предоперационная подготовка беременных контрольной группы проводились по общепринятой методике.

Результаты: из 100 женщин основной группы 69 (69 %) беременных были первородящими с отягощенными акушерским и гинекологическим анамнезами. Повторнородящих женщин было 31 (31 %).

Структура показаний для выполнения экстренного абдоминального родоразрешения в основной группе исследуемых женщин выглядит следующим образом – лидирующее место занимают аномалии излития околоплодных вод при незрелой шейке матки и неэффективности медикаментозной подготовки 43 %, далее следуют потенциальная и анатомо-функциональная несостоятельность рубца на матке 27 %, на третьем месте – экстрагенитальные заболевания 12 %. Тяжелый гестоз, как показание для экстренного кесарева сечения, составляет 4 %.

Определение кислотности содержимого влагалища до лечения показало, что у 32 % женщин показатели рН в пределах нормы (3,8-4,5). После проведенной санации это количество увеличилось в 2,7 раза или до 87 %.

Наиболее частыми осложнениями в послеоперационном периоде в основной группе явились эндометрит + несостоятельность швов – у 1 (1%), субинволюция матки – у 3 (3%), лохиометра – у 14 (14%) женщин.

В контрольной группе структура показаний к операции схожа с таковой в основной группе. Количество послеоперационных осложнений выглядит следующим образом – эндометрит + несостоятельность швов – у 2 (2%), субинволюция матки – у 9 (9%), лохиометра – у 45 (45%). Следует отметить, что у 7 женщин имела место гематометра. Это потребовало бережной эвакуации методом вакуум аспирации.

Заключение: таким образом, бактериальный вагиноз, микоплазменная, хламидийная, гарднереллезная и смешанная инфекции при беременности представляют собой фактор высокого риска развития осложнений беременности, родов и послеродового (послеопе-

рационного) периода. Оздоровление женщин группы высокого инфекционного риска необходимо проводить в прегравидарном периоде, так как во время беременности это сопряжено с рядом трудностей (побочное действие на эмбрион и плод многих лекарственных препаратов, трудности лечения внутриутробной инфекции, инфекций влагалища). Особое внимание необходимо обратить на своевременное выявление и лечение бактериального вагиноза, так как 95% инфекций внутренних гениталий возникают восходящим путем. Разработанный нами комплексный метод профилактики послеоперационных инфекционных осложнений у беременных с включением вагинальных таблеток «Вагинорм – С» позволяет в 3,2 раза снизить частоту лохиометры, субинволюцию матки в 3 раза, послеродового эндометрита в 2 раза.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Хамадьянов У. Р. Гарипов Р. М.,
Мухаметвалеева Г.Р., Галанова З.М.**

*Кафедра «Акушерства и гинекологии № 1» и Клиника ГОУ ВПО
«Башкирский государственный медицинский университет»
г. Уфа, Россия*

Миома матки остаётся актуальной проблемой в современной гинекологии в связи с её большой распространённостью и негативным влиянием на репродуктивную функцию женщины. В структуре гинекологических заболеваний миомой матки страдают от 32 до 70% женщин. Считают, что миома матки это удел женщин старше 40 лет, однако в 20% случаев миома матки встречается у 20-30 летних пациенток. Самым печальным последствием этого заболевания у женщин репродуктивного возраста является нарушение менструальной и репродуктивной функции.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с миомой матки и, по возможности, сохранение репродуктивной функции, путём использования мининвазивных технологий.

Материалы и методы. Анализу были подвергнуты результаты проведённого хирургического лечения 218 пациенток репродуктивного возраста, находившихся в отделении гинекологии Клиники БГМУ в период с 2006 по 2008 года, у которых было проведено оперативное лечение миомы матки: с использованием лапароскопических и гистероскопических технологий 117 (53,7%) женщин; методом эмболизации маточных артерий 101 (46,3%) больная. При этом, только лапароскопическая миомэктомия при субсерозных узлах проведена у 48 (41%) женщин. У следующих 69 (59%) больных проводилась трансцервикальная миомэктомия при подслизистых миоматозных узлах.

Всем пациенткам было проведено комплексное обследование, которое включало: клиничко-лабораторное исследование, включая гормональный фон, расширенную кольпоскопию с цитологическим исследованием, ультразвуковое сканирование абдоминальным и трансвагинальным датчиком, компьютерную

томографию, гистероскопию с последующим гистологическим исследованием эндометрия.

Выбор метода лечения больных с миомой матки зависел, прежде всего, от желания женщины сохранить репродуктивную функцию, размеров и расположения узлов, наличия единичных или множественных узлов, картины гистологического исследования эндометрия, клинических проявлений заболевания.

Диагноз, размеры и локализация узлов были верифицированы при эхографическом исследовании. В зависимости от топографо-анатомического расположения миоматозных узлов, женщины с субсерозной локализацией узлов составляли 50 человек (23%); субмукозные миоматозные узлы выявлены у 73 (33,5%) пациенток. Большую же часть обследуемых и пролеченных составляли женщины с межмышечной локализацией узлов - 95 (43,5%).

Консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом проводили с помощью лапароскопической установки фирмы «Olympus». Положительным моментом использования этого метода лечения субсерозной локализации миоматозных узлов является: минимальная травматичность тканей, более лёгкое течение послеоперационного периода, косметический эффект, возможность визуализации патологических образований. Для проведения миомэктомии у больных с подслизистой локализацией опухоли мы предпочли гистероскопический доступ, с использованием гистерорезектоскопа «Karl Storz» (Германия). Важным критерием выбора этого доступа следует считать наличие единичного субмукозного узла диаметром не более 5 см. На сегодняшний день одним из ведущих методов лечения миомы матки в нашей клинике является ЭМА. Данный метод нами использован у 101 (46,3%) больной среди которых 55 (54%) нуждались в восстановлении репродуктивной функции. Следует подчеркнуть, что все 101 больная относились в группу высокого анестезиологического и хирургического риска, что служило противопоказанием для оперативного лечения лапаротомным доступом. С помощью ангиографической установки осуществлялась катетеризация бедренной артерии с последующей эмболизацией маточных артерий частицами поливинилалкоголя. Данная методика позволяет пациенткам избежать хирургического вмешательства, и в ряде случаев сохранить репродуктивную и менструальную функцию.

За всеми 218 пациентками в послеоперационном периоде проводилось динамическое наблюдение за характером регрессии миоматозных узлов, выделениями из половых путей, восстановлением менструальной и репродуктивной функции. Следует отметить, что наибольший клинический эффект был достигнут у больных, пролеченных методом ЭМА. Так, например, у всех женщин после ЭМА через 6 месяцев объём миоматозных узлов уменьшился на 50-60%, а через год – на 65-70%. Одновременно с уменьшением размеров узлов, у всех пролеченных нами больных отмечалось исчезновение клинических симптомов заболевания, восстановление менструальной функции с уменьшением длительности и объёма кровопотери. Боли, тяжесть внизу живота и диспареуния, которые отмечались у 48% больных до ЭМА, значительно снизились к 3 месяцам после манипуляции и практически полностью были купированы к 6 месяцам наблюдения.

Самопроизвольная экспульсия субмукозных узлов, выделившихся в полость матки после ЭМА, произошла у 5 женщин. Нормализация менструального цикла (исчезновение менометроррагий, уменьшение менструальных кровопотерь), также наблюдалась после гистероскопической миомэктомии в 90% случаях уже через 3-4 месяца после операции. После проведенной лапароскопической миомэктомии наступало исчезновение синдрома сдавления органов малого таза, восстановление менструальной функции в 60% случаев.

Изучение отдаленных результатов в плане восстановления репродуктивной функции показало, что беременность наступила у 14 женщин через год после ЭМА, у 2- на втором году.

Таким образом, сравнительная оценка результатов лечения и восстановления репродуктивной функции миниинвазивными методами убедительно показала, что при интерстициальных узлах целесообразно проводить ЭМА, при субсерозных- лапароскопическое, при подслизистых- гистероскопическое удаление.

ДО И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ И МАЛОГО ТАЗА

Хачатрян А. К., Нанагюлян Г. В.

*ФГУ НЦАГиП им. В. И. Кулакова Росмедтехнологий,
г. Москва, Россия*

Своевременное выявление воспалительных заболеваний придатков матки имеет важное практическое значение, тем не менее, их диагностика представляет определенные трудности не только в дооперационном периоде, но и во время операции, особенно при urgentных ситуациях у пациенток с выраженным спаечным процессом в малом тазу.

Эффективность интраоперационной эхографии при объемных воспалительных заболеваниях придатков матки и малого таза оценена нами у 22 пациенток с гидросальпинксом, у 7 – с гнойными tuboовариальными образованиями и у 7 – с серозоцеле. Кроме того, у больных имелись параовариальные кисты.

Женщины с патологией маточных труб (гидросальпинксы и опухоли мезосальпинкса), а также серозоцеле не предъявляли особых жалоб, за исключением того, что у пациенток с гидросальпинксами имело место трубно-перитонеальное бесплодие (первичное у 50%, вторичное у 31,8%). Больные с параовариальными кистами преимущественно жаловались на ноющие боли внизу живота, диспареунию. Основными жалобами у пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями являлись постоянная боль внизу живота, обильные выделения из половых путей и диспареуния. Кроме того, эти пациентки предъявляли жалобы на слабость, недомогание и периодическое повышение температуры тела (87,5%).

Выполненные нами исследования позволили уточнить ультразвуковые критерии гидросальпинкса, который визуализируется в виде веретенообразного или трубчатой формы образования с тонкой стенкой и гипоехогенным или анэхогенным содержимым. При

небольших размерах гидросальпинкса довольно четко визуализируются практически все отделы маточной трубы. Следует отметить, что в отличие от традиционной дооперационной, трансвагинальная интраоперационная и лапароскопическая эхография более информативна при обнаружении tuboовариальных образований, особенно после разделения спаек, когда улучшается визуализация исследуемого объекта. Анализ полученных нами данных показал, что при традиционной трансвагинальной эхографии чувствительность диагностики воспалительных образований придатков матки составила 89,1%, при интраоперационной трансвагинальной эхографии – 95,3% и при лапароскопической эхографии – 97,6%, а специфичность – соответственно 94,6; 98,6 и 100%.

Точность дооперационной ультразвуковой диагностики параовариальных кист в наших наблюдениях оказалась равной 80%, а аналогичный показатель для интраоперационной лапароскопической эхографии -100%. Это обусловлено тем, что основным и практически единственным ультразвуковым признаком параовариальных кист является выявление отдельно расположенного яичника, что при интраоперационной эхографии определяется достаточно точно. Лапароскопическая эхография имеет существенные преимущества в диагностике гидросальпинкса и при его дифференциации с образованиями овариального генеза. Следует отметить, что гидросальпинкс значительно чаще располагается кзади от матки и имеет связь с ее трубным углом. Интраоперационную эхографию после опорожнения гидросальпинкса, разделения спаек можно рассматривать в качестве контрольного метода для осмотра яичника с целью исключения или подтверждения наличия в нем образования. При этом лапароскопическая эхография дает возможность исследовать маточные трубы на всем протяжении до маточного угла, определить локализацию фимбриального отдела, что часто невозможно при до- и интраоперационной трансвагинальной эхографии.

При выраженном спаечном процессе и гидросальпинксах лапароскопическая эхография дает возможность точно определить фимбриальный отдел маточной трубы и выполнить адекватное хирургическое вмешательство – сальпингостомия.

При выраженном спаечном процессе и низкорасположенных и больших образованиях в позадиматочном пространстве наиболее информативно сочетанное применение трансвагинальной и лапароскопической эхографии.

Результаты выполненных нами исследований показали, что при гнойных и воспалительных придатковых образованиях в сочетании с выраженными спайками и с вовлечением в спаечный конгломерат смежных органов интраоперационная и лапароскопическая эхография позволяет более четко определить объем хирургического вмешательства, обеспечить его безопасность, а также сохранить придатки у молодых женщин с нерализованной репродуктивной функцией. Возможность лучшей ориентации в условиях выраженных анатомических изменений является бесспорным преимуществом данного диагностического метода, успешное применение которого позволяет значительно снизить риск травматизации жизненно важных органов и отдельных анатомических структур организма.

Резюме: интраоперационная и лапароскопическая эхография позволяет более четко определить объем хирургического вмешательства, обеспечить его безопасность, а также сохранить придатки у молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОДОЗИРОВАННЫХ КОК В ПРОЛОНГИРОВАННОМ РЕЖИМЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛАЗЕРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Хачатурян А.Р., Шаповалова К.А., Марютина Л.В.

Россия, г. Санкт-Петербург, Государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова, кафедра акушерства и гинекологии

Лазерная медицина была внедрена в хирургическую практику с середины XX столетия. В настоящее время лазерные технологии широко применяются в гинекологической практике, с каждым днем расширяя свои возможности. Применение высокоэнергетического лазера в комплексной терапии доброкачественных и предраковых процессов шейки матки является методом выбора у женщин репродуктивного возраста. Поиск методов, влияющих на сроки эпителизации в послеоперационном периоде, позволит сократить период реабилитации, что особенно актуально у пациенток, планирующих беременность.

Цель исследования: оценка влияния низкодозированного эстроген-гестагенного препарата, применяемого в пролонгированном трехцикловом режиме, на сроки эпителизации после лазерохирургического лечения доброкачественных и предраковых процессов шейки матки.

Материалы и методы исследования: было проведено лазерохирургическое лечение заболеваний шейки матки 40 пациенткам, из которых 20 (основная группа) получали «Линдинет-20» (Гедеон Рихтер) – низкодозированный комбинированный оральная контрацептив (КОК), содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гетодена. Основной целью назначения КОК была надежная контрацепция. При планировании лазерохирургического лечения «Линдинет-20» назначался в пролонгированном трехцикловом режиме. Известно, что лазеродеструкция выполняется на 6-9 день менструального цикла, что позволяет избежать отрицательного влияния менструального кровотечения на процесс эпителизации раневой поверхности. Пролонгированный режим приема КОК дает возможность как пациентке, так и врачу планировать день оперативного вмешательства без четкой привязанности к менструальному циклу. Лазеровапоризация выполнялась аппаратом «АЛОД-01» (Алком-Медика, Санкт-Петербург) – полупроводниковый лазер с длиной волны 810 нм и мощностью излучения до 9 Вт.

Результаты и их обсуждение: всем пациенткам с целью определения показаний к лазерохирургическому лечению проводилось онкоцитологическое исследова-

ние и оценка мазков на микробиоценоз, обследование на папилломавирусную инфекцию методом ПЦР (и ПЦР в реальном времени с типированием онкогенных вирусов по показаниям), расширенная кольпоскопия и биопсия шейки матки (по показаниям). Средний возраст пациенток обеих групп был сопоставим и составил 32,4±3,5 лет.

Показаниями для лазерохирургического лечения явились: эктопия шейки матки с рецидивирующим эндоцервицитом – 10 пациенток контрольной и 12 – основной группы, эктопия шейки матки с дисплазией легкой степени (CIN I) – 5 пациенток контрольной и 4 – основной группы, эктопия шейки матки с простой лейкоплакией и повторными эпизодами контактных кровянистых выделений – 5 пациенток контрольной и 4 – основной группы. Контрольная кольпоскопия проводилась через 1, 2 и 3 месяца после операции.

У всех пациенток к третьему месяцу после лечения отмечена полная эпителизация. В основной группе у 16 пациенток (80%) завершение эпителизации произошло через 4-5 недель после лазеродеструкции, в то время, как в контрольной группе на этих сроках эпителизация была отмечена лишь у 7 (35%) пациенток. При этом в контрольной группе у всех пациенток отторжение послеоперационного струпа сопровождалось кровянистыми выделениями в объеме от скудных до умеренных, длительностью от 3 до 12 дней, что не требовало специальной гемостатической терапии, но причиняло неудобства пациенткам. В то же время, в данной группе в 6 случаях (30%) кровянистые выделения в умеренном количестве явились поводом для беспокойства и неоднократного обращения к врачу с целью уточнения причины выделений.

В основной группе на фоне пролонгированного приема низкодозированного КОК «Линдинет-20» лишь у 2 пациенток (10%) процесс эпителизации сопровождался скудными кровянистыми выделениями в течение 2-3 дней.

Выводы: применение низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов в пролонгированном режиме при планировании лазерохирургического лечения заболеваний шейки матки позволяет не только обеспечить надежную контрацепцию в пред- и послеоперационном периоде, но и улучшает качество жизни пациентки за счет снижения уровня тревожности. Трехцикловый режим приема КОК дает возможность сократить сроки эпителизации раневой поверхности.

«ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС» ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хашукова А.З*., Никулин Б.А.., Маматиева М.А.*,
Луценко Н.Н.***

Россия, Москва, Российский государственный медицинский университет
Московский государственный медико-стоматологический университет***

Повышенная функциональная активность нейтрофилов во время беременности способствует усиленной генерации этими клетками активных форм

кислорода (АФК) и соответствующим адаптационно-приспособительным изменениям в функционировании системы антиоксидантной защиты, приводя к формированию неразвивающейся беременности и/или спонтанного выкидыша, который составляет от 5% до 20% в структуре невынашивания беременности (НВ).

Целью настоящего исследования явилось оценка метаболического резерва фагоцитов и антиоксидантной активности крови при привычном невынашивании беременности в 1 триместре.

Материалы и методы исследования. Нами проведен сравнительный анализ резерва супероксиданиобразующей функции фагоцитов крови при их активации *in vitro* (тест окислительного метаболизма гранулоцитов (ОМГ-тест), степени активности фагоцитов по уровню цитокинов (ФНО, ИЛ-1, рецепторов к ИЛ-2) и уровня супероксиддисмутазы (СОД) эритроцитов при физиологически протекающей беременности 50 пациенток (группа контроля), и 80 пациенток с привычным невынашиванием беременности (основная группа). Все беременные основной группы – разделены на 3 подгруппы: 1 подгруппа – 24 беременные с угрозой прерывания беременности, 2 подгруппа – 34 пациентки с начавшимся выкидышем, 3-я подгруппа – 22 пациентки с прервавшейся беременностью. Возраст исследованных женщин составил от 16 до 44 лет (в средний возраст $27,5 \pm 5,6$ лет).

Результаты исследования. У беременных с физиологическим течением беременности были выявлены следующие показатели: ОМГ-тест $176,0 \pm 13,3$ нмоль/мл, СОД эритроцитов $1380,4 \pm 88,6$ Е/г, ФНО $3,3 \pm 0,25$ пг/мл, ИЛ-1 $2,17 \pm 0,38$ пг/мл, рецепторы к ИЛ-2 – $346,7 \pm 26,8$ Е/мл. Полученные показатели, выявленные при физиологическом течении беременности, взяты за норму при оценке данных основной группы. При ПНБ установлено достоверное увеличение средних значений ОМГ в сыворотке крови, которые не имели достоверных различий у пациенток 2-й и 3-й подгрупп ($245,33 \pm 15,25$ и $247,42 \pm 7,34$ нмоль/мл). Средние значения ОМГ у пациенток 1-й подгруппы достоверно отличались не только от результатов контрольной группы, но и от показателей в 2-й и 3-й подгруппах и составили $264,5 \pm 15,9$ нмоль/мл. Отмечено также достоверное снижение СОД у пациенток 1-й подгруппы не только по отношению к группе контроля но и к 2-й и 3-й подгруппам $1205,6 \pm 68,6$ Е/г и $1239,46 \pm 49,5$ Е/г.

Исследование уровня цитокинов ФНО, ИЛ-1 и рецепторов к ИЛ-2 выявили достоверное повышение его средних значений показателей у пациенток с ПНБ по сравнению с группой контроля. Так, в подгруппе с начавшимся выкидышем отмечалось более значительное увеличение уровней цитокинов (ФНО в 6 раз, ИЛ-1 в 5 раз) по сравнению с контрольной группой, и в 1,5 раза по сравнению с 1-й и 3-й подгруппами, что свидетельствует о гиперактивации фагоцитов крови и начавшемся процессе повреждения тканей трофобласта (отслойка плодного яйца), что не наблюдается у пациенток других подгрупп. Средние значения рецепторов к ИЛ-2 отражали достоверное повышение его в крови пациенток 1-й и 2-й подгрупп по сравнению с группой контроля. В 3-й же подгруппе отмечалось снижение данного показателя на 29% ($271,15 \pm 30,3$ Е/мл) в сравнении с другими подгруппами и на 22% ниже, чем группе контроля.

Заключение. Таким образом, исходя из полученных результатов следует, что у пациенток с привычным невынашиванием беременности показатели ОМГ превышали норму более чем на 40%, при этом предельная концентрация, выше которой происходило самопроизвольное прерывание беременности была зафиксирована при значениях более 240 нмоль/л.

Выводы. Полученные нами результаты по изучению супероксиданиобразующей функции фагоцитов и антиоксидантной активности крови, выявили признаки оксидантного стресса проявляющегося в усиленной продукции фагоцитами крови провоспалительных цитокинов, суперанионрадикала на фоне сниженной активности супероксиддисмутазы, свидетельствующей о подавлении антиоксидантной защиты организма на системном уровне. Это послужило основанием необходимости включения в комплексную терапию при невынашивании беременности антиоксидантов (Вит. Е 400 мг в сутки, Ко-энзим Q-10 в течении 1 месяца) пациенткам 1-й и 2-й подгрупп, что способствовало пролонгированию беременности.

СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИБКОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В ГОРОДЕ ЧЕРЕПОВЦЕ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ ИХ К ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Хвалов В.В. Хвалова Л.Н.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть «Северсталь», Череповец, Россия

Актуальность. Состояние эндометрия во многом определяет успешность программы ЭКО, а также благоприятное течение беременности у конкретной пациентки.

Цель. Обобщить семилетний опыт применения офисной гибкой гистероскопии в городе Череповце у пациенток с бесплодием, на этапе подготовки к программе экстракорпорального оплодотворения. Оценить эффективность применения офисной гибкой гистероскопии в подготовке эндометрия перед ЭКО.

Материалы и методы исследования. С июля 2002 года по июль 2009 года офисная гибкая гистероскопия была выполнена 40 пациенткам, проходящим подготовку к ЭКО и ПЭ. Возраст пациенток колебался от 23 до 39 лет. Средний возраст составил 31 год. Показанием к обследованию эндометрия являлось наличие ультразвуковых и клинических проявлений патологии эндометрия и неэффективность попытки ЭКО. Офисная гистероскопия проводилась всем пациенткам в эндоскопическом отделении Медсанчасти «Северсталь». Для выполнения процедур использовались гистерофиброскопы фирм «Олимпас», «Карл-Шторц», «Пентакс». Диагностические гистероскопы имеют наружный диаметр 3,1 мм и 3,5 мм, диаметр инструментального канала 1,2 мм. Гистероскопы для лечебных вмешательств имеют наружный диаметр 4,9 мм и диаметр инструментального канала 2,2 мм.

Электроэксцизии полипов эндометрия выполнялись электрохирургическими петлями фирмы «Олимпас» (Япония) и электрохирургическими петлями отечественным предприятием «Ворсма». В качестве внутриматочной среды для жидкостной гистероскопии использовались стерильные растворы. Для диагностических гистероскопий это был 0,9% раствор натрия хлорида и для лечебных вмешательств – 5% раствор глюкозы. Всего была выполнена 64 гистероскопии (у 25 пациенток – 1 процедура; у 12 – 2 процедуры; у 5 – 3 процедуры). В 36 случаях пациентки направлялись на гистероскопию участковыми гинекологами, в 15 случаях – врачами-репродуктологами центров Санкт-Петербурга и Москвы; в 10 случаях – врачом-эндоскопистом, в одном случае – врачом-генетиком, в двух случаях – самостоятельно. В 60 случаях выполнялась биопсия эндометрия во время проведения гистероскопии; в 9 случаях – проксимальная катетеризация маточных труб через гистероскоп; в 6 случаях выполнялось удаление полипов эндометрия через гистероскоп с помощью петли для электроэксцизии полипов; в одном случае выполнялось пересечение внутриматочной спайки. Все гистероскопии выполнялись амбулаторно и не требовали анестезиологического пособия.

Результаты. В результате проведённых мероприятий родили 18 пациенток, в настоящее время вынашивают беременность – 3 пациентки. С первой попытки после проведённых гистероскопий забеременели 18 женщин, со второй попытки – 2, с третьей попытки – 1 женщина. В группе родивших и вынашивающих беременность женщин последовательно проводились следующие этапы: 1) диагностика заболеваний передающихся половым путём и лечение эндометритов при их выявлении, 2) «реабилитация» эндометрия после проведённой антибиотикотерапии путём циклической витаминотерапии и циклической гормонотерапии. В случае выявления аденомиоза в активной стадии и/или наружного генитального эндометриоза проводилось их лечение. При выявлении полипов эндометрия или внутриматочной спайки выполнялось их удаление с последующим «восстановлением» эндометрия. Четыре пациентки после удаления полипов и одна пациентка после удаления спайки забеременели с первой попытки ЭКО. Неудачные попытки ЭКО были у 5 женщин. Четыре пациентки предприняли попытку ЭКО, не закончив подготовку эндометрия. В двух случаях – после удаления полипа эндометрия, в одном – при хроническом эндометрите и в одном – при хронической ановуляции. Готовятся к попытке ЭКО по губернаторской программе 4 женщины, 11 пациенток, которым гистероскопия проводилась с декабря 2008 по июль 2009 года, проходят лечение по результатам гистероскопии.

Заключение. Наш практический опыт показал, что проведение амбулаторной гистерофиброскопии, биопсии и последующего лечения выявленной патологии эндометрия у пациенток с бесплодием на этапе подготовки к ЭКО значительно повышает шансы наступления беременности. Проведение ЭКО на фоне имеющейся патологии эндометрия значительно снижает вероятность успеха.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

**Цаллагова Л.В., Попова Л.С., Кабулова И.В.,
Майсурадзе Л.В., Дзагоева Ф.Б.**

*Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО СОГМА
Росздрава, Владикавказ, Россия*

Бесплодие в браке остается одной из актуальных проблем современной медицины. По данным официальной статистики в Северной Осетии частота бесплодных браков за 2007 год составила 16,8%. В структуре женского бесплодия преобладает трубно-перитонеальный фактор, составляя по разным районам от 45 до 75%, что превышает показатели по Российской Федерации. Хирургические методы лечения ТПБ позволяют восстановить проходимость маточных труб у 60 – 80% оперированных, однако беременность наступает лишь у 30% из них. В большинстве случаев это связано с рецидивом спаечного процесса в малом тазу в послеоперационном периоде.

Целью исследования явилось повышение качества и эффективности специализированной медицинской помощи больным с трубно-перитонеальным бесплодием, перенесшим реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, путем создания патогенетически обоснованной системы этапных реабилитационных мероприятий с использованием современных физиотерапевтических технологий и местных курортных факторов. По общепринятой методике, включающей гистеросальпингографию, ультразвуковое и доплерометрическое исследование органов малого таза, кимопертубацию, обследовано 136 женщин, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах эндоскопическим путем по поводу трубно-перитонеального бесплодия. Основная группа была разделена на 2 подгруппы: 1 подгруппа – 48 пациенток – проходила только раннюю послеоперационную реабилитацию, включавшую традиционную медикаментозную терапию и лечение с применением комплекса аппаратно-программного КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», обладающего местным и центрально-рефлекторным действием. 2 подгруппа – 58 пациенток – в период от 1 до 3 мес после хирургической коррекции маточных труб и ранней послеоперационной реабилитации дополнительно получали бальнеолечение с использованием сероводородных вод источника Редант-4. Контрольная группа – (30 пациенток) – после первого этапа лечебной лапароскопии не проходили восстановительного лечения. Физиолечение аппаратом КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» осуществляли с 1-2 суток после операции, по авторской методике, ежедневно, в течении 10 дней. Бальнеотерапия проводилась сероводородными водами с концентрацией сероводорода 100-150 г, и включала как общие ванны, так и влагалищные орошения. Возраст женщин варьировал от 22 до 38 лет, длительность заболевания от 2 до 14 лет. Среди обследованных преобладали женщины с вторичным бесплодием – 64%. При лапароскопии у большинства обследованных (66,2%) спаечный

процесс в малом тазу диагностирован I-II степени выраженности. Наряду с анатомическими изменениями в области патологического очага, у наблюдаемых больных имели место выраженные нарушения центральных и периферических звеньев репродуктивной системы, проявляющиеся изменениями гонадотропной функции гипофиза и стероидогенеза в яичниках, регионарного кровообращения и функционального состояния маточных труб. Ранняя послеоперационная реабилитация, включающая физиотерапевтическое воздействие КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», обеспечивала достаточное анальгетическое действие, закрепленное и улучшенное при использовании сероводородной бальнеотерапии. Улучшение и нормализация функционального состояния яичников (по данным тестов функциональной диагностики и исследования уровня гормонов) констатированы у 68,6% пациенток 1-й подгруппы, у 84,3% – 2-й подгруппы и у 23,8% больных контрольной группы. При ультразвуковой доплерометрии достоверное увеличение скоростей кровотока получено у больных 2-й подгруппы (в 91,3% случаев). Наступление беременности является основным отдаленным показателем результативности проведенной у больных трубно-перитонеальным бесплодием системы этапных реабилитационных мероприятий. Применение бальнеотерапии в отсроченном послеоперационном периоде в большом проценте случаев способствовало наступлению беременности. Так, после этапной реабилитации репродуктивной функции у пациенток после реконструктивно-пластических операций с использованием в раннем послеоперационном периоде мультифакторного воздействия физиотерапевтическим комплексом КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» и последующего в течение 1-3 месяцев применения сероводородных вод месторождения «Редант-4» в течение первого года беременность наступила у 19 (54,3%) из 35 больных с I-II степенью распространения спаечного процесса в малом тазу и у 6 (26,1%) из 23 – с III-IV степенью.

Таким образом, включение в систему этапных реабилитационных мероприятий больных после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах комбинацию современных физиотерапевтических методик и природных лечебных физических факторов оказало выраженное положительное влияние на клиническое состояние и репродуктивную функцию пролеченных больных.

ДИФФУЗНЫЕ И ОЧАГОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Чагай Н.Б.

Центр планирования семьи и репродукции Ставропольского Краевого Клинического Диагностического Центра, Ставрополь, Россия

Пациентки с СПКЯ находятся в группе риска по развитию фиброзно-кистозных изменений структуры МЖ в связи с относительной или абсолютной гиперэстрогенией на фоне хронической ановуляции и ожирения, умеренной гиперпролактинемией, активацией пролиферативных процессов при участии гиперинсулинемии.

Цель: Оценить риск развития диффузно-очаговых изменений молочной железы (МЖ) у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ).

Материалы и методы: Обследовано 106 пациенток с СПКЯ: (61 пациентка с СПКЯ и нормальной массой тела и 45 с избыточной массой тела или ожирением), в возрасте $23,7 \pm 5,2$ лет. Состояние инсулинорезистентности (ИР) подтверждено у 34,4% (n=21) в группе с ИМТ < 25 кг/кв.м., у 62,2% (n=28) в группе с ИМТ ≥ 25 кг/кв.м. на основании определения инсулина натощак и в процессе проведения глюкозотолерантного теста. Умеренная функциональная гиперпролактинемия (не выше 800 МЕ/мл) выявлена у 44 пациенток. Диффузно-очаговые изменения в МЖ были подтверждены данными эхографии. Все женщины осматривались маммологом, при необходимости, проводилась пункционная биопсия кист и узловых образований. Группу контроля составили 57 пациенток с овуляторным менструальным циклом, обратившиеся к специалисту для выбора комбинированного орального контрацептива.

Результаты и их обсуждение: К моменту установления диагноза диффузная мастопатия выявлена у 52,4% (n=32) пациенток с нормальной массой тела и 93,3% (n=43) – с избыточной массой тела. Наиболее часто встречающаяся эхокартина у пациенток с СПКЯ и нормальной массой тела (у 24 из 32 пациенток): наличие широких зон пониженной эхогенности, сливающихся в центральных отделах МЖ, характеризующее усиление процессов пролиферации железистого компонента. Реже было диагностировано наличие дуктэктазии и кистозных полостей более 10 мм в диаметре (у 8 из 32 больных). Для пациенток с избыточной массой тела и ожирением наиболее характерной была эхокартина: множество утолщенных гиперэхогенных тяжей, характеризующая гиперплазию стромального компонента МЖ, в сочетании с расширением протоков (у 39 из 45 пациенток) и наличием кист более 6 мм в диаметре (у 21 из 45 больных). Очаговые изменения в виде четко отграниченных зон пониженной эхогенности выявлены у 9,8% (n=6) пациенток без ожирения и 6,7% (n=3) – с ожирением. В группе контроля фиброзно-кистозная мастопатия диагностирована у 28% (n=16) пациенток, что существенно ниже, чем у пациенток с СПКЯ ($p < 0,01$), очаговая

мастопатия выявлена у 8,7% (n=5), отличие с группой с СПКЯ статистически незначимо (p>0,05).

Заключение: Наличие гиперандрогении и ожирения подразумевает усиление ароматизации андрогенов в эстрогены в большем объеме жировой ткани. Существуют факты, свидетельствующие о снижении активности ароматазы при СПКЯ. Андростендион и другие андрогены при СПКЯ метаболизируются по аномальному пути с преобладанием 5альфа-производных, что приводит к значительному подавлению активности ароматазы. Гиперандрогения, активность ароматазы, возможно, определяют усиление пролиферативных процессов в ткани МЖ у пациенток с СПКЯ. Наличие ожирения не является единственным фактором, определяющим уровень ароматизации андрогенов в эстрогены при СПКЯ. Наличие ИР, по видимому, является фактором активации пролиферации в стромальном компоненте.

ТЕСТ С СИНАКТЕНОМ 5 МКГ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Чагай Н.Б.

Центр планирования семьи и репродукции Ставропольского Краевого Клинического Диагностического Центра, Ставрополь, Россия

Цель: Изучение возможностей использования низкодозированного теста с синактеном (1-24-АКТГ-НД) – 5 мкг – в диагностике неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы.

Материалы и методы исследования: На предмет неклассической врожденной дисфункции коры надпочечников (НК-ВДКН) обследовано 289 пациенток в возрасте от 16 до 35 лет (медиана 25 лет). 1 группу составили 145 пациенток с ановуляцией на фоне установленной гиперандрогении (ГА), 2 группу – 144 пациентки с ановуляторным менструальным циклом, но без клинических и гормональных признаков ГА. В 1 группу включены также 7, во 2 группу – 22 пациентки (10% из общего числа) с самопроизвольными абортми в первом триместре беременности. Гормональные показатели во I группе: тестостерон общий 85,2±54,1 нг/дл, индекс свободного тестостерона 6,8±2,7%, уровень 17-ОН-прогестерона (17-ОНР) в фолликулярную фазу менструального цикла базальный 2,8±8,4 нг/мл. Гормональные показатели во II группе: тестостерон общий 54,7±24,6 нг/дл, индекс свободного тестостерона 3,2±2,1%, 17-ОНР 1,9±0,9 нг/мл. Всем пациенткам проведен внутривенный тест с препаратом 1-24-АКТГ короткого действия 5 мкг (Синактен) с определением 17-ОНР, и кортизола базального, через 30 и 60 минут после стимуляции.

Результаты и их обсуждение: критерием диагностики НК-ВДКН было выявление базального, либо стимулированного 17-ОНР выше 14 нг/мл. Тест АКТГ-НД позволил выявить НК-ВДКН у 16 (5,5%) пациенток (13 (9%) – в 1-ой, 3 (2,1%) – во 2-ой группах). Из них: 1 (6,25%) – на основании базального уровня 17-ОНР,

10 (62,5%) – по результатам низкодозированного теста с синактеном-5 мкг. Показатели 17-ОНР составили: базальный 7.72 нг/мл±12,8 нг/мл, медиана 3,99 нг/мл, максимальное значение после стимуляции 25,55 нг/мл±19,97 нг/мл, медиана 16,9 нг/мл.

Диагностика НК-ВДКН была продолжена у 44 пациенток, у которых в процессе проведения низкодозированного теста с синактеном-5 мкг базальный 17-ОНР превышал 2 нг/мл (1,8 – 3,8 нг/мл) и зарегистрировано повышение 17-ОНР в 3 и более раз (5,8 – 9,4 нг/мл). Сравнительная оценка прироста кортизола у этих пациенток на стимуляцию 1-24-АКТГ позволила выделить 2 типа реакции коры надпочечников: 25 пациенток (56,8%) – нормэргический (увеличение кортизолемии не более чем в 3 раза) и 19 (43,2%) пациенток – гиперэргический (кортизолемия возросла в 3 и более раз). У 11 из 25 (44%) больных с нормэргическим ответом на стимуляцию АКТГ (8 – из 1-ой, 3 – из 2-ой групп) зарегистрировано преимущественное повышение 17-ОНР в 4 и более раз. Для уточнения диагноза 20-ти из 25 пациенток нормэргическим типом реакции на стимуляцию синактеном-5 мкг был проведен стандартный тест с АКТГ-250 мкг. У 4 из 25 (16%) больных, имеющих четырехкратное повышение после стимуляции синактеном-5 мкг и максимальный уровень 17-ОНР после нагрузки АКТГ-5 мкг более 6,7 нг/мл (медиана 7,3 нг/мл), при проведении стандартного теста наблюдалось повышение 17-ОНР выше 14 нг/мл (медиана 17,9 нг/мл). Молекулярно-генетическое исследование гена CYP21 подтвердило наличие мутаций, характерных для НК-ВДКН у 12 больных. Чувствительность теста с синактеном-5 мкг составила 57,1%, специфичность – 85,7%. Прогностическая значимость положительного результата исследования (+PV) составила 66,7%, прогностическая значимость отрицательно результата (-PV) – 80%.

Выводы: Тест с АКТГ-НД, при котором стимуляция коры надпочечников АКТГ не является супрафизиологической, может использоваться для диагностики НК-ВДКН. При получении сомнительных результатов теста (повышение 17-ОНР более чем в 4 раза на фоне менее выраженного ответа кортизола) показано проведение теста с АКТГ-250.

ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПОВ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ: ЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ

Чернуха Г.Е., Блинова И.В.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»

СПКЯ может проявляться различными сочетаниями клиничко-лабораторных признаков, это предполагает многообразие его форм, которое затрудняет разработку стандартизированных подходов к диагностике. Согласно ранее предложенным диагностическим критериям NICHD/NIH, хроническая ановуляция

(Ан) и гиперандрогения (ГА) считались обязательными критериями СПКЯ, при этом не учитывалась морфология яичников. Использование же ESHERE/ASRM от 2003 года дает возможность диагностировать СПКЯ даже при наличии 2-х из указанных признаков – ГА (клиническая или биохимическая), Ан и эхографические признаки ПКЯ, в соответствии с их сочетанием выделяют различные фенотипы синдрома. Можно полагать, что разноречивость данных литературы о частоте метаболических нарушений и кардиоваскулярных рисков при СПКЯ в значительной степени связана с обследованием больных, имеющих разные фенотипы заболевания, которые могут иметь особенности не только гормонального фона, но и метаболического профиля, а соответственно и разные риски развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.

Цель исследования: определить выявляемость различных фенотипов СПКЯ, охарактеризовать их эндокринно-метаболические особенности и функциональное состояние эндотелия.

Материал и методы: основную группу составили 135 женщин в возрасте от 18 до 35 лет (ср. возраст $23,9 \pm 4,5$ лет, ср. ИМТ – $25,2 \pm 5,47$ кг/м²) с различными клинико-лабораторными проявлениями СПКЯ, группу контроля – 20 здоровых женщин без нарушения функции яичников (ср. возраст $28,67 \pm 3,2$ лет, ср. ИМТ $22,4 \pm 0,11$ кг/м²). Диагноз СПКЯ определялся согласно критериям ESHERE/ASRM 2003 года.

В обеих группах проводилось УЗИ органов малого таза, гормональное обследование (ЛГ, ФСГ, Е2, общий тестостерон, половые стероиды связывающий глобулин), глюкозо-толерантный тест (ГТТ) с динамической оценкой определения уровня глюкозы и инсулина (ИРИ), исследование липидного состава крови, определялись уровни сыровоточного эндотелина-1 (ЭТ-1), функционального состояния сосудистого эндотелия при помощи пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии. Наличие субклинических стадий атеросклероза выявлялось путем УЗИ стенок сонных артерий и измерения толщины комплекса интимомедиа (ТИМ). Для оценки количества и типа распределения жировой ткани производилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА).

Результаты: В зависимости от сочетания диагностических признаков СПКЯ были выделены четыре фенотипа: полный, включающий все диагностические критерии (Ан+ГА+ПКЯ) синдрома, установлен у 62,9% больных; ановуляторный, для которого свойственна ГА и Ан при отсутствии УЗ признаков ПКЯ, – у 8,2%, овуляторный, характеризующийся ГА и ПКЯ при отсутствии олигоменореи и ановуляции – у 10,4%; неандрогенный, диагностированный на основе наличия Ан и ПКЯ без гипертестостеронемии и клинических признаков ГА – у 18,5% больных. При неандрогенном фенотипе частота олиго- аменореи наблюдалась в три раза реже, чем при других формах СПКЯ. При полном фенотипе СПКЯ 86% больных имели ожирение, избыточную массу тела или скрытое ожирение, диагностированное на основе данных ДРА, и лишь у 14% не было избытка жировой ткани. При неполных фенотипах отсутствие избытка жировой массы было зарегистрировано приблизительно у каждой третьей больной: у 27,9% – при ановуляторном, у 46,6%

– при овуляторном, у 38,8% – при неандрогенном. Сравнительная оценка гормонального профиля обследованных пациенток показала, что частота повышения уровней ЛГ и снижения Е2 при андрогенных фенотипах (полном, ановуляторном и овуляторном) отмечается достоверно чаще, чем при неандрогенном. Значения этих показателей по соответствующим подгруппам для ЛГ составили 48,2%, 45,5%, 35,7% и 24%, для Е2 – 45,9%, 27,3%, 64,3%, и 20%. Независимо от фенотипа СПКЯ примерно половина больных имела пониженный уровень ТЭСГ, что приводило к возрастанию ИСА не только в андрогенных (72,9%, 63,6%), 64,3%), но и в неандрогенной подгруппе (16%).

У больных с неандрогенным фенотипом синдрома прослеживается благоприятная ситуация в метаболическом статусе: не было диагностировано случаев НТГ, а ГИ и ИР выявлялись лишь в 4% и 8% случаев, соответственно. Указанные нарушения значительно чаще отмечались у больных с полным (11,8%, 21,2%, 10,6%) и овуляторным (14,8%, 22,2%, 22,2%) фенотипами СПКЯ. Особенности метаболического профиля больных отразились на частоте метаболического синдрома (МС), который при неандрогенном фенотипе отмечался в 8%, тогда как при андрогенных – приблизительно в 2 раза чаще.

Анализ показателей функционального состояния эндотелия указывает на то, что средний уровень биохимического маркера эндотелиальной дисфункции – ЭТ-1 при андрогенных фенотипах примерно в 2 раза выше, чем при неандрогенном. Частота сниженной (< 8%) эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) оказалась более высокой также при андрогенных фенотипах. Так, при полной форме СПКЯ низкие значения данного показателя выявлены у 41,2% больных, тогда как при неандрогенной – лишь у 20%. Различий в частоте увеличения ТИМ сонных артерий между подгруппами не установлено.

Выводы: Гетерогенность клинико-лабораторных признаков СПКЯ позволяет выделить четыре фенотипа синдрома: андрогенные – полный, ановуляторный, овуляторный и неандрогенный, с менее выраженными метаболическими расстройствами и нарушениями функционального состояния стенки сосудов. Учитывая двукратное возрастание частоты метаболического синдрома и факторов риска ССЗ, при схожей частоте репродуктивных нарушений у больных с андрогенными фенотипами, особенно с полной формой, целесообразно использовать расширенную панель обследования, включающую оценку метаболического профиля и кардиоваскулярных рисков.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Чернякина О.Ф., Горин В.С., Бахаев В.В.

Институт усовершенствования врачей, Новокузнецк, Россия
Центр планирования семьи и репродукции,
Новосибирск, Россия

Лечение эктопии шейки матки у нерожавших женщин относится к актуальным проблемам гинекологии. В настоящее время существуют разные подходы в ле-

чении эктопии шейки матки у нерожавших женщин. По мнению некоторых исследователей, эктопия шейки матки до 25 лет у нерожавших женщин физиологическое состояние, не требующее лечения. Однако, по мнению других авторов, наличие цилиндрического эпителия ведет к снижению защитных свойств шейки матки и развитию воспалительных процессов, при которых происходит трансформация врожденной эктопии в дисплазию различной степени тяжести, т.е. к предраковым состояниям. Распространенным методом лечения является деструкция патологически измененного цилиндрического эпителия и эрозионных желез, их отторжение и регенерация эктопии за счет базального неизмененного многослойного плоского эпителия. Но предложенные методы лечения эктопии шейки матки могут привести к развитию эндцервицита, цервицита, эндометриозу шейки матки. До 40-50% осложнений развивается после диатермокоагуляции. Таким образом, лечение эктопий шейки матки у девочек-подростков, должно быть эффективным, атравматичным, сохраняющим анатомическую и функциональную полноценность шейки матки.

Обследовано 98 девочек в возрасте 16-18 лет, из них 58 с эктопией шейки матки, среди которых 28 девушкам проведено лечение иммуноотропным препаратом «Супер-лимф» (подгруппа А основной группы), 30 девушкам гелем «Куриозин» (Гедеон Рихтер) (подгруппа Б основной группы). и 40 здоровых девушек подростков.

Все обследованные девушки на момент обследования не имели признаков острых гинекологических и соматических заболеваний, не применяли в течение 3 месяцев гормональную и внутриматочную контрацепцию. Средний возраст пациенток с эктопией шейки матки составил $16,6 \pm 0,2$ лет и не отличался от группы здоровых девушек. Возраст начала половой жизни в обеих группах составил 15-16 лет. Более чем у 60% девушек был один половой партнер (основная группа 63,8% и 65% в контрольной группе). Три и более трех партнеров имели в основной группе 13,8% девушек. В обеих группах более чем в 60,0% случаев использовали барьерные методы контрацепции, в основной группе не предохранялись от беременности 25,86% девушек и в контрольной группе 27,5%. У 10,34% девушек основной группы имелись нарушения менструального цикла, 20,68% имели вульвовагинит, 12,06% – хронический пиелонефрит. В основной группе у 12,06% пациенток беременность закончилась медицинским абортom. При бактериоскопическом исследовании (влагалище, уретра, цервикальный канал) выявлено наличие смешанной флоры, 2-3 степень чистоты.

Клиническое обследование включало: клинико-лабораторное обследование, УЗИ органов малого таза, иммунологические и гистологические исследования, ПЦР-диагностику (цитомегаловирус, ВПГ, ВПЧ, хламидии, уреаплазмы), кольпоскопия. Иммунологическое обследование включало в себя определение показателей клеточного и гуморального иммунитета, уровня сывороточных цитокинов и интерлейкинов методом ИФА. При этом забор материала проводился перед началом лечения и по окончании лечения. Кольпоскопия девушкам исследуемых групп проводилась до лечения, через 14 дней и через 3-6 месяцев после лечения. При расширенной кольпо-

скопии в 77,56% случаев выявлялась эктопия с нормальной зоной трансформации.

Лечение в подгруппе А проводили препаратом «Суперлимф» (РГМУ им. Н.И.Пирогова), представляющего из себя комплекс природных цитокинов (факторы роста, противовоспалительные цитокины), обладающего иммуномодулирующим, противовирусным, антибактериальным эффектом, регулирующим пролиферативную активность фибробластов и регенераторным действием. Лечение проводили следующим образом: обнажали шейку матки, осушали ее ватным тампоном, 100 мкг препарата «Суперлимф» разводили в 4 мл 0,9% раствора NaCl, затем брали 2 мл раствора и орошали цервикальный канал и шейку матки, оставшимися 2 мл раствора, смачивали марлевый тампон и подводили к шейке матки на 4-6 часов, который пациентка удаляла самостоятельно. Курс лечения – 5-7 дней.

В подгруппе В для лечения эктопии шейки матки использовали гель «Куриозин», обладающий регенерирующим и противовоспалительным действием, способствующий усилению активности и пролиферации клеточных элементов, ускоряющий ангиогенез и регенерацию тканей. После обнажения шейки матки, тампон смоченный гелем подводили к шейке матки на 4-6 часов, который пациентка удаляла самостоятельно, курс лечения – 7 дней.

После лечения проводили расширенную кольпоскопию. В подгруппе А у 82,14% пациенток отмечалась полная эпителизация и неполная эпителизация у 17,86%. У пациенток подгруппы В полная эпителизация выявлена в 76,7% случаев, в 20% случаев неполная и без эффекта у 3,33% пациенток. Следует отметить, что полная эпителизация в обеих группах чаще наступала при меньшей площади эктопии, неполная эпителизация наблюдалась при значительной площади эктопии, но при этом эктопия уменьшалась в размерах. При обследовании через 6 месяцев у пациенток не выявлено ни в одном случае рубцовой деформации шейки матки, очагов эндометриоза. Лечение эктопии шейки матки у девушек-подростков препаратом «Суперлимф» представляется эффективным, безопасным и перспективным у девушек подростков.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

М.Н. Чертовских, Е.В. Флоренсова, СИ. Кулинич

Кафедра акушерства и гинекологии, Институт усовершенствования врачей, Иркутск, Россия

Своевременная, ранняя диагностика трубной беременности решает несколько проблем: смягчает urgency ситуации, снижает риск операционных и анестезиологических осложнений, позволяет воспользоваться операцией выбора-лапароскопией, при которой возможно проведение эффективного органосохраняющего (ОСО) лечения. С целью оценки возможности улучшения ранней диагностики

трубной беременности и повышения числа органосохраняющих операций, проведён ретроспективный обзор 710 историй болезни прооперированных эндоскопическим доступом по поводу трубной беременности за период с 2003 по 2009 г.г. в гинекологическом отделении Городского Перинатального Центра г. Иркутска.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза проводили с помощью аппарата APOGEE – 800 (США) и ALOKA – 500 (Япония), в реальном масштабе времени с использованием секторных датчиков.

Лапароскопическое исследование органов малого таза производили по общепринятой методике, с помощью эндоскопического оборудования фирмы «KARL STORZ» (Германия), «OLYMPUS» (Япония).

Возраст больных варьировал от 16 до 43 лет, и в среднем составил $28,2 \pm 0,5$ года, т.е. это были женщины активного репродуктивного возраста, часть из них первобеременные. Нарушения овариально-менструального цикла до заболевания отмечены только у 4,6% обследованных.

В работе были изучены и определены некоторые особенности ультразвуковой диагностики трубной беременности. Исследования показали, что на ранних стадиях развития (4-6 недель), эктопическое плодное яйцо имеет эхографические признаки, отличающиеся от таковых при маточной беременности. Это образование солидной структуры, шаровидной формы, повышенной эхогенности, средней звукопроводимости. Амниотическая и хориональная полости в значительном числе наблюдений не идентифицируются. Характерным признаком является четкая визуализация наружных границ, из-за слабой децидуальной реакции эндосальпинкса. Диаметр плодного яйца ранних сроков колеблется от 5 до 25 мм. Однако сходными признаками обладают опухолевидные образования и опухоли яичника (желтое тело, тератома). Основным дифференциально-диагностическим симптомом является эффект «соскальзывания» при тракциях вагинального датчика (труба с плодным яйцом смещается относительно яичника).

Выбор методики ОСО зависел от локализации плодного яйца и степени инвазии трофобласта в стенку трубы. Так, при слабой васкуляризации плодместилища, признаках начавшегося прерывания беременности (ретрохориальная гематома, снижение количества цветковых сигналов по ЦДК) или локализации плодного яйца в фимбриальном и ампулярном отделах – методом выбора является выдавливание плодного яйца (ВПЯ) из трубы, с наименьшей её травмой.

При сформировавшемся трубно-плацентарном кровотоке, т.е. в сроках, приближающихся к 6-7 неделям (2-3 недели задержки менструации), отсутствии признаков прерывания, а также при локализации плодного яйца в истмическом отделе маточной трубы-предпочтительнее выполнять сальпингостомию (СТ).

Из общего числа, 163 (22,9%) пациенткам были выполнены органосохраняющие операции методами ВПЯ и СТ. 14 (8,5%) пациенткам проведена релaparотомия и удалена маточная труба из-за персистенции трофобласта. Анализ показал, что во всех

случаях неудач нарушались показания к ОСО, срок гестации превышал 6-7 недель, недооценивались локализация и степень инвазии.

С первых суток после операции, всем пациенткам назначалась физиотерапия. Преформированным методом наряду с традиционными нами впервые применена ДЭНАС терапия (электроимпульсное воздействие на акупунктурные точки). Результаты наблюдений этой группы больных показали высокую эффективность данной методики. Более раннее восстановление менструального цикла, меньшее число рецидивов заболевания по сравнению с группами контроля (в среднем на 12,5%).

На протяжении 24 месяцев после операции за всеми пациентами осуществлялось диспансерное наблюдение. Маточная беременность после ВПЯ наступила у 45% пациенток, после СТ. лишь у 16%. Повторная эктопическая беременность в оперированной трубе наступила у 3,5% после ВПЯ, и у 18,5% после СТ.

Безусловно, наиболее показательным в реабилитации репродуктивной функции является наступление маточной беременности после ОСО на единственной трубе. Таких случаев, у нас накоплено 11, причём все они оперированы методом ВПЯ. Таким образом, при изучении отдаленных результатов органосохраняющего лечения трубной беременности различными методами выявлено, что для сохранения репродуктивной функции предпочтительнее ВПЯ. Ранняя диагностика, правильная оценка всех данных ТБ (сроков гестации, размеров, локализации, степени инвазии в стенку трубы), адекватный метод операции позволил повысить процент сохранения труб в 2 раза.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Чимитдоржиева Т.Н., Хойкова О.С.

Кафедра акушерства и гинекологии, Бурятский государственный университет, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Детская Республиканская клиническая больница, г. Улан-Удэ, Россия

Цель: изучить заболеваемость РШМ в республике Бурятия и оценить возможности профилактики.

Материалы и Методы исследования: 1) проведен анализ заболеваемости и смертности от РШМ по статистическим материалам Республиканского онкологического диспансера за период 2004 – 2008гг. 2) Материалом для исследования служили соскобы эпителия из эндо- и экзоцервикса, полученные с помощью цервикального комбинированного зонда в пробирку со специальной транспортной средой. Выделение ДНК из клинического материала проводилось с использованием набора «ДНК-сорб-АМ» по методике, предлагаемой к набору. Полученные образцы анализировали методом ПЦР в реальном времени на наличие ДНК ВПЧ с одновременным определением вирусной нагрузки с использованием тест-системы «АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин-титр-FRT-4х» на амплификаторе «iQ5» (фирма «Био-Рад», США). Генотип вируса высокого канцеро-

генного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типы) определялся набором «АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин-генотип-FRT-4х».

Результаты и обсуждение. В структуре онкологических заболеваний РШМ в Бурятии составляет в 2008г. – 6,4% и занимает 4 место. Заболеваемость РШМ в 2003г. составила 19,5 на 100 000 населения, в 2004г. – 25,3; в 2005г. – 24,1; в 2006г. – 24,2; в 2007г. – 28,6; в 2008г. – 28,0

Смертность от этой патологии в 2007г составила 17,6% на 100 тыс. населения, в 2008г. – 17,2%. Ежегодно в Бурятии с 2003г. выявляется более 120 новых случаев РШМ. Отмечается и высокий уровень смертности от РШМ в течение первого года после выявления заболевания – 29,3% в 2007 г. и 26,9% в 2008г. при среднероссийском таковом показателе 16,3%. В 2008 году среди выявленных впервые с диагнозом РШМ: III стадия составила 39,4% (по РФ – 28,8%), IV – 4,9% (РФ 10,1%). Таким образом, цифровой анализ последних двух лет свидетельствует о том, что в Бурятии отмечается высокий удельный вес запущенных стадий заболевания.

В республике Бурятия только с ноября 2008г. начато обследование на ВПЧ. Обследовано 351 женщина в возрасте от 17 до 60 лет с фоновой и предраковой патологией шейки матки. В 1 группу (192 пациентки) вошли женщины в возрасте от 15 до 30 лет, во 2 группу (103 пациентки) от 31 до 40 лет, в 3 группу (56 пациенток) от 41 до 60 лет. Из них в 1 группе выявлено 92 HPV-положительные пациентки (47,9%), у 56 человек выявлен 1 генотип, у 14 – 2 генотипа, у 15 – 3 генотипа, у 7 пациенток более 4-х генотипов. 16 тип выявлен у 39 пациенток, у 7 – 18 тип, у 22 – 31 тип, у 12 – 33 тип. Во 2 группе выявлено 35 HPV- положительных пациенток (33,9%), у 16 человек обнаружен 16 тип, у 5 пациенток – 18 тип, у 4 – 31 тип, у 8 – 33 тип. В 3 группе HPV положительных пациенток – 6 (10,7%). Из них у 1 пациентки обнаружен 16 тип, у 1 – 18 тип, у 1 – 31 тип. Наиболее часто среди онкогенных вирусов наблюдался 16 тип – 56 женщин (в целом) – 60,9%. 18 генотип обнаружен у 13 человек (18,5%). Инфицирование несколькими типами ВПЧ чаще встречалось в 1 группе – 36 женщин (39,1%), во 2 группе – 15 (16,3), в 3 группе – 1 (1,1%).

Проведен анализ распределения вирусной нагрузки по четырем генотипам высокого онкогенного риска – 16, 18, 31 и 33. Анализ распределения вирусной нагрузки среди положительных ВПЧ ВКР пациенток выявил повышенную вирусную нагрузку (более 5 lg/105 клеток человека) в 1 группе – 27 случаев (33,7%), значимую нагрузку (3-5 lg/105 клеток человека) в 34 случаях (42,5%) и клинически малозначимое количество вирусов (менее 3 lg/105 клеток человека) в 19 случаях (23,7%). Повышенная вирусная нагрузка в большинстве случаев наблюдалась у женщин у более молодых женщин (1 и 2 групп) группа). У пациенток 2 группы выявлялась чаще значимая нагрузка. Тяжесть цервикальных поражений при цитологическом исследовании ассоциировалась с повышенной вирусной нагрузкой в возрастных группах до 30 лет и 31-40 лет.

Выводы: таким образом, в республике необходимо более широко охватывать женское население профилактическими осмотрами, с обязательным цитологическим исследованием мазков с шейки матки.

Внедрение скрининговой программы выявления ВПЧ – инфекции и комплексного подхода диагностики заболеваний шейки матки будет способствовать реальному снижению уровней заболеваемости и смертности от РШМ. Анализ распространенности ВПЧ ВКР по обращаемости женщин с клиническими проявлениями патологии шейки матки свидетельствует о наличии ВПЧ ВКР в каждом втором случае. Повышенная и значимая вирусная нагрузка наблюдается в 77,2% случаях выявления вируса. Определение вирусной нагрузки имеет важное значение у женщин старше 30 лет, т.к. тяжесть цервикальных поражений при цитологическом исследовании ассоциирована с высоким процентом инфицирования папилломавирусами высокого канцерогенного риска. Представленные результаты требуют дальнейшего тщательного изучения.

ВЛИЯНИЕ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА НА СИНТЕЗ И ПРОДУКЦИЮ ЦИТОКИНОВ Th2 ТИПА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МАЛЫМИ ФОРМАМИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Шаалали Ю.С., Анциферова Ю.С., Малышкина А.И.
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия

Известно, что развитие наружного генитального эндометриоза и бесплодия при нем сопровождается значительными иммунными нарушениями, в частности – изменениями продукции ряда провоспалительных цитокинов и факторов роста. Большинство проведенных исследований посвящено изучению особенностей содержания цитокинов в перитонеальной жидкости женщин с наружным генитальным эндометриозом, тогда как характер продукции цитокинов на системном уровне при эндометриозе остается менее изученным. В настоящее время считается доказанной связь между аутоиммунными нарушениями и развитием бесплодия у женщин с эндометриозом. Считают, что гиперактивация реакций гуморального звена иммунитета при эндометриозе, проявляющаяся повышением продукции цитокинов Th2 типа, компонентов комплемента и усилением синтеза аутоантител различной специфичности, является непосредственной причиной нарушения репродуктивной функции пациенток с эндометриозом. Однако до сих пор не установлено, приводит ли коррекция аутоиммунных нарушений к восстановлению репродуктивной функции женщин с эндометриозом. Исследования в этом направлении помогут разработать новые подходы к медикаментозному лечению бесплодия при эндометриозе. Целью данного исследования было установить влияние лечения Пентоксифиллином на особенности содержания и синтеза периферическими лимфоцитами мРНК цитокинов Th2 типа (IL-4, IL-5 и IL-6) у женщин с бесплодием, обусловленным малыми формами наружного генитального эндоме-

триоза. Исследования проводились на базе эндоскопического отделения ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий». Было проведено иммунологическое обследование 51 женщины с малыми формами наружного генитального эндометриоза и бесплодием (основная группа) и 15 здоровых женщин с ненарушенной репродуктивной функцией (контрольная группа). Всем пациенткам была произведена лапароскопия, при которой был диагностирован наружный генитальный эндометриоз I-II степени по классификации ASF и проведена деструкция очагов. 35 женщин основной группы получали Пентоксифиллин в раннем послеоперационном периоде в течение 5 дней. 16 женщин получали традиционную терапию после проведения лапароскопии. Иммунологическое обследование проводилось дважды: до операции и через 1 месяц после лечения. Материалом для исследования служила периферическая кровь. Содержание IL-4 и IL-6 в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Уровень экспрессии мРНК IL-4, IL-5 и IL-6 периферическими лимфоцитами оценивали методом количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени. Было установлено, что у женщин с бесплодием при наружном генитальном эндометриозе значительно повышена экспрессия мРНК IL-4, IL-6 и особенно – IL-5 периферическими лимфоцитами по сравнению со здоровыми фертильными женщинами. Кроме того, у бесплодных пациенток с эндометриозом отмечалось более высокое сывороточное содержание IL-4 и IL-6, чем у женщин контрольной группы. После проведения курса лечения Пентоксифиллином в раннем послеоперационном периоде у женщин с бесплодием нами было выявлено снижение до нормативных значений показателей, характеризующих уровень экспрессии мРНК IL-4 и IL-5, а также сывороточного содержания IL-4 и IL-6. У женщин, получавших в раннем послеоперационном периоде традиционную терапию, отмечалось только снижение изначально повышенной экспрессии мРНК IL-5 периферическими лимфоцитами, тогда как синтез IL-4 лимфоцитами женщин данной группы оставался повышенным по сравнению с аналогичным показателем женщин контрольной группы. Проведенный ретроспективный анализ взаимосвязи между изменениями продукции цитокинов у женщин с эндометриозом после проведения им различных видов терапии и последующим характером восстановления репродуктивной функции показал, что в случаях наступления беременности уровень продукции цитокинов Th2 типа (IL-4 и IL-6) после лечения значительно снижался. Эта закономерность прослеживалась как у женщин, прошедших курс лечения Пентоксифиллином, так и у пациенток, получавших традиционную терапию. Однако следует отметить, что у пациенток, пролеченных Пентоксифиллином, изначальный уровень сывороточного содержания цитокинов IL-4 и IL-6 был одинаковый и не зависел от последующего наступления беременности. У женщин, прошедших курс традиционной терапии, наступление беременности было отмечено нами только в тех случаях, когда сывороточное содержание цитокинов IL-4 и IL-6 изначально было близко к нормативным значениям. Таким образом, Пентоксифиллин способ-

ствует нормализации продукции цитокинов Th2 типа в раннем послеоперационном периоде у бесплодных женщин с эндометриозом, что способствует восстановлению репродуктивной функции пациенток с малыми формами наружного генитального эндометриоза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ ПРЕПАРАТАМИ МЕТРОГИЛ И ДАЛАЦИН

Шабанова М.В., Лазарева Г.А., Медведева И.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии факультета последипломного образования, Курский государственный медицинский университет

Целью данного исследования явилась оценка эффективности препаратов этиотропной терапии бактериального вагиноза метрогила и далацина при послеродовых травмах промежности в сочетании с дисбиозом влагалища. Оптимизация медицинской помощи родильницам с послеродовыми травмами промежности и бактериальным вагинозом, разработка методов профилактики инфекционных осложнений пуэрперия.

Материалы и методы исследования: в исследование было включено 75 женщин с послеродовыми травмами промежности и бактериальным вагинозом в возрасте от 18 до 40 лет в 1-5 сутки после родов. Оценивались субъективная симптоматика и данные объективно осмотра. Принимались во внимание результаты трансвагинального эхографического сканирования проводимого на четвертые сутки после родов. Все пациентки были разделены на 3 группы: в 1-ой группе (25 пациенток) одновременно с традиционным лечением проводилась местная терапия метрогил-гелем. Во 2-ой группе (25 пациенток) одновременно с традиционным лечением проводилась местная терапия далацином в форме крема. В 3-ей, контрольной группе проводилась только традиционная терапия.

Результаты исследования: Как показали результаты исследования, в первый день послеродового периода родильницы жаловались на болезненные ощущения в области влагалища, выраженность которых варьировала от легкой до умеренной степени (1-5 баллов). Ощущение жжения испытывали 80 % женщин контрольной группы, 68 % – 1 группы и 60% -2 группы. При осмотре наружных половых органов и влагалища явления отека и эритемы были обнаружены в большинстве наблюдений. К третьим суткам послеродового периода женщины 1 группы активно не предъявляли жалоб на ощущение болей или жжения в области половых органов и промежности, а при целенаправленном выяснении легкий дискомфорт отмечали в три раза реже. На пятые сутки только у одной женщины этой группы сохранилась легкая болезненность в области вульвы при движениях. При объективном исследовании частота выявления гиперемии на третьи сутки послеродового периода уменьшилась в

три раза, отечности не отмечено. В контрольной группе и 2-й группе болезненные ощущения на третьи сутки после родов отмечены, соответственно, у 12 (48%) и 8 (32%) женщин. Частота выявления воспалительных изменений тканей в области наружных половых органов уменьшилась и составила, (16%)-у 8 и (64%)-у 16 женщин, соответственно. На пятые сутки послеродового периода ни у одной из женщин 2 группы не было выявлено гиперемии и отечности тканей наружных половых органов, тогда как у 7 женщин контрольной группы они сохранялись. Следует отметить, что ни в одном наблюдении применения препаратов метрогила и далацина не было получено побочных эффектов.

Выводы: Включение метрогила и далацина в терапию послеродовых травм промежности у рожениц с бактериальным вагинозом позволило снизить пребывание в стационаре с 6-7 до 5-6 дней. Не было случаев расхождения послеоперационной раны, швы заживали первичным натяжением. Полное исчезновение всех субъективных и объективных признаков происходило быстрее, чем в контрольной группе. Осложнений в послеродовом периоде не наблюдалось. Применение далацина оказало более выраженный терапевтический эффект.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДЕРИНАТ» В ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ

Шабанова М.В., Лазарева Г.А., Медведева И.М.

Кафедра акушерства и гинекологии факультета последипломного образования, Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: оптимизация медицинской помощи роженицам с послеродовыми травмами промежности, разработка методов профилактики инфекционных осложнений пуэрперия.

Материалы и методы: обследовано 75 рожениц в возрасте от 18 до 40 лет, из них 15 здоровых женщин, составили контрольную группу. Другие 60 рожениц имели высокий риск развития осложнений в послеродовом периоде и были разделены на две группы: в основную группу включена 31 роженица, которой одновременно с традиционным ведением женщин с послеродовыми травмами промежности проводилась местная иммуномодулирующая терапия препаратом «Деринат».

В группе сравнения иммунологическая коррекция не проводилась. Всем женщинам проводили оценку субъективных и объективных симптомов, лабораторных данных.

Результаты исследования и их обсуждение: Как показали результаты исследования, в первый день послеродового периода ощущение жжения испытывали 20% женщин контрольной группы, 24,1% – группы сравнения и 25,8% – основной группы. При осмотре наружных половых органов и влагалища явления отека и эритемы обнаружены в большинстве наблюдений. На пятые сутки пуэрперия ни у одной

из женщин основной группы не было жалоб, а также гиперемии и отечности тканей наружных половых органов, тогда как у 7 (24,1%) женщин группы сравнения они сохранялись.

Количество лейкоцитов в поле зрения в мазках у женщин контрольной группы колебалось от 1 до 11. При этом у 70% рожениц этой группы их количество не превышало 2-х. У женщин группы сравнения и основной количество лейкоцитов достоверно не различалось ($6,96 \pm 1,3$ и $8,63 \pm 1,56$). На пятые сутки после родов среднее количество лейкоцитов у женщин этих групп составляло $8,4 \pm 1,91$ и $11,13 \pm 2,55$. В контрольной группе наиболее часто встречалось небольшое количество лейкоцитов (от 2 до 8), тогда как у большинства женщин основной группы их число колебалось в более широких пределах (от 3 до 18). В то же время изменения лейкоцитоза у женщин группы сравнения были незначительными. На протяжении всего периода исследования среднее количество лейкоцитов колебалось от $5,92 \pm 1,9$ до $7,8 \pm 1,4$.

В первые сутки пуэрперия у женщин контрольной группы в большинстве наблюдений (72%) выявлялась бактериальная флора. В группе сравнения и основной преобладала смешанная флора – у 57% и 63% женщин, соответственно. К пятым суткам послеродового периода в контрольной группе по-прежнему преобладала бактериальная флора влагалища. В основной группе на фоне лечения произошло изменение соотношения флоры в пользу увеличения процента бактериальной флоры до 57%, тогда как в группе сравнения отмечено увеличение частоты выявления смешанной флоры влагалища до 73%. У каждой пятой женщины контрольной группы и почти у каждой второй из группы сравнения и основной (51,7 и 45,1%) в мазках определялись ключевые клетки. В группе сравнения у 4 рожениц количество ключевых клеток колебалось от 22 до 76%, в основной – у 2 достигло 24 и 84%. Споры и мицелий грибов в небольшом количестве были выявлены у 6,7% женщин контрольной группы, 31% – группы сравнения и 45,1% – основной группы.

Таким образом, комплексная терапия послеродовых травм промежности с использованием салфеток с «Деринатом», свидетельствуют о его хорошей переносимости, высокой клинической эффективности и лучшей репарации тканей при его использовании.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАПЕРИТО- НЕАЛЬНОГО НЕОФАСЦИОГЕНЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗ- ВИТИЯ РЕЦИДИВОВ

**Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Салимова Л.Я.,
Игнатенко Т.А., Озова М.М., Субботин Д.Н.**

Москва, Россия, Российский университет дружбы народов

Проблема пролапса гениталий усугубляется тем, что не менее одной трети пациенток – женщины репродуктивного возраста (U. Eva, 2003).

Высокая частота рецидивов, достигающая иногда 58-75% (J.L. Whiteside, 2004; M.F. Fialkow, 2008),

обусловленная полиэтиологичностью заболевания, наличием заведомо несостоятельной соединительной ткани, недостаточной диагностикой, отсутствием патогенетического и дифференцированного подхода в выборе хирургического метода лечения, объясняет непрекращающийся поиск оптимального метода хирургического лечения. Остается открытым вопрос использования сетчатых имплантатов в лечении генитального пролапса, особенно у женщин репродуктивного возраста (M. Huebner et al, 2006).

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения генитального пролапса с использованием метода экстраперитонеального неофасциогенеза с применением синтетического имплантата.

Контингент, материалы и методы исследования. В проспективное исследование было включено 65 рожавших женщин с ОиВВПО II-IV стадии (по POP-Q), оперированных в период с 2006 по 2009 гг. Всем пациенткам в качестве базовой операции по коррекции ОиВВПО проводили установку синтетического имплантата Пролифт® для переднего, заднего отдела или полной реконструкции тазового дна влагалищным доступом.

Критерием разделения пациенток на две группы была оценка фенотипических признаков ДСТ. I группу составили 36 женщин без клинических проявлений ДСТ, во II группу было включено 29 пациенток с признаками ДСТ различной степени тяжести. Использование единой методики хирургического лечения у женщин с ОиВВПО и выделение в отдельную группу пациенток с признаками ДСТ позволило изучить эффективность применения сетчатого имплантата при генитальном пролапсе в условиях высокого риска его рецидива.

Проведение хирургической коррекции ОиВВПО базировалось на патогенетической концепции экстраперитонеального неофасциогенеза, то есть «замены» разорванной фасции на «новую» при помощи синтетического имплантата, создающего надежный каркас для органов малого таза. С этой целью всем пациенткам в качестве основной операции по коррекции генитального пролапса проводили установку полипропиленового синтетического имплантата вагинальным путем с использованием системы Пролифт® (Johnson&Johnson). Контрольные осмотры проводили через один, три, 6, 12, 18 месяцев и два с половиной года.

Результаты исследования и обсуждение. При оценке степени тяжести ОиВВПО между группами достоверных различий отмечено не было. В обеих группах более, чем у половины женщин отмечали III стадию пролапса.

Дефекты тазовой фасции чаще обнаруживали у женщин с клиническими признаками ДСТ – в 86,7% против 60 % в I группе с достоверным преобладанием выраженности дефектов во II группе ($p < 0,05$). Сухожильная дуга тазовой фасции практически отсутствовала или была плохо выражена у 33,4 % пациенток, при этом в 4 раза чаще у женщин II группы. Наряду с этим выраженность сухожильной дуги и дефектов тазовой фасции напрямую зависела от степени тяжести ДСТ.

Таким образом, обнаруженные изменения в структурах тазового дна свидетельствуют в пользу снижения эффективности методик с использованием

собственных тканей в целях коррекции ОиВВПО и определяют необходимость патогенетического лечения с применением дополнительных материалов. В особенности это актуально для женщин с заведомо несостоятельной соединительной тканью – при наличии ДСТ, как правило, репродуктивного возраста, с характерным «агрессивным» течением заболевания и формированием комбинированных форм ОиВВПО.

Сроки послеоперационного наблюдения в среднем составили $1,7 \pm 0,5$ года. Из интраоперационных осложнений ранение мочевого пузыря было у одной пациентки (1,5%), кровотечение около 500 мл – в 20%, однако, ни в одном случае не возникло необходимости в гемотрансфузии. Частота поздних осложнений составила 26,2 % без статистических различий в группах. Наиболее частым из них было неполное заживление слизистой влагалища, выявлявшееся в 10,8%. Частота эрозий стенки влагалища составила 4,6%. Кроме того, были отмечены случаи развития стрессового недержания мочи de novo (1,5%) и ГМП de novo – в 7,7 %. Диспареуния была выявлена лишь у одной пациентки – 1,5%.

Частота рецидивов составила 10,8 % без достоверных различий в группах (57,1 % и 42,9 % соответственно в I и II группе). Достоверных различий по ранним и поздним рецидивам между женщинами с признаками ДСТ и без обнаружено не было. Более детальный анализ показал, что на долю опущения передней стенки влагалища приходилось 9,2% (не более 2 ст).

Таким образом, экстраперитонеальный неофасциогенез с использованием сетчатого имплантата является патогенетически обоснованным методом оперативного лечения женщин с ОиВВПО. Отсутствие достоверных различий по количеству рецидивов пролапса между женщинами I и II групп, является научным подтверждением эффективности данной методики при лечении ОиВВПО, в особенности у пациенток с несостоятельностью соединительной ткани, являющихся группой высокого риска по развитию рецидива пролапса.

ЭЛЕКТРОМИОГРОФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

**Шарапова Л.Е., Коршунова Г.А., Рузмыкина Т.И.,
Бухарова Л.А., Чехонацкий А.А.**

*Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО СГМУ Росздрава,
ФГУ «СарНИИТО» Росмедтехнологий*

Особое место в структуре гинекологических заболеваний занимают хронические дистрофические заболевания вульвы: склеротический лишай (СЛ) и плоскоклеточная гиперплазия (ПГ) вульвы. Этиопатогенез ХДЗВ изучен недостаточно полно. Полагают, что склерозирующий лишай является нейродистрофическим

процессом, аутоиммунным заболеванием, следствием патогенного влияния желудочно-кишечных пептидов, психогенных факторов, раздражающих веществ (Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1998). Однако не исключено, что это самостоятельное заболевание или стадия перехода красного лишая в склеродермию (Кряжева С.С., Болдырева М.В., 1996).

По мнению Манухина И.Б. и Кондрикова Н.И. (2002) крауроза в морфологическом понимании вообще не существует, – это инволютивно-дистрофический процесс, которым могут закончиться многие заболевания вульвы.

Нами впервые предложено нейрофизиологическое исследование периферических нервных корешков L2-S1 с целью выявления взаимосвязи между нарушением нервной проводимости и возникновением дистрофических заболеваний вульвы. Для этого нами впервые применен метод электромиографии (ЭМНГ), основанный на регистрации и анализе биоэлектрических потенциалов мышц и периферических нервов.

При ЭМНГ- исследовании малоберцового и большеберцового нервов использовали стандартный метод определения проводимости моторных аксонов. Исследование проводилось на электромиографе «Keypoint» фирмы «Медтроник» США с пакетом стандартных программ, набором стандартных электродов № Гос. Регистрации 632632 от 13.07.05 регистрационное удостоверение МЗРФ №2003/86 г

При исследовании определяли:

1. время проведения импульса по терминалям нерва (латентный период-ЛП) Латентный период М-ответа используется для расчета скорости проведения импульса по нерву;

2. максимальную амплитуду вызванного мышечного ответа в м/с (М-ответ) Амплитуда М-ответа- отражает количество и синхронность активизированных мышечных волокон в ответ на электро- стимуляцию нерва. Снижается при поражении мотонейронов спинного мозга и /или периферических нервов. В норме амплитуда М-ответа малоберцового и большеберцового нервов должна быть не менее 4 мВ.

3. скорость проведения импульса по моторным волокнам (СПИ) нервов на уровне голени и корешков спинного мозга. СПИ – скорость распространения потенциала действия по волокнам нерва. Снижение СПИ вызывается патологией нервных стволов на уровне периферического нерва, соответствующего корешка спинного мозга. В норме СПИ по малоберцовому нерву составляет 48.3 ± 3.9 м/с, по большеберцовому – 48.6 ± 3.6 м/с

4. Показатель выявляемости F-волн (блок выявляемости в %). F-волна – поздний ответ регистрируемый с мышцы при антидромной стимуляции мотонейронов, супрамаксимальной стимуляции периферического нерва (J. Kimura, 1974). В норме на каждый стимул регистрируется 1 поздний ответ.

5. Латентный период (F-M) F-волны (мс)- время проведения потенциала действия по нервным стволам на уровне корешка спинного мозга. Увеличивается при поражении корешка.

6. СПК-скорость проведения импульса по корешку спинного мозга, определяется с помощью латентного периода F-волны. В норме СПК по корешку S1 $52,6 \pm 4,3$ м/с, по L5- $49,8 \pm 3,6$ м/с.

Статистический анализ данных проводили на ПЭВМ с помощью статистического пакета анализа

данных Statistica 6. Для определения значимых различий сопоставляемых величин был применен непараметрический критерий Манна-Уитни; а также 2-х выборочный t-тест Стьюдента для средних. Уровень значимости критериев не более 0,05.

Указанным способом обследовано 30 пациенток

У женщин со склеротическим лишаем и плоскоклеточной гиперплазией вульвы при исследовании было выявлено достоверное отличие (более 95 %) показателей ЭМНГ исследования от показателей контрольной группы.

1. снижение проводимости терминалей большеберцового нерва с 2-х сторон;

2. снижение амплитуды М-ответов большеберцового и малоберцового нервов с 2-х сторон;

3. снижение показателей времени проведения импульса и СПИ на уровне S1 корешков спинного мозга;

4. снижение частоты выявляемости антидромных ответов мотонейронов спинного мозга на стимуляцию малоберцового нерва.

Таким образом, на основании полученных данных при электрической стимуляции нерва с регистрацией вызванных потенциалов – метода электромиографии, очевидно, что в основе крауроза и лейкоплакии вульвы лежат дистрофические изменения в периферической нервной системе, приводящие к нейротрофическим изменениям наружных половых органов. Таким образом, лечение дистрофических заболеваний вульвы должно быть комплексным, патогенетическим и направлено в первую очередь на восстановление нервной проводимости, и соответственно, трофики пораженных тканей.

УРОВЕНЬ ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Шарапова Л.Е., Рузмыкина Т.И., Бухарова Л.А.

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО СГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Литературные данные о влиянии аутоиммунных механизмов в этиологии склеротического лишая (СЛ) и плоскоклеточной гиперплазии (ПГ) вульвы весьма противоречивы. В практической деятельности эти заболевания называют по-прежнему: лейкоплакия и крауроз вульвы.

Scrimini F. et al (2000) на основании иммуногистохимических исследований ткани вульвы при СЛ, а именно, отсутствие в биоптатах вульвы CD 19 и CD 21 не подтвердили ведущую роль аутоиммунного характера заболевания. Вместе с тем, Cohen I. R., Young D. B. (1991), A Zurdia, Luzzi, B. Welch et al A. (1999) склоняются к аутоиммунному компоненту заболевания. В биоптатах пораженной заболеванием вульвы определили HLA-DQ7. На этом основании считали, что данное обстоятельство может отразить иммунопатогенез и связь этого патологического процесса с аутоиммунными заболеваниями.

Цель настоящего исследования – оценить общий аутоиммунный статус организма по уровню циркули-

рующих органных аутоантител у больных с лейкоплакией и краурозом вульвы.

Материал и методы

Под нашим наблюдением и лечением находилось 38 пациентов в возрасте от 45 до 72 лет. Крауроз в сочетании с лейкоплакией наблюдался у 22 больных (57,8%). Крауроз в чистом виде отмечался лишь у 2 пациенток (6,6%). Лейкоплакия вульвы отмечалась в 13 случаях (34,2%). Контрольная группа была составлена из 15 практически здоровых доноров в возрасте от 40 до 50 лет.

Всем пациентам выполнено полное клинико-лабораторное обследование, в том числе определен аутоиммунный статус организма.

Длительность заболевания в исследуемой группе была различна и составляла в среднем около семи лет. Практически у всех больных отмечались аутоиммунные заболевания. Сахарным диабетом страдали 15 больных (39,4%), с равной частотой отмечались ревматоидный артрит и заболевания щитовидной железы у 11 женщин (30%). Витилиго выявлено у одной пациентки. У каждой третьей больной отмечались заболевания кожи: нейродермит, экзема, у двух пациенток рак кожи в анамнезе.

Все больные имели сопутствующую возрастную экстрагенитальную патологию: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз коронарных сосудов, сосудов головного мозга – у 32 (86%), артериальная гипертензия – у 24 (63%). Практически у каждой второй пациентки выявлен хронический холецистит, панкреатит, колит.

Тканевые аутоантигены человека, предназначенные для выявления истинных аутоантител, были экстрагированы из соответствующих органов без их предварительной обработки (Патент Государственного комитета по делам изобретений и открытий от 02.10.02 г. № 2002126234).

Для наблюдения за аутоиммунным статусом были использованы авторские диагностические «Step» системы с соответствующим набором аутоантигенами: печени, почек, легких, сердца, желудка, щитовидной железы и мозга, позволяющие выявлять комплементарные им противоорганные аутоантитела органов и тканей в сыворотке больного.

Статистическая обработка результатов проводилась на ПЭВМ с использованием программного пакета «EXCELL» и вычислением среднего значения показателей (M), стандартной ошибки среднего (m). Статистически значимая достоверность различий в группах оценивалась по двухвыборочному t-тесту Стьюдента и коэффициенту достоверности (p).

Полученные результаты

У всех женщин определяли уровень аутоантител к печени, почкам, сердцу, желудку, щитовидной железе. У здоровых людей аутоантитела к исследованным органам в сыворотках крови имеют незначительные титры и, как правило, их уровень не превышает значений 1:16 (трехкратное разведение). Нами установлено, что усредненные значения кратностей разведений титров аутоантител возрастают на 1 – 1,5 единицы в основной группе по сравнению с контрольной практически по всем изученным органам (p < 0,05). Вероятно, что высокие уровни аутоиммунного материала в сыворотке крови опреде-

ляют уровень эндоинтоксикации, и приводят к развитию аутоиммунного эндотоксикоза с нарушением общего гомеостаза организма.

Заключение

Таким образом, уровень, выявляемых гомологичных органоспецифических аутоантител может являться универсальным интегральным критерием оценки реактивности организма и показателем суммарного состояния здоровья органов и систем. Высокие титры аутоантител и соответствующие им средние уровни кратности их разведения в сыворотки крови свидетельствуют о развитии аутоагрессии и риске развития эндотоксикоза. У пациентов с дистрофическими неопухольевыми заболеваниями вульвы имеются изменения аутоиммунного профиля состояния организма, проявляющиеся практически двукратным увеличением уровня циркулирующих аутоантител в организме.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д.

*Кыргызская Республика, г.Бишкек, Национальный Центр
Охраны Материнства и Детства,
Кыргызская Государственная Медицинская Академия*

Известна тесная связь экологического неблагополучия с неблагоприятными перинатальными исходами. Очевидна и необходимость поиска новых методов предупреждения пагубного влияния нарастающего экологического неблагополучия на организм женщин и ее потомство, причем не только в период внутриутробного развития плода, но и в преовуляторном периоде.

Цель – определение эффективности разработанного нами метода снижения перинатальных потерь у жительниц неблагоприятного региона.

Объект исследования – 102 женщины с нарушениями функции репродукции, не менее 3-х лет проживающие в экологически неблагоприятном регионе г.Бишкека, в том числе 37 (36,4%) – страдающих невынашиванием беременности, 27 (26,3%) – лечившихся по поводу I и II бесплодия, 24 (23,4%) с перинатальными потерями, 10 (9,8%) – потерявших детей на первом году жизни от перинатальных причин, 3 (2,9%) – с наличием детей с ВПР и 1 (1,2%) – с сочетанной патологией плода.

Женщины были разделены на 2 репрезентативные группы по всем параметрам репродуктивного анамнеза и соматического здоровья, из которых 52 – получали эфферентную, метаболическую и антиоксидантную терапию (основная группа) и 50 женщин (контроль) наблюдались в ГСВ в соответствии с современной методологией.

Основной принцип разработанного нами метода реабилитации женщин с нарушениями функции репродукции сводился к оздоровлению женщин в случаях наличия соматической и гинекологической патологии, к выведению из организма ксенобиотиков путем

энтеросорбции для чего использовались БАД корпорации Витамакс XXI век, утвержденные для применения департаментом лекарственного обеспечения МЗ КР: Nutzi – Cleanse, Aloe Vera concentrate с Папая с последующим введением витаминно-минерального комплекса Vitabalance – 2000, антиоксиданта Magnum E, при гипотонии, анемии, раннем токсикозе- Green Magic, при ХФПН – Golden Ginkgo biloba на фоне традиционной терапии.

В зависимости от времени проведения коррекции питания основная группа была разделена на подгруппы 13 женщин с прекоцепционной подготовкой, 17- в первом и 21 во втором триместре беременности.

Эффективность разработанного метода оценивалась по частоте осложненного течения беременности и родов, нарушений развития плода, неблагоприятного исхода их для матери и плода.

Установлено, что при практически одинаковой частоте абдоминального родоразрешения (23,0 и 24,0 %) рождения живых и доношенных детей у женщин основной группы реже рождались дети в состоянии гипоксии (11,1% и 24,0 %) и с наличием патологических состояний (20,4 и 38,0%) с синдромом дизадаптации (7,4 и 18,0%), ЗВУР (9,2% и 16,0%). В конечном итоге все 54 ребенка (две двойни), рожденные женщинами основной группы выписаны из роддома домой, в то время как 9 новорожденных женщин контрольной группы переведены на 2-й этап выхаживания, из них 3 погибли в раннем неонатальном периоде.

Лучшие результаты получены у женщин с прекоцепционной подготовкой.

Всё выше изложенное подтверждает эффективность предупреждения перинатальных потерь в неблагоприятных экологических условиях даже у женщин с нарушением репродуктивной функции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САЛЬПИНГОФОРИТОВ

**Шатунова Е.П., Макарова Н.В.,
Степанова Ю.В., Шишкина А.А.**
*Россия, Самара, Кафедра акушерства
и гинекологии ИПО СамГМУ*

Воспалительные заболевания придатков матки остаются одной из важнейших проблем в гинекологии в связи с их высокой частотой и многогранным влиянием на здоровье женщин репродуктивного возраста. В связи с этим, актуальность поиска оптимальных методов лечения воспалительных заболеваний придатков матки не вызывает сомнений.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов терапии путем применения в комплексном лечении данной патологии гравитационной терапии.

Материал и методы исследования. Изучены клинические данные, показатели качества жизни и результаты лечения у 95 пациенток с хроническим сальпингофоритом. Группу сравнения (контрольную) составили 70 пациенток, которые получали только

традиционную терапию, основную группу – 25 женщин, которым, наряду с традиционным лечением, проводилась гравитационная терапия. Традиционная терапия включала в себя антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, иммуномодуляторы, физиолечение. Курс гравитационной терапии в основной группе составил 7 сеансов, частота вращений – 36 оборотов в минуту в течение 10 минут. Для моделирования гипергравитации в клинической практике мы использовали специальный стенд, представляющий собой центрифугу короткого радиуса (Левашов Н.В., 1986; Галкин Р.А. и соавт., 1997). Пациентка располагалась на ложементе центрифуги в горизонтальном направлении так, что голова находилась на оси вращения, а ноги – на периферии. При этом происходило перераспределение циркулирующей крови, с преимущественным ее депонированием в ногах и органах малого таза. В результате увеличивался диаметр и количественная активность сосудов коллатерального и микроциркуляторного русла, развивалась более густая сосудистая сеть, улучшался периферический кровоток (Макаров И.В., 2004).

Результаты исследования.

Применение гравитационной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний придатков матки способствовало более быстрому купированию болевого синдрома (в среднем на $2,9 \pm 0,2$ -е сутки и на $7,8 \pm 0,3$ -е сутки в группе сравнения ($p < 0,05$)). Нормализация температуры тела наблюдалась в среднем на $3,1 \pm 0,4$ -е сутки, в то время как в группе сравнения – на $4,8 \pm 0,6$ -е сутки ($p < 0,05$). Средняя общая продолжительность лечения в стационаре женщин основной группы составила $11,4 \pm 0,5$ дня, (группа сравнения – $10,7 \pm 0,3$ дня). При исследовании показателей качества жизни больных, которые оценивались сразу после лечения и через месяц после окончания терапии, выявлены различия в контрольной и основной группах. Максимальные изменения отмечены по шкалам «энергичность» ($27,6 \pm 3,42$ в основной и $32,4 \pm 1,59$ в контрольной группе), «болевы́е ощущения» ($13,4 \pm 1,20$ в основной и $18,3 \pm 1,97$ в контрольной группе) и «эмоциональные реакции» ($14,3 \pm 2,83$ в основной и $18,6 \pm 2,42$ в контрольной группе). Положительная динамика отмечена у больных и по шкале «физическая активность». Через месяц после окончания лечения положительные сдвиги были более значительными у пациенток основной группы, также появилось выраженное улучшение по шкале «сон» ($9,8 \pm 1,89$ в основной группе и $16,8 \pm 2,54$ в контрольной группе).

Таким образом, применение гравитационной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний придатков матки является эффективным методом лечения, позволяющим добиться более выраженного противовоспалительного, анальгетического эффектов, уменьшить медикаментозную нагрузку на организм, значительно повысить качество жизни данной категории больных и снизить финансовые затраты на лечение.

ПРИЧИНЫ РОСТА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Шатунова Е.П., Степанова Ю.В.
Россия, Самара, Кафедра акушерства
и гинекологии ИПО СамГМУ

Инфекционная патология репродуктивной системы женщины относится к числу важнейших медико-социальных проблем современности (О.И.Линева, 1999). В структуре воспалительных заболеваний женских половых органов ведущее место занимает хроническая инфекция придатков матки, которая отличается длительным, прогрессирующим течением и приводит к потере специфических функций женского организма.

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов риска, способствующих развитию воспалительных заболеваний придатков матки.

Материал и методы исследования. Изучены истории болезни у 420 пациенток с гнойными (1 группа) и у 100 с серозными (2 группа) tuboовариальными воспалительными образованиями (ТОВО). В качестве причин, влияющих на формирование ТОВО, мы рассматривали возраст, паритет, социальное положение, своевременность обращения за медицинской помощью, предшествовавшее лечение в женской консультации, связь с началом менструального цикла, наличием внутриматочного контрацептива (ВМК) и инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Результаты исследования. Выявлено, что в обеих группах преобладают пациентки активного репродуктивного возраста (45%). При гнойных ТОВО обращает на себя внимание высокий процент (34%) больных старше 40 лет. Анализируя семейный статус, мы обнаружили, что 37,2% пациенток были не замужем. Наиболее часто деструктивным формам воспалительных заболеваний по социальному составу были подвержены продавцы, работающие по непостоянному найму и на открытом воздухе. Свое заболевание пациентки связывали с угрозой безработицы, вынужденным отказом от больничных листов и от госпитализации. Позднее обращение за медицинской помощью выявлено в трети наблюдений, так как данная группа женщин прибегала к самолечению. Подавляющее число больных (85%) отмечали начало заболевания на 5-10 день менструального цикла. По причине «клинических масок» 67% пациенток обращались к врачам других специальностей, которые проводили им длительное лечение по профилю своей патологии, что способствовало развитию осложнений, поздней госпитализации, увеличению среднего пребывания на койке, а в ряде случаев – выполнению радикальных операций с лишением репродуктивной функции. Неблагоприятным фоном развития гнойных ТОВО была сопутствующая генитальная и экстрагенитальная патология (93%). Обращает на себя внимание высокий процент ОРВИ, заболеваний органов дыхания, щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, детских инфекций. В ряде случаев развитие ТОВО было связано с медицинскими абортами, родами, внутриматочными, вмешательствами, гистероскопией, введением ВМК.

Сведения о контрацепции были следующие: в 1 группе частота использования ВМК составила 15%, во второй – 48%. Продолжительность использования вну-

триматочного контрацептива в 2,5 раза преобладала у женщин с гнойными ТОВО и составила в среднем 6,78 лет. Несомненно, что микробный фактор играет ведущую роль в развитии воспалительных образований придатков матки. В результате исследования у 82 пациенток 2 группы и у 376 из первой выявлена хроническая урогенитальная инфекция. Правильность определения данных факторов риска была подтверждена математическим моделированием.

Таким образом, подводя итог нашему исследованию, мы считаем, что знание факторов риска, изменение стереотипов в тактике ведения больных с воспалительными заболеваниями женской половой сферы, проведение должных профилактических мероприятий позволит снизить частоту формирования инфекционной патологии репродуктивной системы женщины.

РОЛЬ МУЖСКОГО ФАКТОРА В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Шейко Л.Д., Сударикова Е.Г.,
Бызова Т.Е., Мазуров Д.О.

Россия, г.Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

В последние десятилетия методы вспомогательных репродуктивных технологий находят все более широкое применение для лечения бесплодия супружеских пар. Показаниями для применения методов ВРТ являются женское бесплодие различного генеза и некоторые формы мужской инфертильности. В литературе последних лет широко обсуждается вопрос оценки показателей спермограмм для определения критериев отбора спермы для различных процедур ВРТ.

Целью нашего исследования явилась оценка роли мужского фактора в супружеских парах, получивших лечение методом ЭКО и ПЭ в ФГУ НИИ ОММ в VI-XII 2008г.

Материал и методы. Исследуемые группы были сформированы по результатам спермограмм: в первую группу включены супружеские пары с нормозооспермией (N=168), вторую – составили пары с патозооспермией (N=120).

Фертильность эякулята мужчин из супружеских пар с бесплодием оценивали по показателям в соответствии с критериями Руководства ВОЗ по лабораторному исследованию эякулята человека и взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью (четвертое издание). Количественные и морфо-функциональные показатели определяли на автоматическом спермоанализаторе SPERM QUALITY ANALYZER SQA II B (Израиль).

Результаты. Проведено обследование 288 супружеских пар, которым проведена программа ЭКО завершившаяся переносом эмбрионов в полость матки. По результатам ретроспективного анализа 288 спермограмм были выделены 2-е группы пациентов. Первую группу составили 168 (53,3%) мужчин с нормозооспермией, во вторую группу вошли 120 (41,6%) человек с патозооспермией. Патология была пред-

ставлена в основном сочетанными формами: астено-тератозооспермия – 58,3%, олигоастенотератозооспермия – 15,8%, изолированно астенозооспермия отмечена в 25,8% случаев.

По степени тяжести патологических изменений 2ая группа с патозооспермией была разделена на три подгруппы. В первую подгруппу -2а вошли 89 пациентов (74,1%), у которых нарушения процесса сперматогенеза имели незначительный характер и выражались в основном в снижении относительного содержания активно-подвижных клеток в эякуляте (31-49%). У 20 (16,6%) человек второй подгруппы -2б нарушения имели среднюю степень тяжести (концентрация клеток 12-42 млн/мл, процент клеток категории А+Б – 12-29%, с нормальной морфологией – 17-29%). Третью подгруппу –2с составили 11 человек (9,1%), у которых отмечались выраженные изменения основных показателей спермограммы (концентрация клеток 8-10 млн/мл, содержание клеток категории А+Б – 15%, морфологически нормальных – не более 15%).

Частота оплодотворения в I и II группах составили 69,2% и 61,9% соответственно ($p > 0,05$). При сравнении этого показателя в исследуемых подгруппах мы не наблюдали достоверных различий.

Частота наступления беременности в программах ЭКО в группе с нормозооспермией и патозооспермией не имела различий и составила в 1 группе 31%, а во 2 группе – 29,7%. Отдельно были проанализированы результаты программ ЭКО в подгруппах (2а, 2б, 2с). Были получены следующие данные: в подгруппе 2а процент наступивших беременностей составил 23,3%, в подгруппе 2б – 5,8%, в подгруппе 2с – 0,8%. Было зафиксировано наступление беременности при следующих минимальных значениях спермограммы: концентрация клеток – 10 млн/мл, содержание активно подвижных (категория А+Б) клеток – 15% и 16% клеток с нормальной морфологией.

Выводы По данным исследования мужской фактор в генезе бесплодия супружеских пар достигает 41,6%. При равных показателях оплодотворения, частота наступления беременности имеет прямую зависимость от степени нарушения сперматогенеза.

К ВОПРОСУ О РОЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПАТОЗОСПЕРМИИ

Шейко Л.Д., Нигматова Е.А., Шипицына Е.А., Беломестнов С.Р.

Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» (ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий») г. Екатеринбург, Российская федерация

Репродуктивные проблемы в браке, включающие бесплодие, невынашивание беременности и перинатальную патологию, являются важной составляющей демографических процессов, поэтому попытки их решения имеют не только медицинскую, но и социальную значимость. Примерно у 20-25% супружеских пар основной причиной бесплодия является мужской

фактор, который в сочетании с женским фактором дополнительно проявляет себя еще в 30-40% случаев. Причины, которые ведут к снижению качества спермы, до настоящего времени не ясны. Принято считать, что факторы образа жизни (стресс, питание, курение, алкоголь) оказывают неблагоприятное воздействие на мужскую репродуктивную систему, в то же время существует гипотеза воздействия химических факторов окружающей среды, которое обусловлено нарушением обмена веществ в организме, и как следствие развитие хронических заболеваний.

Целью настоящей работы явилось изучение основных биохимических показателей крови у мужчин, состоящих в бесплодном браке, и их взаимосвязь с показателями спермограммы.

Обследовано 50 мужчин из бездетных супружеских пар, которые обратились в женскую консультацию по поводу бесплодия в течение 2-4 лет. Анализ спермограмм проводился в соответствии с рекомендациями руководства ВОЗ (2001). Определялись основные показатели эякулята: объем исследуемого материала, концентрация и общее количество сперматозоидов в пробе, а так же морфо-функциональные характеристики половых клеток – процент активно-подвижных и морфологически нормальных сперматозоидов. Забор крови и получение сыворотки осуществляли стандартизированным способом. В сыворотке крови определяли следующие показатели: уровень глюкозы, билирубин общий и прямой, трансаминазы (АсТ, АлТ), гаммаглутаминтрансфераза (γ ГТ), холестерин, триглицериды (ТГ), креатинин. В плазме крови и на эритроцитах определяли концентрацию веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) на длине волны 254 и 280 нм.

По результатам спермограмм обследуемые мужчины были разделены на две группы: 1 группа – с нормозооспермией и 2 группа – с патозооспермией. У пациентов второй группы отклонения от нормы основных биохимических показателей наблюдаются значительно чаще: АсТ в 1,6; АлТ в 1,2; γ ГТ в 3,6; холестерин в 3,7; триглицериды в 9 раз чаще по сравнению с таковыми у мужчин первой группы. Среднее значение ВНиСММ в плазме у мужчин 2 группы по отношению к 1 группе выше в 1,4 раза на длине волны 254 нм и в 1,6 раз на длине волны 280 нм. Показатели ВНиСММ на эритроцитах на длинах волн 254 и 280 нм у пациентов 1 и 2 групп не имели различий.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что у мужчин с субфертильными показателями эякулята значительно чаще встречаются нарушения липидного обмена, регистрируется повышенный уровень цитолитических ферментов и ВНиСММ в плазме и на эритроцитах.

ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Шехтер М.С., Салов И.А.,

Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета

В структуре онкологической заболеваемости злокачественные опухоли шейки матки составляют 15% и среди поражений органов репродуктивной системы стабильно занимают третье место после рака молочной железы и рака эндометрия. Несмотря на успехи современной онкогинекологии, процент выявления запущенных форм рака шейки матки остается достаточно высоким и достигает по России 39,5%.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей эхографии в комплексной диагностике распространенной онкопатологии шейки матки.

Под нашим наблюдением находилось 88 женщин с распространенным раковым процессом шейки матки. Основную группу составили 68 больных с диагнозом: Рак шейки матки IIb – IV ст., с выраженным геморрагическим синдромом. Группа сравнения (n=20) состояла из больных с запущенными формами рака шейки матки, без клиники маточного кровотечения. Группы были сопоставимы по возрасту, социальному положению, а также сопутствующей генитальной и соматической патологии. Кроме того в обследование были включены женщины без тяжелой сопутствующей патологии, которые составили контрольную группу (n=17). Комплексное обследование пациенток с запущенными формами рака шейки матки проводилось по специально разработанной карте и включало, прежде всего, тщательный сбор анамнеза, результаты объективного и специального исследований, в том числе УЗИ с доплерометрией. Ультразвуковые исследования выполнялись на аппарате НІТАСНІ – 5500 с применением широкополосных, сверхвысокоплотных конвексных датчиков 3,5- 5,0 МГц и полостных датчиков 5,0 – 7,5 МГц.

Результаты ультразвуковой диагностики, включающей двухмерную эхографию, внутрисполостную и цветную эходопплерографию позволили выделить два типа опухолей шейки матки, в зависимости от особенностей кровоснабжения. У больных с запущенными формами рака шейки матки в сочетании с геморрагическим синдромом превалировал гиперваскулярный тип опухоли: в основной группе характерные признаки доплерографии диагностированы в 56 случаях (82,4%). Как известно, для гиперваскулярных образований характерно наличие значительного количества, хаотично расположенных сосудов с усилением линейной скорости кровотока (ЛСК) и повышением индекса периферического сопротивления (ИПС), что в свою очередь может способствовать возникновению массивных кровотечений при данной патологии. Гиповаскулярный тип опухолей в основной группе наблюдался значительно реже – 12 (17,6%). У пациенток с раком шейки матки без клиники маточных кровотечений гипер-

васкулярный тип опухоли констатирован в 4 наблюдениях (20%), а гиповаскулярный тип образований – в 16 случаях (80%).

Кроме того, с помощью доплеровских методов оценивался ход и состояние стенки подвздошных и маточных артерий для выявления атеросклеротического процесса и решения вопроса о возможности эмболизации. В каждой артерии мы исследовали спектральный анализ кровотока с измерением линейной скорости кровотока (ЛСК) и индекса периферического сопротивления (ИПС). При оценке ЛСК основное внимание уделялось изменению только углозависимых параметров: максимальной скорости кровотока (V max) и минимальной скорости кровотока (V min). Для качественной оценки кровотока использовали ИПС. Расчет параметров маточной гемодинамики представляли средней величиной между правой и левой маточными артериями.

В результате проведенного анализа качественных показателей маточной гемодинамики были получены следующие результаты: максимальная скорость кровотока в маточных артериях при раке шейки матки колебалась в пределах от 23 до 86 см/сек и в среднем составила в основной группе $66,16 \pm 1,94$ см/сек, в группе сравнения – $64,65 \pm 2,61$ см/сек, что значительно превышало данный показатель в контрольной группе ($P < 0,05$). Вместе с тем средние показатели минимальной скорости кровотока были значительно выше в группе женщин без выраженной генитальной патологии ($20,27 \pm 0,62$ см/сек), в то время как в основной группе, а так же группе сравнения наблюдалось снижение V min в 3 раза, соответственно – $6,87 \pm 0,19$ см/сек, $6,56 \pm 0,27$ см/сек ($P < 0,05$).

ИПС составил в контрольной группе $0,55 \pm 0,01$, а у больных с запущенными формами рака шейки матки – $0,89 \pm 0,01$ ($P < 0,05$), что свидетельствует о достоверном повышении периферического сопротивления в маточных артериях при злокачественном поражении внутренних гениталий. Достоверности разницы показателей маточной гемодинамики (ЛСК и ИПС) у больных основной группы и группы сравнения мы не наблюдали ($P > 0,5$).

Таким образом, при запущенных формах рака шейки матки во всех наблюдениях отмечается достоверное усиление максимальной скорости кровотока и индекса периферического сопротивления по сравнению с контрольными показателями. В тоже время, у больных с геморрагическим синдромом превалирует гиперваскулярный тип опухолей шейки матки. Комплексная ультразвуковая диагностика, включающая двухмерную эхографию, внутрисполостную, цветную эходопплерографию, позволяет не только диагностировать и определять распространенность опухолевого процесса, но и обеспечивать правильный выбор лечебной тактики.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РЕЦИДИВИРОВАНИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Ширинг А.В., Орлов В.И., Ермолова Н.В.

ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия

Наиболее распространенным вариантом наружного генитального эндометриоза (НГЭ) являются эндометриоидные кисты яичников (ЭКЯ), составляющие 32 – 65,4% случаев (В.П.Баскаков и соавт., 2002; Р.Г.Гатаулина, 2003; Л.В.Адамян и соавт., 2006), которые характеризуются рецидивирующим течением (83,3%)(А.Н.Стрижаков и соавт.,1996; В.Н.Серов, Л.И.Кудрявцева, 2001; Л.В.Адамян и соавт., 2001; А.И.Ищенко и соавт., 2002). По данным Л.В.Адамян и соавт. (2004) рецидив эндометриоза обнаруживается у 20,5% пациенток после только хирургического лечения, тогда как после комбинированного – у 16,2% больных. Наиболее часто рецидивы ЭКЯ возникают после резекции одного или единственного (56%) яичника.

Целью исследования явилось изучение роли ангиогенных соединений в рецидивировании ЭКЯ.

Обследованы 52 пациентки (средний возраст $30,1 \pm 0,4$ года) с гистологически подтвержденными ЭКЯ, у 12 из которых обнаружен рецидив. Контрольную группу составили 20 пациенток без эндометриоза (средний возраст $28,5 \pm 0,9$ года).

Уровни рецептора сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР-R), трансформирующего фактора роста β (ТФР- β) в сыворотке крови и перитонеальной жидкости (ПЖ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «Bender MedSystems» (Austria), СЭФР – «R&D-Systems» (USA). Эндогенный уровень оксида азота в форме нитрит-аниона (NO-) определяли с помощью реакции Грисса. Активность нитрооксидсинтазы (NO-синтаза) измеряли по увеличению продукции оксида азота из L – аргинина в присутствии NADPH. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 6.0). Однородность дисперсий определяли по критерию Фишера. Проводилась оценка показателей общей статистики, медианы (квартиль 50%), квартили 75% и 25%. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Манна-Уитни и Краскела – Уоллеса для непараметрических распределений. Результаты оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Все пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по исходной клинической характеристике. В группе пациенток с рецидивом ЭКЯ 50% перенесли ранее лапаротомию, 75% – лапароскопию по поводу эндометриоза. У 33,3% больных имело место сочетание этих оперативных вмешательств. В контрольной группе ранее оперативные вмешательства перенесли 3,6% пациенток. В послеоперационном периоде 41,6% больных с эндометриозом получали гормональную терапию – золадекс (от 3 до 6 инъекций), 8,3% – бусерелин, 16,7% пациенток получали норколут, ригевидон – 8,3%. Время развития рецидива – от 0,5 года до 6 лет, в среднем составило $3,4 \pm 0,3$ года. Объем ПЖ у па-

циенток с рецидивом НГЭ составил $42,6 \pm 0,5$ мл, тогда как у больных в контрольной группе – $18 \pm 0,6$ мл. При гистологическом исследовании удаленных гетеротопических образований у 50% пациенток с рецидивом были обнаружены «старые» эндометриоидные кисты, лишенные эпителиальной выстилки с отложениями гемосидерина.

Результаты исследования паракринных клеточных регуляторов метаболизма показали, что у пациенток с рецидивом ЭКЯ в сыворотке крови обнаружен рост продукции ангиогенных факторов – СЭФР в 5 раз, ТФР- β – в 4,2 раза. Высокий уровень ТФР- β усиливает экспрессию СЭФР, модулирующего пролиферацию гладкомышечных клеток сосудистой стенки, обеспечивая формирование сосудистого компонента гетеротопий, обуславливающего их активный рост. Выраженная степень роста СЭФР при рецидивировании ЭКЯ усиливает нарушение аутопаракринной клеточной регуляции ангиогенеза и способствует усилению ангиогенного потенциала. С другой стороны – ТФР- β подавляет активность NO-синтазы, что приводит к недостаточной продукции NO на системном уровне в процессе пролиферации эндометриоидных образований. Избыток ТФР- β будет способствовать повышению синтеза коллагена, так как данный полипептид считают самым мощным регулятором этого процесса. Указанный метаболический эффект обусловлен ингибирующим влиянием ТФР- β на активности NO-синтазы и повышением активности L – аргиназы, в результате чего индуцируется другой путь превращения L-аргинина при его взаимодействии с L – аргиназой и с участием орнитинаминотрансферазы, приводящий к образованию L-пролина, являющегося субстратом для синтеза коллагена в тканях (основного вещества межклеточного матрикса). Выявленные изменения метаболизма ангиогенных факторов при рецидиве ЭКЯ играют важную роль на системном уровне и обусловлены, возможно, генетической предрасположенностью.

На местном уровне (ПЖ) выявленные изменения характеризовались высоким содержанием СЭФР-R (в 12 раз выше контроля), значительной продукцией NO и повышением активности NO-синтазы. Растворимый рецептор СЭФР относят к антиангиогенным маркерам (В.А.Бурлев 2006), в связи с чем высокое содержание данного рецептора в ПЖ при рецидивировании ЭКЯ можно отнести к компенсаторным реакциям, развивающимся в паракринной регуляции ангиогенеза в эндометриоидных гетеротопиях. Высокая активность NO-синтазы обусловлена чрезмерным образованием при НГЭ половых стероидов, контролирующих её функцию, приводит к значительному синтезу оксида азота, избыток которого вызывает оксидантный стресс и выступает как антиапоптотический фактор.

Обнаруженные изменения (увеличение продукции важнейших ангиогенных факторов (СЭФР, ТФР- β)) факторов как на системном, так и на местном уровнях у пациенток при рецидивировании эндометриоидных кист яичников, сочетающиеся с выраженными патоморфологическими изменениями (склерозом и фиброзом тканей), очевидно, являются специфическим механизмом формирования данного заболевания.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ К ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Шмаков А.Ю.

Россия, г. Москва, Медицинский женский центр

Лапароскопическое хирургическое лечение бесплодия на сегодняшний день – наиболее частый способ восстановления репродуктивной функции женщин. Несмотря на очевидные преимущества лапароскопических операций, общее количество осложнений, в том числе и тромботических, при хирургической лапароскопии может превышать частоту осложнений после традиционных вмешательств и составляет 15-29,6%.

Цель исследования: совершенствование профилактики тромботических и тромбоэмболических осложнений при хирургическом лечении бесплодия с учетом выявления генетических форм тромбофилии и циркуляции антифосфолипидных антител (АФА).

Материал и методы: Было обследовано 78 женщин с бесплодием и синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Определялся широкий спектр генетических мутаций и полиморфизмов, ассоциированных с повышенным риском тромбоза (мутации FV Leiden, протромбина G20210A, MTHFR C677T, полиморфизмы генов PAI-1 «675 4G/4G», «675 4G/5G», фибриногена «455 G/A», тромбоцитарных рецепторов GrIa «807C/T» и GrIIa «1565T/C», ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) «D/D», «I/D», тканевого активатора плазминогена (t-PA), рецептора к ангиотензину I «1166A/C», фактора некроза опухоли α (ФНО- α) «308 G/A») и циркуляция АФА.

Результаты: Генетическая тромбофилия была обнаружена у абсолютно всех пациенток с СПКЯ и носила мультигенный характер, обуславливающий сочетание нарушений естественной противотромботической защиты и активации протромботических механизмов. В структуре генетической тромбофилии превалировал полиморфизм гена PAI-1 (94,9%), в 57,7% случаев – гомозиготной формы. У 68,2% женщин был выявлен полиморфизм «I/D» в гене t-PA, у 64,1% – полиморфизм гена фибриногена «455 G/A», у 60,3% – мутация гена MTHFR C677T, у 52,5% – мутация FV Leiden, у 37,2% – полиморфизм гена АПФ «D/D», «I/D», у 26,9% – полиморфизм «1166A/C» рецептора к ангиотензину II, у 55,1% – полиморфизм гена ФНО- α . Полиморфизмы тромбоцитарных гликопротеинов GP Ia «807 C/T» и GP IIa «1565 T/C» выявлены у 68% и 39,8% соответственно. У 1 пациентки – мутация протромбина G20210A.

У 42,3% пациенток была выявлена циркуляция АФА, в структуре АФА 17,9% составил волчаночный антикоагулянт, 19,2% – антитела к фосфолипидам, 15,4% – антитела к аннексину V, 10,3% – к кофактору протромбина, 10,3% – к β 2-гликопротеину 1.

У всех пациенток на кануне лапароскопической операции выявлялись повышенные Д-димер и ТАТ в отсутствии клинических симптомов тромбоза.

Всем проводилась противотромботическая профилактика низкомолекулярным гепарином (НМГ) Фраксипарином наряду с витаминами и антиоксидантами до нормализации уровней маркеров тромбофилии. Лапароскопическая операция проводилась через сутки после отмены НМГ. Противотромботическая профилактика возобновлялась через 8 часов после операции.

Заключение: Пациентки с бесплодием и СПКЯ составляют группу высокого риска возникновения макро- и микротромбозов в периоперационном периоде вследствие тромбофилии смешанного генеза (сочетания приобретенной и генетической форм).

Противотромботическая профилактика, проводимая накануне лапароскопической операции и в послеоперационном периоде, позволяет минимизировать тромботический риск и избежать тромботических осложнений в периоперационном периоде.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Шогенова Ф.М.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

Одним из наиболее серьезных факторов риска родового травматизма новорожденного является тазовое предлежание плода. Неблагоприятные отдаленные последствия у детей, рожденных в тазовом предлежании, могут проявляться центральными парезами, эпилепсией, гидроцефалией, отставанием в умственном развитии, врожденным вывихом тазобедренных суставов. Согласно статистическим данным, роды в тазовом предлежании встречаются в 2,7 – 5,4% случаев, частота кесарева сечения при тазовом предлежании составляет до 85%.

Цель исследования: оценка физического развития и состояния здоровья детей, родившихся через естественные родовые пути в тазовом предлежании.

Нами проведен ретроспективный анализ 100 историй родов женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода в родовспомогательных учреждениях КБР в 1990-1991 гг и проспективный анализ 100 амбулаторных карт МУЗ Детская поликлиника №1 г. Нальчика и студенческой поликлиники КБГУ за 2007- 2008 гг.

В специально разработанные анкеты были внесены сведения о возрасте родителей, их профессии, состоянии здоровья, вредных привычках, паритете, течении беременности и родов, состоянии плода и новорожденного, его антропометрических данных, периоде новорожденности, особенностях физического и психического развития, полового созревания и состоянии здоровья детей.

Среди родоразрешенных в возрасте от 20 до 24 лет было 48 женщин, 25 – 29 лет – 39 женщин, 30 – 34 лет – 13. Отцов в возрасте от 20 до 24 лет было 21, 25 – 29 лет – 45, 30 – 34 лет – 25, старше 35 лет – 9. Первородящих было 49, вторые роды – у 31 женщины, третьи – у 18, четвертые – у двоих. Чисто ягодичное предлежание было в 72 случаях, смешанное ягодичное – в 23, нож-

ное – в 5. В структуре экстрагенитальной патологии у матерей – анемии – у 19, пиелонефриты – у 10, вегетососудистые дистонии – у 7. Привычное невынашивание плода в анамнезе было у 13 женщин. Роды двойней – в 6 случаях. Резус-отрицательная принадлежность крови у матери – в 8 случаях. Ранние гестозы осложняли течение беременности у 21 беременной, поздние гестозы – у 14, угроза прерывания беременности в 1 триместре – у 12, во втором триместре – у 8, в третьем – у 19. Обвитие пуповины вокруг шеи плода – в 17 случаях, короткая пуповина – в 4 случаях, преждевременные роды в 9 случаях, аномалии излития околоплодных вод – в 14 случаях, аномалии родовой деятельности – в 7. Дистресс плода отмечен в 18 случаях. Ручное пособие при чисто ягодичных предлежаниях было оказано в 71 случае, при смешанном тазовом предлежании – в 23 случаях. Пособие при ножных предлежаниях оказано в 5 случаях, в 1 случае произведена экстракция плода за тазовый конец в связи со слабостью родовой деятельности во II периоде родов, острой гипоксией плода. Родовая опухоль в области ягодиц и промежности у новорожденных отмечена в 17 случаях, кефалогематома – у 1 ребенка в связи с затрудненным выведением последующей головки плода. Среди новорожденных мальчиков было 36, девочек – 64. С оценками по шкале Апгар 8 – 9 баллов родилось 5 новорожденных, 8 – 8 баллов – 23 ребенка, 7 – 8 баллов – 39 детей, 7 – 7 баллов – 14, 6 – 7 баллов – 10 детей, 5 – 7 баллов – 5 детей, 5 – 6 баллов – 3 детей, 3 – 5 баллов – 1 ребенок. С массой от 2000 г до 2500 г родилось 8 новорожденных, от 2550 г до 2950 г – 26 детей, от 3000 г до 3500 г – 39 детей, от 3550 г до 3750 г – 16 детей, от 3800 г до 4000 г – 8 детей, более 4000 г – 3 детей. Длина тела новорожденных 44 см – у 3 детей, 45 см – у 2, 46 см – у 3, 47 см – 5, 48 – у 15, 49 см – у 17, 50 см – у 27, 51 см – у 17, 52 см – у 9, 53 см – у 2. Аспирационный синдром отмечен у 2 детей, нарушение мозгового кровообращения – у 2 детей, синдром внутрочерепной гипертензии – у 11 детей, недоношенность – у 9 детей, незрелость – у 1 ребенка. Дисплазия тазобедренных суставов I степени диагностирована у 6 детей, II степени – у 3, III степени – у 4, врожденная кривошея – у 3 детей, косоглазие – у 1 ребенка. Выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки 6 детей, на 6-е – 27 детей, на 7-е сутки – 29 детей, на 8-е – 19 детей, на 9-е – 4 детей, на 10-е – 3 детей. Переведены в отделение патологии новорожденных 5 детей, в отделение недоношенных – 7 детей.

В исследуемой группе детей детские инфекции перенес 41 ребенок, вирусные гепатиты – 3, частые простудные заболевания – у 31 ребенка, рахит – у 3. До 17-летнего возраста у детей и подростков были диагностированы заболевания нервной системы в 23 случаях, заболевания сердечнососудистой системы – в 5, заболевания органов дыхания – в 78, эндокринной системы – в 49, мочевыделительной системы – в 9, желудочно-кишечного тракта – в 21, опорно-двигательного аппарата – в 28, анемии – в 7, заболевания ЛОР-органов – в 19, кожные болезни – в 17, глазные болезни – в 28 случаях. При проведении диспансеризации в возрасте 17 лет к I группе здоровья отнесены 26% подростков, ко II группе здоровья – 37%, к III группе здоровья – 35%, к IV группе здоровья – 2%, отнесенных к V группе здоровья не оказалось. Средний рост 17-летних юношей составил 174,2+

2,5см; средняя масса у юношей – 66,7 + 2,1 кг. Средний рост 17-летних девушек составил 163,7+2,2 см, средняя масса тела девушек – 54,2+2,5 кг.

Таким образом, при тазовом предлежании через естественные родовые пути в удовлетворительном состоянии родился 81 ребенок, средней тяжести – 18 детей, в тяжелом – 1 ребенок. В раннем неонатальном периоде патология проявилась у 18 детей, у 13 детей диагностированы проявления травм в виде дисплазии тазобедренных суставов, у 4 детей – врожденные пороки развития. К 17 годам 63% подростков были здоровы, 37 % имели хронические заболевания в состоянии компенсации и субкомпенсации.

Материалы подаются в сопровождении носителя или прикрепленным файлом к электронной почте md@mediexpo.ru с пометкой «Тезисы к форуму Мать и Дитя 2009 Москва»

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИПЕР-ПРОЛАКТИНЕМИЯ: КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ

Яворская С.Д., Фадеева Н.И.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Роль пролактина в жизнедеятельности человека изучается с различных позиций в течении последних 35 лет. Тем не менее, высокая частота гиперпролактинемии в популяции, пестрота клинических проявлений, многообразие возможных биохимических и гормональных изменений при повышенном уровне пролактина создают определенные трудности при ведении таких больных и подборе им адекватной терапии. Наиболее многочисленные вопросы возникают в отношении пациенток с идиопатической гиперпролактинемией, которая выявляется в 80% случаев и, как правило, не является основной причиной бесплодия, а выступает своеобразным маркером неблагополучия в репродуктивной системе женщины. При гормональном скрининге у пациенток с умеренной гиперпролактинемией, наиболее часто определяют дефицит тиреоидных гормонов и повышенный уровень андрогенов.

С целью оценки клинико-гормональных взаимоотношений у пациенток с гиперпролактинемией функционального генеза проведено обследование 50 женщин, в возрасте 20-37 лет. В исследование взята группа женщин с уровнем пролактина выше 600 мМЕ\л, при двукратном его определении. У пациенток с сохраненным менструальным циклом определение гормонов проводилось на 5-7 день менструального цикла. Центральным генез гиперпролактинемии исключен с помощью оценки состояния области турецкого седла методом магнитно-резонансной томографии. Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование с заполнением статистической карты включающей в себя сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр. У всех женщин исследовали содержание в сыворотке крови общего иммунореактивного пролактина, ЛГ, ФСГ, ТТГ, Т4 св., тестостерона, ДЭАС, кортизола ме-

тодом иммуноферментного анализа с помощью соответствующих тест-систем. Проведено ультразвуковое исследование щитовидной и молочных желез, органов малого таза.

После проведенного обследования все пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу составили 20 пациенток с патологией щитовидной железы, вторую – 30 женщин с надпочечниковой гиперандрогенией.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета программного обеспечения Microsoft Excel. Различия в полученных показателях считались достоверными при $p < 0,05$.

Средний возраст пациенток всех групп сравнения был практически идентичен и составил: $29,0 \pm 1,3$; $27,8 \pm 1,3$ года соответственно.

Средний возраст наступления менархе во всех группах был идентичен, соответствовал общепопуляционным нормам и составил $13 \pm 0,2$ года.

Основная жалоба пациенток 1 группы сравнения – нарушение менструальной функции, пациенток 2 группы – бесплодие в браке.

Нарушения менструальной функции, чаще по типу олигоменореи, выявлены у пациенток с идиопатической гиперпролактинемией в сочетании с патологией щитовидной железы в 60,3 % случаев, а у пациенток с относительной гиперандрогенией в 46,6 % случаев. Вторичная аменорея диагностирована только у пациенток 1 группы сравнения (8,4%).

Бесплодный брак, как ведущая жалоба, имел место у каждой второй пациентки 2 группы (53,3%), у каждой третьей – первой группы (30%). Несмотря на то, что средняя длительность бесплодного брака во всех группах сравнения была практически идентична ($4,3 \pm 1,2$ года) соотношение первичного и вторичного бесплодия в группах сравнения имело достоверные различия. Первичное бесплодие в браке имела каждая вторая пациентка 2 группы сравнения (50%), у пациенток первой группы преобладало вторичное бесплодие (78%).

По данным репродуктивного анамнеза, беременности были у 10 пациенток (50%) с патологией щитовидной железы и у 16 (53,4%) пациенток 2 группы. Но родами они закончились только в 10 % случаев у пациенток 1 группы сравнения и в 26,6 % случаев у пациенток 2 группы сравнения. У всех пациенток отмечен высокий процент (30%-26,6%) самопроизвольных абортс раннего срока беременности. Каждая третья пациентка первой группы сравнения и каждая пятая второй группы имела опыт аборта.

Высокий уровень бесплодного брака, опыт неудачной беременности коррелирует с высокой частотой гинекологических заболеваний у пациенток групп сравнения (80%-90%).

Галакторея, как наиболее частый спутник гиперпролактинемии, выявлен у каждой четвертой пациентки с гиперандрогенией (26,6%) и у каждой пятой (20%) с патологией щитовидной железы. Корреляционной связи между наличием галактореи и признаков фиброзно-кистозной болезни молочных желез не установлено. Однако, наиболее часто этот вид патологии имели женщины с патологией щитовидной железы (30%). У пациенток 2 группы сравнения признаки ФКБ установлены лишь в 16,6% случаев.

Нарушения со стороны ЦНС, в виде головных болей, головокружений, нарушения сна, приступов депрессии чаще выявлены у пациенток 1 группы сравнения (35-23,3%).

По результатам оценки эндокринного статуса в исходном цикле обследования выявлены следующие результаты. Средний уровень пролактина у пациенток групп сравнения не отличался. Уровни ФСГ и ЛГ индивидуально варьировали в широких пределах. Однако у пациенток первой группы отмечена корреляционная связь между значениями ФСГ и ЛГ и длительностью и выраженностью нарушений менструального цикла. У этих же пациенток достоверно чаще установлены эхографические признаки гипогонадизма: гипоплазия матки и уменьшенные размеры яичников. У пациенток с гиперандрогенией, наоборот, яичники чаще были склерокистозно изменены и увеличены в размерах.

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют считать, что у больных, с повышенным уровнем пролактина в сочетании с патологией щитовидной железы или надпочечниковой гиперандрогенией возможны сходные клинические симптомы. Однако для пациенток с гиподисфункцией щитовидной железы наиболее характерны: олигоменорея, вторичное бесплодие, эхографические признаки гипогонадизма и ФКБ, нарушения со стороны дизэнцефальных структур. У пациенток с гиперпролактинемией и гиперандрогенией надпочечникового генеза чаще выявляется первичное бесплодие, галакторея и склерокистозные яичники. Все пациентки входят в группу высокого риска по невынашиванию беременности и нуждаются в индивидуально подобранной прегравидарной подготовке.

РОЛЬ СЫВОРОТОЧНОГО МАГНИЯ В ГЕНЕЗЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Ящук А.Г., Масленников А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Недержание мочи – состояние, влекущее за собой существенное снижение качества жизни пациенток. Среди основных патогенетических причин развития стрессового недержания мочи (СНМ) часто называется функциональная несостоятельность, или дисплазия соединительной ткани (ДСТ), а магний, в свою очередь, имеет существенное влияние на метаболизм соединительной ткани за счёт регулирования активности Mg-зависимых АТФ-аз фибробластов.

Цель исследования – изучение особенностей метаболизма магния при стрессовом недержании мочи.

На первом этапе было обследовано 25 женщин с СНМ, обратившихся в Центр реконструктивно – пластической гинекологии Республики Башкортостан с жалобами на непроизвольную утечку мочи при напряжении, кашле, чихании – основная группа. Контрольную группу составили 20 женщин той же возрастной группы без признаков недержания мочи.

Обследование пациенток проводилось как по общепринятым методикам, так и с использованием алгоритмов диагностики при ДСТ с оценкой тяжести последней по шкале Смольновой Т.Ю., в дополнение к этому в обеих группах определялся уровень сывороточного магния фотометрическим колориметрическим тестом с фактором, устраняющим влияние липидов (реагенты фирмы «HUMAN», Германия). Средний возраст обследованных женщин составил $46,1 \pm 2,9$ лет. На втором этапе исследования для сравнения групп пациенток проводился однофакторный статистический и корреляционный анализ.

Необходимо отметить, что у всех пациенток с СНМ, в нашем исследовании, была выявлена дисплазия соединительной ткани: средней (умеренно выраженной) степени – у 14 (56%), тяжелой (выраженной) степени – у 11 (44%) пациенток. У пациенток контрольной группы признаков ДСТ выявлено не было. Было установлено, что уровень сывороточного магния у женщин с СНМ составил $1,7 \pm 0,043$ ммоль/л. При сравнении групп по уровню магния выявлена достоверная разница ($p < 0,05$) между больными и здоровыми пациентками, у которых уровень магния составил $2,0 \pm 0,021$ ммоль/л. При анализе уровня сывороточного магния у больных с разной степенью выраженности дисплазии соединительной ткани, достоверных отличий не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы: 1 – женщины со стрессовым недержанием мочи имеют более низкий, по сравнению со здоровыми, уровень сывороточного магния; 2 – степень снижения концентрации магния в сыворотке крови не отражает степень выраженности диспластических процессов соединительной ткани.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ ПЕРЕНЕСШИХ ЭМА

**Литвинова Н.А., Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В.,
Нуруллин Р.Ф., Сапрыкина Л.В., Сухих Г.Т.**

Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ кафедра акушерства и гинекологии московского факультета

Актуальность: Медико – биологическая и социально – экономическая значимость проблемы гиперпластических процессов в эндометрии (ГПЭ) обусловлена высоким удельным весом этой патологии в структуре гинекологической заболеваемости. Нередко ГПЭ сочетается с миомой матки, которая большинством исследователей рассматривается как моноклональный гормоночувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия. Лечение женщин с миомой матки может быть только хирургическим. Цель консервативного ведения заключается в устранении тяжести клинических симптомов. В последние годы в клиническую практику вошел относительно новый метод лечения миомы матки – эндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА). С целью ранней диагностики и поиска более эффективных методов лечения пролифе-

ративных процессов эндо- и миометрия в клинической практике все большее внимание уделяется использованию ряда дополнительных методов исследования: морфофункциональных и иммуногистохимических.

Цель: Определение влияния ЭМА на пролиферативную активность эндометрия у пациенток с сочетанной патологией мио- и эндометрия в пременопаузальном периоде.

Материалы и методы исследования: На базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова проведено комплексное клинко-лабораторное обследование 30 больных миомой матки. Возраст пациенток колебался от 45 до 50 лет. Средний возраст составлял $47,5 \pm 2,5$ года.

Полученные результаты: По результатам диагностического исследования соскобов эндометрия 30 пациенток, у 23 (76,6%) была верифицирована типичная гиперплазия эндометрия. Эти пациентки составили основную группу. Из них число случаев простой гиперплазии (ПГ) составило 17 (73,9%), сложной гиперплазии (СГ) 6 (26,1%). При морфологическом исследовании ткани эндометрия через 6 месяцев после проведенной ЭМА, эндометрий в фазе пролиферации был выявлен у 18 (78,2%) пациенток. ПГ была выявлена у 4 (17,4%) пациенток, а СГ только у 1 (4,3%). Следует отметить, что нами не было выявлено прогрессирование процесса. С целью оценки пролиферативной активности эндометрия были проведены иммуногистохимические исследования. В качестве маркера пролиферации клеток использовался ядерный белок – антиген Ki-67, который активизирует фазы клеточного цикла деления клеток. Согласно полученным данным до ЭМА, гиперплазированный эндометрий характеризуется снижением пролиферативной активности как в эпителиальных клетках, так и в стромальном компоненте по сравнению с эндометрием фазы пролиферации. Уровень пролиферативной активности при ПГ в эпителиальных клетках составил $5,42 \pm 0,03\%$, в строме $0,18 \pm 0,05\%$, что достоверно отличалось от данного показателя в нормальном пролиферативном эндометрии ($7,3 \pm 0,02\%$ и $9,21 \pm 0,04\%$) ($p < 0,05$). Следует также отметить, что при комплексной эндометриальной гиперплазии отмечалась тенденция к увеличению пролиферативной активности эпителиального компонента до $8,1 \pm 0,01\%$, наряду со снижением пролиферации в строме $1,39 \pm 0,01\%$, что может объясняться вовлечением в патогенез других механизмов формирования данного вида гиперплазии.

Через 6 месяцев после ЭМА эндометрий в стадии пролиферации был выявлен у 18 (78,2%) пациенток с ранее диагностированной гиперплазией эндометрия до ЭМА. При иммуногистохимическом исследовании у пациенток с ПГ до ЭМА нами было установлено повышение пролиферативной активности как в эпителиальных клетках $6,8 \pm 0,02\%$, так и в строме $4,43 \pm 0,02\%$. Уровень экспрессии Ki-67 приближался к значениям, полученным нами в контрольной группе. У пациенток с ранее выявленной СГ до ЭМА отмечалось снижение пролиферативной активности эпителиоцитов $7,7 \pm 0,01\%$ и повышение экспрессии Ki-67 в стромальных клетках $6,7 \pm 0,02\%$, что также приближалось к данным, полученных нами в пролиферативном эндометрии.

Выводы: Таким образом, после выполнения ЭМА пациенткам с верифицированным гиперпластическим процессом эндометрия без атипии в большинстве

случаев ставится под сомнение необходимость терапевтического воздействия на патологию эндометрия при условии соблюдения тщательного клинико – лабораторного контроля. У пациенток с отсутствием положительной динамики через 6 месяцев после ЭМА, следует рассмотреть необходимость гормонального или хирургического лечения.

УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДАМИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ГИСТЕРЭКТОМИИ

**Нуруллин Р.Ф., Фандеева Л.В., Гришин И.И,
Литвинова Н.А., Алиева А.А., Доброхотова Ю.Э.**

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета.

Лечение миомы матки – наиболее часто встречаемой доброкачественной опухоли малого таза, в том числе у 13 – 27 % женщин репродуктивного возраста, является одной из актуальных проблем современной гинекологии.

Наиболее распространенными методами ее лечения по-прежнему остаются гистерэктомия (ГЭ) и миомэктомия, включая современные эндоскопические технологии органосохраняющих операций (лапароскопические и гистероскопические миомэктомии), при которых сохраняется менструальная функция.

Наличие негативных последствий оперативного лечения миомы матки потребовало дальнейшего совершенствования лечебной тактики, что привело к разработке и внедрению относительно нового метода – эндоваскулярной эмболизации маточных артерий (ЭМА).

Целью настоящего исследования было изучение и сравнение урогинекологического статуса пациенток в отдаленные сроки после ЭМА и ГЭ, выполненных по поводу миомы матки.

Было обследовано 150 больных репродуктивного возраста (от 26 до 44 лет, средний возраст составил $38,7 \pm 4,36$ лет), которые были разделены на 3 группы: 1 группа – 60 пациенток после ЭМА (1а подгруппа – 30 пациенток, обследованных через год после вмешательства; 1б подгруппа – 30 пациенток, обследованных через 3 года); 2 группа – 60 пациенток после ГЭ (2а подгруппа – 30 пациенток, обследованных через год после операции; 2б подгруппа – 30 пациенток, обследованных через 3 года); 3 группа (контрольная) – 30 пациенток, находившихся на диспансерном наблюдении по поводу миомы матки и имевших по-

казания для оперативного лечения. Обследование больных включало общеклинические и специальные методы (УЗИ органов малого таза, комплексное уродинамическое обследование, оценку типа и степени генитального пролапса, оценку дневников мочеиспускания, оценку выраженности каждого симптома урогенитальных расстройств, микроскопическое исследование осадка мочи, микробиологическое исследование вагинального отделяемого, скрининг-тесты диагностики бактериального вагиноза, кольпоскопическое исследование, цитологический метод, показатели качества жизни). Такое обследование позволяло изучить влияние ЭМА и ГЭ на клинические проявления заболевания, оценить параметры матки, миоматозных узлов, особенности кровотока в маточных артериях, анатомо-функциональное состояние мочеполовой системы в отдаленные сроки после вмешательства.

В результате обследования было установлено, что эндоваскулярное вмешательство, как метод лечения миомы матки, в последующие 3 года приводит к значительному снижению или устранению клинических проявлений этого заболевания: менометроррагии – у 92,6% пациенток; симптомов сдавления смежных органов – у 95,5%; диспареунии – у 100%. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) позволяет добиться значительного уменьшения размеров миоматозных узлов и размеров матки без риска рецидивирования. Кровообращение матки к исходу 1 года после операции восстанавливается до исходного уровня и в последующие 2 года показатели кровотока остаются в пределах нормы, при этом кровообращение в основном патологическом очаге не наблюдалось. Частота симптомов урогенитальных расстройств у пациенток репродуктивного возраста через 3 года после ЭМА и ГЭ соответственно составляет 5% и 35%. При этом тяжесть расстройств определяется сочетанием симптомов атрофического вагинита, атрофического уретрита, стрессового недержания мочи и/или гиперактивного мочевого пузыря. Нарушение контроля мочеиспускания и развитие стрессового недержания мочи и/или гиперактивного мочевого пузыря имеют четкую связь с видом оперативного вмешательства и прогрессируют с увеличением длительности послеоперационного периода. Ведение больных после ЭМА и ГЭ в послеоперационном периоде должно включать: диспансерное наблюдение в течение 3-х лет и обследование их дважды в год с оценкой специфических жалоб и использованием, помимо общеклинических, специальных методов (опросники для определения выраженности урологических расстройств и сексуальной функции; дневники мочеиспускания; пробы для определения генитального пролапса; исследование гормонов крови Е2, ФСГ, ЛГ; инструментальные методы – УЗИ органов малого таза, УЗАС и КУДИ, по показаниям).

НЕОНАТОЛОГИЯ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Быстрицкая Т.С., Веревкина Е.В., Квиткина И.Г.

Россия, г. Благовещенск, Учреждение Российской академии медицинских наук Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАНН

Роль патогенов вирусной этиологии имеет значение в развитии внутриутробных инфекций (ВУИ), реализация которых у новорожденных достигает 40% (В.И.Кулаков и соавт., 2004). В этой связи профилактика перинатальных инфекций имеет большое значение.

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости гистамина в реализации ВУИ у новорожденных, родившихся у матерей с обострением герпесвирусной инфекции (ВПГ-1,2) в первом триместре. Настоящая работа основана на результатах фундаментальных исследований (М.Т. Луценко, 2008) и большого клинического материала (И.Г. Квиткина, Е.В. Веревкина, 2008), посвященных значению биогенноактивных веществ при вирусных заболеваниях во время беременности.

Обследовано 90 беременных трехкратно по триместрам с обострением ВПГ-1,2 в 6-12 недель (основная группа), в том числе по 45 с низким (1:1600-1:3200) и высоким (1:6400-1:12800) титром антител к ВПГ-1,2. Контрольную группу составили 30 беременных без выявленных инфекций; титр антител к ВПГ-1,2 не превышал 1:400. Новорожденные (n=121) этих матерей (одна двойня) составили соответствующие группы.

Гистамин в периферической крови беременных и пуповинной крови новорожденных определяли флюориметрическим методом.

У беременных обеих групп уровень гистамина в динамике увеличивался ($p < 0,001$) и был выше в основной группе ($p < 0,001$). При высоком титре антител к ВПГ-1,2 уровень гистамина выше по сравнению с низким титром ($p < 0,001$).

В пуповинной крови новорожденных контрольной группы уровень гистамина ниже ($1,29 \pm 0,02$ мкмоль/л), чем основной ($2,02 \pm 0,04$ мкмоль/л; $p < 0,001$). Между уровнем гистамина в крови матерей в 32-36 недель и их новорожденных выявлена обратная мера зависимости и более сильная ($r = -0,77$; $p < 0,001$) в основной группе. У новорожденных, родившихся у матерей с высоким титром антител к ВПГ-1,2, уровень гистамина ниже, чем у новорожденных матерей с низким титром антител ($p < 0,001$). Реализация ВУИ в раннем неонатальном периоде у новорожденных матерей с высоким титром антител произошла в 1,6 раза чаще

($p < 0,001$) по сравнению с новорожденными у матерей с низким титром, в том числе (n=5) в генерализованной форме.

Более низкий уровень гистамина в пуповинной крови при высоком титре антител к ВПГ-1,2 у матери, возможно, обусловлены длительным воздействием гистамина и нарушением его синтеза в тучных клетках за счет изменения структуры и функции клеточных мембран (И.А. Андриевская, 2008). Высокий уровень гистамина коррелирует снижением активности ферментных систем, особенно в условиях обострения заболевания (М.Т. Луценко 2003, 2008).

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили заключить, что уровень гистамина в пуповинной крови новорожденных, родившихся у матерей с обострением ВПГ-1,2, является прогностическим тестом реализации ВУИ, риск которой возрастает у новорожденных с низким уровнем гистамина при высоком титре антител к ВПГ-1,2 у матери.

ПРЕДИКТОРНАЯ РОЛЬ УРОВНЯ NSE ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Бычкова С.В., Газиева И.А.,

Чистякова Г.Н., Литвинова А.М.

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ «НИИ охраны материнства и младенчества Росмедтехнологий»

Интенсивное развитие методов лабораторной диагностики позволило активно внедрять в перинатальную медицину достижения современной иммунологии. Одним из наиболее перспективных в этой области оказалось направление, базирующееся на методах оценки в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости различных нейроспецифических белков в качестве маркеров повреждения нервной ткани. Любой патологический процесс в мозге приводит к локализованному или генерализованному нарушению структурно-функциональной целостности гематоэнцефалического барьера (ГЭБ), что сопровождается неизбежным выходом нейроспецифических белков в интерстициальные пространства ткани головного мозга с последующим проникновением в ликвор и кровь, что делает возможным их определение в сыворотке при использовании высокочувствительных нейроиммунологических методов.

Гематоэнцефалический барьер представляет собой сложно организованную барьерно-транспортную систему между мозгом и кровью, обладающую чрезвычайно высокой избирательностью в отношении метабо-

литов различной молекулярной массы. Динамические изменения структурно-функциональной организации ГЭБ тесно связаны с процессами роста и дифференцировки церебральных сосудов и глиальной ткани. Формирование гематоэнцефалического барьера начинается на ранних стадиях онтогенеза параллельно с ростом и дифференцировкой ткани мозга. Вследствие этого значительная часть антигенных детерминант (прежде всего нейроспецифических протеинов) оказывается скрытой от контроля со стороны иммунной системы. Высокие концентрации нейроспецифических белков в крови свидетельствуют о нарушении функционального состояния ГЭБ, что создает условия для прогрессирования метаболических нарушений. Наиболее часто встречающимся состоянием в периоде новорожденности является гипербилирубинемия, которая в большинстве случаев носит физиологический характер. Прогрессивное повышение концентрации неконъюгированного билирубина в крови в ряде случаев сопровождается его проникновением через гематоэнцефалический барьер, накоплением в нейронах головного мозга и развитием нейротоксического эффекта.

Цель работы заключалась в определении прогностической значимости содержания нейроспецифической енолазы (NSE) в пуповинной крови для оценки риска развития метаболических нарушений у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

Материал и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование и катamnестическое наблюдение 32 доношенных новорожденных детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию. Содержание нейроспецифической енолазы в пуповинной крови оценивали методом ИФА с использованием наборов фирмы «CapAg» (Швеция). Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с использованием пакета «Statistica 6.0», проверку статистических гипотез проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Методом ретроспективного анализа установлена связь уровня NSE в пуповинной крови с выраженностью гипербилирубинемии в раннем неонатальном периоде. Известно, что в основе гипоксически-ишемической энцефалопатии с одной стороны лежат метаболические расстройства, пусковым механизмом которых является дефицит O₂, а непосредственным повреждающим мозг фактором – продукты извращенного метаболизма. С другой стороны, не меньшее значение имеют нарушения механизма ауторегуляции мозгового кровообращения. У новорожденных, уровень билирубина которых в раннем неонатальном периоде оставался в пределах нормативных значений и составлял 200-299 мкмоль/л, содержание NSE в пуповинной крови составляло 16,7±4,2 мкг/л, а у детей с выраженной билирубинемией (>300 мкмоль/л) уровень NSE был в 2,1 раз выше и составлял 35,05±12,3 мкг/л. Полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи метаболических нарушений в ранний постнатальный период с выраженностью церебро-васкулярных расстройств у детей, перенесших хроническую гипоксию, к моменту рождения.

Таким образом, хроническая внутриутробная гипоксия является отражением страдания плода и фактором риска усиленной гибели нейронов головного

мозга и клеток нейроэндокринной дифференцировки. Повышенный уровень NSE в пуповинной крови является маркером нарушения проницаемости ГЭБ и значимым предиктором метаболических нарушений системы крови, в частности, гипербилирубинемии в раннем неонатальном периоде.

ОСОБЕННОСТИ АКТИВАЦИИ МОНОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Дударева М.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии

Болезни легких занимают важное место в структуре заболеваемости и смертности новорожденных. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных изучению особенностей иммунитета у новорожденных детей с дыхательными расстройствами, имеет место недостаточное внимание к моноцитарно-макрофагальной системе.

Целью нашего исследования явилось изучение активации моноцитов периферической крови у доношенных новорожденных, родившихся в асфиксии, с дыхательными расстройствами, вызванными поражением ЦНС и синдромом массивной аспирации околоплодной жидкости и мекония. Обследованы 70 новорожденных, родившихся в сроке гестации 39,1±1,1 нед., с массой тела 3500±250 г, оценкой по шкале Апгар 4,1±1,2 балла. Все дети находились на искусственной вентиляции легких и поступили в отделение реанимации в первые 48 ч. жизни без признаков инфицирования.

Исследовали субпопуляционный состав моноцитов периферической крови (МПК) на 3-х цветном проточном цитометре “Beckman Coulter” (США) с использованием реагентов фирмы “Beckman Coulter”. Для окрашивания клеток использовали следующую панель моноклональных антител (МА) меченных FITC (изотиоцианат флуоресцеина), PE (фикоэритрин), PC5 (комплекс PE с цианином – 5). Для корректного исключения из зоны анализа всех частиц, которые не соответствовали по размерам и гранулярности живым моноцитам, вводили необходимые логические ограничения в программу распределения частиц по малоугловому, боковому светорассеянию. В каждой пробе анализировали не менее 104 клеток. Использование МА, напрямую меченных различными флуорохромами, позволило значительно повысить информативность цитометрического анализа за счет многоцветности. Ретроспективно в зависимости от исхода заболевания все новорожденные были разделены на две группы. Первую группу (n=58) составили новорожденные с благоприятным течением основного заболевания. Во вторую группу (n=12) вошли новорожденные, у которых в последующем был диагностирован неонатальный сепсис, подтвержденный клинико-лабораторными и бактериологическими исследованиями.

Установлено, что во второй группе пациентов имело место достоверное снижение экспрессии на моно-

цитах HLA-DR+ рецепторов до 40% и ниже, что свидетельствует о нарушении экспрессии костимуляторных молекул и может быть причиной дефекта антигенпрезентирующей функции.

Учитывая важное значение процессов апоптоза в поддержании гомеостаза, было проанализировано содержание моноцитов, экспрессирующих Fas рецептор CD95+, как маркер поздней активации, характеризующий готовность клеток к апоптозу. Оказалось, что у новорожденных с дыхательными расстройствами отмечалось достоверное повышение CD14+CD95+ ($p<0,05$), причем во 2-ой группе наблюдались более высокие уровни экспрессии CD14+CD95+.

Отмечено снижение экспрессии адгезии CD14+CD11b+, а также имело место достоверное снижение содержания CD14+CD16+ клеток ($p<0,05$). Рецептор к трансферину (CD71) чаще ($p<0,05$) экспрессировался на моноцитах в 1-ой группе.

Полученные результаты свидетельствуют о роли моноцитов периферической крови в формировании нарушений иммунологической реактивности.

ОСОБЕННОСТИ БРОНХОЛЕГочНОЙ ДИСПЛАЗИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Жирнов В.А.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

В связи с совершенствованием методов неонатальной реанимации, проблема диагностики и лечения бронхолегочной дисплазии (БЛД) и ее осложнений становится все более актуальной. Современные мировые тенденции в эпидемиологии БЛД выражаются, с одной стороны, в повышении выживаемости новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении, что соответственно, приводит к возрастанию частоты БЛД у этой категории детей, а с другой стороны – в уменьшении частоты встречаемости БЛД вследствие совершенствования методов респираторной поддержки у новорожденных с гестационным возрастом более 30 недель и массой тела при рождении более 1200 гр.

Целью работы явился анализ наиболее значимых факторов риска и клиничко-anamнестические особенности детей с бронхолегочной дисплазией.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 40 недоношенных детей за 2005-2009 г.г., с гестационным возрастом от 28 до 36 недель, получавших ИВЛ с рождения и сформировавших бронхолегочную дисплазию. При выписке из стационара диагноз БЛД был выставлен на основании клиничко-anamнестических данных и результатов комплексного обследования, включавшего функциональные показатели (газовый состав крови, эхокардиография) и рентгенологического исследования. Все дети имели проявления гипоксического поражения центральной нервной системы. Среди пациентов преобладали мальчики (23).

Было установлено, что у 34 женщин беременность протекала на фоне хронической гипоксии плода, гестоза, анемии. Длительный безводный период отме-

чался у 12 женщин, 11 детей рождены путем кесарева сечения; 14 детей родились с высоким риском внутриутробного инфицирования. У половины семей отмечена высокая частота хронических заболеваний бронхолегочной системы. Наиболее значимым неонатальным фактором являлась тяжесть асфиксии при рождении. Средняя оценка по шкале Апгар составила 3,8—6,6 баллов. Частота развития БЛД не коррелировала с частотой использования препаратов сурфактанта. По годам отмечалось увеличение частоты тяжести форм БЛД (в 2005 г. — 38,0%, в 2009 г. — 46,0%).

Бронхообструктивный синдром являлся одним из диагностических признаков данной патологии. Сухие, «свистящие» хрипы в легких появлялись у всех детей на фоне других физикальных изменений, чаще крепитирующих и разнокалиберных влажных хрипов. У всех детей с БЛД наблюдалось увеличение объема грудной клетки («вздутие») в передне-заднем размере. Участие вспомогательных дыхательных мышц в акте дыхания было выраженным и стойким, чаще наблюдался продуктивный кашель. Большинство детей не имели в анамнезе клинических симптомов поражения нижних дыхательных путей (28 человек, 70%). 11 детей вошли в группу часто болеющих (27,5%), с проявлением рецидива бронхита; у одного пациента сформировалось хроническое заболевание легких — бронхиальная астма (2,5%).

Таким образом, в связи с выхаживанием в последние годы более тяжелых детей, особенно с экстремально низкой массой тела, нуждающихся в длительной респираторной поддержке, наблюдается увеличение частоты развития БЛД. Недоношенные дети с бронхолегочной дисплазией после стационарного лечения и выписки нуждаются в дальнейшем наблюдении педиатра и пульмонолога

ПРОВЕДЕНИЕ ВЕРИФИКАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ И МЕДИЦИНСКИЙ АУДИТ ДИАГНОЗОВ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Зубков В.В.

ФГУ НЦ АГиП им. Кулакова В.И. г. Москва. Россия

Разработка стандартов и высокотехнологичного лечения и внедрение их в повседневную практику является одной из важнейших задач современной медицины и во многом определяет качество медицинской помощи. Соответствие рекомендованных стандартов и реальной клинической практики может обеспечить медицинский аудит, который дает возможность выявить эффективность той или иной технологии, определить, какие барьеры существуют для ее внедрения. Медицинский аудит направлен на анализ и выработку предупредительных мероприятий для обеспечения стабильной и качественной работы учреждения любого уровня. Учитывая тот факт, что в последние годы отмечается нарастание внутриутробных инфекций и в связи с трудностями ее диагностики и особенно инте-

притации полученных данных, чаще всего отмечается гипердиагностика этой патологии. Согласно обобщенным литературным данным, не менее 10 % плодов внутриутробно инфицируются различными микроорганизмами: вирусами, бактериями, грибами. В связи с этим внутриутробные инфекции являются достаточно частой причиной заболеваний плода и новорожденно-го. По данным разных авторов, распространенность внутриутробных инфекций составляет от 1:1800 до 1:100 живорожденных. При этом в большинстве регионов РФ отмечаются более высокие показатели заболеваемости внутриутробными инфекциями, чем в развитых странах мира. (Н. Н. Володин, Д. Н. Дегтярев) Поэтому необходимо повсеместное проведение медицинского аудита с целью объективизации проблемы внутриутробной инфекции у новорожденных детей.

Цель работы: на основании анализа медицинской документации новорожденных с инфекционно-воспалительной патологией определить соответствие используемых и рекомендованных критериев диагностики и провести верификацию диагнозов.

Материалы и методы: Данное исследование проводилось на базе крупного перинатального центра в одном из регионов Российской Федерации в 2007 году. Проведен анализ 546 историй болезней новорожденных с различной патологией, поступивших в отделение второго этапа (отделение патологии новорожденных и недоношенных детей — ОПН) г.Москвы из родильного блока, из физиологического послеродового отделения, из наблюдательного отделения, отделения интенсивной терапии и реанимации новорожденных, отделения хирургии новорожденных. Из этой когорты детей были отобраны больные с подозрением на инфекционную патологию (342 ребенка — 62,6%), которые составили 4 группы: 192 ребенка (56,14%) с диагнозом внутриутробная пневмония, 10 детей (2,92%) с диагнозом неонатальная пневмония, у 83 пациентов была диагностирована (24,86%) внутриутробная инфекция с локализованными очагами у 57 (16,68%) больных основным диагнозом была внутриутробная инфекция без очагов. У всех отобранных детей при поступлении в ОПН отмечена неспецифическая картина инфекционного процесса, проявляющаяся в дыхательных нарушениях, крепитирующих хрипов, серости кожных покровов и др.

Нами, при проведении верификационной оценки диагнозов были использованы критерии, утвержденные в методических рекомендациях 1997 год (Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. и соавт.), Национальное руководство по неонатологии (2007 год) Учитывая то обстоятельство, не в этих критериях не были учтены оценка анамнестических данных и клинических проявлений, мы посчитали возможным дополнить уже существующие критерии этими признаками.

Критерии включения: дети, у которых был поставлен диагноз внутриутробная инфекция, внутриутробная пневмония, неонатальная пневмония, ринит, конъюнктивит, омфалит, или сочетание этих диагнозов в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей.

Критерии исключения: дети, у которых не была диагностирована инфекционно-воспалительная патология.

Результаты и их обсуждение: в результате проведенных ретроспективных исследований историй болезни в ОПН окончательный диагноз «внутриутробная

пневмония» подтвержден у 25% детей, у 75% диагноз не подтвердился. Совпадение предварительного диагноза внутриутробная пневмония и верификационной оценки, на 2 этапе совпали в группе в 42,7% случаев.

При верификационной оценке на 2 этапе был поставлен диагноз неонатальная пневмония у 10 детей (100%). По верификационной оценке подтверждено у 4 детей (40%), не подтверждено у 6 детей (60%).

В группе из 57 детей был поставлен диагноз внутриутробной инфекции в ОПН в 100% случаев. При проведении верификационной оценки диагноз подтвержден у 31,3% детей и не подтвержден у 68,7%.

Причиной такого высокого расхождения диагнозов является использование недостоверных признаков инфекционного процесса, игнорирование, а нередко, невозможность применения на практике рекомендованных критериев диагностики, различным сроком реализации клинических проявлений инфекции в зависимости от возбудителя.

При проведении верификационной оценки (группа 83 ребенка)+ постановки диагноза внутриутробной инфекции с различными очагами (ринит, конъюнктивит, омфалит или их сочетание) в ОПН поставлен диагноз у всех 83 детей (100%), при верификационной оценке подтвержден диагноз ВУИ с очагами у 57 детей (68,6%), не подтвержден у 26 детей (31,4%). При постановке предварительного диагноза доминирующими критериями была клиника и отягощенный инфекционный анамнез, как при постановке диагноза, так и при проведении верификационной оценки. Совпадение по диагнозам в данной группе 31 человек из 83 детей (37,4%). Было установлено, что при диагностировании внутриутробной инфекции с локальными очагами и без очагов, внутриутробной пневмонии, неонатальной пневмонии в большинстве случаев не использовались основные и вспомогательные объективные критерии, диагноз, в основном, ставился эмпирически на основании косвенных признаков. Необходимо отметить, что при проведении верификационной оценки малоинформативными оказались гематологические изменения, данные ПЦР, микробиологическое исследование, а также исследование общих иммуноглобулинов.

Закключение: таким образом, локальный аудит выявил несоответствие рекомендованных и реально используемых критериев диагностики инфекционного процесса, что является причиной гипердиагностики инфекционно-воспалительной патологии у новорожденных и полипрагмазии. Разработка диагностических критериев с учетом современных методов и возможностей лечебного учреждения, создание протоколов диагностики и лечения инфекционной патологии у новорожденных, основанных на принципах доказательной медицины, является одним из реальных путей улучшения качества медицинской помощи.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Краева О.А., Костоусова Е.В.,

Ковалев В.В., Ковтун О.П., Климова Л.Е.

Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Росмедтехнологий, Екатеринбург, Россия

С целью изучения морфофункциональных особенностей сердца новорожденных от матерей с пороками сердца нами обследовано 47 детей в раннем неонатальном периоде и 30 здоровых доношенных новорожденных. Все дети родились в среднетяжелом состоянии с оценкой по шкале Апгар 4/6 баллов. Тяжесть состояния была обусловлена кардиореспираторными нарушениями. В первые 7 суток у большинства новорожденных преобладала тахикардия, артериальная гипотония. Эхокардиографически выявлено снижение параметров сократительной и насосной функции сердца (ФИ $57 \pm 2,3\%$ против $71 \pm 2,1\%$ в контроле, УО $2,9 \pm 0,5$ мл против $5,2 \pm 0,2$ в контроле), атриовентрикулярная регургитация I – II степени, дилатация камер сердца. Фетальная циркуляция сохранялась в течение раннего неонатального периода. В отличие от детей контрольной группы наблюдались достоверно ($p < 0,005$) низкие скоростные характеристики потоков между створками клапанов легочной артерии и аорты ($0,7 \pm 0,17$ м/с и $0,65 \pm 0,2$ м/с против $1,27 \pm 0,2$ м/с и $0,9 \pm 0,43$ м/с соответственно). Параллельное определение в крови эндотелина 1 и оксида азота показало низкие значения эндотелина 1 и высокие показатели общего и эндогенного оксида азота у детей от матерей с врожденными пороками сердца. Так, содержание эндотелина 1 было в пределах $0,37 \pm 0,16$ фмоль/мл, тогда как у здоровых новорожденных – $1,19 \pm 0,24$ фмоль/мл ($p < 0,0001$). Значение общего оксида азота составило $30,65 \pm 7,5$ мкмоль/л, эндогенного – $11,3 \pm 5,5$ мкмоль/л. У детей контрольной группы общий оксид азота равен $14,6 \pm 2,06$ мкмоль/л, а эндогенная фракция находилась на уровне $1,55 \pm 0,49$ мкмоль/л ($p < 0,0001$ и $p < 0,0005$). В дальнейшем параметры сердечного выброса и сократительной функции постепенно увеличивались в течение семи суток, но оставались ниже контрольных значений. Морфологически у всех новорожденных от матерей с пороками сердца выявлены те или иные особенности строения: дополнительные хорды левого и правого желудочков, повышенная трабекулярность желудочков, пролабирование тела передней створки митрального клапана, расщепление передней створки митрального клапана. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что у новорожденных детей от матерей с врожденными пороками сердца имеет место дисморфизм сердечных структур, депрессия функциональных характеристик при перестройке центрального кровообращения с внутриутробного на внеутробный тип работы. Ограничение резервных возможностей сердечно-сосудистой системы в неонатальном периоде демонстрирует риск реализации в кардиоваскулярную патологию в последующие возрастные периоды.

АКТИВНОСТЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ И ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ В МОЧЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Куликова Н.Ю., Чаша Т.В., Можаяева А.Н.,

Кузьменко Г.Н., Ситникова О.Г.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий», Россия, г. Иваново

Ишемическая нефропатия (ИН) – частая патология новорожденных, находящихся в критическом состоянии. В структуре заболеваемости отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГУ «Ив. НИИ МиД» в 2008г она составила 72,3%. Однако, ишемическая нефропатия часто диагностируется лишь при максимальных степенях выраженности. Поэтому, новые специальные методы исследования патологии почек у новорожденных могут способствовать ранней диагностике ишемической нефропатии. Активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в моче отражает состояние проксимальных канальцев нефрона, а активность холинэстеразы (ХЭ) — клубочкового аппарата почек.

С целью установления активности лактатдегидрогеназы и холинэстеразы в моче у новорожденных с ишемической нефропатией разной степени тяжести было обследовано 66 детей, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии: 32 ребенка с ИН I, 18 — с ИН II и 16 — с ИН III степени тяжести. В асфиксии родились 78,0% новорожденных с ишемической нефропатией I и все дети с ИН II и III. У всех детей было диагностировано перинатальное поражение ЦНС. Врожденная пневмония была у 53,1%, 56,7% и 43,8% новорожденных с ИН I, II и III, соответственно. Генерализованная внутриутробная инфекция выявлена у 9,4%, 5,6% и 50,0% детей, она проявлялась менингоэнцефалитом, пневмонией, кардитом, гепатитом и энтероколитом. В контрольную группу вошли 20 здоровых новорожденных. Детям в 1-е сутки жизни выполнялось количественное определение активности общей ЛДГ и ХЭ в моче наборами фирмы «DiaSys» на биохимическом анализаторе «SAPPHIRE — 400» (Япония).

Установлено выраженное превышение активности ЛДГ в моче у новорожденных с ишемической нефропатией всех степеней тяжести: в 8,0 раз при ИН I ($424,2 \pm 42,3$ Ед/мг креатинина, $p < 0,001$), в 7,0 раз при ИН II ($370,0 \pm 25,0$ Ед/мг креатинина, $p < 0,001$) и в 21,6 раза при ИН III ($1108,3 \pm 109,4$ Ед/мг креатинина, $p < 0,001$), по сравнению со здоровыми детьми ($51,3 \pm 1,7$ Ед/мг креатинина). Уровень активности ЛДГ при ИН III был достоверно выше, чем при ИН I и II ($p < 0,001$). Выявлено увеличение активности ХЭ в моче у новорожденных с ИН III степени тяжести ($14,2 \pm 0,8$ Ед/мг креатинина): в 4,7 раза по сравнению со здоровыми детьми ($3,0 \pm 0,2$ Ед/мг креатинина, $p < 0,001$) и в 3,6 раза по сравнению с детьми с ИН I ($4,0 \pm 0,3$ Ед/мг креатинина, $p < 0,001$) и II ($4,0 \pm 0,4$ Ед/мг креатинина, $p < 0,001$).

Для ишемической нефропатии всех степеней тяжести характерно повреждение проксимальных канальцев нефрона, о чем свидетельствует повышение активности лактатдегидрогеназы в моче с первого дня

жизни. При ишемической нефропатии III степени тяжести имеет место нарушение состояния клубочкового аппарата почек, о чем можно судить по повышению активности холинэстеразы в моче. Определение активности ферментов нефротелия (ЛДГ и ХЭ) в моче способствует диагностике ишемической нефропатии в первые сутки жизни, что дает возможность своевременно начать лечение и тем самым предупредить тяжелые нарушения состояния здоровья ребенка, снизить летальность при данной патологии.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ПОЛИПАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Лысенко О.В.

Республика Беларусь, Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

Актуальность. Полипы эндометрия (ПЭ) представляют собой важную медико-биологическую и социальную проблему. Актуальность ее определяется высокой частотой ПЭ, в структуре гинекологических заболеваний. В настоящее время в реализации противоопухолевого иммунитета особое значение уделяется цитокинам, обеспечивающим поддержание клеточного гомеостаза организма. Известно, что цитокины и их рецепторы играют существенную роль в процессах, связанных с трансформацией клеток, стимулируют пролиферацию клеток, их дифференцировку, функциональную активацию и апоптоз.

Цель: изучить содержание некоторых цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО α) в периферической крови и аспиратах из полости матки у женщин с полипами эндометрия.

Материалы и методы: обследовано 22 здоровые пациентки в перименопаузальном возрасте и 26 пациенток с полипами эндометрия. Забор аспиратов из полости матки производился перед гистероскопией и раздельным диагностическим выскабливанием на 5-8 день менструального цикла. Концентрация ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО α определялась иммуноферментным методом при помощи наборов реагентов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью пакета STATISTICA 6,0. В случаях распределения, отличного от нормального, результаты исследования представляли в виде Me (25%, 75%), где Me – медиана, (25%, 75%) – верхняя и нижняя квартили, при сравнении связанных совокупностей использовали парный критерий Вилкоксона. Во всех случаях критический уровень значимости p принимали равным 0,05.

Результаты. В плановом порядке было госпитализировано 17 (77,3%), в экстренном – 5 (22,7%) пациенток в группе с полипами эндометрия. Все женщины обследованы клинически и лабораторно. Всем пациенткам перед проведением гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания произведено трансвагинальное ультразвуковое исследование. При полипах эндометрия толщина эндометрия составила 9,8 мм (3,0; 22,0), у здоровых пациенток – 10,1 мм (4,2; 20,0). Нами не выявлено достоверных различий толщины эндометрия в обеих группах. В 24% случаев при

полипах эндометрия при ультразвуковом исследовании визуализировались гиперэхогенные включения в полости матки.

При анализе полученных данных отмечено достоверное ($p < 0,001$) значительное увеличение концентрации ИЛ-4 в сравнении с концентрациями ИЛ-2 и ФНО α в аспиратах, как у здоровых пациенток, так и в группе с полипами эндометрия. Что, по нашему мнению, связано с тем, что наиболее сильный эффект ИЛ-4 оказывает на регуляцию образования других цитокинов посредством участия в многочисленных биологических процессах – иммунный ответ и воспалительные реакции.

Содержание ИЛ-4 в аспиратах у здоровых пациенток выше 972,80 пГ/мл (105,73; 1403,70), чем у пациенток с полипами эндометрия – 934,75 пГ/мл (0; 1345,24) ($p = 0,03$). Мы отметили следующую тенденцию в содержании ИЛ-2 в аспиратах из полости матки. Этот цитокин практически не секретируется, его значения ничтожны, близки к нулю. Содержание ИЛ-2 в аспиратах у здоровых пациенток ниже 0 пГ/мл (0; 0), чем у пациенток с полипами эндометрия – 0 пГ/мл (0; 136,32) ($p = 0,03$). Содержание ФНО α в аспиратах у здоровых пациенток ниже 45,34 пГ/мл (0; 147,58), чем у пациенток с полипами эндометрия – 58,12 пГ/мл (0; 468,63) ($p = 0,03$).

Кроме того, отмечается значительное увеличение концентрации цитокинов в аспиратах из полости матки как у здоровых пациенток, так и в группе с полипами эндометрия в сравнении с концентрациями цитокинов в сыворотке крови (в сыворотке крови содержание цитокинов ничтожно, близко к нулю). Этот факт бесспорно говорит о преобладании местной продукции цитокинов.

Выводы:

У женщин преобладает местная продукция цитокинов (концентрации их в аспиратах из полости матки значительно выше, чем в сыворотке крови).

Концентрация ИЛ-4 значительно выше в сравнении с концентрациями ИЛ-2 и ФНО α в аспиратах из матки как у здоровых женщин, так и при полипах эндометрия.

При полипозе эндометрия снижается концентрация в аспиратах из матки ИЛ-4, повышается концентрация ИЛ-2 и ФНО α в сравнении со здоровыми женщинами.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЕТАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Лысяк Д.С., Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Левчук Е.С.

Россия, г. Благовещенск, Амурская государственная медицинская академия Росздрава,

Детская областная клиническая больница

Осложненное течение фетальных кист яичников (ФКЯ) в виде перекрута с самоампутацией достигает 50% (Адамян Л.В. с соавт., 2009). Критерии выжидательной тактики, рассчитанной на спонтанный регресс кисты и хирургического лечения разработаны недостаточно (Богданова Е.А. с соавт., 2008). Обратное развитие ФКЯ в антенатальном периоде явление относи-

тельно редкое и составляет 20% (Уварова Е.В., 2009).

Цель исследования заключалась в оптимизации тактики ведения новорожденных девочек с ФКЯ для сохранения фолликулярного резерва.

Обследовано 7 девочек с осложненным течением ФКЯ в возрасте от двух недель до 4 месяцев. Применяли клинико-лабораторные методы, ИФА для определения опухоль-ассоциированного антигена СА-125 и онкофетальных антигенов (АФП, ХГЧ), ультразвуковую эхографию с цветным доплеровским картированием.

ФКЯ обнаружены антенатально при эхографическом скрининге в 24 и 34 недели беременности. У матерей во время беременности было обострение герпес-вирусной инфекции и острая респираторная вирусная инфекция по 2 случая, угроза прерывания и гестоз по 3 случая. Масса тела новорожденных 3300-3850 грамм. В раннем неонатальном периоде 6 девочек реализовали внутриутробные инфекции в локальной форме.

У 4-х девочек были клинические проявления осложнений ФКЯ: ассиметричное увеличение живота (n=1), образование в брюшной полости (n=3), беспокойство (n=3), задержка стула (n=2).

Повышенное содержание СА-125 выявлено в трех, АФП – в одном случае. При эхографии у 6 девочек визуализировалась односторонняя тонкостенная ФКЯ размерами от 4 до 9,4 см в диаметре, объем до 250 см³ с мелкодисперсной взвесью и умеренной васкуляризацией капсулы, у одной – подозрение на дермоидную кисту. При эхографическом мониторинге увеличение и уменьшение ФКЯ отмечалось по одному случаю.

Всем девочкам проведено хирургическое лечение. Показания к операции: выраженные клинические симптомы (n=4), размеры ФКЯ 7-9 см в диаметре, подозрение на дермоидную кисту (n=1) и повышенное содержание СА-125 и АФП (n=2). У 6 девочек был лапароскопический доступ, из них в двух случаях с конверсией на лапаротомию: при перекруте придатков с ФКЯ больших размеров и наличии плоскостных спаек с кишечником III степени, при объеме кисты 250 см³. Плановая лапаротомия выполнена в одном случае в связи с подозрением на опухоль брюшной полости и увеличением размеров образования. Интраоперационно выявлены следующие осложнения: ФКЯ с односторонней самоампутацией придатков (n=3), перекрут придатков (n=2), ФКЯ больших размеров (n=2). Объем операции: цистэктомия (n=3), односторонняя аднексэктомия (n=3), деторсия перекрученных придатков (n=1).

Гистологическое исследование операционного материала: дермоидная киста (n=2), ФКЯ, в которой капсула представлена фиброзной и фиброзно-грануляционной тканью без эпителиальной выстилки с отеком и кровоизлиянием (n=3) и некрозом (n=2).

Таким образом, при невыраженных клинических проявлениях и небольших размерах осложнения ФКЯ можно диагностировать с помощью клинического и эхографического мониторинга. Во всех случаях провести хирургическое лечение в объеме органосохраняющих операций и уточнить морфологическую структуру кисты.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Мазур Л.И., Абрамова О.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Россия, г. Самара

Врожденная и наследственная патология в Российской Федерации занимает ведущее место в структуре инвалидности, перинатальной и младенческой смертности. По данным последних исследований врожденные пороки развития встречаются у 4,0-6,0% новорожденных, а их вклад в структуру младенческой смертности достигает 35-40%. Частота всех врожденных пороков развития в Самарской области остается стабильной на протяжении последних лет и составляет в среднем 2,2%: на первом месте врожденные пороки сердца – 28,7%, на втором месте – пороки развития ЦНС, на третьем – пороки развития мочевыделительной системы (6,7%) и множественные пороки развития (6,5%). Учитывая, что затраты на лечение большинства детей с ВПР не оправдываются в силу тяжести их последствий для здоровья и жизнеспособности, весьма актуальным является проведение ранней дородовой диагностики ВПР и развитие программ профилактической направленности.

Цель работы: дать качественную и количественную оценку приоритетным медико-социальным факторам риска формирования врожденных пороков развития плода, выявляемых как на этапе планирования беременности, так и в антенатальном периоде.

Исследование проводилось на базе отделения патологии новорожденных неонатального центра ММУ «Детская городская клиническая больница №1» г.о. Самара в 2004-2007 гг. За период наблюдения выявлено 305 доношенных новорожденных с ВПР и синдромом Дауна, которые составили основную группу наблюдения.

В ходе исследования учитывались как факторы риска, так и факторы антириска ВПР. Для удобства качественного анализа факторов риска и антириска рассчитывался диагностический коэффициент (ДК), который представлял собой десятичный логарифм отношения вероятности, умноженный на коэффициент 10.

Анализ значимости и информативности факторов показал, что место постоянного проживания существенно влияет на частоту развития ВПР. Так ДК для детей, родители которых проживали в центральной части города (Самарский, Ленинский, Октябрьский и Железнодорожный районы г.о. Самара), составлял отрицательную величину -3,7, то есть проявлял свойства антифактора, тогда как для семей, проживающих в промышленной части города (Советский, Промышленный, Кировский районы г.о. Самара) ДК составлял 1,55. Анализ профессиональных факторов риска ВПР включал определение степени риска развития данной патологии у женщин с разной профессиональной принадлежностью. В результате выявлено, что из пяти групп профессиональной принадлежности (домохозяйки, служащие,

руководители, рабочие, учащиеся), две — доказательно уменьшают риск развития ВПР: служащие (ДК=-2,1) и учащиеся (ДК=-2,67). Одна группа увеличивает риск — домохозяйки (ДК=2,91).

Нами определена значимость факторов акушерско-го анамнеза. При анализе влияния количества родов в анамнезе обнаружена прямая пропорциональная зависимость роста ДК при увеличении количества родов в анамнезе. Отсутствие родов в анамнезе, как фактор риска формирования ВПР, характеризуется отрицательным значением ДК, но без превышения критического порога. Далее наблюдается нарастание положительных значений ДК, которые достигают критических величин при трех родах в анамнезе (ДК=5,16). Наличие фактора «более 3х родов в анамнезе» повышает риск развития ВПР более чем в 4 раза (ДК=6,54). Имеющееся указание на факт смерти ребенка в анамнезе существенно повышает риск (ДК=5,95). Данные о самопроизвольных прерываниях беременности в анамнезе, особенно повторных, достоверно повышают риск ВПР (ДК=11,2).

Учет осложнений течения настоящей беременности, как фактора риска формирования ВПР у плода, позволит скорректировать план ведения женщин в периконцепционном периоде. В результате анализа полученных данные о наличии прогностической ценности только для двух осложнений беременности: обвитие пуповиной (ДК=4,09) и маловодия (ДК=1,91). Достоверное влияние на вероятность развития ВПР выявлено в отношении следующих комбинаций: хроническая фетоплацентарная недостаточность и анемия (ДК=2,28), анемия и угроза прерывания беременности (ДК=3,24) и хроническая фетоплацентарная недостаточность и угроза прерывания беременности (ДК=2,01).

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить группу факторов риска, учет которых позволяет снизить риск рождения ребенка с данной патологией за счет проведения профилактических и диагностических программ на этапе планирования беременности и ранних сроках гестации.

ПРОТИВОРЕЧИЯ ЭТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ПЛОДА КАК ПАЦИЕНТА И КЛИНИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕРИОДА ЕГО ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ

Михайлов А.В.¹, Червеняк Ф.А.², МакКуллоу Л.Б.³

Россия, Санкт-Петербург, СПбГУЗ «Родильный дом №17», СПбГУ, СПбМА⁽¹⁾, США, Нью-Йорк, Weill Cornell Medical College, Presbyterian Hospital⁽²⁾, США, Хьюстон, Center for Medical Ethics and Health Policy, Baylor College of Medicine⁽³⁾

Медицинская этика основана на обязанности врача защищать и представлять интересы пациента, связанные с его здоровьем. Первый принцип медицинской этики — принцип благодеяния обязывает врача на основании современных медицинских знаний постоянно соблюдать баланс между клиническим благом и вредом, который могут принести пациенту те или иные манипуляции. Вторым основополагающим

принципом медицинской этики является принцип уважения автономии конкретного пациента. Данный принцип обязывает врача уважать всю совокупность ценностей и убеждений пациента, и следовать той клинической стратегии и тактики, с которой согласилась и одобрила пациентка. Процесс информирования пациента врачом должен основываться на 3 составляющих: 1 — адекватном информировании пациента о его состоянии, 2 — понимании пациентом полученной информации, 3 — добровольном решении пациента принять или отказаться от предложенной врачом клинической стратегии и тактики. Человек становится пациентом, когда он вступает в социальные отношения, при которых наблюдаются два условия: он как индивидум представлен врачу; существуют диагностические и лечебные методы, с помощью которых баланс в состоянии пациента смещается в сторону большей пользы, нежели вреда по отношению к нему как индивидууму.

Возможность врача акушера представлять и защищать интересы беременной женщины налагают на доктора обязательства, связанные с принципом выбора наиболее благоприятной для нее стратегии наблюдения и лечения. В то же время женщина имеет право представлять свои независимые интересы, и врач обязан уважать ценности и убеждения пациентки. Плод не в состоянии иметь и представлять свои убеждения и ценности, и таким образом, нет основы для обсуждения собственных интересов плода и принципа автономии плода как пациента. Другими словами, мы не можем говорить о независимом моральном статусе и о правах плода. Несмотря на это, если плод предъявлен врачу, у последнего появляется возможность и обязанность представлять интересы плода, связанные с его здоровьем и, таким образом, у него согласно принципу благодеяния, появляются обязательства на период, пока плод является его пациентом.

Важнейшей составляющей становления любого индивидуума пациентом является его жизнеспособность или достижение периода жизнеспособности, если мы говорим о плоде. Жизнеспособность в условиях возможности оказания медицинской помощи не является исключительно функцией биологического состояния организма, в частности плода. Она включает в себя совокупность биологических и медико-технологических факторов, взаимодействие которых может позволить организму сохранить жизнь. В период глубокой недоношенности только благодаря такому взаимодействию, плод может стать новорожденным, т.е. впоследствии получить независимый моральный статус и приобрести автономию. В разных регионах и странах медико-технологический уровень различен, в зависимости от этого и срок при котором плод может стать жизнеспособным также может существенно различаться и постепенно изменяться, что на основании суждения медицинского сообщества фиксируется в каждом конкретном регионе и стране.

В Российской Федерации в связи с значимым улучшением медико-технологических условий, как и в любой другой стране, необходимо четкое определение клинического понятия периода жизнеспособности в целях предотвращения имеющихся противоречий интересов как матери и плода — как пациентов, так и медицинских работников, реализующих принцип

благоденствия. Это в полной мере необходимо для установления медико-социальных принципов взаимодействия и ответственности всех сторон медицинского процесса.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Назаров С.Б., Кузьменко Г.Н.

*ФГУ Ивановский НИИ материнства и детства
им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий*

Эндотелиальные механизмы — наиболее важное звено гемостаза, которое остается до сих пор мало изученным в неонатологии, за исключением единичных исследований (Norman M., Martin H., 2003; Shibuya M., Wennstrom S., 2004). Нарушения функции эндотелия занимают одно из ключевых мест в развитии многих заболеваний, а эффективное лечение гемостатических нарушений невозможно без своевременной оценки эндотелиальной дисфункции, однако трудности её диагностики у новорожденных связаны с особенностями становления функциональной активности эндотелия в периоде ранней постнатальной адаптации на фоне недоношенности и сопутствующей неонатальной патологии. Цель исследования: оценка состояния эндотелия в зависимости от гестационного возраста, выраженности гемостатических расстройств у недоношенных новорожденных и сопутствующей неонатальной патологии. Проведено комплексное клиничко-anamnestическое наблюдение и лабораторно-инструментальное обследование 637 недоношенных новорожденных. Выделены 4 подгруппы: первую составили 271 новорожденный с гестационным возрастом 35-37 недель, вторую — 218 детей с гестационным возрастом 32-34 недели, третью — 87 — с гестационным возрастом 29-31 неделя и четвертую — 61 — с гестационным возрастом 24 — 28 недель. Кроме того, состояние гемостаза изучено в зависимости от вида сопутствующей патологии, выраженности и локализации геморрагических проявлений, у детей с клинической манифестацией ДВС-синдрома, с ВЖК различной степени тяжести. Исследовались показатели, характеризующие состояние эндотелия и регулирующие его функцию. Уровни фактора Виллебранда определяли на анализаторе гемостаза «Compact» фирмы «Diagnostika Stago» (Франция) с использованием реактивов «vWF STA LIATEST». Интегральный показатель состояния эндотелия оксид азота определяли фотометрическим методом по уровням нитритов с реактивом Грисса. Фактор роста эндотелия сосудов — СЭФР и молекулы адгезии сосудистого эндотелия I типа (sVCAM-1) исследовали методом ИФА. Исследовали динамику показателей интерлейкина 6 (ИЛ — 6) методом хемилюминесцентного анализа и ИЛ-8 — методом ИФА. Антитромботическую характеристику эндотелия определяли по активности ингибитора свертывания крови АТ-III реактивами «STA Antithrombin III» и протеина С реактивами «STA Protein C chromogen

» На 1-3 и 5-8 дни жизни новорожденным проводилось определение 18 параметров плазменного звена гемостаза. При исследовании микрокоагулограмм оценивали хронометрические показатели свертывания крови на анализаторе «STA Compact» (Франция). Выполнены исследования основных коагулологических тестов и уровней VIII, V, VII, X факторов. Для оценки фибринолитической системы определяли показатели плазминогена стрептокиназным методом и Д-димера реактивами «STA Liatest D-DI». Определение РФМК проводилось наборами фирмы «Технология-стандарт». Иммунотурбодиметрическими методами определяли ингибиторы коагуляции — α — 1-антитрипсин, С1 — эстеразный ингибитор, α — 2- макроглобулин. Интенсивность свободнорадикального окисления липидов (СРО) оценивали по определению малонового (МДА) в сыворотке. Для оценки антиоксидантной системы использовали показатель — суммарной антиоксидантной активности (АОА) и уровни церулоплазмина общепринятыми методами.

В раннем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных состояние эндотелия взаимосвязано с особенностями плазменного звена гемостаза. Если у детей с компенсированными нарушениями гемостаза эндотелиальные изменения сопряжены со сбалансированным увеличением нитритов и снижением протеина С, то у новорожденных с декомпенсированными нарушениями гемостаза высокие уровни нитритов, повышение прокоагулянтного, провоспалительного и адгезионного потенциала эндотелия (повышение уровней фактора Виллебранда, цитокинов и молекул адгезии) взаимосвязаны с низкими уровнями VEGF, ПС и АТ III, что связано с нарушением регуляции ангиогенеза, проницаемости и увеличением провоспалительного и прокоагулянтного статуса эндотелия. В раннем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных состояние эндотелия взаимосвязано с тяжестью неонатальной патологии. Показана роль гипоксии и реоксигенации в повреждении эндотелия при критических состояниях. Корреляционные взаимосвязи эндотелиальной дисфункции с показателями антиоксидантной системы у недоношенных подтверждают значение дефицита антиоксидантов для её развития. У новорожденных повреждающими эндотелий факторами являлись гипоксия, усиление СРО, дефицит антиоксидантов и иммунные нарушения, а чрезмерная эндотелиальная активация через систему оксида азота потенцирует коагуляционные расстройства и приводит к развитию ангиопатии, замыкая порочный круг гемостатических нарушений. Прокоагулянтный потенциал эндотелия в виде повышения уровней фактора Виллебранда возрастает с увеличением содержания нитритов. При сбалансированном гемостазе у новорожденных оксиду азота принадлежит стабилизирующая роль, поскольку он является ингибитором свертывания, регулирует сосудистый тонус и проницаемость. При декомпенсированных нарушениях гемостаза эндогенная гипернитритемия способствует нарушению регуляторных механизмов коагуляции, развитию ангиопатии манифестации геморрагий. На основании полученных данных разработаны протоколы лабораторного исследования гемостаза с учётом состояния эндотелия, индивидуализированные для разных групп недоношенных новорожденных.

ПОКАЗАТЕЛИ ГИСТОТИПИРОВАНИЯ КРУПНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СИСТЕМЕ HLA В СРЕДНЕ-УРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Павличенко М.В.

ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель: выявление особенностей распределения антигенов, гаплотипов и фенотипов первого и части второго классов системы HLA у крупных новорожденных и матерей, русских, коренных жителей Средне — Уральского региона.

Материалы и методы: HLA-типирование проведено стандартным двухступенчатым микрометодом комплементзависимой цитотоксичности. Для оценки ассоциативных связей были использованы следующие показатели: X^2 — критерий согласия Пирсона, RR — показатель относительного риска, d — атрибутивный риск. Забор крови из периферических вен в объеме 8 -10 мл у матери и 4 мл у ребенка проводили на 5-6 сут жизни в утренние часы. Общее количество исследований-100.

Актуальность: Явление формирования крупного плода мы не рассматривали как нозологическую форму патологии, но связывали его с особенностями обмена веществ во внутриутробном периоде развития плода, имеющими, возможно, генетическую направленность. Известно, что лица с определенным HLA-фенотипом под влиянием факторов окружающей среды имеют предрасположенность к определенным группам болезней. Следовательно, HLA-антигены являются своеобразными внутренними генетическими факторами риска. Исходя из этого, было проведено гистотипирование женщин с крупноплодной беременностью и крупных новорожденных по системе HLA.

По нашему мнению, следовало предполагать наследственную предрасположенность к определенному типу обменно-эндокринного гомеостаза, обеспечиваемую генетическими маркерами, в частности, антигенами главного комплекса гистосовместимости HLA. Генеалогическая детерминированность формирования крупного плода подразумевает антропометрические данные родителей и их массу при рождении, а также рождение крупных детей в предыдущих родах: в семьях, где оба родителя имели большую массу при рождении очень часто (у 98% опрошенных родителей) рождались крупные дети.

При определении HLA-фенотипов крупных новорожденных и матерей выявлено высоко достоверное ($p < 0,001$) повышение частоты встречаемости антигена B41 ($X^2=19,81$; $RR=14,41$), антигена CW5 ($X^2=4,06$; $RR=10,18$) ($p < 0,05$), в то время как представительство антигенов CW2 ($X^2=7,17$; $RR=0,18$) и CW4 ($X^2=9,99$; $RR=0,21$) высоко достоверно ($p < 0,01$) снижалось. Чаще, чем в контроле, встречался антиген DR5 ($RR=3,55$; $X^2=1,97$). Этот антиген обнаружил наиболее выраженную генетическую связь с рождением крупного ребенка по показателю атрибутивного риска ($d = 0,33$). Высоко достоверное ($p < 0,001$), в сравнении с контролем, учащение показал гаплотип A2-B41 ($X^2=21,18$; $RR=31,85$). Выявление ассоциативных связей между HLA — антигенами и развитием крупного плода сви-

детельствует о том, что в генезе этого многофакторного явления определенная роль принадлежит и генетическим маркерам системы HLA. Использование метода тканевого типирования целесообразно применять в качестве вспомогательного диагностического средства не только во время беременности, но, что еще более важно, и в период ее планирования. Последнее позволит прогнозировать течение беременности и родов и тем самым улучшить показатели здоровья населения.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РОВОДОГО ТРАВМАТИЗМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Парамонова Т.К., Соловьева Е.П., Радынова СБ.,
Беликова Е.В., Тюрина Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский институт
ГОУВПО «МГУ имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Актуальность проблемы родового травматизма у новорожденных приобретает все возрастающее значение.

Родовая травма — механическое воздействие родовых сил на плод, приводящее к нарушению целостности тканей и органов новорожденного во время родов.

Причинами родового травматизма во время беременности могут быть: наличие экстрагенитальной патологии, осложнения беременности, в особенности хроническая маточно-плацентарная недостаточность, ведущая к возникновению хронической гипоксии плода и его гипотрофии, низкий социальный статус и вредные привычки у беременной, такие как курение, злоупотребление алкоголем, наркомания. Играет роль также и неполноценное питание беременной, профессиональные вредности.

Во время родового акта на формирование родовой травмы у новорожденных влияют: чрезмерная сила мышечных сокращений матки при ситуации, предрасполагающей к травме, аномалии положения плода, крупная его масса, уменьшение размеров и ригидность родовых путей, затяжные, быстрые и стремительные роды.

Предрасполагающие состояния (длительная гипоксия, нарушения питания и роста плода, внутриутробные инфекции, недоношенность) во время беременности и в родах увеличивают вероятность родового травматизма даже при нормальном течении родов.

Важную роль играют: нарушение биомеханизма родов во время родового акта, особенно при тазовом предлежании плода и разгибательных вставлениях и погрешности в оказании акушерского пособия во втором периоде родов.

Материалами для наших исследований явились 20 историй родов, закончившихся формированием родового травматизма у новорожденных.

В постановке диагноза родовой травмы новорожденного использовались клинические, ультразвуковые и рентгенологические методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 20 новорожденных с родовой травмой, в том числе 6 новорожденных были рождены путем операции кесарева сечения, что составляет, 30%, остальные 14 новорожденных рожде-

ны через естественные- родовые пути. Доношенных из общего числа новорожденных было 11, недоношенных 9, т.е. почти половина.

При анализе структуры родовых травм выявлено следующее, что внутричерепные кровоизлияния имелись у 1 новорожденного, что составило 5% от общего числа родовых травм; родовые травмы периферической нервной системы (парез шейного сплетения)- у 2 новорожденных, что составило 10%. Повреждения костно-суставной системы (подвывихи шейных позвонков разного уровня) — у 6 новорожденных, что составило 30%, т.е. почти у каждого третьего новорожденного; родовые повреждения мягких тканей имелись у 11 новорожденных, т.е. более чем у половины и проявлялись кефалогематомой кровоизлиянием под надкостницу.

При анализе историй родов родильниц, роды которых закончились с формированием родовой травмы новорожденного, были выявлены следующие осложнения беременности: гестоз — у 12 (60%) родильниц, т.е. больше, чем у половины; узкий таз — у 7 (35%) родильниц, т.е. более, чем у каждой третьей; масса плода превышала среднюю — в 9 случаях (45%), т.е. почти у половины.

Среди осложнений родов выявлены: нарушение биомеханизма родов в 4 случаях, что составило 20%, т.е. у каждой пятой роженицы, причем у половины из них масса плода превышала 4000 г. Первичная слабость родовой деятельности имела место у 12 родильниц, т.е. более чем у половины. Дискоординированная родовая деятельность осложнила течение родового акта у 2 родильниц, что составило 10% от общего числа родов, закончившихся родовой травмой новорожденного. Характерным явилось наличие у всех обследуемых родильниц преждевременного отхождения околоплодных вод (как родового, так и раннего). В одном случае роды были быстрыми. Недоношенными были 7 новорожденных, т.е. каждый третий.

Таким образом, основными факторами риска, влияющими на формирование родовой травмы новорожденных являются осложнения беременности, особенно гестоз, сопровождающийся маточно-плацентарной недостаточностью, невынашивание, большая масса плода, аномалия костного таза, а среди осложнений течения родов отмечены аномалии родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, нарушение биомеханизма родов и ошибки в оказании акушерских пособий во втором периоде родов.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И., Хаматханова Е.М., Дорюфеева Е.И., Машинец Н.В., Жиркова Ю.В., Панов В.О., Кулабухова Е.А.

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И.Кулакова Росмедтехнологий, отделение хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, г. Москва

Цель: оценить степень реализации антенатально выявленных пороков мочевыделительной системы и

определить план ведения новорожденных в соответствии с постнатально подтвержденными данными.

Настоящее исследование основано на 95 клинических наблюдениях беременности, родов и периода новорожденности пациентов за период с 2004 по 2008 годы на базе ФГУ НЦ Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий.

Беременные впервые обращались на консультацию по поводу выявленного расширения ЧЛС у плода в сроки 22-35 недель.

После рождения для уточнения диагноза новорожденным проводилось УЗИ почек на 1-е и 6-е сутки жизни. При необходимости дифференциации органической и функциональной обструкции мочевыводящих путей на 7-10-е сутки жизни ребенка применялась диуретическая сонография. Оценка всех ренальных структур осуществлялась так же по результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ), в том числе с контрастным усилением. Микционная цистоуретрография проводилась на 7-е сутки жизни ребенка для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

В результате гидронефроз был выявлен у 25 детей. У 10 из них дилатация лоханки превышала 25 мм, паренхима была истончена более чем на 50 %, функция снижена до 40 %, эти дети были прооперированы в периоде новорожденности.

Мегауретер был выявлен у 29 детей. У 11 из них был доказан органический характер обструкции в области уретерovesикального сегмента, поэтому им была проведена хирургическая коррекция.

У 4-х детей диагностирован уретерогидронефроз верхнего сегмента удвоенной почки на фоне уретероцеле с этой же стороны, в этих случаях использовались возможности эндоскопии, а еще двое детей родилось уже с потерей функции верхнего сегмента почки на фоне обструкции мочеточника, им проводилась геминефруртерэктомия.

Мультикистоз почки обнаружен у 24 детей. Из них у 12 новорожденных размер мультикистозного комплекса превышал 60 мм, в связи с большими размерами кист эти дети были прооперированы, им проводилась нефрэктомия, в том числе и лапароскопическая.

ПМР III-V степени – у 5 детей, которым проводилась консервативная терапия. Гипоплазия одной из почек встретилась в 4 случаях.

Двое детей родились с крайне тяжелой формой синдрома Prune-Belle, с атрезией уретры и соответственно гипоплазией легких, они погибли в 1-е сутки жизни (к сожалению, эти женщины обратились уже на поздних сроках беременности).

Таким образом, почти все случаи выявленного расширения ЧЛС были подтверждены постнатально, что оправдывает целесообразность УЗИ-обследования беременных и перевода детей после рождения в специализированные отделения для более углубленного обследования, уточнения диагноза и своевременного лечения (в том числе и оперативного).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОГО ТРАНСФУЗИОННОГО СИНДРОМА

Полонская Е.И.¹, Рыжков С.В.¹, Егорова Н.П.¹,
Порываева М.Ю.¹, Михайлов А.В.²

¹ ГУЗ «Областная больница №2», Ростов-на-Дону, Россия

² СПб ГУЗ «Родильный дом №17», Санкт-Петербург, Россия

Пациентки с многоплодной беременностью всегда относятся к группе высокого риска по развитию перинатальных осложнений. Для монохориальной многоплодной беременности характерны такие специфические осложнения, как фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС), частота встречаемости которого составляет 10-15%. В структуре всех перинатальных потерь он составляет 15-17% (Стрижаков и соавт., 2004). В данной работе мы представляем случай из нашей практики ведения пациентки с монохориальной двойней и ФФТС.

Пациентка К., 32 лет, жительница Ростовской области, наблюдалась в женской консультации по месту жительства с 9 недель беременности. Экстрагенитальная патология: грыжа межпозвоночных дисков поясничного отдела. Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки. Данная беременность пятая (роды – 1, кесарево сечение; медаборты — 3), наследственность у обоих супругов неотягощена, вредных привычек нет. Биохимический скрининг: низкий риск рождения ребенка с хромосомной патологией. Обследована на ИППП: обнаружены JgG к ВПГ 1:1600, ЦМВИ 1:800. Первая половина беременности протекала без особенностей. При ультразвуковом исследовании в 21-22 нед. гестации диагностирована двойня монохориальная, диамниотическая, синдром задержки развития II плода, ФФТС, многоводие I плода, агидрамнион II плода. В связи с чем беременная была направлена в международный центр перинатальной медицины (г. Санкт-Петербург), где был подтвержден диагноз и в 22-23 нед. гестации выполнена операция: лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты. В 27 нед. гестации развилось острое многоводие у I плода, нарушение кривых скоростей кровотока и маловодие у II плода, беременная повторно была направлена в СПб ГУЗ «Родильный дом №17» (г. Санкт-Петербург), где путем трансабдоминального амниоцентеза была выполнена амниоредукция (эвакуировано 3600 мл. амниотической жидкости). В 31 нед. диагностирована антенатальная гибель II плода, пролонгирование беременности проводилось в условиях акушерского стационара Областной больницы №2 г. Ростова-на-Дону. В 32 нед. гестации отмечено появление субфебрильной температуры, нарастание лейкоцитоза и изменение лейкоцитарной формулы по данным общего анализа крови, наличие ультразвуковых признаков воспалительных изменений в плаценте и увеличение отека у антенатально погибшего плода, на основании чего с целью снижения перинатальных потерь пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения. Околоплодные воды были окрашены в светло-зеленый цвет, I плод, женского пола, извлечен живым, без затруднений с весом 1700 г, ростом 48 см., оценкой

по шкале Апгар 7-7 баллов, II плод извлечен мертвым без вскрытия плодных оболочек, женского пола, весом 838 г, ростом 38 см.

Послеродовый период у матери протекал без особенностей. Ранний неонатальный период у новорожденной протекал благоприятно.

Вывод. Ранняя и точная диагностика ФФТС, применение высокотехнологичных способов его коррекции позволяет оптимизировать перинатальные исходы при этом грозном осложнении.

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ И ЛОКАЛЬНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ РЯДА ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОПЕРАТИВНОМ И КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Попова А.Х., Овчинок Е.Н.

Городская клиническая больница №2, Курган, Россия

Патогенез миомы матки до сих пор не изучен окончательно. Не выяснена связь между гормональным статусом и цитогенетическими изменениями в миоме (Н.Г. Кузева, А.И. Рыбин, 2003). Имеются основания полагать, что первоначальные изменения клона клеток миометрия происходят за счет соматической мутации, а дальнейшее развитие опухоли подчинено влиянию стероидных гормонов (К. Englund, A. Blanck I. Gustavsson, 2005). Основной механизм действия эстрогенов на репродуктивную систему заключается в активации деления клеток (Т.Е. Самойлова, Т.С. Аль-Сейкал, 2004). За счет этого увеличиваются размеры матки и пролиферирует эндометрий. Ткань лейомиомы, будучи чувствительна к стимуляции эстрогенами, пролиферирует во время беременности и приема эстрогенов и регрессирует в постменопаузе. Хотя обычно рост опухоли – процесс автономный, ответ миомы на стимуляцию эстрогенами позволяет предположить в ней наличие эстрогеновых рецепторов, характерных для нормальной ткани. Целью настоящего исследования было определить концентрацию ряда стероидных гормонов в локтевой и маточной венах женщин находящихся на консервативном и оперативном лечении миомы матки.

Нами были обследованы 68 женщин госпитализированных по поводу миомы матки. Из них 10 женщин были пролечены консервативной миомэктомией, который включал удаление очага миомы. Остальные получали оперативное лечение, заключающееся в ампутации матки с придатками или без них. У всех обследуемых пациентов производили забор крови венопункцией локтевой и маточной вены в период операции. В отдаленные сроки наблюдения проводили анализ крови из локтевой вены. Суточную мочу собирали до операции и в отдаленные сроки – через 6 месяцев после оперативного вмешательства. Концентрацию эстрадиола, тестостерона, паратиреоидного гормона определяли *in vitro* в сыворотке крови радиоиммунологически (набора

для анализа фирмы «Immunotech» (Франция), подсчет активности и определение концентрации производили на гамма-счетчике фирмы «Tracor Europe» (Голландия).

В группе женщин с консервативной миомэктомией концентрация эстрадиола в лютеиновой фазе цикла (локтевая вена) соответствовала физиологическим значениям. В фолликулярную фазу цикла значения медианы близки к максимальным значениям физиологических концентраций. В маточной вене нами отмечен существенный разброс показателей, причем как низкой, так и высокой концентрации, однако достоверных различий между локальной и системной концентрацией эстрадиола нами получено не было.

В отдаленный срок концентрация эстрадиола снизилась до значений, характерных для пременопаузального периода у женщин пролеченных консервативно. В группе женщин ампутацией матки концентрация эстрадиола в локтевой вене не превышала физиологических значений как в лютеиновую, так и в фолликулярную фазы цикла. Отмечено значительное увеличение (30-80%) концентрации эстрадиола локально в маточной вене. Полученные значения гиперэстрогемии в маточной вене подтверждают наличие локальных гиперпластических механизмов развития миоматозного узла. В отдаленном сроке несмотря на существенное снижение концентрации эстрадиола, значения оставались выше физиологических в среднем на 18%.

Количество паратиреоидного гормона в локтевой и маточной вене в группе женщин с консервативной миомэктомией соответствовало физиологическим значениям, концентрация ПТГ также соответствовала физиологическим колебаниям и составила 19,8 (13,6÷27,7) и 12,7(10,6÷21,9) пг/мл сыворотки крови соответственно.

В группе женщин с ампутацией матки количество паратирин в локтевой вене было достоверно ниже значений в маточной вене (7,9÷22,7 и 9,9÷36,6 пг/мл сыворотки крови соответственно). В отдаленном периоде концентрация ПТГ соответствовала физиологическим пределам.

Концентрация андрогенов (тестостерона) в группе женщин с консервативной миомэктомией соответствовала физиологическим значениям в локтевой и маточной вене на всех исследуемых этапах. Необходимо отметить более низкие показатели в маточной вене в сравнении с системной концентрацией (0,1÷0,4 и 0,3÷0,7 нг/мл соответственно).

Отмеченные локальные проявления гиперпродукции тестостерона в группе женщин с ампутацией матки достоверно превышали аналогичные показатели в группе с консервативной миомэктомией и составили 0,5÷1,0 нг/мл. В локтевой вене концентрация тестостерона существенно не изменялась.

АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТЯГОЩАЮЩИХ ФАКТОРОВ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

**Рыжков С.В., Мороз Т.Ю., Яковенко Е.П.,
Старосельская Е.Б., Москаленко В.И.,
Березовская С.И.**

*ГУЗ ОБ №2, областной роддом, отделение новорожденных г.
Ростов-на-Дону, Россия*

С целью изучения особенностей клинической адаптации недоношенных детей в зависимости от отягощающих факторов антенатального периода было обследовано 118 недоношенных детей в возрасте от рождения до 1-го месяца жизни, разделенные на 3 группы: группа А – дети, рожденные при сроке гестации 35-37 недель, группа В – при сроке гестации 32-34 недели, группа С – дети со сроком гестации при рождении 28-31 неделя. Результаты наших исследований свидетельствуют, что среди всех инфекционных осложнений беременности наиболее распространенными были острые воспалительные процессы генитальной сферы, частота которых составила 47,9% у наблюдаемого контингента матерей. Частота распространенности острой инфекции гениталий во время беременности была обратно пропорциональна гестационному сроку прерывания беременности, составив в группе А 29,3%, в группе В – 52,1% и в группе С – 67,9%. На втором месте по частоте среди инфекционных факторов, отягощающих течение антенатального периода, были: острая патология мочевыделительной сферы (41,9%) и острые респираторно-вирусные инфекции (35,9%). В целом, уровень урогенитальной инфекции в период беременности был достоверно выше в группах В и С (100% и 96,4% соответственно) по сравнению с группой А, где этот уровень составил 73,1%. В группах В и С достоверно выше (18,8% и 21,4%) был уровень многократной ОРВИ в период беременности по сравнению с группой А, в которой женщины, перенесшие ОРВИ дважды и более, составили 9,7%. При сравнительной оценке степени влияния определенных факторов риска на исход и сроки прерывания беременности нами установлена наиболее значимая роль инфекционного фактора в прерывании беременности в ранние сроки гестации (до 35 недель). На основании проведенного исследования было установлено, что динамика ряда показателей физического развития (длины верхней конечности, длины плеча, длины бедра, окружности плеча, окружности груди) в значительной степени зависит от воздействия отягощающих факторов перинатального периода. В структуре нарушений адаптации недоношенных детей в раннем неонатальном периоде одно из ведущих мест занимает синдром дыхательных расстройств (СДР). Проведенный нами клинический анализ позволил выявить, что по сравнению с группой А, в которой преобладали дети без СДР (62%), процент детей с проявлениями СДР в группе В был в 2 раза выше, чем без таковых, а в группе С – составил 100%. Процентное соотношение среднетяжелых и тяжелых форм СДР в группах А и В выше у недоношенных, чей антенатальный пери-

од был отягощен инфекционной патологией матери. Другим частым нарушением адаптации у недоношенных новорожденных является конъюгационная желтуха, составившая среди всех наблюдаемых детей 94,1%. Была отмечена закономерность увеличения частоты затяжных форм конъюгационных желтух с уменьшением гестационного возраста при рождении. Затяжное течение конъюгационных желтух было выявлено только среди недоношенных детей с осложненным инфекционной патологией матери антенатальным периодом. Перинатальное поражение ЦНС различной степени выраженности было отмечено у всех наблюдаемых недоношенных новорожденных. Частота гипертензионно-гидроцефального синдрома была обратно пропорциональна гестационному возрасту при рождении и являлась наибольшей в группе С (39,3%). Было установлено, что частота инфекционных заболеваний у недоношенных детей в периоде новорожденности тем выше, чем меньше гестационный возраст при рождении. Анализируя полученные данные, было выявлено, что преобладающими формами инфекционно-воспалительных заболеваний у недоношенных групп А и В были конъюнктивиты, в группе С — ателектатические пневмонии и обструктивные бронхиты. Проведенные исследования показали, что процент недоношенных детей, переведенных на II этап выхаживания, и сроки пребывания в стационаре были обратно пропорциональны гестационному возрасту при рождении, и оказались достоверно более высокими в группах В и С (100% детей, 33,9 и 58 койко-дней соответственно) по сравнению с группой А (88,1%, 19 койко-дней). Таким образом, из совокупного анализа представленных данных следует, что в качестве неблагоприятных факторов риска нарушений адаптации у недоношенных новорожденных можно рассматривать инфекционные заболевания матери в период гестации. Данные факторы, отягощающие течение антенатального периода тормозят темпы физического развития недоношенных новорожденных и повышают уровень их заболеваемости. К клиническим критериям неблагоприятного воздействия указанных отягощающих факторов перинатального периода следует отнести: замедленную в течение первого месяца жизни динамику нарастания ряда показателей физического развития недоношенных детей (длину верхней конечности, длину плеча, длину бедра, окружность плеча, окружность груди), тяжелые формы СДР, затяжную желтуху, гипертензионно-гидроцефальный синдром и инфекционно-воспалительные заболевания в период новорожденности. Результатом инфекционной патологии у недоношенных новорожденных являются более длительные сроки стационарного лечения.

РОЛЬ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (ГРУППА В) В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Савин К.А., Гриненко Г.В., Хавеева О.С.

Россия, Санкт-петербург, СПб ГУЗ «Родильный дом №18»

Цель исследования: изучение роли контакта со стрептококком группы В, имевшим место в антенатальном и интранатальном периоде в развитии патологических состояний у новорожденных детей.

Материалы и методы: Исследование проводилось методом сплошной выборки среди 194 новорожденных, которые нуждались в переводе из родового отделения на пост реанимации и интенсивной терапии. Проводилось бактериологическое исследование материала заушной складки. Среди них доношенные дети составили 71,6% (139 наблюдений), недоношенные дети — 28,4% (55 наблюдений).

В контрольную группу вошли 183 новорожденных ребенка, у которых при бактериологическом исследовании стрептококки группы В не выделялись.

Streptococcus agalactiae (группа В) был выявлен в 11 случаях (5,7%). В группе доношенных детей получено 5 положительных результатов (3,6%). В группе недоношенных детей 6 положительных результатов (10,9%). У 7 детей из 11 *Streptococcus agalactiae* (группы В) являлся единственно выявленной патологической микрофлорой. В 4 наблюдениях была выявлена ассоциация микроорганизмов (сочетание стрептококка с *E. Coli* – 2 наблюдения, с *E. Coli* и *Kl. Pneumoniae* – 1 наблюдение, с *Candida species* – 1 наблюдение). В 2 наблюдениях были получены параллельные высевы стрептококка группы В у матерей (влагалищные выделения и носоглотка). В исследуемой группе присутствовало две бихориальные биамниотические двойни. *Streptococcus agalactiae* (группы В) был выявлен только у одного ребенка из каждой двойни, у вторых детей были получены отрицательные результаты бактериологического исследования.

Во всех случаях стрептококки имели максимальную чувствительность к ампициллину.

Среди новорожденных с подтвержденным контактом со стрептококком группы В респираторные нарушения, потребовавшие дыхательной реанимации развились у 8 детей (72,7%). В контрольной группе респираторная поддержка потребовалась 80 детям (43,7%). В исследуемой группе клинические проявления внутриутробной пневмонии имели место у 3 новорожденных, менингоэнцефалит — в 2 случаях, изолированные кожные проявления (врожденная везикулопустулезная сыпь) — в 1 случае. Всего клинические проявления внутриутробной инфекции в исследуемой группе составили 6 случаев. В контрольной группе — 8 наблюдений. У 2 детей из исследуемой группы диагностировалась мекониальная аспирация. В контрольной группе мекониальную аспирацию имели 6 детей. Динамическая кишечная непроходимость наблюдалась у 1 ребенка исследуемой группы против 4 случаев в контрольной группе. Один ребенок в исследуемой группе имел сочетанный порок желудочно-

кишечного тракта (атрезия пищевода и атрезия ануса). Тяжелая асфиксия при рождении имела место у 2 детей в исследуемой группе и у 3 детей в контрольной группе. Частота синдрома дыхательных расстройств I типа среди недоношенных детей, контактных со стрептококком группы В составила 5 случаев, в контрольной группе — 30 случаев.

Вся ранняя неонатальная смертность (2 случая) среди детей вошедших в данное исследование была ассоциирована с контактом со стрептококком группы В.

Таким образом, наличие антенатального и интранатального контакта со стрептококком группы В имеет важное значение в развитии патологических состояний, возникающих в раннем неонатальном периоде. Сохраняется актуальность использования ампициллина в качестве антибиотика первой очереди.

ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛНГ — РИЛИЗИНГ ВМС «МИРЕНА» ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Семенова О.Г., Тактаева М.В.

*Россия, г.Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная
медицинская академия»*

Миома матки – это моноклональный гормоночувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически изменённых клеток миометрия. По данным государственного доклада за 2007 год доброкачественные опухоли матки и придатков в структуре гинекологических заболеваний в Удмуртской республике занимают первое место (11%); в динамике отмечается рост показателя доброкачественных опухолей матки и придатков. По данным литературы 80% от всех плановых хирургических вмешательств производится по поводу миомы матки, 90% гистерэктомий в репродуктивном возрасте проводится по поводу доброкачественных заболеваний, среди которых миома матки занимает первое место. В результате гистерэктомий, даже с сохранёнными придатками матки, почти у 75% женщин развивается постгистерэктомический синдром. Возникает вопрос о целесообразности оперативного лечения миомы матки.

Существует гипотеза, что активный зачаток роста миомы матки на первых стадиях развивается за счет физиологического колебания гормонов во время менструального цикла (эстрогены стимулируют накопление рецепторов прогестерона и эпидермального фактора роста -EGF, а прогестерон повышает экспрессию самого EGF — основного митогена миомы матки). Левоноргестрел обладает выраженной прогестагенной и антиэстрогенной активностью, тормозит пролиферацию эндометрия, способен оказывать тормозящее действие на высвобождение в гипоталамусе релизинг-факторов и снижать выработку гипофизом лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов, понижать функцию желтого тела.

Под нашим наблюдением находились 15 женщин с миомой матки, относящиеся к 3 и 4 группам – с миомой матки средних размеров (до 40 мм в диаметре) и множественной миомой матки с доминантным узлом

среднего размера (диаметр доминантного узла до 60 мм) соответственно (по классификации д.м.н., профессора А.Л. Тихомирова). В своём исследовании с целью лечения миомы матки мы использовали внутриматочную систему «Мирена». ЛНГ — релизинг ВМС «Мирена» — это Т-образная внутриматочная система с резервуаром, содержащим 52 мг левоноргестрела — синтетического аналога женского полового гормона прогестерона. Резервуар покрыт полидиметилсилоксановой мембраной, которая регулирует скорость выделения ЛНГ — 20 мкг в сутки. Суточная доза гормона настолько мала, что он практически не оказывает системного воздействия на организм женщины. Перед введением ВМС всем женщинам проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, гинекологическое исследование, мазок на флору, онкоцитологию, общий анализ крови, исследование крови на сифилис, ВИЧ, вирусные гепатиты, УЗИ. Контроль эффективности применения «Мирены» проводился с помощью оценки динамики жалоб, объективного исследования и УЗИ. Через 6 месяцев у всех пациенток отмечена положительная динамика клинических проявлений миомы матки: исчезли признаки анемизации, повысился уровень качества жизни женщин, уменьшились болевой синдром и ощущение дискомфорта. По результатам УЗИ через 6 месяцев размер миоматозного узла в среднем уменьшился на 27%.

Исходя из полученных результатов мы рекомендуем лечение данных групп пациенток с миомой матки с помощью ВМС «Мирена». Данный способ лечения менее инвазивный, лучше переносится женщинами, сохраняет репродуктивную функцию, позволяет избежать постгистерэктомического синдрома, повышает качество жизни.

РОЛЬ ФЕТАЛЬНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В РАЗВИТИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

**Сергеева В.А., Нестеренко С.Н.,
Стариченко И.А., Смирнова Т.И.**

*Россия, г. Курск, Курский государственный
медицинский университет*

Актуальность и цель исследования. Фетальный воспалительный ответ (ФВО) представляет собой субклинически протекающее состояние, характеризующееся активацией иммунной системы плода с гиперпродукцией медиаторов воспаления. В качестве маркеров ФВО выступает фуникулит или васкулит пупочных сосудов, а также повышение в крови ряда провоспалительных цитокинов, например интерлейкина-8 (ИЛ-8) > 70 пг/мл. Учитывая ход диссеминации воспалительного процесса через пупочные сосуды в системную циркуляцию, становится понятным неизбежность повреждения при ФВО лёгочной ткани плода, одним из проявлений которого может являться респираторный дистресс-синдром (РДС).

Материалы и методы. С целью сравнительной оценки ряда медиаторов воспаления в пуповинной

крови нами были обследованы новорождённые дети, у которых в первые сутки жизни развился РДС (1 группа, n=17) и не был в дальнейшем установлен диагноз пневмонии, и дети с нормальным течением раннего неонатального периода (2 группа, n=9). Методом ИФА исследовалось содержание в пуповинной крови ИЛ-8, ИЛ-10, СРБ, ICAM-1, Е-селектина и простагландина Е2. Учитывая ненормальный характер распределения, полученные данные обработаны с использованием критериев непараметрической статистики и представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентиля.

Результаты. Установлено, что новорождённые 1 группы отличались меньшим сроком гестации (35.6±2.9 и 38.6±2.7, p=0.04) и более низкой оценкой по шкале Апгар на 1-й (5.8±1.3 и 5.1±1.4, p=0.05) и 5-й минутах (7.1±0.7 и 8.3±0.9, p=0.001), а также нуждались в более частом переводе в отделение патологии новорождённых по сравнению с детьми 2-й группы (82.5% и 12.5%, p=0.001). У детей 1-й группы установлено более высокое содержание ИЛ-8 (361.4 [84.6; 694.6] и 36.1 [27.3; 44.7] пг/мл, p=0.002), ИЛ-10 (25 [8.1; 12.9] и 2.1 [1.9; 2.3] пг/мл, p=0.037), а также индекса ИЛ-8/ИЛ-10 (30 [36; 112] и 19 [13; 22], p=0.029), что может быть отражением недостаточности противовоспалительного ответа. В 1-й группе существенно преобладало количество детей с содержанием ИЛ-8>70 пг/мл (92% и 12.5%, p<0.001), что позволяет предположить наличие у них ФВО, хотя различий по частоте встречаемости воспалительных изменений в плаценте не выявлено (46% и 12%, p=0.1). У детей 1-й группы помимо РДС наблюдалось нарушение функции и других систем органов, степень вовлечения которых в системный патологический процесс коррелировала с уровнем Е-селектина (r=0.558, p=0.05), повышение которого отражает характерную для полиорганной дисфункции активацию эндотелия. При повторном исследовании на момент выписки только в 1-й группе выявлены статистически значимые изменения, проявившиеся в снижении содержания в венозной крови новорождённых ИЛ-8 (361.4 [84.6; 694.6] и 39.6 [55.7; 62.4] пг/мл, p=0.006) и повышении ICAM-1 (22.3 [26.1; 42.1] и 31.4 [35.4; 67.8] нг/мл, p=0.045) и простагландина Е2 (680.6 [875.8; 1634.7] и 1676.9 [1654.8; 1907.2] пг/мл, p=0.014). Это может свидетельствовать о сохраняющейся на фоне стихания воспалительного процесса активации эндотелия и представляет собой фактор риска в плане развития заболеваний бронхо-лёгочной системы в более старшем возрасте. С целью исключения влияния степени зрелости лёгких на возникновение РДС были проанализированы результаты исследования новорождённых 37 и более недель гестации (n=7 в каждой группе). Аналогично представленным выше данным дети 1-й группы имели меньшую оценку по шкале Апгар на 1-й (6.1±0.9 и 7.4±1.1, p=0.049) и 5-й (7.1±0.4 и 8.5±0.8, p=0.002) минутах, чаще госпитализировались на 2-й этап (71% и 0%, p=0.037), отличались более высоким содержанием в пуповинной крови ИЛ-8 (199.8 [82.5; 1454.2] и 35.4 [26.2; 40.5] пг/мл, p=0.025), ИЛ-10 (2.9 [2.4; 13.5] и 2.0 [1.9; 2.2] пг/мл, p=0.028) и СРБ (493.5 [1492.1; 2273.0] и 43.4 [32.3; 71.7] нг/мл, p=0.008).

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о наличии антенатальных

факторов риска развития респираторного дистресс-синдрома, одним из которых является синдром фетального воспалительного ответа.

РЕЦЕПЦИЯ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ЭНДОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Серебренникова К.Г., Лапшихин А.А., Самойлов М.В.,
Бессмертная В.С., Кузнецова Е.П., Протопопова Т.А.

ГОУ ВПО «Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова» Росздрава, Москва, Россия

ГОУ ВПО «Российский государственный
медицинский университет» Росздрава, Москва, Россия
Центральная клиническая больница РАН, Москва, Россия

Изучение способов оценки качества эндометрия, позволяющих составить прогноз возможного исхода методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а в конечном итоге воздействовать на повышение результативности методов ВРТ, на сегодня имеет очень важное научно-практическое значение. Адекватная подготовка эндометрия к периоду возможной имплантации может увеличить процент успешных попыток ВРТ. Целью исследования явилось изучение клинических аспектов подготовки эндометрия у пациенток с бесплодием с учетом его иммуногистохимической характеристики. Материалы и методы исследования. Проведено обследование 120 женщин в возрасте от 18 до 44 лет, с преимущественно трубно-перитонеальным фактором бесплодия (n=30) 33,6±0,7 лет в среднем, с преимущественно эндокринным фактором бесплодия (n=30) 34,9±0,8 лет в среднем, с бесплодием, обусловленным преимущественно эндометриозом (n=30) 29±0,9 лет в среднем и группа сравнения с мужским фактором бесплодия (N=30), готовящихся к лечению методами ВРТ. Всем пациенткам проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включающее — УЗИ органов малого таза с доплерометрией кровотока, изучение гормонального профиля в I и II фазы менструального цикла, бактериологическое исследование содержимого полости матки. В 21-24 дни менструального цикла всем пациенткам проводились гистероскопия с использованием аппаратуры «Karl Storz» (Германия), биопсия эндометрия или, по показаниям, раздельное выскабливание цервикального канала и стенок полости матки с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. Иммуногистохимическое исследование соскобов слизистой оболочки матки проводилось с использованием мышинных моноклональных антител к эстрогеновым (клон 1D5 «Dako», США) и прогестероновым (клон 1A6 «Dako», США) рецепторам, к маркеру пролиферативной активности — белку Ki-67 (клон MIB 1, «Dako», США) и к белкам, регулирующим клеточный цикл — P27(клон DCS-72.F6 «Biogenix», США) и Cyklin E (клон HE12 «Biogenix», США). В зависимости от полученных результатов, проводилась подготовка эндометрия к программам ВРТ по разработанному алгоритму. Перед вступлением пациенток в протокол ВРТ проводили обязательные и дополнительные методы

обследования супружеской пары, регламентированные в приказе №67 Минздрава РФ. Для индукции суперовуляции использовались короткие и длинные схемы стимуляции овуляции с применением как агонистов, так и антагонистов гонадотропин — рилизинг гормона, рекомбинантных гонадотропинов, человеческих менопаузальных гонадотропинов. Состояние эндометрия в процессе ультразвукового мониторинга фолликулогенеза оценивали на 2-3 день стимулированного цикла, и затем 1 раз в три дня в процессе индукции овуляции. Оценивалась толщина М-ЭХО, динамика его изменения в процессе индукции овуляции, появление характерной для «зрелого» эндометрия поздней фолликулиновой фазы трехслойной структуры, также оценивалась реакция эндометрия на применение препаратов эстрогенов (Дивигель, Прогинова) при неадекватной дню цикла эхографической картине. Результаты. Рецепция к эстрогенам и прогестерону в группах с различными факторами бесплодия не проявила существенных особенностей. В железах количество эстрогеновых и прогестероновых рецепторов было несколько выше в группе с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, а в строме рецепция к эстрогенам и прогестерону имела тенденцию к более высокому показателю у женщин с эндокринным фактором бесплодия, чем в остальных. В группе с эндокринным фактором бесплодия показатели P27 в железах практически не отличались от нормальных показателей группы сравнения, а в строме в ядрах белок выявлялся с большей интенсивностью, а цитоплазматическое окрашивание было слабой интенсивности. Экспрессия циклина E в ядрах практически не отличалась от группы сравнения. При эндометриозе в эпителии желез P27 выявлен в большинстве ядер, в стромальных клетках P27, как и при других факторах выявлен и в ядрах и в цитоплазме, но с большей интенсивностью. Экспрессия циклина E при эндометриозе практически не отличалась от таковой при других факторах. Проллиферативная активность значительно преобладала при трубно-перитонеальном и в железах и в строме, в то время как, при эндокринном факторе была выше, чем при эндометриозе. У пациенток всех трех основных групп, на момент начала протокола стимуляции суперовуляции при УЗИ, фиксировались плохие прогностические факторы адекватного созревания эндометрия – либо линейность М-ЭХО, либо — наоборот толщина эндометрия > 5мм, несоответствие толщины М-ЭХО дню менструального цикла. В тоже время в группе сравнения, по данным УЗИ, перед началом протокола не фиксировалось отклонений от общепринятых критериев оценки эндометрия для данного дня менструального цикла. Всем пациенткам I и II и III групп в процессе индукции овуляции потребовалась вспомогательная терапия препаратами эстрогенов. Отличительной особенностью динамики параметров М-ЭХО явилось появление и/или улучшение структуры М-ЭХО к 11 дню менструального цикла. У пациенток I группы на фоне проводимой терапии эстрогенами отмечалась невыраженная динамика прироста толщины М-ЭХО, зачастую, толщина М-ЭХО не соответствовала дню менструального цикла и к моменту проведения трансвагинальной пункции фолликулов. Показатели эхографического состояния эндометрия в III исследуемой группе были наиболее

приближены к таковым в естественном цикле, в целом, совпадали с показателями группы сравнения. Частота наступления беременности достоверно больше наблюдалась у пациенток, прошедших подготовку эндометрия заместительной гормонотерапией

Выводы. Подготовка пациенток к программам вспомогательных репродуктивных технологий с учетом иммуногистохимической характеристики экспрессии рецепторов к стероидным гормонам позволяет не только индивидуализировать подход к гормонотерапии, но и улучшает прогноз ответа эндометрия на индукцию овуляции и применение препаратов эстрогенов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ

**Скарденова Е.Ю., Ковалев В.В., Газиева И.А.,
Чистякова Г.Н., Ремизова И.И.**

Россия, г. Екатеринбург. ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Данные последних лет свидетельствуют о влиянии перенесенной в перинатальном периоде гипоксии на процессы иммунологической адаптации новорожденных к условиям внеутробной жизни. Решение задачи снижения перинатальной заболеваемости, обусловленной гипоксически-ишемическим повреждением ЦНС, диктует необходимость разработки критериев прогноза развития постгипоксических осложнений, в качестве которых представляется целесообразным использование медиаторов межклеточного взаимодействия и белков острой фазы.

С целью определения особенностей функционального состояния иммунной системы детей, родившихся в асфиксии, проведено клинико-лабораторное обследование 60 доношенных новорожденных с асфиксией различной степени тяжести при рождении, из них 38 детей с умеренной асфиксией и 22 ребенка – с тяжелой. Группу сравнения составили 30 здоровых новорожденных от женщин, беременность которых протекала физиологически, дети были выписаны на 5-7-е сутки жизни. Содержание IL-1, IL-6, IL-8, IFN-, TNF-, С-реактивного протеина (CRP), лактоферрина, ферритина определяли методом ИФА в соответствии с рекомендациями фирм-производителей. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с использованием пакета «Statistica 6.0», проверку статистических гипотез проводили с помощью непараметрического критерия U-критерия Манна-Уитни.

Результаты иммунологического обследования детей показали, что характерным признаком для новорожденных, перенесших гипоксическое воздействие, являлось снижение уровня IL-1b и TNF-a и повышенное содержание IL-6, IL-8 и IFN- относительно значений этих показателей в группе сравнения. Обнаружение в периферической крови высокой концентрации медиаторов воспаления свидетельствует о нарушении принципа локальности функционирования цитокиновой системы, что может наблюдаться при патологических

процессах, сопровождающихся генерализованной активацией клеток иммунной системы. Оценка уровня цитокинов в пуповинной крови позволяет получить информацию об исходном функциональном состоянии иммунной системы, выраженности воспалительного процесса, его переходе на системный уровень и прогнозе развития инфекционных и неинфекционных осложнений в последующие периоды жизни.

Первичные медиаторы межклеточного взаимодействия, в особенности IL-6, активируют белковосинтетическую функцию печени и стимулируют усиленную выработку белков острой фазы. Наряду с опосредованным воспалительных реакций, IL-6 участвует в регуляции пролиферативных процессов и метаболизма железа, определяя выработку основных железосвязывающих белков, в том числе ферритина и лактоферрина. Концентрация С-реактивного белка, ферритина и лактоферрина у детей, родившихся в состоянии умеренной и тяжелой асфиксии, превышала аналогичные показатели в группе здоровых детей. Повышение уровня провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8, IFN- γ , а также белков острой фазы CRP, лактоферрина и ферритина у новорожденных, перенесших асфиксию, следует рассматривать как проявление «воспалительной» трансформации микроциркуляции вследствие активации врожденного и приобретенного компонентов иммунной системы.

Обсуждение. Повышенный уровень IL-6 и IL-8, которые являются медиаторами «второй волны» и вырабатываются в ответ на стимуляцию классическими провоспалительными цитокинами, на фоне снижения выработки классических провоспадательных цитокинов TNF- α , IL-1b, позволяет предположить, что к моменту рождения запуск воспалительной реакции в организме ребенка уже имел место и системный воспалительный ответ перешел в стадию включения механизмов регуляции обратной динамики процесса. Поскольку у большинства детей, рожденных в асфиксии, выявлялись признаки хронической внутриутробной гипоксии, заключение о вкладе именно этого патологического состояния в запуск системной воспалительной реакции у плода можно считать обоснованным.

Таким образом, повышение уровня медиаторов острой фазы воспаления IL-6, IL-8, IFN- γ , CRP, лактоферрина и ферритина в пуповинной крови детей, родившихся в состоянии асфиксии, свидетельствует о высоком риске постгипоксических осложнений на фоне активации врожденного и приобретенного компонентов иммунной системы.

К ВОПРОСУ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС

Скоков Ю.М., Шехова А.Н.

*Адыгейский республиканский клинический перинатальный
центр, Майкоп, Россия*

Проблеме поиска объективных параклинических методов диагностики церебральных повреждений у новорожденных посвящено значительное количество

публикаций. Инструментальные методы диагностики поражения ЦНС у новорожденных (ЭЭГ, компьютерная рентгеновская томография, нейросонография, доплеровская эхография и др.) не лишены некоторых недостатков и не всегда позволяют в полной мере оценить степень повреждения нервной ткани. В связи с этим ведется интенсивный поиск надежных иммунохимических маркеров патологических процессов в нервной ткани, особенно при воздействии такого неспецифического агента, как перинатальная гипоксия. Одним из перспективных направлений в этой области является разработка различных методов определения в сыворотке крови нейроспецифических белков, которые в норме не определяются и поступают в кровоток лишь при нарушении проницаемости гематоэнцефалического барьера. Одним из таких белков является нейрон-специфическая энлаза (NSE).

Основной целью настоящего исследования явилась оценка диагностического значения определения в сыворотке крови новорожденных NSE как одного из наиболее ранних маркеров повреждения клеток головного мозга.

Для решения поставленной задачи проведено клиническое, параклиническое и иммунохимическое обследование 25 доношенных новорожденных. Определение концентрации NSE проводилось при рождении в сыворотке пуповинной венозной крови и на 3-и сутки жизни в венозной крови.

Все новорожденные относились к группе риска по развитию гипоксических перинатальных поражений ЦНС. У всех из них в первую неделю жизни отмечалась клиника церебральной ишемии I степени, при НСГ выявлялись признаки перивентрикулярной ишемии, а также минимальные изменения со стороны сосудов глазного дна. Наблюдавшиеся дети были разбиты на 2 основные группы:

1) 14 (56%) новорожденных, оценка по шкале Апгар у которых составила через 1 минуту – 7 и через 5 минут – 8 баллов. Состояние после рождения у больных этой группы расценивалось как удовлетворительное.

2) 11 (44%) детей средняя оценка по шкале Апгар у больных этой группы составила через 1 минуту 4 и через 5 минут 7 баллов. Состояние после рождения у больных этой группы расценивалось как средней тяжести.

Анализ результатов показал, что у пациентов обеих групп отмечалось повышение уровня NSE в крови пуповины. Однако если в первой группе детей ее уровень при рождении был повышен в 1,8 раза и составил $39,60 \pm 6,27$ нг/мл, то во второй $94,13 \pm 29,23$ нг/мл (повышение в 4,3 раза). При исследовании NSE на 3-и сутки жизни концентрация NSE оставалась повышенной, однако разница в показателях между 1 и 2 группами была менее значимой ($57,18 \pm 9,10$ нг/мл и $75,34 \pm 15,23$ нг/мл соответственно).

Таким образом, определение концентрации NSE в сыворотке пуповинной и венозной крови чувствительный маркер гипоксических поражений ЦНС у новорожденных и этот метод возможно использовать для ранней диагностики ишемических повреждений ЦНС у новорожденных. Оценка по шкале Апгар может коррелировать с уровнем повышения NSE при рождении.

СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Скрябин Е.Г., Скрябина Н.В., Решетникова Ю.С.

Россия, г. Тюмень, ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»

Актуальность. Степень зрелости новорожденных является одним из критериев, по которому прогнозируют развитие ребенка в первые недели и месяцы его жизни. Причины, приводящие к рождению незрелых и недоношенных детей, многообразны и зависят от совокупности многих медицинских и социальных факторов, в том числе и от наличия у матери экстрагенитальной патологии.

Цель. Установление степени зрелости новорожденных детей, родившихся у матерей с тяжелыми заболеваниями позвоночника диспластического и дегенеративно-дистрофического характера.

Материал и методы исследования. Проведен анализ степени зрелости 105 новорожденных детей (основная группа), родившихся у матерей, страдавших тяжелыми заболеваниями позвоночника. Вертеброгенная патология у женщин была представлена врожденными аномалиями развития – 8 женщин, сколиотической болезнью II-IV степени тяжести – 33, остеохондрозом с корешковой симптоматикой – 64 человека. В качестве контроля оценили степень зрелости 35 детей, матери которых не имели заболеваний позвоночника.

С целью суждения о степени зрелости новорожденных в первые минуты их жизни анализировали общепринятые критерии: срок гестации, течение беременности и родов, антропометрические данные (рост и вес), мышечный тонус, рефлекс.

Полученные результаты. В результате проведенного анализа всех родившихся детей распределили на четыре основные группы: недоношенные, незрелые доношенные, доношенные, переносимые.

Недоношенные дети в основной группе родились у 19,0% женщин. Чаще всего они рождались у матерей, страдавших сколиозом – 21,2% наблюдений. У родильниц с остеохондрозом позвоночника недоношенные дети родились в 18,7% клинических наблюдений. В 12,5% случаев недоношенных детей родили женщины с врожденными аномалиями развития позвоночника. В контрольной группе частоте рождения недоношенных детей составила 5,7% клинических наблюдений.

Незрелые доношенные дети в основной группе родились у 24,8% женщин. Из этого числа 30,3% исследуемых страдали сколиозом, 23,4% – остеохондрозом, 12,5% женщин – врожденными аномалиями развития позвоночника. В контрольной группе незрелых доношенных детей родили 14,3% родильниц.

Доношенные дети в основной группе родились у 51,4% родильниц. Чаще других доношенных детей рожали женщины с врожденными аномалиями развития – 62,5% клинических наблюдений. В 54,8% случаев доношенные дети родились у женщин с остео-

хондрозом позвоночника. Реже доношенных детей рожали женщины со сколиозом – 42,4% родильниц. В контрольной группе доношенных детей родили 74,3% женщин.

Переносимые дети в основной группе родились у 4,8% родильниц. В 6,1% и 3,1% клинических наблюдений рождение переносимых детей зарегистрировано у женщин со сколиозом и остеохондрозом. В 12,5% случаев рождение переносимого ребенка отмечено у матерей с аномалиями развития позвоночника. В контрольной группе переносимых детей родили 5,7% родильниц.

Выводы. 1. Женщины, страдающие заболеваниями позвоночника, рожают недоношенных детей в 19,0% клинических наблюдений. В контрольной группе аналогичный показатель составляет 5,7% случаев ($p < 0,05$).

2. Частота рождения доношенных детей в основной группе составляет 51,4% случаев, в контрольной группе – 74,3% клинических наблюдений ($p < 0,001$).

3. Заболевания позвоночника диспластического и дегенеративно-дистрофического характера у матери являются фактором высокой степени риска рождения недоношенных детей.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, СТРАДАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Скрябин Е.Г., Кукарская И.И., Краморенко С.В., Решетникова Ю.С.

Россия, г. Тюмень, ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»

Актуальность. Всемирная Организация Здравоохранения объявила период с 2000 по 2010 года «Декадой костей и суставов», что свидетельствует о несомненной актуальности заболеваний костно-мышечной системы не только для населения нашей страны. Большинство заболеваний костно-мышечной системы носит врожденный характер или пациенты имеют предрасположенность к формированию патологии в течение их жизни. Наступившая беременность у женщин, как правило, приводит к срыву компенсации и к появлению клинических симптомов патологии позвоночного столба, сопровождающей их в дальнейшем, в течение всей жизни. Традиционные методы диагностики и лечения заболеваний позвоночного столба у беременных не могут быть использованы в полной мере, так как оказывают эмбриотоксическое и тератогенное воздействия на развивающийся плод.

Цель. Разработать устройства для диагностики и лечения заболеваний позвоночного столба, не оказывающих пагубного воздействия на беременную женщину и плод.

Материал и методы. Располагаем опытом оказания ортопедической помощи 850 беременным женщинам с различными сроками гестации, имеющим заболевания позвоночного столба: остеохондроз с корешковой сим-

птоматикой, сколиотическую болезнь, врожденные аномалии развития, спондилолистез, последствия осложненных переломов тел позвонков.

Из традиционных методов исследования, с целью постановки диагноза вертеброгенной патологии, использовали оценку жалоб, анамнез и результаты клинического исследования. Лучевые методы диагностики состояния позвоночного столба у женщин во время беременности не применялись, так как они способны оказывать эмбриотоксическое и тератогенное воздействие на развивающийся плод.

Полученные результаты. Для проведения объективной и безопасной диагностики вертеброгенной патологии у беременных женщин разработали, изготовили и внедрили:

- устройство для диагностики заболеваний позвоночника (свидетельство РФ №11461);
- устройство для исследования поясничного лордоза (свидетельство РФ № 30253);
- способ диагностики вертеброгенных деформаций (патент РФ № 2224460);
- способ прогнозирования аномалий родовой деятельности (патент РФ №2240723).
- Для проведения немедикаментозного лечения вертеброгенного болевого синдрома у беременных женщин разработали, изготовили и внедрили:
- устройство для лечения заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника (свидетельство РФ № 9392);
- устройство для постизометрической релаксации мышц (свидетельство № 8231);
- устройство для постизометрической релаксации мышц и пальпации позвоночника (патент РФ № 31962).

Заключение. Болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, крестце, боковых отделах живота не всегда является следствием осложненного течения гестационного периода. В большей части клинических наблюдений боли указанных локализаций являются следствием заболеваний позвоночника диспластического или дегенеративно-дистрофического характера. Использование в повседневной практике перечисленных устройств и способов для диагностики и лечения заболеваний позвоночника позволяет оказывать беременным медицинскую помощь на современном уровне, без отрицательных воздействий на женщину и плод.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Фаткуллин И.Ф., Гайнутдинова А.В., Фаткуллин Ф.И.

Россия, Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Выбор метода родоразрешения при недоношенной беременности продолжает оставаться предметом активных дискуссий. Частота операции кесарева сечения (КС) при преждевременных родах по данным статистики достигает 34-75%. Это, как правило, ситу-

ации, отягощенные серьезной акушерской или экстрагенитальной патологией. Вместе с тем, известно, что КС позволяет снизить влияние ряда интранатальных факторов, но не устраняет таких, которые связаны с причиной, приведшей к необходимости досрочного родоразрешения и незрелостью плода.

Цель исследования: оценка некоторых параметров развития детей с низкой и очень низкой массой тела, родившихся путем операции кесарева сечения.

Методы: в исследование вошли 12 детей (1 группа) с очень низкой массой тела (ОНМТ), и 10 младенцев (2 группа) с низкой массой тела (НМТ), родившихся путем КС. По срокам гестации они были разделены следующим образом: 10 детей родились на сроке 28-34 недели, 12 – на сроке 34-37 недель. Лечение недоношенных детей осуществлялось в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Результаты. Показаниями для КС в 1 группе являлись: гестоз тяжелой степени (9), преждевременное отхождение околоплодных вод (ПОВ) при неподготовленных родовых путях (2), прогрессирующая плацентарная недостаточность (1). После рождения все дети получали респираторную терапию. Анализ развития детей с ОНМТ в течение 1-го года жизни показал следующее: к концу года жизни большинство младенцев (7 из 12) отставали по росту-весовым показателям; начали держать головку в 4 месяца 5, в 6 месяцев- 4, в 8-10 месяцев – 3 ребенка; к исходу года не сидели 3; к 1,5 годам не ходили 7 детей. Продолжительность грудного вскармливания составила 4,84+3,64 месяца. Отмечена высокая частота госпитализаций – до 8 раз в год (в среднем 3,75). На учете у специалистов с рождения состояли 11 детей, из них у невролога 10 (детский церебральный паралич -6, миастения -1, эпилепсия – 1 ребенок); у офтальмолога 3 ребенка (ретинопатия: 1 полностью слепой, 2 плохо видят). Все дети часто болели простудными заболеваниями.

Во 2-ой группе КС было выполнено по следующим показаниям: гестоз (5), несостоятельность рубца на матке (2), ПОВ при неподготовленных родовых путях (2), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1). ИВЛ была показана 4 новорожденным. Анализ развития детей с НМТ показал следующее: к концу первого года жизни ростовые показатели были нормальными у 8 детей; держали головку в 3 месяца 6, сидели в 6 месяцев 5 детей. Возраст, когда дети начали ходить был от 9 до 28 месяцев (в среднем 12,4 мес.). Отмечена высокая частота госпитализаций – до 3 раз в год (в среднем 1,4). Продолжительность грудного вскармливания составила 8,5+ 6,85 месяца. На учете невролога состояли 2 детей (детский церебральный паралич, гипертензионно-гидроцефальный синдром).

Выводы: операция кесарева сечения при недоношенной беременности, улучшая выживаемость младенцев при серьезных акушерских осложнениях, не может гарантировать качество их здоровья. В группе детей, рожденных с ОНМТ, отмечается высокая частота серьезных неврологических и офтальмологических расстройств, чреватых инвалидностью. С внедрением современных технологий реанимации и выхаживания маловесных новорожденных появились новые проблемы, связанные с высокой заболеваемостью среди этих детей.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОМФАЛОЦЕЛЕ

Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И.,
Подуровская Ю.Л., Жиркова Ю.В., Машинец Н.В.
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И.Кулакова», Росмедтехнологий. г. Москва

Цель: Улучшить результаты лечения при омфалоцеле. Исследование основано на ретроспективном анализе данных течения беременности у матерей и раннего неонатального периода у новорожденных детей с омфалоцеле.

В период с 2003 по 2008 гг. в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных находилось 22 ребенка с омфалоцеле, что составило 38,6% от числа пациентов с врожденными пороками передней брюшной стенки находившихся в отделении за этот период. Порок более чем в два раза чаще встречался у детей мужского пола (мальчики — 68,2%, девочки — 31,8%).

Из всех женщин в период беременности работали 63,6% (14), домохозяйки составили 36,4% (8). Возраст женщин к моменту наступления беременности составил $27,1 \pm 6,3$ лет. Первороденных было 9 (40,9%), первородящих 68,2%. Родоразрешение оперативным путем выполнено в 81,8% (18) случаев, по показаниям со стороны плода (риск интранатального повреждения оболочек грыжи больших размеров). Антенатально диагноз установлен в 100% случаев на $22,0 \pm 6,5$ неделе гестации. Недоношенных было 10 (45,5%) детей. Масса тела при рождении была $2881,6 \pm 847,5$ г, (с массой тела < 2500 г. родились 4 (18,2%) ребенка). Дети рождались с оценкой по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах $6,6 \pm 1,3$ и $8,0 \pm 0,9$ баллов соответственно.

Оперативные вмешательства выполнены 21 ребенку $2,4 \pm 3,4$ (0 – 11) сутки жизни.

Из 22 детей с омфалоцеле изолированная форма была у 6 (27,3%), сочетание омфалоцеле с другими пороками выявлено у 16 (72,7%) детей.

Сроки лечения составили $24,7 \pm 17,3$ койко-дней.

Исходы: 10 (46%) детей были выписаны домой, 8 (36%) переведены в профильные отделения на 2-й этап лечения. Общая летальность составила 18,2% (4 ребенка), послеоперационная летальность — 14,3%. 1 ребенок с множественными пороками развития умер в предоперационном периоде.

Анализ летальности в группах с изолированной формой омфалоцеле, и в сочетании с другими врожденными пороками (МВПР) показал, что все 4 (18,2%) случая летального исхода приходились на новорожденных с МВПР.

Наше исследование показало, что исход лечения новорожденных с омфалоцеле ухудшается при сочетанных пороках, низкой массе тела при рождении и естественных родах. При выявлении омфалоцеле у плода для пролонгирования беременности необходимо исключить множественные пороки развития. Выбор способа родоразрешения индивидуально в зависимости от размеров омфалоцеле.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАНДАРТНЫХ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ В РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Харченко М.В., Казакова О.В., Заболотских Т.В.,
Ильченко А.В.

Россия, г. Благовещенск, Амурская
государственная медицинская академия

Высокая частота реализации внутриутробного инфицирования у недоношенных детей с развитием тяжелых локализованных и генерализованных форм инфекции в неонатальном периоде, была и остается одной из актуальных проблем неонатологии. Цель нашей работы было изучить эффективность использования стандартных внутривенных иммуноглобулинов (ВВИГ), в комплексном лечении у недоношенных детей с высоким риском развития инфекции, в зависимости от времени его назначения.

С этой целью обследовано 66 недоношенных новорожденных находившихся на лечении в реанимационных отделениях городского Перинатального центра и детской областной больницы. Из них 46 детей получали в составе комплексной терапии ВВИГ в неонатальном периоде (основная группа) и 20 недоношенных новорожденных не получали в лечении ВВИГ (контрольная группа). Внутри основной группы дети были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа – недоношенные новорожденные, получавшие с превентивной или лечебной целью стандартные ВВИГ в раннем неонатальном периоде (со 2 до 7 суток) в дозе 400 мг/кг трехкратно; 2 подгруппа – больные, получавшие ВВИГ в позднем неонатальном периоде (позже 7 суток от рождения) с лечебной целью в дозе – 400-500 мг/кг внутривенно 3-5 введений, ежедневно или через день.

Нами проведен сравнительный анализ течения антенатального и интранатального периодов у детей в основной и контрольной группах. Дана характеристика основной и контрольной групп по половой принадлежности, гестационному возрасту, массе тела при рождении. Причем обе группы практически сопоставимы между собой по данным показателям. Изучена заболеваемость недоношенных детей, исследуемых групп, в раннем и позднем неонатальном периодах. Проведен анализ тяжести респираторных нарушений, длительность проведения ИВЛ, антибактериальной терапии и продолжительность нахождения детей в отделении реанимации.

У всех, взятых нами в разработку новорожденных, течение внутриутробного развития протекало под воздействием идентичного комплекса антенатальных факторов риска, что привело к внутриутробному инфицированию и преждевременному рождению детей основной и контрольной группы. Эффективность применения ВВИГ зависит от гестационного возраста пациента, массы тела при рождении и времени назначения ВВИГ. По данным нашего исследования,

наибольшая эффективность ВВИГ наблюдалась при его назначении, инфицированным недоношенным детям, в раннем неонатальном периоде с целью профилактики развития тяжелых инфекционных заболеваний. Назначение ВВИГ в раннем неонатальном периоде уменьшает частоту развития инфекционных заболеваний (пневмония, менингит, сепсис, язвенно-некротический энтероколит) в позднем неонатальном периоде. Как следствие этого сокращается длительность респираторной поддержки, уменьшаются потребности в антибактериальной терапии и длительность нахождения новорожденных в реанимационном отделении. Все это дает значимый экономический эффект.

МУТАЦИЯ ГЕНА MTHFR C677T: ВЛИЯНИЕ ГЕНОТИПА НА ЧАСТОТУ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ, ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Ходжаева З.С., Блинецкая С.Л.

Федеральное государственное учреждение «Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова

В последние годы активно исследуются вопросы, связанные с ролью наследственных дефектов гемостаза при привычной потере беременности. Среди последних активно изучается мутация термолabileного фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T), которую обычно связывают с повышением уровня гомоцистеина в плазме крови. Считается, что скринингового исследования на данный вид мутации проводить не следует, так как назначение фолиевой кислоты для профилактики пороков нервной трубки у плода и добавление ее в рацион снижает уровень гомоцистеина. Вместе с тем связь мутации гена MTHFR C677T с репродуктивными потерями в зависимости от типа наследования, сочетания с другими видами наследственных или приобретенных тромбофилий, с уровнем гомоцистеина в плазме крови требуют уточнения. Следует отметить, что данная мутация относится к генному полиморфизму, который обычно рассматривается как нейтральная мутация, не приводящая к заметным нарушениям функции гена, в то время как «мутациями» обычно называют изменения, приводящие к выраженному нарушению работы гена. Принято называть полиморфизм гена MTHFR C677T мутацией, что, по-видимому, связано с общеизвестными данными о высоком риске различных, в том числе, тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования. Определение возможной связи генотипа мутации гена MTHFR C677T с репродуктивными потерями, тромботическими и гестационными осложнениями и гипергомоцистеинемией.

Материал и методы. Обследовано 34 пациентки с синдромом привычной потери беременности и мутацией гена MTHFR C677T. Используются общеклинические и специальные методы исследования.

Результаты исследования. У 11 женщин (32,4%) имела место гомозиготная и у 23-х (67,8%) — гетерозиготная мутация гена MTHFR C677T. Возраст

женщин в группе с гомозиготной мутацией составил $33,2 \pm 4,80$, а у женщин с гетерозиготной мутацией MTHFR C677T — $34,3 \pm 4,6$ лет.

Анализ анамнестических данных выявил, что при гомозиготной мутации гена MTHFR C677T почти у каждой четвертой (27,3%) в анамнезе у пациенток отмечались различные тромбоэмболические осложнения. При гетерозиготной мутации тромбоэмболические осложнения отмечались в 8,7% случаях при сочетании с АФС.

При проведении сравнительного анализа количества репродуктивных потерь среди пациенток с гомозиготной мутацией гена MTHFR C677T было в 1,5 раза больше ($5,0 \pm 1,1$ и $2,6 \pm 1,0$; $p < 0,05$), также достоверно чаще отмечалось сочетание с приобретенной тромбофилией (АФС) — 45,5% и 17,1%; $p < 0,05$. В то же время умеренная гипергомоцистеинемия среди этой когорты женщин встречалась достоверно реже, чем среди пациенток с гетерозиготным типом наследования мутации гена MTHFR C677T (9,0% и 30,4%; $p < 0,001$).

Таким образом, по сравнению с гетерозиготной мутацией отношение шансов (ОШ) репродуктивных потерь при гомозиготной мутации гена MTHFR C677T составило 14 (95% ДИ (1,3-150,02)).

На этапе подготовки к беременности всем женщинам было проведено комплексное обследование с последующей коррекцией реологических, иммунологических нарушений, лечением инфекционно-воспалительных процессов. При этом у всех женщин-носительниц гомозиготной мутации гена MTHFR C677T была выявлена активация внутрисосудистого тромбогенеза, которая в ряде случаев потребовала применения эфферентных методов лечения. После коррекции выявленных нарушений в инфекционном, гемостазиологическом статусах на фоне приема НМГ и фолатов была разрешена беременность. В то же время ни одна из женщин с гетерозиготной мутацией гена MTHFR C677T не нуждалась в проведении противотромботической терапии НМГ при подготовке к беременности.

Что касается частоты осложнений при данной беременности, то достоверные различия касались частоты прерывания беременности по типу неразвивающейся беременности в 6-7 нед при гомозиготном носительстве (20%), а также достоверно более высокой частоты (в 3-4 раза) активации в/с тромбогенеза в I-II триместрах беременности, что требовало постоянной противотромботической терапии в профилактических или терапевтических дозах. В то же время различия в частоте активации бактериально-вирусной инфекции, угрозе прерывания были недостоверными.

Кроме того анализ течения беременности при гетерозиготном типе наследования мутации гена MTHFR C677T, показал, что при изолированной гетерозиготной мутации показатели гемостаза колебались в допустимых пределах, не требовавших лечения, в то время как при сочетании с АФС происходила активация внутрисосудистого тромбогенеза, требующая противотромботической терапии НМГ и нередко сопровождавшаяся повышенным риском развития осложнений беременности и послеродового периода.

Таким образом, отношение шансов развития гестационных, в том числе тромботических, осложнений

при гомозиготной мутации гена MTHFR C677T составило 7,93 (95% ДИ 1,47 – 42,7).

Закключение. Результаты скрупулезного анализа полученных данных позволяют с большой долей вероятности предположить, что гомозиготная мутация гена MTHFR C677T является фактором риска репродуктивных потерь, тромботических и гестационных осложнений, при этом в течение всей беременности и в послеродовом периоде сохраняется выраженная активация внутрисосудистого свертывания крови.

В то же время, изолированная гетерозиготная мутация гена MTHFR C677T не является фактором риска тромботических и/или гестационных осложнений.

Кроме того, согласно полученным (немногочисленным) данным гипергомоцистеинемия не связана с генотипом мутации гена MTHFR C677T.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФЕТАЛЬНОЙ МАКРОСОМИИ

Шехова А.Н., Хуако Г. А.

ГУЗ Адыгейский республиканский клинический перинатальный центр, Майкоп, Россия

Макросомия одна из причин неблагоприятного течения беременности и родов, предопределяющая рост родового травматизма, перинатальной заболеваемости и смертности. Актуальность проблемы в настоящее время обусловлена увеличением частоты родов крупным плодом, а также частотой операций кесарева сечения при макросомии.

По данным Адыгейского республиканского клинического перинатального центра (АРКПЦ) частота родов крупным плодом за период с 1999 по 2008 гг. возросла с 9% до 11%. Процент операций кесарева сечения среди родов крупным плодом за десятилетие возрос с 2,6 % до 6,4%. Перинатальная смертность среди крупных новорожденных за этот же промежуток времени снизилась с 6,3 до 2,2 промилей.

Цель исследования оценка значимости ряда медико-социальных параметров беременных женщин в прогнозировании фетальной макросомии.

Ретроспективно, на материале АРКПЦ, изучены истории родов 288 пациенток, масса плода которых при рождении составила 4 кг и более (I группа). Контрольной группой служили 390 пациенток, родивших нормотрофичных детей (II группа).

Возраст обследованных женщин колебался от 16 до 45 лет. Основная часть пациенток находилась в возрасте 20-29 лет. Средний возраст в I группе составил 29,4±4,4 лет, во II группе 26±4,2 лет. Частота рождения крупных детей в возрасте до 20 лет составила 22,9%, в возрасте 20-29 лет – 31,4%, в возрасте 30-34 года – 37,6% и в возрасте более 35 лет – 55%. При этом, число пациенток в возрасте до 20 лет составило 8% в I группе и 14,4% во II группе, а в возрасте старше 35 лет соответственно 14,4% и 4,7%.

В структуре исследуемых женщин преобладали жительницы города, частота макросомии среди

которых составила 41,4%, в сравнении с 23,7% — у сельских жительниц.

При оценке частоты фетальной макросомии в различных национальных группах, представленных в исследуемом материале, установлено, что рождение крупных детей среди русских женщин составило 35,7%, адыгеек – 25,8%, среди других национальностей, объединенных в отдельную группу – 25%.

Анализ частоты макросомий в различных социальных группах, учитывающих характер труда беременных, свидетельствует о том, что наибольшая частота макросомий наблюдалась среди служащих (39,7%), несколько меньше среди рабочих (32,1%) и далее снижалась среди неработающих и учащихся (27,6 % и 26,8 % соответственно).

Частота рождения крупных детей среди первородящих женщин составила 26,2%, среди повторнородящих 36,8% и многорожавших (трое и более родов) – 48%.

В 52,4% случаев у повторнородящих крупным плодом в анамнезе отмечались роды с макросомией: один раз в 39% случаев, по два раза и более в 13,4 %.

Из 288 рожденных крупных детей мальчиков было 206 (71,5%).

При оценке этиологической роли нарушения жирового и углеводного обмена матери в формировании фетальной макросомии установлено, что у женщин с индексом массы тела (ИМТ) до 30 – макросомия встречалась в 25,9% случаев, тогда как у женщин с ожирением (ИМТ = 30 и более) – почти в 2 раза чаще (46,7%). Средний ИМТ женщин в основной группе составил 30,6%. Гестационный сахарный диабет был выявлен у 2 женщин (0,7%) в основной группе. Наличие сахарного диабета у ближайших родственников отмечалось в 3 случаях (1,1%) основной группы.

Диффузная гиперплазия щитовидной железы (с учетом эндемичности Адыгеи по тиреопатологии) составила 10,1% в I группе и 11% во II группе.

Таким образом, крупные дети в Адыгее чаще рождаются у женщин из города, служащих, в возрасте после 30 лет (особенно, после 35 лет), повторнородящих, рожавших крупных детей в прошлом, имеющих избыточную массу тела. Кроме того, крупными чаще всего рождаются мальчики.

ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТАМИ ИНДИНОЛ И ЭПИГАЛЛАТ

Шогенова Ф.М., Узденова З.Х., Хапаева А.И.

Россия, Нальчик, ФГУ Кабардино-Балкарский государственный университет

Климактерический синдром (КС) — комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, вызванный дефицитом эстрогенов, встречается у 30-60% женщин в перименопаузе и постменопаузе.

Цель работы – оценка эффективности лечения климактерического синдрома (КС) в зависимости от степени его тяжести препаратами Индинол и Эпигаллат.

Больные с КС в зависимости от формы и степени тяжести течения были разделены на 3 группы.

Критерием отбора пациенток было наличие типичной (не осложненной) формы КС. К 1-ой группе отнесены 10 пациенток с легким течением КС. К 2 группе отнесены 20 пациенток с типичной формой КС средней степени тяжести, к 3-ой группе отнесены 15 пациенток с тяжелым течением типичной формы КС. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование: сбор жалоб, анамнеза, контроль артериального давления, клинический анализ крови, биохимические анализы (липидограмма, гемостазиограмма, определение уровня гликемии), кольпоскопия, цитологическое исследование мазков из влагалища, ЭКГ, ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы, органов брюшной полости, исследование глазного дна. Для оценки тяжести проявлений климактерического синдрома мы пользовались модифицированным менопаузальным индексом (ММИ) по Е.В. Уваровой. Пациенткам назначались препараты Индинол (по 2 капсулы 2 раза в день) и Эпигаллат (по 2 капсулы 2 раза в день) в течение 6 месяцев.

Средний возраст больных составил $51,2 \pm 1,2$ лет. Менструальный цикл был сохранен у каждой третьей пациентки. Хирургическая менопауза имела место у 11,1%. Возраст женщин при наступлении менопаузы $45,2 \pm 3,8$ лет. Длительность менопаузы составила $2,1 \pm 1,4$ года. Через 1 месяц после начала приема препаратов значительное улучшение отметили 50% пациенток из 1 группы. У остальных пациенток этой группы симптомы КС исчезли через 4 месяца с начала приема препаратов.

У 60% больных 2 группы отмечено уменьшение симптомов КС после 2 месяцев лечения: количество приливов сократилось с 12-15 до 5-6, уменьшился гипергидроз, нормализовался сон, улучшился фон настроения, повысилась работоспособность. Через 4 месяца от начала лечения значительное улучшение общего состояния, тургора кожи, повышение настроения отмечены у 80% пациенток 2 группы. К концу 6-го месяца лечения 20% женщин из 2 группы отмечали отсутствие субъективных симптомов КС. Течение КС у остальных пациенток 2 группы оценено как легкое.

Во 3 группе пациенток, получавших терапию Индинолом и Эпигаллатом в течение 2 месяцев, улучшение наступило лишь у 10%. У остальных пациенток вегетативные симптомы присутствовали на протяжении всего 2-месячного периода лечения, отмечалось только незначительное снижение степени их выраженности. Через 4 месяца улучшение наступило ещё у 20% пациенток с тяжелым течением КС. К концу 6-го месяца лечения значительное улучшение состояния отметили 53% пациенток, КС у этих пациенток приобрел легкое течение. У 40% пациенток из 3 группы течение КС расценено как средней степени тяжести. У одной пациентки существенного изменения в течение КС не отмечено.

На фоне приема препаратов отмечена нормализация менструальной функции у 93,3% пациенток с сохраненной менструальной функцией.

Использование препаратов Индинол и Эпигаллат оказало положительный лечебный эффект практически при всех степенях тяжести КС. Побочных негативных эффектов при приеме препаратов не наблюдалось. У 97,8% женщин способствовало переходу тяже-

лого течения в более легкое, что значительно снизило выраженность основных симптомов КС.

Таким образом, при применении препаратов Индинол и Эпигаллат в терапии больных с КС легкой, средней степени тяжести и тяжелым течением в течение 6 месяцев привело к значительному улучшению течения заболевания у большинства пациенток. Преимущественно положительная динамика достигнута в отношении таких вегетативных симптомов климактерического синдрома как приступы учащенного сердцебиения, лабильность пульса, повышенная нервная возбудимость, дневная сонливость, нарушение сна, приливы, гипергидроз, что привело к улучшению качества жизни женщин. В большинстве случаев положительный эффект был достигнут уже через 2-4 месяца от начала лечения, а дальнейшая терапия приводила к стабилизации достигнутого результата.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Шогенова Ф.М.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

Одним из наиболее серьезных факторов риска родового травматизма новорожденного является тазовое предлежание плода. Неблагоприятные отдаленные последствия у детей, рожденных в тазовом предлежании, могут проявляться центральными парезами, эпилепсией, гидроцефалией, отставанием в умственном развитии, врожденным вывихом тазобедренных суставов. Согласно статистическим данным, роды в тазовом предлежании встречаются в 2,7 – 5,4% случаев, частота кесарева сечения при тазовом предлежании составляет до 85%.

Цель исследования: оценка физического развития и состояния здоровья детей, родившихся через естественные родовые пути в тазовом предлежании.

Нами проведен ретроспективный анализ 100 историй родов женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода в родовспомогательных учреждениях КБР в 1990-1991 гг и проспективный анализ 100 амбулаторных карт МУЗ Детская поликлиника №1 г. Нальчика и студенческой поликлиники КБГУ за 2007- 2008 гг.

В специально разработанные анкеты были внесены сведения о возрасте родителей, их профессии, состоянии здоровья, вредных привычках, паритете, течении беременности и родов, состоянии плода и новорожденного, его антропометрических данных, периоде новорожденности, особенностях физического и психического развития, полового созревания и состоянии здоровья детей.

Среди родоразрешенных в возрасте от 20 до 24 лет было 48 женщин, 25 – 29 лет – 39 женщин, 30 – 34 лет – 13. Отцов в возрасте от 20 до 24 лет было 21, 25 – 29 лет – 45, 30 – 34 лет – 25, старше 35 лет – 9. Первородящих было 49, вторые роды – у 31 женщины, третьи – у 18, четвертые – у двоих. Чисто ягодичное предлежание было в 72 случаях, смешанное ягодичное – в 23, ножное – в 5. В структуре экстрагенитальной патологии у матерей – анемии – у 19, пиелонефриты – у 10,

вегето-сосудистые дистонии – у 7. Привычное невынашивание плода в анамнезе было у 13 женщин. Роды двойней – в 6 случаях. Резус-отрицательная принадлежность крови у матери – в 8 случаях. Ранние гестозы осложняли течение беременности у 21 беременной, поздние гестозы – у 14, угроза прерывания беременности в 1 триместре – у 12, во втором триместре – у 8, в третьем – у 19. Обвитие пуповины вокруг шеи плода – в 17 случаях, короткая пуповина – в 4 случаях, преждевременные роды в 9 случаях, аномалии излития околоплодных вод – в 14 случаях, аномалии родовой деятельности – в 7. Дистресс плода отмечен в 18 случаях. Ручное пособие при чисто ягодичных предлежаниях оказано в 71 случае, при смешанном тазовом предлежании – в 23 случаях. Пособие при ножных предлежаниях оказано в 5 случаях, в 1 случае произведена экстракция плода за тазовый конец в связи со слабостью родовой деятельности во II периоде родов, острой гипоксией плода. Родовая опухоль в области ягодиц и промежности у новорожденных отмечена в 17 случаях, кефалогематома – у 1 ребенка в связи с затрудненным выведением последующей головки плода. Среди новорожденных мальчиков было 36, девочек – 64. С оценками по шкале Апгар 8 – 9 баллов родилось 5 новорожденных, 8 – 8 баллов – 23 ребенка, 7 – 8 баллов – 39 детей, 7 – 7 баллов – 14, 6 – 7 баллов – 10 детей, 5 – 7 баллов – 5 детей, 5 – 6 баллов – 3 детей, 3 – 5 баллов – 1 ребенок. С массой от 2000 г до 2500 г родилось 8 новорожденных, от 2550 г до 2950 г – 26 детей, от 3000 г до 3500 г – 39 детей, от 3550 г до 3750 г – 16 детей, от 3800 г до 4000 г – 8 детей, более 4000 г – 3 детей. Длина тела новорожденных 44 см – у 3 детей, 45 см – у 2, 46 см – у 3, 47 см – 5, 48 – у 15, 49 см – у 17, 50 см – у 27, 51 см – у 17, 52 см – у 9, 53 см – у 2. Аспирационный синдром отмечен у 2 детей, нарушение мозгового кровообращения – у 2 детей, синдром внутримозговой гипертензии – у 11 детей, недоношенность – у 9 детей, незрелость – у 1 ребенка. Дисплазия тазобедренных суставов I степени диагностирована у 6 детей, II степени – у 3, III степени – у 4, врожденная кривошея – у 3 детей, косоглазие – у 1 ребенка. Выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки 6 детей, на 6-е – 27 детей, на 7-е сутки – 29 детей, на 8-е – 19 детей, на 9-е – 4 детей, на 10-е – 3 детей. Переведены в отделение патологии новорожденных 5 детей, в отделение недоношенных – 7 детей.

В исследуемой группе детей детские инфекции перенес 41 ребенок, вирусные гепатиты – 3, частые простудные заболевания – у 31 ребенка, рахит – у 3. До 17-летнего возраста у детей и подростков были диагностированы заболевания нервной системы в 23 случаях, заболевания сердечнососудистой системы – в 5, заболевания органов дыхания – в 78, эндокринной системы – в 49, мочевыделительной системы – в 9, желудочно-кишечного тракта – в 21, опорно-двигательного аппарата – в 28, анемии – в 7, заболевания ЛОР-органов – в 19, кожные болезни – в 17, глазные болезни – в 28 случаях. При проведении диспансеризации в возрасте 17 лет к I группе здоровья отнесены 26% подростков, ко II группе здоровья – 37%, к III группе здоровья – 35%, к IV группе здоровья – 2%, отнесенных к V группе здоровья не оказалось. Средний рост 17-летних юношей составил

174,2±2,5см; средняя масса у юношей – 66,7 ± 2,1 кг. Средний рост 17-летних девушек составил 163,7±2,2 см, средняя масса тела девушек – 54,2±2,5 кг.

Таким образом, при тазовом предлежании через естественные родовые пути в удовлетворительном состоянии родился 81 ребенок, средней тяжести – 18 детей, в тяжелом – 1 ребенок. В раннем неонатальном периоде патология проявилась у 18 детей, у 13 детей диагностированы проявления травм в виде дисплазии тазобедренных суставов, у 4 детей – врожденные пороки развития. К 17 годам 63% подростков были здоровы, 37% имели хронические заболевания в состоянии компенсации и субкомпенсации.

Материалы подаются в сопровождении носителя или прикрепленным файлом к электронной почте md@mediexpo.ru с пометкой «Тезисы к форуму Мать и Дитя 2009 Москва»

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ, В СОЧЕТАНИИ С ИНГАЛЯЦИЕЙ ОКСИДОМ АЗОТА НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС И РЕСПИРАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Эстрин В.В., Алексаняц Т.Н.

Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность данного исследования продиктована в необходимости новых методов лечения нарушений мозгового кровотока у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы (ПП ЦНС) и респираторной патологии, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Цель исследования: повысить эффективность респираторной терапии у новорожденных с ПП ЦНС и респираторными нарушениями, осложнившимися снижением мозгового кровотока, путем применения ингаляций оксида азота (иNO). Пациенты и методы: представлены результаты слепого контролируемого рандомизированного исследования у 32 новорожденных с РДС и ПП ЦНС, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), родившихся в сроке гестации 39,1±1,1 неделя, с массой тела 3500±250 грамм, с оценкой по Апгар 4,1±1,2 балла. Мозговой кровотоком определялся методом доплерографии на сканере Titan TM (США), датчиком 2,5 МГц в положении больного на спине, в стандартных коронарных и сагиттальных проекциях. Новорожденные имели сниженный кровотоки в вене Галена – 3,85 ±1,77 см\с, в передней мозговой артерии Vmax — 22,4±7,45 см\с, Vmin – 4,12±2,76 см\с, IR — 0,80±0,15.

Исследование проводилось в двух клинических группах. Рандомизация проведена методом компьютерной программы генератора случайных чисел. Детям с четными номерами историй болезни I группы (n=16) назначались (иNO) в соответствии с руководством по эксплуатации аппарата для дозированной и контролируемой подачи оксида азота модели

«Pulmonox mini» фирмы «Messer II NO Therapeutics» (производство Австрия), в концентрации 15 ppm в течение 24 часа. Пациенты II группы (n=16) оксид азота не получали. В результате наших исследований все пациенты I группы выжили, (иNO) в концентрации 15 ppm в течении 24 часов позволили статистически значимо (во всех случаях $p < 0,05$) увеличить скорость кровотока в вене Галена до $7,37 \pm 1,87$ см\с, нормализовать кровоток в передней мозговой артерии – V_{max} $25,45 \pm 8,50$ см\с, V_{min} $7,34 \pm 2,06$ см\с, IR- $0,70 \pm 0,05$. Средняя длительность применения (иNO) составила 24 часа. Критериями отмены (иNO) явились нормализация скоростей мозгового кровотока. Пациенты II группы умерли.

Полученные результаты позволяют снизить смертность и оптимизировать респираторную терапию при нарушениях мозгового кровотока.

ДИАГНОСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ И МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИВЛ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС И РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Эстрин В.В., Каушанская Е.Я., Симонова А.В.

Отдел анестезиологии и реанимации, ФГУ НИИ акушерства и педиатрии, Ростов-на-Дону, Россия

Лечение церебральной ишемии и респираторного дистресс-синдрома (РДС) при помощи искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с повышенным содержанием кислорода во вдыхаемой смеси (FiO_2) может привести к оксидативному стрессу и реперфузионной альтерации тканей, что особенно актуально для новорожденных с характерным для них низким уровнем антиоксидантной защиты. С этих позиций, оптимальным является подбор режимов ИВЛ на основании определения содержания кислорода непосредственно в тканях, что стало возможным благодаря применению церебральной оксиметрии, позволяющей неинвазивным способом контролировать кислородную насыщенность тканей мозга. Целью настоящего исследования явилось изучение возможности неинвазивного контроля насыщения кислородом в мозговой ткани при помощи церебрального оксиметра «Fore-sight» (США) и подбор на этой основе оптимальных параметров ИВЛ и FiO_2 у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Учитывая отсутствие в литературе данных о нормальных показателях кислородной насыщенности ткани мозга у новорожденных, определенным методом церебральной оксиметрии, с согласия этического комитета и информированного согласия родителей, были обследованы 20 здоровых новорожденных, родившихся в физиологическом отделении родильного дома НИИ акушерства и педиатрии

на сроке гестации 38-40 недель, с оценкой по Апгар 7-10 баллов, с массой при рождении не менее 2500г. Всем детям проводилось измерение насыщения церебральной ткани кислородом (Sct L, Sct R) церебральным оксиметром «Fore – sight» (США) на 1, 3 и 5 сутки после рождения, на основании чего, методом дисперсионного анализа повторных измерений, была рассчитана возрастная норма церебральной оксиметрии для здоровых новорожденных, составившая Sct L (слева) 74-81%, Sct R (справа) 79-88%. В дальнейшем в контролируемое рандомизированное исследование вошли 2 группы новорожденных с респираторным дистресс-синдромом и перинатальными поражениями ЦНС, находящиеся на искусственной вентиляции легких. Пациентам 1 группы (n=6) подбор режимов ИВЛ и FiO_2 осуществлялся под контролем пульсоксиметрии (SpO_2 поддерживалась на уровне 90-93%) и газового состава крови по данным КЩС, без учета показателей церебральной оксиметрии. Пациентам 2 группы (n=6) режимы ИВЛ и FiO_2 определялись под контролем церебральной оксиметрии таким образом, чтобы максимально приблизить показатели церебральной оксигенации к возрастной норме. Проведенные исследования показали что подбор режимов ИВЛ и FiO_2 по уровню Sct позволяет снизить FiO_2 , которая у детей 2 группы в среднем составило 21%, в отличии от 50% у детей 1 группы, а также сократить сроки пребывания на ИВЛ с 6 до 3 суток в среднем у пациентов 2 группы. ($p < 0,05$).

Таким образом, использование транскраниальной церебральной оксиметрии для диагностики церебральной ишемии и мониторинга эффективности ИВЛ у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом и перинатальными поражениями является перспективным методом для снижения летальности и предотвращения оксидативной травмы, что диктует необходимость продолжения исследований в этой области.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАТЯНУВШЕЙСЯ ЖЕЛТУХОЙ

Якорнова Г.В., Чистякова Г.Н., Пестряева Л.А., Газиева И.А.

Федеральное государственное учреждение «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Росмедтехнологий», г. Екатеринбург, Россия

С целью выявления сывороточно-биохимических печеночных синдромов и изменений в системе иммунитета проведено клинико-лабораторное обследование 19 доношенных детей с затянувшейся желтухой в возрасте одного месяца жизни. Группу сравнения составили 10 здоровых детей того же возраста. Всем детям в месяц жизни проводились исследования следующих биохимических показателей характерных: 1) синдром нарушения целостности гепатоцита — АЛТ, АСТ, билирубин по фракциям; 2) синдром холестаза – холестерин, билирубин, ГГТ (-глутамил-транспептидаза); 3) синдром гепатоцел-

люлярной недостаточности – альбумин, холестерин. Кроме того определяли количество CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD19+, CD16+CD56+ — клеток, иммунорегуляторный коэффициент CD4/CD8, уровень экспрессии маркера готовности к апоптозу CD95 и концентрацию ЦИК разной молекулярной массы. Данные представлены в формате среднего арифметического и стандартного отклонения.

Уровень билирубина составил $177,69 \pm 77,76$ мкмоль/л (за счет непрямой фракции $171,33 \pm 76,18$). Все другие биохимические показатели соответствовали возрастной норме: АСТ – $43,28 \pm 9,26$ ммоль/л; АЛТ – $23,91 \pm 9,49$ ммоль/л; холестерин – $4,21 \pm 0,8$ ммоль/л; ГГТ $63,01 \pm 30,47$ Ед/л.

При сравнении иммунологических параметров в возрасте одного месяца жизни у детей с затянувшейся желтухой и здоровых детей достоверных отличий выявлено не было. Содержание Т-лимфоцитов (CD3+) в периферической крови составило $3,89 \pm 1,64 \times 10^9$ /л, В-лимфоцитов (CD19+) — $1,14 \pm 0,51 \times 10^9$ /л, абсолютная численность Т-хелперов (CD4+) – $2,51 \pm 0,8 \times 10^9$ /л, цитотоксических лимфоцитов (CD8+) – $1,11 \pm 0,67 \times 10^9$ /л. Несмотря на выраженные индивидуальные колеба-

ния количества натуральных киллеров, обладающих цитотоксической активностью (CD16+CD56+), прослеживалась тенденция к увеличению этого показателя у детей с гипербилирубинемией – $0,67 \pm 0,39 \times 10^9$ /л (против $0,30 \pm 0,12 \times 10^9$ /л в группе здоровых детей), что может свидетельствовать о предшествующей, возможно внутриутробной, антигенной стимуляции иммунной системы у этих детей. Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 у детей основной группы составил $3,02 \pm 1,66$ (против $2,56 \pm 0,78$ в группе здоровых детей) уровень общих циркулирующих иммунных комплексов – $10,83 \pm 6,71$ усл.ед., содержание высокомолекулярных ЦИК – $2,0 \pm 1,39$ усл.ед., а наиболее патогенных низкомолекулярных ЦИК, способных осаждаться в тканях – $8,83 \pm 5,66$ усл.ед. Относительное содержание клеток, экспрессирующих маркер готовности к апоптозу CD95 в общем пуле лимфоцитов составило $22,5 \pm 12,47\%$, в популяции Т-лимфоцитов – $12,25 \pm 8,32\%$.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в патогенезе затянувшихся желтух у детей в возрасте одного месяца жизни наиболее задействованной является дезинтоксикационная функция печени.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРОСВЕЩЕНИЕ МОЛОДЕЖИ – РЕШАЮЩИЙ ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Аккузина О.П., Смирнова Н.П., Борисова Н.В.

ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции», Саратов, Россия

Успешная реализация крупномасштабных программ по сбережению и преумножению Российского народа невозможна без наличия у населения определенных знаний и навыков по здоровому образу жизни.

Привитие позитивных навыков в сохранении личного здоровья – это вопросы работы с детьми и подростками.

В Саратовской области накоплен определенный опыт по просвещению детей и подростков в вопросах общего и репродуктивного здоровья, привитию навыков здорового образа жизни.

Необходимость в организации данной работы была продиктована критической демографической ситуацией 90-х годов, с крайне низким уровнем рождаемости, высоким уровнем смертности, в т.ч. младенческой и материнской, которая в 50% была обусловлена абортами. Высоким уровнем криминального и подросткового аборта, эпидемическим характером распространения ИППП среди подростков.

Исходя из вышеизложенного в области была разработана стратегия снижения абортот и сохранения репродуктивного потенциала, основой которой является просвещение населения и прежде всего подростков и молодежи.

Инициатором этой работы выступил областной центр планирования семьи и репродукции. Координатором — межведомственная комиссия при Правительстве области по делам семьи, женщин и детей.

Отказавшись от западного варианта программ сексуального просвещения подростков, как чуждых ментальности нашего населения, специалисты центра планирования семьи совместно с учеными Саратовского государственного медицинского университета (СГМУ), Саратовского института повышения квалификации работников образования (СарИПКРО) разработали оригинальные программы просвещения детей, подростков и родителей; формирующие личность с осознанным и ответственным отношением к своему здоровью, семье, зачатию и рождению детей.

Это, прежде всего, базовая программа «Основы здорового образа жизни», для преподавания от детского сада до 11 класса школы, для которой выделены часы в учебном процессе. Преподавание ведут специально подготовленные педагоги и психологи школ. В программе от простого к сложному идет постепенное формирование здорового образа жизни, прививают-

ся навыки позитивного поведения, формируется новое отношение к здоровью, как основной жизненной ценности и успешности.

В рамках этой программы разработан 34 часовой курс «Основ здоровья семьи» для преподавания в 9-11 классах общеобразовательных учебных заведений. К преподаванию этого курса были привлечены обученные специалисты кабинетов планирования семьи, акушерки ФАП, детские гинекологи, врачи женских консультаций. Для работы с Вузовской молодежью разработана 8 часовая программа «Студенческая семья», реализация которой возложена на специалистов кабинетов планирования семьи.

В последних двух программах нашли отражение вопросы осознанного родительства, профилактики абортот, медико-этические и нравственные проблемы абортот, вопросы духовного акушерства, безопасного сексуального поведения.

По каждой программе разработаны и тиражированы учебно-методические пособия и материалы для специалистов, ведущих обучение.

В программу «Основы здорового образа жизни» были вовлечены 1452 школы с общим числом учащихся более 300 тыс. человек.

Только на базе Центра планирования семьи и репродукции с 2000 по 2008гг. подготовлено 4000 специалистов, в т.ч. 1550 психологов и педагогов, 200 волонтеров для преподавания этих программ.

Эффективность программ отслеживается специально созданной лабораторией СарИПКРО.

В помощь подросткам, родителям и населению сотрудниками СОЦПСИР подготовлено 65 наименований буклетов по различным проблемам репродуктивного здоровья общим тиражом более 500 тыс. экземпляров. Средства для тиражирования закладывались в областных целевых программах.

В результате планомерной просветительской деятельности среди подростков и учащейся молодежи, проводимой в области с 1998 по 2005гг., произошло снижение общего показателя абортот по сравнению с 1996г. в 2,6 раза с 72,2 до 28,1 в 2008г., в т.ч. подросткового абортот в 3,3 раза с 58,6 в 1996г. до 17,5 в 2008г.

Заболеваемость сифилисом среди подростков снизилась в 42 раза.

В 4 с лишним раза реже стали прерываться путем абортот первые беременности, что свидетельствует об осознанном отношении молодежи к зачатию.

Кардинально изменилась структура материнской смертности со снижением показателя с 92,6 в 1996г. до 29,0 в 2008г., и уменьшением доли умерших от абортот с 50% до 8-10%. На протяжении 4 лет – 2002-2005гг. в структуре материнской смертности не регистрировалась смерть от абортот.

Анкетирование студентов I курса ВУЗов, проведенное специалистами Центра в 2006г., показало существенную позитивную разницу знаний по вопросам профилактики венерических заболеваний, СПИДа,

абортов и контрацепции среди студентов жителей нашей области и других регионов РФ. 90% сексуально активных подростков области используют надежные средства контрацепции по сравнению с 30% в 1997г.

Определенные трудности в реализации просветительских программ были в Саратовской области в 2006-2007 гг., что связано с сокращением численности специалистов службы планирования семьи при переходе на финансирование ЛПУ в системе ОМС, где не предусмотрена оплата просветительской деятельности, в т.ч. в учебных заведениях.

Только твердая позиция МЗ СО с введением показателя абортов в перечень контрольных цифр оценки деятельности главных врачей ЛПУ и глав администраций муниципальных образований позволили выправить положение.

Опыт Саратовской области по просвещению подростков и молодежи в вопросах сохранения общего и репродуктивного здоровья свидетельствует о высокой эффективности комплексной, планомерной просветительской работы среди подростков, но только в рамках конкретных, хорошо разработанных программ, учитывающих нашу российскую ментальность, культуру и образ жизни и при наличии подготовленных специалистов, а также заинтересованности властных структур.

МАТЕРИНСКИЕ ПОТЕРИ В РЕГИОНЕ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ РОЖДАЕМОСТИ

Ан А.В., Юсупова А.Н.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздравсоцразвития России», Москва

По уровню материнской смертности (МС) Узбекистан занимает промежуточное место между развитыми и развивающимися странами. Показатель МС в республике из года в год снижается.

Нами проведен клинический анализ первичной медицинской документации летальных исходов матерей в городе Ташкенте за 2002 и 2008гг. Абсолютное число умерших матерей за этот период уменьшилось в 2,6 раза. Умершие в 2002 г. матери (26) по возрасту распределились следующим образом: 15-19 лет – 1, 20-24 года – 5, 25-29 лет – 10, 30-34 года – 3, 35-39 лет – 6, 40-44 года – 1. Более половины были домохозяйками – 15, 8 – служащими, по 1 – рабочей, студентке, безработной. 22 женщины были городскими жительницами, 4 – сельскими. Под наблюдением врачей семейной поликлиники находились 21 беременная, 3 не состояли на учете, 2 – не известно. Каждая четвертая женщина (7) поступила в родовспомогательные учреждения города в удовлетворительном состоянии, остальные (19) – в состоянии различной степени тяжести, которая была обусловлена гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, острой респираторной вирусной инфекцией. Из анамнеза установлено, что все женщины имели анемию I или II ст., 11 страдали хроническим пиелонефритом, 7 – диффузным зобом, 5 – хроническим гепатитом, 4 – ожирением, 3 – хроническим тонзилли-

том, 3 – миопией, 2 – нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу. Из осложнений беременности отмечено: ранний токсикоз беременных у 6 женщин, гестоз у 8, многоводие – у 3, маловодие – у 1. У 3 женщин был крупный плод, 1 имела рубец на матке после кесарева сечения.

По исходу беременности женщины распределились так: роды – 17, прерывание беременности – 5, беременные – 4. Первородных было – 7, первородящих – 8, повторнородящих – 17. Из последних второго ребенка рожали – 9, третьего – 4, четвертого – 2, пятого – 1, у одной женщины число родов не указано. Из 17 родильниц 4 родили самостоятельно через естественные родовые пути, 13 – родоразрешены путем операции кесарева сечения, произведенной у 12 женщин в экстренном порядке, у 1 – в плановом. Показаниями к абдоминальному родоразрешению были тяжелый гестоз (5), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (4), рубец на матке (1), возрастная первородящая (1), крупный плод (1), респираторный дистресс плода (1). Роды у 13 женщин были своевременные, у 4 – преждевременные.

По основной причине смерти родильницы распределились следующим образом: акушерские кровотечения – 8 (в т.ч. по 4 случая ПОНРП и атоническое кровотечение), экстрагенитальные заболевания – 5 (пневмония – 3, инфаркт миокарда – 1, разрыв аневризмы мозговой артерии – 1), тяжелый гестоз – 3, ятрогения – 1.

Группу умерших от осложнений при прерывании беременности составили 5 женщин в сроке беременности 24-27 недель, которым была прервана беременность по медицинским показаниям (эклампсия, ПОНРП, ОРВИ пневмония): путем операции малого кесарева сечения в 3-х случаях, операции Порро – 1 случай, кожно-головные щипцы – 1 случай.

Причиной смерти 4 беременных (18-27 нед.) была ОРВИ пневмония.

В 2008 г. скончались 10 женщин (8 родильниц и 2 беременные), две из которых поступили в стационар в удовлетворительном состоянии, остальные – в тяжелом и среднетяжелом состоянии. Родильницы умерли от следующих причин: тяжелый гестоз – 2, ЭГЗ – 3 (ОРВИ пневмония, оперированное сердце, разрыв артерии кишечника), разрыв матки – 1, атоническое кровотечение – 1, ТЭЛА – 1. Одна беременная погибла в 18 нед. от ОРВИ пневмонии, другая в 33-34 нед. от тяжелого гестоза. Таким образом, структура причин материнской смерти была следующей: ЭГЗ – 4, тяжелый гестоз – 3 и по одному случаю – кровотечение, разрыв матки, ТЭЛА. Из 8 родильниц 5 родоразрешены путем операции экстренного кесарева сечения, показаниями к которой были тяжелый гестоз (2), оперированное сердце (1), ПОНРП (1), ОРВИ кардиомиопатия (1). 3 родили самостоятельно через естественные родовые пути.

Сопоставление структуры причин смерти за изучаемый период выявило следующую иерархию ведущих причин: 2002 г. – ЭГЗ, кровотечение. 2008 г. – ЭГЗ, гестоз.

Среди беременных и родильниц, умерших от ЭГЗ за эти 2 года (13), 8 женщин скончались от ОРВИ, осложненной пневмонией. Во всех случаях отмечено самолечение дома в течение нескольких дней и в критическом состоянии с необратимыми процессами

поступали в стационар, где погибали от дыхательной и полиорганной недостаточности. При своевременном обращении за медицинской помощью этих женщин возможно было спасти.

Приведенные факты свидетельствуют о том, что страдает догоспитальный этап оказания медицинской помощи: следует проводить качественную диспансеризацию беременных, повысить уровень знаний и воспитывать ответственность самих женщин за свое здоровье.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИЦ ГОРОДА ИЖЕВСКА

**Блинова А.А., Овчинникова И.В.,
Василькова Е.В., Михайлова Л.М.**

*Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и
ПП, ГОУ ВПО Ижевская государственная
медицинская академия Росздрава*

От состояния здоровья выпускников средних школ зависит будущее страны, научный и экономический потенциал общества. Только 6 – 8 % выпускников общеобразовательных школ признаны здоровыми, каждый второй имеет морфофункциональную патологию, 42% — хронические заболевания. Если попытаться нарисовать собирательный портрет современного подростка, то он будет выглядеть следующим образом: курят 38%, с наркотиками знакомы не понаслышке 12%, 95% к 13,5 годам уже пробовали алкоголь или употребляют его 2 раза в месяц. Средний показатель начала половой жизни — около 16 лет.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния репродуктивного здоровья девушек 9-11 классов школ города Ижевска.

Материалы и методы исследования: было обследовано 200 школьниц 9 — 11 классов в возрасте 15-17 лет. Помимо анкетирования нами проведены гинекологический осмотр, бактериоскопическое и онкоцитологическое исследование влагалищного содержимого, эхографическое исследование органов малого таза.

Результаты исследования При анкетировании установлено, что 56 девушек (28%) пробовали курить сигареты, 14 девушек (7%) выкуривают 5 и более сигарет ежедневно, 68 девушек (34%) употребляли алкоголь. Ситуацию ухудшает также отсутствие физической активности, нездоровое питание и несоблюдение режима.

При оценке состояния репродуктивного здоровья школьниц нами установлено, что менархе варьировал от 12 до 14 лет. Средний возраст менархе составил 13.1 лет ± 0.5 года. У трех школьниц (1.5%) менархе в 10 лет и у трех (1.5%) — в 16 лет. Менструальный цикл установился сразу у 86 (43%), через 0,5года у 44 (22%), через 1-2 года у 60 (30%) и у 10 девушек (5%) не установился на момент осмотра.

Среди обследуемых девушек отмечена тенденция к раннему началу половой жизни до 18 лет. Половую жизнь начали до 15 лет 17обследуемых (8.5%), с 15 до 17 лет – 104 (52%). Обращает внимание, что у 28 де-

вушек (23,5%) количество половых партнеров было 2 и более. Вызывает опасение чрезвычайно низкая информированность о методах контрацепции. Только 52 девушки (26%) имели представление о контрацепции. Использовали контрацептивы 18 (15,1%) девушек: 15 (12,6%)– презервативы и 3 (2.5%) – КОКи, остальные 101 (84,9%)при половом контакте не предохранялись от беременности.

В связи с этим у 6 девушек–подростков (3%) возникли незапланированные беременности, которые закончились абортom (4 (2%) была сделана вакуум-аспирация до 5-6 недель беременности, 1 (0.5 %) проведено прерывание беременности фармакологическим методом и 1 (0.5%) до 12 недель беременности произведен искусственный аборт).

Согласно данным гинекологического обследования у 20 девушек (10 %) был выявлен кольпит неясной этиологии, у 15 — (7.5%) эктопия шейки матки, воспалительные заболевания матки и придатков – у 4 (2%), кисты яичников – у 8 (4%).

Таким образом, в ходе оценки состояния репродуктивного здоровья девушек 9-11 классов была выявлена тенденция к ухудшению репродуктивного здоровья девушек в связи с ранним началом сексуальной жизни и низким качеством профилактики нежелательной беременности.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Вострикова Т.В., Лебедева М.Г., Хамошина М.Б.,
Абдуллаева Р.Г., Бородкина Ю.А.**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии,
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия*

Исследования последних десятилетий, посвященные изучению здоровья подростков, проведенные в различных регионах РФ, констатируют его неуклонное ухудшение. Подтверждая региональные особенности формирования репродуктивного здоровья подростков, их результаты свидетельствуют и о наличии основных тенденций, общих для всех территорий в современных условиях. С целью оптимизации формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков проведен многофакторный анализ массива данных, полученных в результате профилактических осмотров и анкетирования девушек 12-18 лет, проживающих в Республике Мордовия, Приморском крае, г.Москва и Московской области (n=5637). Для выявления основных закономерностей связи параметров репродуктивного здоровья с комплексом медико-социальных факторов использовали кластерный анализ. При этом среди всех переменных были выделены 4 кластера: кластер 1 — мотивация контрацептивного выбора девушки-подростка; кластер 2 объединил переменные, характеризующие репродуктивное поведение и здоровье; кластер 3 — переменные, связанные с местом жительства, условиями и образом жизни; кластер 4 – переменные, характеризующие физическое развитие

и репродуктивное образование. Наряду с особой ролью контрацептивного выбора, следует выделить факт тесной взаимосвязи физического развития и уровня репродуктивного образования девушек-подростков. Для определения степени взаимного воздействия социально-гигиенических, медико-биологических, медико-организационных и эколого-географических факторов и их приоритетности использовали факторный анализ, что позволило выделить 4 группы факторов, несущих наиболее весомые факторные нагрузки и определяющих дисперсию признаков. По графикам факторных нагрузок 1 группу факторов интерпретировали как вклад переменных, характеризующих семью родителей, 2 группа характеризовала физическое развитие девушек, 3 группа определялась вкладом переменных, связанных с развитием конфликтов и стрессовых ситуаций в семье, 4 группа включала возраст, репродуктивные установки и уровень репродуктивного образования, и оказалась тесно связана с 3 группой. Комплексная оценка результатов многофакторного анализа позволила установить, что на формирование репродуктивного здоровья изучаемой когорты наибольшее влияние оказывают: условия проживания и уровень жизни, экстрагенитальные и гинекологические заболевания, физическое и половое развитие, образовательный уровень, образ жизни семьи родителей, репродуктивные установки и поведение девушек, род занятий и образ жизни, их медицинская и оздоровительная активность. В современных условиях социально-гигиеническими детерминантами репродуктивного здоровья девушек-подростков следует считать условия их проживания, уровень жизни и воспитание в семье, медицинскую активность, сексуальное и репродуктивное поведение; медико-биологическими — физическое и половое развитие, наличие хронических экстрагенитальных болезней и гинекологических заболеваний и нарушений; медико-организационными — организацию гинекологической помощи и консультирование по вопросам контрацепции. На наш взгляд, уровень репродуктивного образования подростков необходимо выделить как отдельную медико-социальную детерминанту их репродуктивного здоровья. Ведущими факторами риска нарушения становления репродуктивной системы являются эколого-географические (медико-экологические условия территории) и социально-гигиенические, которые оказывают опосредованное влияние на соматическое здоровье и физическое развитие. Среди социально-гигиенических следует отдельно выделить комплекс факторов семейного неблагополучия и образа жизни девушки-подростка. Выявленные закономерности позволили определить основные межрегиональные медико-организационные направления, которые должны быть положены в основу разработки комплекса мероприятий по повышению уровня репродуктивного здоровья девушек-подростков во всех территориях. Ими являются: улучшение условий проживания и воспитания в семье; оптимизация физического и полового развития; повышение уровня соматического здоровья; оптимизация медицинской активности; снижение степени риска сексуального поведения; повышение уровня образования по вопросам охраны репродуктивного здоровья, направленное на оптимизацию репродуктивного поведения; повыше-

ние эффективности и доступности гинекологической помощи подросткам; оптимизация контрацептивной помощи. При этом следует учитывать региональные особенности становления репродуктивной системы и структуры заболеваемости подростков, культурно-этнические особенности населения, а также наличие в регионе центров, способных обеспечить координацию медико-социальной и лечебно-профилактической помощи подросткам (с привлечением служб психологической помощи, медико-генетического консультирования и социальной защиты населения), мониторинг здоровья девушек-подростков, внедрение новых технологий в деятельность службы детской и подростковой гинекологии, повышение квалификации врачей и специалистов, работающих с подростками, по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ БЕРЕМЕННОСТЬЮ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Гусева Е.В., Филиппов О.С.

Россия, г. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

В последние годы в Российской Федерации отмечается снижение распространенности гестоза (с 228,4 на 100 родов в 2003 году до 194,4 в 2008 году). Однако, несмотря на положительные тенденции, частота гестоза сохраняется высокой и в структуре материнской смертности (МС) в Российской Федерации гестоз составляет 12,4 — 15,4% (2005-2007 гг.).

За период 2005-2007 годы в Российской Федерации от преэклампсии и эклампсии умерли 162 женщины (13,7% от общего числа случаев материнской смерти). Показатель МС от гестоза за исследуемый период составил 3,56 на 100 000 родившихся живыми (по данным Минздравсоцразвития России). Все случаи смерти проанализированы на основании данных учетной формы № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти».

Средний возраст умерших составил $28,7 \pm 7,64$ года. Большинство женщин проживали в сельской местности (57,4%), состояли в зарегистрированном браке (52,7%), не имели вредных привычек (60,7%). Беременность была желанной у 67,3% женщин. Наблюдались во время беременности 117 (72,2%) женщин, из них встали на диспансерный учет по беременности в ранние сроки 58 (49,6% из наблюдавшихся). Доля первобеременных женщин составила 37,0%. В 134 случаях (82,7%) гестоз был сочетанным. Наиболее распространенными соматическими заболеваниями были заболевания мочевыделительной системы (33,3%), гипертоническая болезнь (24,7%), ожирение (21,0%). Течение беременности осложнилось развитием фетоплацентарной недостаточности (54,9%), гипоксией плода (32,7%), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (17,3%). После прерывания беременности до 28 недель погибли 19 (11,7%) женщин, в том числе 2 после самопроизвольного аборта и 17 — после аборт-

та по медицинским показаниям. Умерли беременными 7 (4,3%) женщин. Во время родов погибли 3 (1,9%) женщины, в послеродовом периоде – 133 (82,1%). Большинство женщин (40,8%) умерли в областных (краевых, республиканских) учреждениях родовспоможения. Вне лечебного учреждения погибли 7 (4,3%) женщин. Основная часть женщин (54,2%) поступила в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Приступы эклампсии произошли у 55 (34,0%) погибших, из них у 31 (56,4%) – во время беременности, у 12 (21,8%) – во время родов и у 12 (21,8%) – в послеродовом периоде. Острая печеночная недостаточность, острый жировой гепатоз, HELLP-синдром наблюдались у 33 (20,4%) пациенток. Кесарево сечение произведено у 114 (83,8%) пациенток, ампутация и экстирпация матки — у 51 (31,5%).

При анализе качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе установлено, что только у 3 из 117 наблюдавшихся женщин медицинская помощь соответствовала стандартам. При оказании стационарной помощи дефекты выявлены у 140 (90,3%) женщин, умерших в лечебных учреждениях. Основными ошибками явились отсутствие госпитализации в стационар высокой степени риска (30,3%), недооценка тяжести состояния (45,8%), неадекватное лечение (41,3%), запоздалое родоразрешение (20,0%). В 66 случаях (42,6% от умерших в стационаре) зарегистрированы дефекты реанимационных мероприятий и осложнения анестезиологических пособий.

Таким образом, МС при гестозе во многом обусловлено нерациональным ведением беременности, а также дефектами оказания медицинской помощи в стационаре. С целью снижения материнской смертности от гестоза необходимо повышение качества оказания медицинской помощи в женской консультации и акушерском стационаре, своевременная госпитализация и родоразрешение при недостаточной эффективности проводимой терапии, повышение квалификации медицинского персонала, создание круглосуточной анестезиологической службы в родильных домах и перинатальных центрах, внедрение клинических протоколов, оптимизация функционирования акушерских реанимационно-консультативных центров, развитие телемедицинских технологий.

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Гусева Е.В., Филиппов О.С.

Россия, г. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Основными задачами приоритетного национального проекта «Здоровье» являются повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе во время беременности и родов, профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности.

С целью разработки предложений по профилактике и снижению материнской смертности (МС) проведен анализ системы организации медицинской помощи женщинам во время беременности и родов в 85 субъектах Российской Федерации в 2007 году.

По оперативным данным субъектов, общее число учреждений родовспоможения в Российской Федерации составило 2214. В большинстве регионов создана и функционирует многоуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде. К учреждениям родовспоможения I уровня отнесено 1474 (66,6%) родильных отделения, входящих в состав ЦРБ, 96,5% из которых имеют коечную мощность менее 30 коек и 61,3% (904) не обеспечены круглосуточным дежурством врача акушера-гинеколога в стационаре. Учреждения II уровня (628 стационаров, т.е. 28,3%) представлены межрайонными и городскими родильными домами, перинатальными центрами, родильными отделениями городских многопрофильных больниц, учреждения III уровня (112, т.е. 5,1%) — областными, краевыми, республиканскими перинатальными центрами, родильными домами (отделениями), клиниками ВУЗов и федеральных научно-исследовательских институтов. На акушерские стационары I уровня приходится 32,0% акушерского коечного фонда Российской Федерации, на учреждения родовспоможения II уровня – 50,9% и на стационары III уровня – 17,1%. Анализ распределения родов в зависимости от уровня ЛПУ показал, что 59,2% родов в Российской Федерации проходит в учреждениях родовспоможения II уровня, в учреждениях I и III уровня – соответственно 21,0% и 19,8%. В 49 (57,6%) субъектах Российской Федерации доля родов в учреждениях родовспоможения I уровня составила 20% и более (в среднем $32,7 \pm 11,6\%$). При этом показатель МС в данных территориях статистически значимо ($p < 0,05$) превышал показатель МС в субъектах, в которых доля родов в учреждениях I уровня была меньше 20% (в среднем $12,7 \pm 6,3\%$), и составил соответственно 28,01 (95% ДИ 25,82 – 30,19) и 23,71 (95% ДИ 21,64 – 25,79) на 100 000 родившихся живыми. Учреждения родовспоможения III уровня отсутствовали в 15 субъектах. В этих регионах показатель МС (34,35, 95% ДИ 28,72 – 39,78) достоверно ($p < 0,05$) выше показателя МС в субъектах, где функционируют областные родильные дома (отделения) перинатальные центры (24,97, 95% ДИ 23,4 – 26,53).

В 52 субъектах Российской Федерации организованы дистанционные акушерские реанимационно-консультативные центры (АРКЦ), сотрудниками которых проведено 31 627 консультаций в 2007 году. В структуре обращений преобладали экстрагенитальные заболевания (28,8%), гестоз (24,1%), осложнения родов (17,2%) и акушерские кровотечения (12,0%). В 61 субъекте постоянно функционируют 106 выездных реанимационно-консультативных бригад, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, которыми в течение 2007 года было транспортировано 7602 беременных и 1120 родильниц. Основными показаниями к переводу в специализированные медицинские учреждения явились экстрагенитальные заболевания (30,2%) и гестоз (23,1%). Случаев гибели женщин в процессе межгоспитальной транспортировки выездными реанимационными бригадами не отмечено. Показатель МС в регионах, не имеющих АРКЦ (30,26, 95% ДИ 27,30 – 33,21), достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в субъектах, где функционируют АРКЦ (24,03, 95% ДИ 22,29 – 25,78).

Таким образом, для профилактики и снижения МС необходимо соблюдение этапности, преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи на основе организации трехуровневой системы, ведущая роль в которой принадлежит перинатальным центрам. Эффективными формами оказания лечебно-консультативной помощи женщинам являются дистанционный мониторинг беременных высокой степени риска и развитие выездных форм оказания акушерско-гинекологической помощи.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Демин А.Н. Мокринская Е.А.
МУЗ ГКБ №6 г. Челябинск, Россия

В настоящее время все большее место занимают медикаментозные методы обезболивания в родах. Однако, в последнее время появляются данные о том, что при эпидуральной анестезии уменьшается количество эндогенных эндорфинов, ребенок испытывает боль в несколько раз сильнее, чем в обычных родах, а в 50% случаев новорожденные отказываются брать грудь [Цывын П. Б.]. Тем не менее, проблема родовой боли остается актуальной, на практике около 60% женщин получают медикаментозное обезболивание в естественных родах.

Целью настоящего исследования явилось изучение психо-эмоционального состояния первородящих и повторнородящих. Материалы и методы: обследовано 104 беременных женщин возрастной группы от 15 до 40 лет со сроком беременности от 6 до 38 недель, не проходивших психопрофилактическую подготовку в настоящую беременность, из них 67 (64,4%) первородящие. Состояние определялось с помощью теста-опросника, направленного на выявление психо-эмоциональных состояний беременных в условиях города.

Результаты. Среди всех 67 первородящих жалобы на плаксивость предъявляли 36 (53,7%) женщин, на раздражительность 39 (58,2%), на родовые боли и напряжение в животе, связанные с психо-эмоциональным состоянием 22 (32,8%), на забывчивость и рассеянность 18 (26,9%). Среди повторнородящих (37 человек) жалобы на плаксивость предъявляли 19 (51,4%) женщин, на раздражительность 17 (45,9%), на алгии и напряжение в животе, связанные с психо-эмоциональным состоянием 11 (29,7%), на забывчивость и рассеянность 15 (40,5%). Таким образом, повторнородящие незначительно меньше предъявляют жалобы на плаксивость и алгии и напряжение в животе, связанные с психо-эмоциональным состоянием (на 2,3% и 3,1% соответственно). На 12,3% меньше выражены жалобы на раздражительность, а жалобы на рассеянность и забывчивость увеличились на 13,6%. В общей группе жалобы на плаксивость составили 55 (53,8%), на раздражительность 56 (53,8%),

на алгии и напряжение в животе, связанные с психо-эмоциональным состоянием 33 (31,7%), на забывчивость и рассеянность 33 (31,7%).

73 из 104 (70,2%) женщин в общей группе считают, что роды проходят с болями. Среди повторнородящих (37 человек) отмечало предыдущие роды с болями 23 (62,2%). Без алгий родили 14 (37,8%) человек, из которых 7 (18,9% от повторнородящих) женщины не получали медикаментозного обезболивания. Среди 7 женщин, родивших без болей и медикаментозного обезболивания 3 (42,9%) считают, что настоящие роды будут болезненными, а 2 (28,5%) хотят обезболить и связывают свое желание с появлением страха перед родами. В структуре жалоб у 7 женщин, родивших без болей и медикаментозного обезболивания плаксивость выражена у 2 из 7 (28,6%), раздражительность у 4 из 7 (57,1%), а нарушения внимания и памяти, алгии и напряжение в животе у 3 из 7 (42,9%).

Среди незамужних повторнородящих женщин 4 из 6 (66,7%) родили без болей, 2 роженицы (33,3%) получали медикаментозное обезболивание. Однако из 6 незамужних женщин 4 (66,7%) считают, что настоящие роды будут сопровождаться алгиями. При этом три пациентки из четырех (75%), считающих предстоящие роды болезненными не испытывали алгий в первых родах. То есть, из числа незамужних повторнородящих женщин, считающих предстоящие роды болезненными, 75% имели опыт безболезненных прошлых родов, но изменили свое отношение к настоящим.

Среди всех повторнородящих женщин, переживших болезненные роды, 21 (91,3%) считают, что боли значительно потенцировались страхом.

При опросе всех беременных выявились 4 причины для страха перед родами:

- алгии в родах (убеждение, которое прививается семьей, обществом и врачами)
- Неизвестность (отсутствие опыта в родовом процессе)
- уязвимость здоровья ребенка в момент рождения
- медицинский персонал и медицинские манипуляции.

При опросе всех женщин, родивших без алгий и обезболивания, только 14 человек (13,5%) утверждают, что в момент родов они концентрировали свое внимание на ребенке, чувствовали как он перемещается по родовому каналу и знали как нужно себя вести. При этом страх отсутствовал.

Выводы. В психо-эмоциональном состоянии у повторнородящих значительно уменьшаются жалобы на раздражительность и повышаются на нарушения внимания и памяти. Несмотря на то, что 18,9% повторнородящих имели естественные роды без алгий и обезболивания, 42,9% из них изменило отношение к родам в сторону боли. Основная причина – сформированный страх перед родами. Однако, у незамужних женщин отношение к родам меняется еще из-за факторов, связанных с семейным и социальным положением (вытесненные страхи, сценарии неблагоприятия). Следовательно, на формирование алгий могут влиять не только страх перед родами, но и другие клиничко-психологические факторы, что обосновывает разработку интегративной психотерапевтической методики в подготовке беременных к родам.

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Демченко Н.С., Третьякова Т.Б.

Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»
ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»,
г. Екатеринбург, Российская федерация

В настоящее время цитогенетические и молекулярно-цитогенетические методы широко используются в современной репродуктивной медицине. Известно, что численные хромосомные аномалии, в основном анеуплоидии, имеют высокую частоту в половых клетках, а также в клетках плода. По современным литературным данным частота численных хромосомных аномалий в сперматозоидах составляет 1-2%, в ооцитах – около 20%, в клетках преимплантационных эмбрионов – около 20%, в клетках спонтанных абортусов при сроке 6-20 недель –35% (только анеуплоидии), в клетках мертворожденных плодов – 4% (только анеуплоидии), в клетках живорожденных –0,3% (только анеуплоидии). Известно, что одна из семи супружеских пар в общей популяции страдает бесплодием. По данным статистики до 15% мужского и 10% женского бесплодия может быть обусловлено генетическими факторами.

Наиболее частыми генетическими причинами нарушения репродуктивной функции у женщин рассматриваются моносомия (регулярные и мозаичные формы) X хромосомы (Синдром Шерешевского – Тернера), структурные перестройки X хромосомы, среди которых в основном делеции и транслокации. В настоящее время описаны случаи делеций практически во всех участках хромосомы X (за исключением Xp22.2 –Xp22.3 и Xq27-28) у женщин с бесплодием. В длинном плече хромосомы X делеции у женщин с бесплодием обнаруживаются в так называемом «критическом участке» (Xq13 – Xq26). Среди аутосом, вовлеченных в транслокацию с хромосомой X у женщин с бесплодием, наиболее часто встречаются хромосомы 15, 21 и 22.

Нарушения сперматогенеза и спермиогенеза у мужчин, сопровождающееся полным или частичным бесплодием, в 5% случаев связано с хромосомными аномалиями. У мужчин с олигоспермией аномалии кариотипа встречаются с частотой 2,0%, из них на долю анеуплоидий приходится 1.14%, а на долю структурных перестроек – 0,86%

У мужчин с азооспермией частота хромосомных мутаций составляет 20,0%, из них на долю анеуплоидий приходится 16,2%, а на долю структурных перестроек – 3,8%.

При бесплодии и привычном невынашивании структурные хромосомные перестройки у мужчин встречаются почти в 2 раза чаще, чем у женщин.

Среди хромосомных аномалий, являющихся причиной бесплодия, как у женщин, так и у мужчин, особое место занимают сбалансированные перестройки. Среди пар с репродуктивными потерями 10 -15% являются носителями сбалансированных хромосом-

ных перестроек (популяционная частота -0,25%). Следовательно, методы определения хромосомных аномалий имеют исключительное значение в репродуктивной медицине для выявления причин нарушения репродуктивной функции.

Одним из направлений наших исследований является анализ генетических причин бесплодия.

Цитогенетические исследования кариотипа проводились только на лимфоцитах периферической крови с помощью стандартных методов дифференциального окрашивания хромосом (Методы G- и C –окраски), позволяющим идентифицировать каждую хромосому по специфичному линейному рисунку и определить структурный гетерохроматин во всех районах хромосом для оценки хромосомного полиморфизма и идентификации перичентрических инверсий.

У 41 обследованной супружеской пары с бесплодием в браке неизвестной этиологии выявлены 2 случая нормального полиморфизма хромосом: 46,XX,16qh+; 46,XX,9ph+. По устоявшемуся с 1970-х годов в клинической генетике мнению, гетероморфизм гомологов по районам 9ph+ и 16qh+ может негативно влиять на репродуктивную функцию, но механизмы этого влияния по-прежнему остаются на уровне гипотез.

У одной из обследованных пациенток обнаружен мозаичный кариотип: 45,X[8]/46,XX[33]. Считается, что любая форма моносомии хромосомы X является одной из наиболее частых причин нарушения репродуктивной функции и приводит к высокой частоте образования несбалансированных гамет.

Проведенные цитогенетические исследования кариотипа у 29 мужчин с диагнозом олигоспермия и азооспермия не выявили хромосомных аномалий, что может быть обусловлено малой численностью обследованных. Возможно, нарушение репродуктивной функции связано с микроделециями Y хромосомы, которые идентифицируются молекулярно-цитогенетическими и молекулярно-генетическими методами, что составит предмет наших дальнейших исследований.

Таким образом, проведенное нами цитогенетическое обследование малочисленной группы лиц (106 пациентов) с нарушением репродуктивной функции позволило выявить хромосомную этиологию в 2,8% (3) случаев, что говорит о необходимости применения классических и высокотехнологичных цитогенетических методов в дифференциальной диагностике бесплодия.

В заключении хотелось отметить, что авторы этого сообщения стремились подчеркнуть важное значение лаборатории медико-генетического анализа в области репродуктологии как для теоретической медицины, так и для решения насущных задач практического здравоохранения.

РОЛЬ И ЗАДАЧИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Добряков И.В.

Россия, г. Санкт-Петербург, ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская Медицинская Академия Последипломного Образования» Росздрава

Общепризнанно, что беременность для женщины является периодом повышенного риска для соматического и психического здоровья. Жалобы беременных невротического характера либо объясняются "особым положением" женщины и игнорируются, либо приводят к назначению симптоматической медикаментозной терапии. По данным R.L. Spitzer с соавт. (2000), у 20% из обследованных 3000 пациенток, получающих акушерско-гинекологическую помощь, обнаруживаются нервно-психические расстройства, распознаётся из которых лишь 33%. Ни беременные женщины, ни, к сожалению, гинекологи и терапевты, наблюдающие их, ни психологи, занимающиеся с ними дородовой подготовкой, не знали и не знают показаний обращения к психотерапевту. В результате большинство женщин, нуждающихся в психотерапевтической помощи, её не получают, а вместо этого принимают психотропные препараты. Исследования О.И. Карпова и А.А. Зайцева (1998), показали, что назначения медикаментов этой группы получают более 35% беременных женщин. При этом игнорируется тот факт, что по оценке по критериям FDA абсолютно безопасных психотропных препаратов не существует. Как справедливо отмечает G. J. Craig, даже "если установлено, что данное лекарство совершенно безвредно для взрослой женщины, это ещё не означает, что оно также безвредно для крошечного развивающегося организма, который во всём зависит от матери и живёт в создаваемой ею среде" (2000).

Задолго до выделения перинатальной психотерапии встречались отдельные работы, посвящённые психотерапевтической помощи беременным женщинам, семьям, ожидающим ребёнка, семьям новорожденных. Однако большинство авторов не придерживались диадного подхода, а иногда просто и не знали о его существовании. Необходимость выделения перинатальной психологии в отдельное направление связана именно с тем, что перинатальный психотерапевт имеет дело совершенно с особым объектом — с диадой «мать и дитя».

В женских консультациях, родильных домах до последнего времени не было предусмотрено получение пациентками психотерапевтической помощи. Психологи, как правило, диагностикой нервно-психических расстройств, не владеют, не дифференцируют их. Однако, к сожалению, многих это не смущает. Не имея достаточных знаний и квалификации, они берутся за проведение «психотерапии». Этому способствует распространённое мнение, что перинатальная психотерапия является всего лишь практическим приложением к перинатальной психологии (Филиппова Г.Г., 2007). Это также наивно,

как рассматривать терапию или хирургию в качестве прикладных разделов нормальной физиологии. Перинатальная психотерапия представляет собой систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребёнка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику на организм женщины и ребёнка (Добряков И.В., 2000). Она должна быть востребована не только в период гестации, но и до зачатия, в период его планирования, при проблемах бесплодия. Также ее проведение может быть необходимо при выявлении пороков развития у пренейта, при перинатальных утратах. 30 марта 2006 года Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации издало приказ №223, согласно которому в каждой женской консультации должен быть открыт кабинет психотерапевта (медицинского психолога). Однако, реализация этого приказа на практике проблематична, потому что медицинских перинатальных психологов в стране очень мало, а перинатальных психотерапевтов ещё меньше. Нужно приложить усилия, чтобы среди специалистов, с которыми встречается беременная женщина, обязательно был перинатальный психолог, умеющий выявить нервно-психические нарушения, провести психокоррекционную работу и, при необходимости, направить ее на психотерапию. И чтобы было к кому направить.

XXI ВЕК: АНАЛИЗ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (АС)

Жданова В.Ю., Трубникова Л.И., Таджиева В.Д., Измайлова Ф.А., Мартянова Е.Н.

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, кафедра акушерства и гинекологии, Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Снижение показателя перинатальной смертности (ПС) в РФ достигнуто преимущественно за счет уменьшения на 35% ранней неонатальной смертности (РНС), однако доля антенатальной гибели плодов остается стабильной.

Целью исследования явился анализ течения беременности, родов и непосредственных причин АС.

Проведен анализ 83 случаев антенатальной смерти плода, зарегистрированных в 2000 – 2008 гг. За указанный срок ПС снизилась в 2 раза (с 18‰ в 2000 г. до 8,98‰ в 2008 г.), МР в 1,3 раза (с 10,3‰ в 2000 до 7,98‰ в 2008 г.), РНС в 7,8 раза (с 7,8‰ в 2000 г. до 1‰ в 2008 г.). Обращает на себя внимание, что 71,1% женщин с АС проживают в сельской местности, 36,1% не состояли в браке, 54,2% были безработные. Более половины женщин (59%) были в возрасте до 30 лет. При анализе репродуктивного анамнеза выявлено, что каждая пятая (19,2%) имела более 5 беременностей, у одной из них данная беременность была двадцатая, в анамнезе было 16 аборт, у 15,6% предыдущие беременности закончились выкидышами. Первородящих было 39,7% женщин, первородящих – 57,8%, третьи роды и более имели 16,8%. Только одна из этих женщина (1,2%) была соматически здорова, остальные жен-

щины имели экстрагенитальные заболевания, 91,5% перенесли ОРВИ во время беременности, 14,4% женщин были курящими, 7% использовали наркотики, 6% злоупотребляли алкоголем. Гинекологические заболевания диагностированы у 62,7% беременных. На диспансерном учете по беременности с раннего срока (до 12 недель) состояла только треть женщин, 9,6% беременных вообще не посещали женскую консультацию. В структуре осложнений настоящей беременности преобладали явления угрозы прерывания (43,3%), анемии (33,7%), связанная в основном с недостатком питания; у 2% женщин беременность протекала на фоне выраженной хакексии, у 18% первая половина беременности осложнилась ранним токсикозом, столько же женщин имели гестоз различной степени тяжести, многоводие выявлено у 10,8%. Заслуживает внимания инфицированность этого контингента женщин: пиелонефрит был диагностирован у 25,3%, кольпит у 15,6%, ВЗОМТ у 10,8%. Явления ПН у 18% проявились в виде хронической внутриутробной гипоксии плода. У 12% по УЗИ-диагностике установлен СЗРП. Заслуживает внимание, что у 21,6% (18) плодов диагностированы фетопатии – аненцефалия, гидроцефалия и другие уродства плодов. Антенатальная гибель большинства плодов (67,4%) произошла на сроках от 30 до 37 недель, остальные погибли при доношенной беременности. Анализируя продолжительность родов, установлено, что у 27,7% произошли стремительные, у 19,3% — быстрые, у 12,04% — затяжные роды. У 65 (78,3%) женщин роды закончились через естественные родовые пути, а 21,7% женщин родоразрешены операцией кесарево сечение, показаниями к которому были гестоз III ст. и ПОНРП (6,02%), аномалии родовой деятельности – 2,4%, поперечное положение (3,6%) и рубец на матке. В 4,8% случаев кесарево сечение закончилось ампутацией матки по поводу гипотонического кровотечения. В структуре непосредственных причин гибели детей на основании результатов патогистологического исследования установлено наличие асфиксии у всех (100%) плодов, в 28,9% асфиксия проявилась отеком мозга (28,9%), кровоизлияниями в плевру и эпикард (32,5%), аспирацией вод (8,9%), нарушение пуповинного кровообращения (10,8%), за счет перекрута пуповины (3,6%), стриктуры сосудов пуповины с облитерацией (2%). Внутриутробное инфицирование подтверждено у 28,9% плодов с венозным застоем во внутренних органах (27,7%), развитием внутриутробного пупочного сепсиса. Характерно выявление тромбоза сосудов плаценты (14,5%), инфарктов плаценты (13,3%), гипоплазии плаценты (25,3%). Более чем у трети женщин отмечен гнойный плацентит, хориоамнионит, флебит вен пуповины, тромбоз пуповинных вен, гнойный эндартериит пуповинных артерий. Непосредственной причиной смерти 9 плодов явились пороки развития.

В прогностическом плане чрезвычайную значимость представляет факт антенатальной гибели плодов у 99% беременных вне стационара, что указывает на имеющиеся недостатки в диспансеризации беременных.

Таким образом, при общем снижении ПС, антенатальная смертность сохраняется высокой. Основными причинами являются ухудшение репродуктивного здоровья населения и социальные аспекты, суще-

ственно отягощающие диспансеризацию — безработные, жительницы отдаленных сел, женщины, не состоящие в браке, имеющие экстрагенитальные заболевания, гинекологическую патологию, нарушение питания, вредные привычки, отягощенный репродуктивный анамнез. Основной контингент беременных, вносящий вклад в проблему антенатальной смертности составляет социально неблагополучные беременные. Надо полагать, что снижение этого показателя возможно только при улучшении качества жизни женщин репродуктивного возраста и при совершенствовании мероприятий органов социальной защиты и здравоохранения.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НАПРЯЖЕННОМ РЕГИОНЕ

Зиганшин А.М., Кулавский В.А.

*Россия, г. Уфа, Башкирский
государственный медицинский университет*

По наблюдениям Ю.П.Лисицына (1987) доказано, что состояние здоровья зависит на 10-12% от экологических проблем, но в условиях загрязнения окружающей среды нормальное течение беременности и родов наблюдается лишь у 20% женщин. Беременные женщины, подвергаясь прямому (токсическому) или опосредованному (через нарушения нейрогуморальной регуляции) воздействию факторов окружающей среды (ОС) приобретают заболевания, осложняющие беременность. Выделяемые в атмосферу экополлютанты (ЭЖП) (производственная, промышленная пыль, оксиды азота, диоксид серы, сероуглерод и др. соединения), относясь к веществам 2-3-4 класса опасности, обладают выраженным токсическим воздействием на организм беременной женщины. Более половины ЭЖП поступают через легкие, остальная часть через воду и пищу суммируясь, оказывают токсическое действие, увеличивая количество заболеваний, осложнений беременности и родов.

Изучить структуру заболеваний среди беременных женщин в экологически напряженном регионе с развитой горнодобывающей промышленностью явилось целью исследования.

Материалом послужила статистическая отчетность Медико-информационного аналитического центра МЗ Республики Башкортостан (РБ) – «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» форма №32 и «Отчет об абортгах» форма №13 основных показателей акушерско-гинекологической службы по РБ.

Первую (основную группу) – составили данные годовых отчетов работы акушерского стационара МУ Учалинская ЦГБ, в качестве сравнения (контрольная группа) годовые отчеты по РБ (II-я группа). Расчет данных проведен определением среднеарифметической суммы, статистических данных частоты заболеваний, выявленных во время беременности, родов и осложнений по данным деятельности учреждений

здравоохранения за последние пять лет (2004 – 2008). Оценка параметров проводилась по частоте убывания встречаемости заболеваний в исследуемых группах.

Анализ состояния здоровья в группе заболеваний и осложнений беременности (% к числу закончивших беременность), на первом месте в структуре заболеваемости наблюдалась анемия — 61,86% в I-ой, 51,18% во II-ой группе. На втором месте эндокринные нарушения — 21,66% и 17,4%, на третьем месте болезни мочеполовой системы — 14,40% и 17,38% основной и контрольной групп. При оценке заболеваемости, осложнивших течение родов и послеродового периода (на 1000 родов) первое место составила анемия — 223,52 и 393,38, второе место болезни мочеполовой системы — 97,73 и 106,94, на третьем месте отеки, протеинурия, гипертензионные расстройства — 82,46 и 198,38 основной и контрольной групп. Среди осложнений при родах (на 1000 родов) лидирующее место занимают нарушения родовой деятельности у 76,58 и 82,76, кровотечения в послеродовом и послеродовом периоде — 7,94 и 14,06 на втором, на третьем месте кровотечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты — 2,96 и 11,04 первой и второй групп.

В репродуктивной функции выявлено высокое количество самопроизвольных абортов (% к общему числу абортов) 29,54% и 14,58% по РБ и равное количество преждевременных родов по 3,82%.

Таким образом, в условиях загрязнения окружающей среды и высокой техногенной нагрузки у женщин отмечено снижение репродуктивного потенциала, ухудшение состояния здоровья. У беременных наблюдается увеличение заболеваемости анемией и эндокринных нарушений, которые способствуют невынашиванию беременности при предстоящих родах и увеличению частоты самопроизвольных абортов, преждевременных родов при последующих беременностях.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Калиновская И.И.

Департамент здравоохранения города Москвы

Приоритетным направлением развития столичного здравоохранения является охрана здоровья матери и ребенка, совершенствование организации медицинской помощи семьям с детьми. Департаментом здравоохранения г. Москвы проводится постоянная работа по повышению качества оказания медицинской помощи беременным и женщинам фертильного возраста, на протяжении последних лет в городе успешно реализуются программы целевого финансирования детского здравоохранения и родовспоможения.

В 2008 году в городе функционировало 32 акушерских стационара, подведомственных Департаменту здравоохранения, в том числе 18 родильных домов, 13 акушерских отделений в составе многопрофильных

больниц и Центр планирования семьи и репродукции. На функциональной основе осуществляли деятельность 5 перинатальных центров (ГКБ № 7, 67, 70, ГБ № 8, ЦПСиР).

Число родов в городе Москве увеличивается ежегодно. В 2007 году в органах ЗАГС был зарегистрирован 100771 новорожденный, что на 6500 больше чем в 2006 году. Показатель рождаемости составил 9,6 на 1000 населения (2006 г — 9,0). В 2008 году в акушерских стационарах Департамента здравоохранения проведено 104 876 родов.

Необходимо отметить, что около 30% родов, проведенных в акушерских стационарах Департамента здравоохранения — роды у иногородних гражданок России и иностранных гражданок. Данный контингент беременных чаще всего не обследован или недообследован. Среди данной группы беременных, как правило, много больных с хронической патологией, однако, вследствие позднего обращения за медицинской помощью адекватного лечения они получить не успевают. Данное обстоятельство значительно увеличивает у них вероятность неблагоприятных исходов беременности: преждевременных родов, рождения незрелых детей, детей с низкой массой тела, врожденной патологией.

Во всех акушерских стационарах города имеются условия для оказания высококвалифицированной медицинской помощи новорожденным, в том числе и недоношенным детям.

В лечебно-профилактических учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения в настоящее время функционирует 93 койки отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных и 23 реанимационные койки для новорожденных в акушерских стационарах, 75 коек в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных в педиатрических стационарах. В том числе, в 2008 году открыты отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных в родильном доме № 11 УЗ СВАО, родильном доме № 3 УЗ ЗАО, родильном доме ГБ № 72 УЗ ЗАО.

Кочный фонд второго этапа выхаживания составляет 354 койки для доношенных новорожденных и 402 койки для недоношенных детей. На базах педиатрического стационара ГКБ № 7 и ГБ № 8 организованы выездные бригады неонатальной реанимации.

Уровень перинатальной смертности в Москве в 2007 году составил 7,9‰, (2004 год- 9,6‰). Показатель ранней неонатальной смертности за последние 2 года остается на уровне 2,1‰, а с учетом детей, умерших в возрасте 0-6 суток из числа переведенных в педиатрические стационары — 2,5‰.

Медико-организационные мероприятия, проводимые Департаментом здравоохранения, привели к заметному снижению показателей смертности всех категорий недоношенных детей, включая родившихся с экстремально низкой массой тела. Это достигнуто благодаря реализации городских целевых программ по оснащению современным медицинским оборудованием, повышению квалификации медицинского персонала, за счет совершенствования протоколов лечения синдрома дыхательных расстройств и сопутствующей ему патологии. С целью улучшения оказания медицинской помощи новорожденным, с 2004

года Департаментом здравоохранения централизованно закупается препарат «Куросурф». Применение его у недоношенных новорожденных при синдроме дыхательных расстройств позволило снизить раннюю неонатальную смертность.

Департаментом здравоохранения разработан план мероприятий по поэтапному переходу на современные технологии выхаживания недоношенных и маловесных детей, включая детей с массой тела 500-1000 грамм, на период 2008-2010 гг. Ожидаемыми результатами реализации данных мероприятий являются: снижение неонатальной и младенческой смертности недоношенных и маловесных детей, включая детей с массой тела при рождении 500-1000 грамм, в 1,3-1,5 раза, уменьшение ранней инвалидизации с детства на 20-30% и более.

Таким образом, комплексные меры, включающие расширение профилактического направления, оптимизацию лечебно-диагностического процесса с внедрением современных технологий и организационные преобразования, способствовали повышению эффективности медицинского обеспечения.

Все вышеуказанные положительные сдвиги в состоянии здоровья женщин и детей явились результатом целенаправленной политики Правительства Москвы, направленной на укрепление института семьи, охраны материнства и детства, тесного межведомственного взаимодействия Департаментов и Комитетов города Москвы по улучшению положения детей и матерей.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ЦЕНТРЕ СИБИРИ

Камалова Е.В., Агаркова Л.А., Габитова Н.А.

*НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Сибирского
отделения РАМН, Томск, Россия*

С необходимостью улучшения показателей репродуктивного здоровья населения, в первую очередь женского, связано одно из важнейших направлений в решении проблем охраны материнства и детства. Женщины относятся к той части населения, которая наиболее чувствительно реагируют на все изменения общественной, экономической и социальной жизни страны, прежде всего состоянием репродуктивного здоровья, репродуктивным поведением и качеством здоровья своих детей. Репродуктивное здоровье – индикатор состояния здоровья общества и государства. Качество здоровья населения является лимитирующим фактором стратегии социально-экономического развития страны. Поэтому такая проблема, как рождение, является комплексной межведомственной интегративной проблемой.

Формирование репродуктивного потенциала – это количественный и качественный процесс, характеризующийся изменением численности и возрастного состава населения под влиянием рождаемости, уровня (качества) здоровья с учетом взаимного влияния социально-экономических факторов.

Цель исследования: провести анализ репродуктивного потенциала женщин г.Томска.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования был выбран г. Томск – крупный промышленный и научно-образовательный город Западной Сибири, являющийся областным центром Томской области. Население г. Томска по состоянию на 01.01.2009 г. составляет 516,1 тыс. человек, из них женщины – 53,9%. Средний возраст женщины 37,6 лет. Исследование проводилось на базе клиник НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН. Опрошено 150 женщин разных возрастных групп, проживающих в городе Томске. В исследовании также использовали данные государственной статистики.

Полученные результаты: Анализ данных государственной статистики выявил, что в г. Томске, как и в целом в России, происходит трансформация модели рождаемости – откладывание браков и рождения детей на более поздний возраст. В этой связи меняется возрастная структура женщин, рождающих детей. В последние годы в г. Томске наибольший коэффициент рождаемости сместился из группы 20 – 24 года в группу 25 – 29 лет, причем второй по возрастному признаку у рожавших женщин является группа 30 – 34 года.

Результаты проведенного нами опроса женщин фертильного возраста свидетельствуют, что большинство женщин имеют детей значительно меньше запланированного количества – по 1 – 2 ребенка в семье. Для воспроизводства населения необходимо, чтобы на каждую женщину приходилось по 2,4 ребенка. В настоящее время в г. Томске этот показатель составляет 1,13 малыша. Число детей, которые в семье по счету являются третьими, рождается в пределах 6,5 – 8,5% от общего числа родившихся детей. Следовательно, в г. Томске есть потенциал для увеличения рождаемости, в связи с чем необходимо создать благоприятные условия для осуществления репродуктивных намерений населения.

Проведенное исследование помогло выявить компоненты, определяющие уровень рождаемости: преобладающая часть респонденток отметили социально-экономические и материальные причины, такие как нестабильность экономической ситуации в стране, плохие жилищные и материальные условия, низкие доходы и слабая поддержка государством многодетности; отсутствие уверенности в завтрашнем дне в результате социально-экономических кризисов; при рождении ребенка временно снижается совокупный доход семьи, увеличиваются расходы; юридическое оформление браков; откладывание браков и рождения детей на более поздний возраст; предпочтение карьерному росту. Более 15% в повышении уровня детности определяется установками и позитивными взглядами на многодетность.

Таким образом, в результате исследования установлено, что формирование репродуктивного потенциала женщин г. Томска происходит под воздействием ряда факторов: демографических, идеологических, морально-этических, социальных, экономических, медицинских. Причем преобладающая часть респонденток указали, что состояние здоровья на сегодняшний день является непервостепенной причиной отказа от рождения детей. Сохранение репродуктивного потенциала населения неразрывно связано с задачами повышения уровня социальных гарантий для молодых семей, одиноких матерей, увеличения доходов насе-

ления и решения жилищных вопросов. Активная позиция руководителей региона и каждого муниципального образования, при значительном росте затрат на социальную сферу и повышении качества медицинского обеспечения — единственный реальный путь решения репродуктивных проблем. Только в этом случае мы можем рассчитывать на улучшение репродуктивного здоровья и повышение репродуктивного потенциала населения.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ В ОМСКОМ ОБЛАСТНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Ковтунова О.Ф., Ралко В.В.

Россия, г. Омск, Государственное учреждение здравоохранения «Омская областная клиническая больница»

Эпидемический процесс внутрибольничной инфекции (ВБИ) в акушерских стационарах, подчиняясь общим законам эпидемиологии, имеет свою специфику и закономерности, без серьезного изучения которых нельзя рассчитывать на эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий.

На базе Омского областного родильного дома проводилось углубленное изучение эпидемиологической характеристики ВБИ родильниц и новорожденных. Период изучения охватывает 2000-2006гг. За анализируемый период было родоразрешено 14116 пациенток, родилось 14407 детей. Удельный вес недоношенных новорожденных составлял 4,3%. Доля родоразрешений путем операции кесарево сечение составила от 37,0% в 2003г. до 45,5% в 2001г., средняя продолжительность пребывания на койке от 12-14 суток в 2003г. до 7-7,3 суток в 2006г. Осуществлялся учет всех случаев ВБИ новорожденных, возникших в течение первых 28 суток жизни и 42 суток послеродового периода у родильниц.

В течение семи лет (2000-2006гг.) изучалась эффективность совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме, под наблюдением находилось 12295 родильниц и 12277 новорожденных. Ежегодно определялись показатели заболеваемости внутрибольничными инфекциями родильниц и новорожденных, изучалась структура заболеваемости, сроки возникновения различных нозологических форм, в том числе при различных формах содержания в акушерском стационаре.

За период наблюдения (2000-2006гг.), самый высокий показатель заболеваемости внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями (ГСИ) родильниц (22,2 на 1000 родов) зарегистрирован в 2003 году, самый низкий показатель (10,4 на 1000 родов) в 2006 году. Среди новорожденных наибольшее количество гнойно-септических осложнений (32,0 на 1000 родившихся живыми) отмечалось в 2000 году, самый низкий показатель заболеваемости (15,5 на 1000 родившихся живыми) в 2006 году.

Сроки возникновения различных форм гнойно-септической инфекции у родильниц и новорожден-

ных неоднозначны. Среди родильниц преобладающее количество осложнений возникало на 6-10 и на 11-15 сутки послеродового периода (31,4% и 31,0% соответственно). На первую пятидневку послеродового периода приходилось 9,3% осложнений, в этот период пациентки родоразрешенные оперативным путем заболели в 1,4 раза чаще.

Анализ сроков возникновения ГСИ у новорожденных показал, что в течение первых пяти суток жизни осложнения возникали у 2,5% доношенных и у 20,8% родившихся раньше срока от общего количества заболевших. Наиболее часто ГСИ у новорожденных проявлялись на 6-10 сутки жизни (5,3% у доношенных и 33,6% у недоношенных детей).

Условия содержания новорожденных в акушерском стационаре существенно влияют на уровень заболеваемости гнойно-септическими инфекциями. Разница показателей ГСИ у новорожденных с различными условиями содержания составила 2,8 раза (34,6 на 1000 родившихся живыми и 12,3 после совместного пребывания). Углубленный анализ не выявил отличий в уровнях среднесуточных показателей заболеваемости новорожденных после совместного пребывания с матерью из родильного зала и «отсроченного» (со вторых и более суток жизни) – 11,4 на 1000 родившихся живыми и 13,2 соответственно. У детей, находившихся на раздельном пребывании с матерью, клинические признаки проявлялись раньше, чем у детей после совместного пребывания. Так, клинические признаки инфекции появлялись у них в основном первые 10 дней жизни (27,1% первая и 55,9% вторая пятидневка). В то же время новорожденные после совместного пребывания заболели преимущественно на 6-10 сутки жизни – 32,4% и на 11-15 сутки – 30,9%. Таким образом, проведенные нами исследования показали, что совместное пребывание новорожденного с матерью существенно снижает риск возникновения гнойно-септических осложнений и является наиболее предпочтительной формой содержания детей в акушерских стационарах.

Углубленное изучение эпидемиологии внутрибольничных инфекций в акушерском стационаре способствует выявлению основных контингентов и факторов риска, наиболее слабых мест в технологиях ухода за родильницами и новорожденными, закономерностей развития эпидемического процесса. Полученные данные, позволяют разрабатывать эффективные противоэпидемические мероприятия, управлять гнойно-септической патологией в родильном доме.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СЕМЬИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Коновалов В.Н., Цхай В.Б.,

Капитонов В.Ф., Панченко Е.А.

Россия, г. Красноярск, Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Негативная направленность социально-экономического развития России в 90-х годах во многом сказалась на снижении уровня рождаемости

и высокой смертности, что отразилось в депопуляции населения. Однако наметившаяся в последние годы тенденция к акцентированию внимания государства на социально-экономических и демографических проблемах отразилась в создании национальных проектов, направленность которых ориентирована на рост уровня рождаемости.

Одним из критериев определяющих социальное благополучие в обществе является ориентация семьи и женщины в частности на реализацию репродуктивного потенциала.

Целью исследования: на основании комплексной оценки медико-социальных и экономических аспектов выявить факторы оказывающие влияние на репродуктивное поведение женщин.

С учетом установленной цели исследования, были определены следующие задачи:

- Изучить медико-социальный статус рожениц на основании их собственной самооценки.
- Проанализировать состояние репродуктивного здоровья рожениц.
- Выявить влияние социально-экономических аспектов на репродуктивное поведение рожениц.

Для решения поставленных задач была произведена репрезентативная выборка из 350 рожениц послеродового отделения родильного дома №5 г. Красноярска в период с сентября 2008 года, по февраль 2009 года.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты:

- По возрасту роженицы распределились следующим образом:
- Средний возраст рожениц составил — $27,2 \pm 5,2$ лет. На момент анкетирования 87,5% рожениц уже имели детей. Из них до настоящих родов 51,6% рожениц имели 1 ребенка, 34,9% имели 2 детей и 13,5% рожениц имели 3 и более детей.
- Было установлено, что у 33% (116 рожениц) данные роды являлись первыми, в то время как 67% (234 роженицы) имели повторную беременность исходом которой явились роды.

Семья имеет ведущее значение в воспитании будущего поколения и формировании благоприятной психологической атмосферы для полноценного развития детей. При анализе степени брачности было установлено, что 79,3% (276 женщин) рожениц находились в официально зарегистрированном браке, 13,6% (59 женщин) состояли в гражданском браке, 7,1%(24 женщины) рожениц в браке не состояли и являлись матерями одиночками.

Важными факторами оказывающими влияние на планирование рождения детей женщинами являются такие социально-гигиенические характеристики как жилищно-бытовые условия и собственная самооценка своего состояния здоровья.

При анализе жилищно-бытовых условия рожениц, получены следующие данные 74% рожениц(259 женщин) проживали в отдельной квартире или в частном доме, 8% рожениц (28 женщин) проживали в общежитии и 18% (63 женщины) снимали квартиру.

При самооценке своего состояния здоровья роженицы отметили следующие ответы. Оценили свое состояние здоровья как хорошее 61,4% рожениц (215

женщин), удовлетворительное 36,5% (128 женщин) и не удовлетворительное 2% рожениц (7 женщин).

Мнения рожениц относительно идеального количества детей в семье распределились следующим образом. 41,7% (146 женщин) и 42,6% (149 рожениц) рожениц выразили желание иметь в семье два и три ребенка соответственно и 6,9% (24 женщины) рожениц ориентированны на четыре и более детей; 8,8% (31 женщина) рожениц никогда не задумывались над этим вопросом При учете материального положения семей рожениц в 40% анкет (140 женщин) роженицы отмечали его как хорошее, в 57,4% (201 женщина) как удовлетворительное и 2,6% (9 женщин) как неудовлетворительное.

Таким образом, с учетом полученных данных можно сделать следующие выводы:

Среди рожениц преобладают женщины в возрасте от 25 до 29 лет, при этом средний возраст составляет $27,2 \pm 5,2$ лет. Это наряду с высоким показателем брачности – 92,9% свидетельствует о правильном выборе женщинами наиболее благоприятных возраста и условий для деторождения.

Доля первородящих (12,5%) среди рожениц, значительно ниже, нежели доля повторнородящих, что является неблагоприятным фактором в процессе улучшения демографических показателей. В то же время, высокий процент повторнородящих (87,5%) свидетельствует об эффективности государственных мероприятий направленных на рождение второго и последующих детей.

Материальное положение рожениц и их семей оказывает существенное влияние на репродуктивное поведение женщин. Каждая третья женщина – 35,1% в связи с материальным недостатком, на данном этапе отказывается от дальнейшей реализации своего репродуктивного потенциала.

ДОСТОВЕРНОСТЬ ЗНАЧИМОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПОВЫШЕННОЙ КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Котельников А.В., Падалкина Е.В., Петрова Н.В.

Россия, Красноярдар, МУЗ РОДДОМ

Актуальность проблемы. Сравнительный анализ управляемых осложнений в родах и после них по федеральным округам России в 2007 году показал, что для Южного ФО проблема кровотечений и повышенной кровопотери в родах особенно актуальна (Суханова Л.П. и др., 2008 г.).

Грамотная оценка и установление достоверности значимости того или иного фактора риска является первоочередной задачей акушера-гинеколога, так как позволяют значительно уменьшить патологическую кровопотерю в родах за счет выбора рациональной тактики ведения беременности и родов.

Цель исследования. Установить достоверность значимости некоторых факторов риска повышенной кро-

вопоти в родах с позиции доказательной медицины («evidence-based medicine»).

Материалы и методы. Был проведен статистический ретроспективный анализ всех 1826 историй родов (т.е. методом сплошной выборки), проведенных консервативно в одном родильном стационаре в течение 2 календарных лет, при этом протокол ведения родов никак не менялся.

Объектом исследования являлся объем кровопотери в родах, с момента рождения плода и до окончания раннего послеродового периода. Учет объема кровопотери проводился гравиметрическим методом.

Статистический анализ проводился с использованием программы BIostat, v.4.03, и пакета анализа данных MS Excel 2003.

Как известно из центральной предельной теоремы, независимо от распределения исходной совокупности, из которой извлечены выборки, выборочные средние при достаточно большом объеме выборки имеют приближенно нормальное распределение. Поэтому мы посчитали возможным в нашем исследовании применить параметрические методы оценки достоверности полученных результатов.

Для проверки гипотезы о равенстве средних для двух альтернативных выборок данных после проведения их дисперсного анализа использовался гетероскедастический двухвыборочный t-тест Стьюдента. Для снижения вероятности статистических ошибок I рода и повышения надежности полученных результатов уровень значимости α для доверительного интервала в данном исследовании был принят за 0,01 (т.е. 99,0-процентный уровень надежности). t-критерий (tэкср, или t_{α}) вычислялся для каждой пары противопоставляемых выборок и для окончательного суждения о достоверности или недостоверности полученных результатов сравнивался с табличными данными критерия Стьюдента (по J.H.Zar, 1984). Выводы проводились в соответствии с общепринятыми в медицинских исследованиях критериями надежности полученного результата (95 – 99%).

Результаты исследования и обсуждение. Полученные в результате настоящего исследования данные оказались неожиданными и даже в чем-то парадоксальными.

У жительниц города (n=1311) объем кровопотери составил $219,67 \pm 8,49$ мл, у жительниц села (n=515) – $226,02 \pm 14,88$ мл, tэкср = 0,96, что соответствует $0,2 \leq P \leq 0,5$, то есть разница в объемах кровопотери в исследуемых группах крайне сомнительна.

У первородящих (n=1128) объем кровопотери составил $227,87 \pm 9,66$ мл, у пациенток с повторными родами (n=698) – $211,1 \pm 11,38$ мл, tэкср = 2,9, что соответствует $0,002 \leq P \leq 0,005$, то есть повторнородящие достоверно (с надежностью 99,5 – 99,8%) теряют кровь в родах меньше, чем первородящие. У первобеременных (n=784) объем кровопотери составил $228,34 \pm 11,4$ мл, у повторнобеременных (n=1042) – $216,29 \pm 9,71$ мл, tэкср = 2,08, что соответствует $0,02 \leq P \leq 0,05$, то есть повторнобеременные достоверно (с надежностью 95 – 98%) теряют кровь в родах меньше, чем первобеременные.

Для выяснения роли отягощенного акушерского анамнеза (искусственные и самопроизвольные аборт, замершие беременности) в возникновении пато-

логической кровопотери у перво- и повторнородящих мы провели следующее сравнение: первородящие без ОАА (n=784, объем кровопотери – $228,34 \pm 11,4$ мл), первородящие с ОАА (n=344, объем кровопотери – $226,8 \pm 18,26$ мл), повторнородящие без ОАА (n=240, объем кровопотери – $217,17 \pm 21,9$ мл), повторнородящие с ОАА (n=458, объем кровопотери – $207,67 \pm 12,95$ мл), и получили вывод (tэкср = 0,19, tэкср = 1,0 соответственно для перво- и повторнородящих) о том, что общепринятое мнение о неблагоприятном влиянии абортов на величину кровопотери при последующих родах неверно, причем касается это как перво-, так и повторнородящих. Так, например, в нашем исследовании имелись случаи консервативного родоразрешения у пациенток С. (беременностей – 8, роды предстояли первые, искусственных абортов в анамнезе – 7, кровопотеря в настоящих родах составила 230 мл), Ч. (беременностей – 23, роды – 4, искусственных абортов в анамнезе – 19, кровопотеря составила 220 мл), У. (беременностей – 14, роды – 3, искусственных абортов в анамнезе – 11, кровопотеря составила 200 мл).

Аналогичные данные были получены для группы с наличием отягощенного гинекологического анамнеза (хроническое воспаление и опухоли матки и придатков, эрозия шейки матки и др.) и без него (tэкср = 0,83).

Не выявлено достоверной разницы в объеме кровопотери и в группе сравнения родильниц с осложненным течением данной беременности (n=1567, объем кровопотери – $222,27 \pm 8,18$ мл) и без него (n=229, объем кровопотери – $216,6 \pm 16,51$ мл), поскольку tэкср = 0,7, что соответствует $0,2 \leq P \leq 0,5$.

Выводы. Поскольку данное исследование является сплошной, хотя и смещенной, выборкой, то полученные в ходе данного исследования результаты можно с некоторыми оговорками экстраполировать на генеральную совокупность.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Кравцова О.В., Долгих В.В., Лещенко О.Я.

Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск, Россия

На современном этапе формирование здоровья подростков как города, так и села происходит под воздействием комплекса неблагоприятных факторов – техногенных, социально-экономических, биогеохимических и других. Ухудшение здоровья детей обусловлено не только экономической нестабильностью и нарастающими масштабами загрязнения окружающей среды, но и широким распространением вредных социальных привычек и болезней, недостаточно эффективной пропагандой и внедрением здорового образа жизни.

Целью исследования явилась оценка влияния условий проживания на физическое развитие, соматическое и репродуктивное здоровье у девушек в пубертатном периоде.

Нами были обследованы 157 девушек 15-17 лет. Из них – 90 жительниц города Иркутска и 67 жительниц поселка Белореченский. Исследования проводились

по единому протоколу, включая оценку физического и полового развития, соматического статуса, морфофункционального состояния щитовидной железы и репродуктивной системы, так же анкетирование, направленное на выяснение современных условий жизнедеятельности и репродуктивных установок подростков.

При оценке физического развития нами установлено, что дисгармоничное развитие имели 39% городских девушек и 45% девушек в посёлке. Эти отклонения, отрицательно влияющие на половое созревание, формировались в основном за счёт дефицита массы тела у городских девушек (36%), избыточного веса у сельских девушек (28%). Девушки в городе отличались более высоким ростом (164 см), чем в поселке (161 см). Окружность грудной клетки была у сельских девушек больше, чем у городских (80,9 см и 79,77 см).

Степень полового развития оценивалась по выраженности вторичных половых признаков и возрасту менархе. Средний возраст менархе в группах обследованных девушек не различался (12 лет) и соответствовал популяционной норме. Становление менструальной функции является интегрированным показателем состояния системы репродукции. Частота нормального её становления в городе -85%, в селе -76%. У 10% сельских девушек выявлена задержка полового развития, у горожанок таких изменений не выявлено. Гинекологическая заболеваемость девушек является одним из факторов, определяющих будущее репродуктивное здоровье. Рост гинекологической заболеваемости является особенностью современного здоровья девушек-подростков. Как городские, так и сельские девушки имели высокую гинекологическую заболеваемость, обусловленную высоким удельным весом дисфункций яичников (16% — в городе, 20% — в поселке), маточных кровоточения пубертатного периода (3% и 11%), дисменореей (31% и 36%).

Установлено, что у 88% городских жительниц и 96% сельских имелись хронические соматические заболевания. Ведущее место в структуре соматической патологии занимали заболевания вегетативной нервной системы (42% — в городе и 63% — в селе), заболевания желудочно-кишечного тракта (20% и 25% соответственно), а так же ортопедическая патология (38% и 59%).

По данным ультразвукового сканирования щитовидной железы зоб чаще встречался у городских подростков (37%), чем у сельских (32%). В группе сельских девушек-подростков встретился субклинический гипотиреоз (3%), в то время как функция щитовидной железы у городских подростков была в пределах нормальных величин. Различался в группах уровень пролактина: у 11% горожанок он был низким, а у 14% сельчанок — высоким, но на менструальную функцию подростков не влиял.

Проведенное анкетирование выявило недостаточную информированность и адекватность оценки школьниками своего здоровья, знания причин, вызывающих заболевания, и как следствие слабую мотивацию к ведению здорового образа жизни.

Таким образом, соматические и репродуктивные нарушения чаще встречается у сельских девушек. Физические параметры у сельских подростков более развиты, чем у городских: преобладают окружность груди, масса тела. По нашему мнению физическое и половое развитие, соматическое и репродуктивное

здоровье девушек и села, и города характеризуется дисгармоничностью в физическом развитии, высоким уровнем соматической патологии и репродуктивных нарушений, что несомненно опровергает существующее мнение об отсутствии патологии у сельских подростков.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВПЧ — АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВАКЦИНОЙ « ГАРДАСИЛ» В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Краснопольский В.И., Серова О.Ф.,
Зароченцева Н.В., Булычева Е.С.**

*Московский Областной НИИ акушерства и гинекологии,
Москва, Россия*

Во всем мире наблюдается рост онкологической заболеваемости, среди которой одно из ведущих мест занимает рак шейки матки (РШМ). В Московской области рак шейки матки занял второе место в структуре онкологической заболеваемости женского населения в возрастных группах 15-49 лет и третье в структуре смертности. Прирост заболеваемости с 2002 по 2006 год составил 20,3%. Одновременно с ростом заболеваемости отмечается и рост смертности от РШМ. Средний показатель смертности от рака шейки матки, за тот же период, составил 343 случая ежегодно, что превышает средний показатель смертности по Российской Федерации на 19,5%. Отмечается омоложение заболеваемости РШМ, в возрасте до 29 лет прирост этого показателя с 1993 по 2002 год составил 150% (В.И.Чисов, В.В. Ставинский, 2005). По количеству сокращенных лет жизни РШМ занимает первое место, укорачивая жизнь в среднем на 26 лет (при раке молочной железы, в среднем, на 19 лет). Ведущей причиной развития рака шейки матки является вирус папилломы человека (ВПЧ). В 2006 году была зарегистрирована первая вакцина против ВПЧ- гардасил (Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA). Международная организация по исследованиям в области рака (IARC) пришла к заключению, что предотвращение заражения и персистенции ВПЧ однозначно можно считать профилактикой РШМ, таким образом, вакцина против ВПЧ является вакциной против рака шейки матки. Гардасил — это квадριвалентная вакцина против ВПЧ 16, 18 типов, ответственных за более, чем 70% случаев РШМ, и ВПЧ 6, 11 типов, ответственных за развитие аногенитальных кондилом. Иммунологическая память не менее 5 лет, при сохранении защитного титра антител у 99% вакцинированных. Применение вакцины рекомендовано Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ, Дек.12, 2006), Экспертным Советом по Лекарственным Препаратам Австралии (РВАС, 2006), Американской Коллегией Акушеров и Гинекологов (ACOG), Обществом Медицины Подросткового Возраста (SAM), Центром по Контролю и Профилактике Заболеваний (СДС). Вакцина зарегистрирована в 101 стране мира для девочек и женщин 9-26 лет и для мальчиков 9-17 лет. В 29 странах проводится государственное финансирование программ по вакцинации. В России до недавнего

времени вакцинация носила эпизодический характер, что позволяло говорить о создании только индивидуального иммунитета. Московская область стала первым регионом Российской Федерации проведения масштабного пилотного проекта по иммунизации против РШМ, где была принята областная программа (2008-2010 гг.) «Вакцинопрофилактика онкологических заболеваний, вызываемых вирусом папилломы человека». Цель программы – проспективное снижение уровня заболеваний, ассоциированных с ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов. В вакцинальную программу были включены девочки-подростки 12-13 лет. Для проведения вакцинации закуплено за счет областного бюджета более двадцати тысяч доз вакцины гардасил. Основные мероприятия программы: 1) Определены 9 муниципальных образований, эпидемиологически неблагополучных в отношении заболеваемости РШМ, которые были обеспечены вакциной в зависимости от количества проживающих девочек данного возраста. 2) Подготовлен пакет юридических, организационно-методических документов управления программой. 3) Организованы и проведены широкие просветительные мероприятия среди населения по проблеме рака и значения иммунизации в предупреждении ВПЧ-ассоциированных заболеваний. К работе подключены СМИ-областной, городские и центральные телевизионные каналы, радиовещание, печатные издания. 4) В рамках программы открыт телефон горячей линии, для работы на которой подготовлены специалисты-консультанты. 5) Изданы и распространены информационно-популярные материалы. 6) Проведена подготовка медицинских кадров по вопросам организации и проведения иммунопрофилактики против ВПЧ, в первую очередь были привлечены гинекологи, педиатры, инфекционисты, которые и стали проводниками программы. В городах реализации проекта проведены научно-практические конференции, семинары и круглые столы. Специалисты обеспечены информационно-методической и научной литературой по вопросам ВПЧ-инфекции и ее профилактики. На следующем этапе реализации программы во всех школах пилотных городов врачами, исключительно акушерами-гинекологами, были проведены беседы с девочками и их родителями о предстоящей вакцинации. Непосредственное введение доз препарата происходило при условии подписания информированными согласиями родителями в условиях вакцинальных кабинетов детских поликлиник, после осмотра педиатром. Внедрена научная скрининговая программа для оценки пораженности ВПЧ девушек в возрасте 13-17 лет. Начало вакцинальной программы выявило недостаточность знаний о ПВИ и недооценка ее последствий, негативное отношение к вакцинации вообще, и к вакцинации юных девочек против ВПЧ в частности. И как следствие – большое число отказов подписывать родителями информированное согласие на вакцинацию. Охват вакцинацией за 9 месяцев реализации проекта составил 42%. В то же время использование вакцины гардасил продемонстрировало ее безопасность и хорошую переносимость девочками-подростками. С момента начала вакцинации не было отмечено серьезных осложнений, зарегистрирован один случай (0,01%) системной реакции в виде кратковременного повышения температуры тела до 38 °С, прошедший самостоятельно и 6(0,08%) местных реакций в зоне

инъекции. Заключение: Массовая вакцинация против ВПЧ может стать основным элементом стратегического предотвращения рака шейки матки. Опыт проведения первых масштабных профилактических вакцинальных программ против рака шейки матки уникален и позволяет наглядно выявить сильные и слабые стороны их внедрения, а в перспективе разработать оптимальные пути реализации подобных проектов применительно к каждому конкретному региону Российской Федерации.

УРОВНИ СВОБОДНОГО ТЕСТОСТЕРОНА В СЛЮНЕ У ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕН-ДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ

Кривенко О.А.

Россия, г. Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий, отделение гинекологической эндокринологии

В настоящее время в мире широко изучается вопрос, посвященный андроген-дефициту у женщин. Однако, в клинической практике уровни андрогенов в крови не всегда позволяют объяснить те или иные симптомы андроген-дефицита.

Значительным препятствием для точной оценки является трудность измерения низких уровней андрогенов, особенно у женщин. Для диагностики андроген-дефицитного состояния крайне необходимо определение уровня свободных андрогенов, оказывающих биологические эффекты.

До настоящего времени подсчет свободного тестостерона (Тсв.) в сыворотке крови осуществляется с учетом уровня глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС) при помощи математической формулы, описанной Vermeulen A et al. (1999). Однако, уровни ГСПС крайне вариабельны и зависят от многих факторов, таких как гипер- и гипотиреоз, гепатиты, недостаточность питания, ожирение, прием ЗГТ, КОК, глюкокортикоидов и др. Следовательно, это может отражаться на уровне свободного тестостерона в крови. Поэтому, заслуживает внимания использование иных методов определения свободного тестостерона в других биологических жидкостях.

Недавно был испытан и усовершенствован способ определения свободного тестостерона в слюне методом прямого люминесцентного иммуноанализа, обладающего высокой аналитической и функциональной чувствительностью (Goncharov N. et al., 2007), т.к. известно, что слюнные железы обладают свойством задерживать на мембране и пропускать через слюнные протоки свободные стероиды.

Цель исследования.

Определить уровень свободного тестостерона в слюне и крови у женщин с возрастным и хирургическим выключением функции яичников и сопоставить его с клинической картиной.

Материалы и методы.

I группа — пациентки после двусторонней овариэктомии (n=35). II группа — пациентки в возрастной постменопаузе с клиникой андроген-дефицита (n=20). III группа контроля – здоровые пациентки (n=20).

Всем пациентам определялся уровень Тсв. в слюне методом прямого люминесцентного иммуноанализа, в крови определялся уровень Тсв. расчетным способом, общ Т, ДГЭС, ГСПС — автоматизированными методами. Также, с помощью специализированных анкет оценивались качество жизни, сексуальная функция, уровень депрессии и астении.

Результаты.

Не выявлено корреляции между клиническими данными и уровнем Тсв. у женщин в возрастной постменопаузе: при наличии клиники, указывающей на андроген — дефицитное состояние у этих женщин, диагностировался нормальный уровень Тсв. как в слюне, так и в крови.

У женщины после тотальной овариэктомии, произведенной в репродуктивном возрасте, выявлен андроген — дефицит (Тсв. в слюне снижен), что коррелирует и с клинической картиной.

У женщин с овариэктомией, произведенной после 40 лет, выявлены нормальные уровни Тсв. в слюне, что не коррелирует с клинической картиной.

Также часто не совпадают уровни Тсв. в слюне и в крови: при нормальных уровнях Тсв. в крови, в слюне выявляются как повышенные, так и сниженные уровни у некоторых пациенток из всех обследованных групп.

Выводы.

Проведенное исследование указывает на несомненную значимость определения Тсв. в слюне у женщин методом прямого люминесцентного иммуноанализа. При этом обращает на себя внимание отсутствие дефицита андрогенов у женщин после овариэктомии, произведенной после 40 лет, а также нормальный уровень Тсв. у женщин в постменопаузе с клиникой андроген-дефицита. Полученные данные позволяют думать о существовании иного, кроме яичников, мощного источника андрогенов у женщин, а также судить о неспецифичности симптомов андроген-дефицита.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В АКУШЕРСКОЙ СЛУЖБЕ

Кунилова О.В., Ковалева Е.А.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Родильный дом №1», Красноярск, Россия

В проекте «Концепция развития системы здравоохранения до 2020 года» информатизация здравоохранения выделена как направление, в рамках которого отмечается развитие телемедицинских технологий для проведения дистанционно-консультативной диагностической деятельности как в первичной так и специализированной медицинской помощи.

В Российской Федерации применение телемедицинских технологий в практике здравоохранения для дистанционного консультирования больных осуществляется с 1995 года. В Красноярском крае технологии удаленного консультирования на базе акушерского реанимационно-консультативного центра (АРКЦ)

были организованы в 1997 году. Предпосылками к созданию АРКЦ явились: масштаб и удаленность территории Красноярского края, площадь которого составляет 2 339,7 кв. км.; высокий уровень материнской смертности на территории, превышающий в 2 раза общероссийский показатель (в 1997 году — 95,9 на 100 тысяч родившихся живыми, в РФ — 44,2); низкая обеспеченность кадрами службы родовспоможения.

Данная форма работы АРКЦ позволяла выполнять задачу своевременного оказания реанимационной и акушерско-гинекологической помощи женщинам в угрожающих жизни состояниях в период беременности, родов и послеродовый период находящимся в районах края. В соответствии с поставленной задачей работа в основном проводилась в объеме оказания реанимационной помощи специалистами акушерского реанимационно-консультативного центра в стационарах низкого риска в районах края и транспортировке пациентов находящихся в критических состояниях в учреждения высокого риска города Красноярска с соблюдением этапности и преемственности при оказании медицинской помощи. Максимальное число обращений в акушерский реанимационно-консультативный центр МУЗ «Родильный дом №1» зарегистрировано в 2001 — 2003 году и составляло 198-200 обращений, из них в критических ситуациях 80-84 обращения. В 2003 году был достигнут положительный эффект от применения технологий экстренного дистанционного консультирования — показатель материнской смертности в Красноярском крае составил 27,5 на 100 тысяч родившихся живыми (в Российской Федерации 31,9) который удерживался до 2007 года.

Дальнейшее развитие АРКЦ предусматривало развитие в направлении предупреждения критических ситуаций, мониторинг беременных группы высокого риска с постановкой на учет в АРКЦ и своевременным определением тактики ведения беременности, сроке, месте и методе родоразрешения. Это стало возможным с организацией центра телемедицинского консультирования на базе акушерского реанимационно-консультативного центра в МУЗ «Родильный дом №1». В соответствии с законом Красноярского края «О краевой целевой программе «Поддержка развития первичной медико-санитарной помощи в сельской местности Красноярского края на 2005-2007 годы» №13-2829 от 24 декабря 2004 года в течение этих 2 лет в центральные районные больницы края поставлено 49 комплектов оборудования для осуществления отложенных телемедицинских консультаций. По этой же целевой программе проведена закупка программного обеспечения для автоматизации работ по проведению отложенных консультации «Региональная система телемедицины» (РТС). В настоящее время в действии находится Концепция развития телемедицинских технологий в Красноярском Крае на 2008-2010 годы, которая взаимосвязана с концепцией развития телемедицинских технологий и Единой информационной Сети Российской Федерации. Главной целью внедрения телемедицинских технологий на территории является повышение качества, доступности и эффективности оказания медицинской помощи женщинам. Таким образом, работа по оказанию квалифицированной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности была расширена и появилась

возможность прогнозировать и предупреждать критические осложнения беременности и родов. В настоящее время к системе отложенных телемедицинских консультации подключено 56 МУЗ Красноярского края, учреждения имеют возможность получения отложенных консультаций в 5 краевых учреждениях:

1. Красноярская краевая клиническая больница
2. Красноярская краевая больница №2
3. Красноярская краевая детская больница
4. Красноярский краевой онкологический диспансер
5. Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер. Телемедицинское консультирование беременных в период беременности, родов и послеродовый период оказывается в акушерский реанимационно-консультативный центр МУЗ «Родильный дом №1» города Красноярска.

За период работы Центра телемедицинского консультирования на базе МУЗ «Родильный дом №1» с 22 мая 2008г. проведено 3 056 телемедицинских консультаций, успешно родоразрешены 356 беременных высокой группы риска, направленных на родоразрешение в МУЗ «Родильный дом №1» в соответствии с планом составленным специалистами центра телемедицинского консультирования. В настоящее время на учете в кабинете телемедицинского консультирования состоит 634 беременных высокой группы риска, что составляет 4,2% от всех беременных состоящих на учете по беременности в родовспомогательных учреждениях Красноярского края. Активность районов края при плановом телемедицинском консультировании имеет существенные отличия, что связано как с квалификацией и ответственностью врача акушера гинеколога осуществляющего наблюдение в период беременности, так и материально-техническими, а в основном, с управленческими и организационными решениями в родовспомогательных учреждениях края. Поводом для постановки на учет в кабинет телемедицинского консультирования послужила во всех случаях беременность высокого риска, с такими нозологическими формами как гестоз в 25,5% случаев; экстрагенитальная патология-25,2%; фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития внутриутробного плода-11,6%; инфекция мочевыводящих путей-5,4%; нарушение системы гемостаза-3,5%; рубец на матке-9,5%; многоплодная беременность-3,5%.

В большинстве случаев-42,2% постановка на учет для дистанционного динамического наблюдения в кабинет телемедицинского консультирования проводилась в 20-30 недель беременности, при уже развившихся осложнениях, в сроке до 12 недель-5,5%; в сроке от 12 до 20 недель 20,5%; свыше 30 недель беременности в 30,5% случаев.

Опыт проведенной работы позволяет сделать выводы о том, что система отложенного телемедицинского консультирования позволила приблизить квалифицированную реанимационную и акушерско-гинекологическую помощь к женщинам с осложненным течением беременности и родов находящимся в учреждениях родовспоможения районов края, появилась возможность использовать современные медицинские технологии в целях профилактики возникновения тяжелых и критических состояний у женщин в период беременности и родов.

Результаты внедрения технологий телемедицинского консультирования позволяют сделать выводы и о том, в настоящее время на территории Красноярского

края сформирована потребность в использовании информационных технологий в акушерской службе, достигнуто понимание возможностей службы телемедицинского консультирования в повышении качества оказываемой квалифицированной помощи женщинам в период беременности родов и послеродовый период, снижения показателя материнской смертности.

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ

Лебедев А.С., Кеня А.Н., Пирогов А.В., Духов С.В.

*ГОУ ВПО КГМУ Кафедра акушерства и гинекологии,
Курск, Россия*

Несмотря на то, что в структуре общей смертности населения, материнская смертность (МС) имеет незначительный удельный вес (0,015%), этот индикатор является интегрированным показателем работы не только службы охраны материнства и детства и системы здравоохранения в целом, но и социального благополучия общества. По данным ВОЗ (2004), в мире ежегодно регистрируется около 529 000 случаев материнских смертей, показатель составляет 400 на 100 000 живорожденных. Официальные сведения о причинах МС в ВОЗ представляют 100 стран, население которых составляет 35% населения Земли. В России с 1994 г. принята и финансируется федеральная программа «Безопасное материнство». Во многом благодаря этому в России в целом и в Курской области в частности наметилась позитивная тенденция к снижению МС. Уровень МС в Российской Федерации, по данным Минздравсоцразвития России, в последние 10 лет снизился более чем в 2 раза и составляет в последние годы около 30 на 100 тыс. живорожденных (это 350-370 женщин молодого возраста), что намного выше, чем средневропейский ПМС. По Курской области за 10 лет показатель МС снизился к 2008 году в 11 раз (89,4 к 8,1 на 100 тыс. живорожденных). Дальнейшее снижение МС является государственной задачей. Поэтому крайне важно выделить управляемые причины материнских потерь с учетом местных условий территорий Российской Федерации, разработать систему мер по их снижению.

Целью нашего сообщения явился анализ МС по Курской области за 1998-2008 г.г.

Из числа умерших женщин 29 (80,65%) были жительницы районов области, где и оказывалась первая помощь, и лишь 7 (19,4%) – жители г. Курска. 5 (13,9%) женщин не стояли на учете в женской консультации. По возрасту умершие распределились следующим образом: 18 и менее лет – 8,4%, 20-29 лет – 33,3%, 30-35 лет – 25%, старше 35 лет – 33,3% (старше 30 лет – 58,3%). Первородных было 3 (8,3%), повторнородящих – 29 (80,6%). Срок беременности, при котором наступила летальность: до 12 недель – 5,6%, до 28 недель – 11,2%, 29-32 недели – 8,3%, 33-40 недель – 74,9%. 6 (16,7%) пациенток родоразрешились через естественные родовые пути и 27 (75%) – путем кесарева сечения (1 пациентка умерла беременной и 2 – внематочные беременности). В 54,5% выполнена экстирпация или ампутация матки, половина из них

(48%) проведена, как расширение объема при кесаревом сечении, остальные (52%) после родов (выкидыша) или при релапаротомии.

Причины материнской смерти подразделяют на 2 группы: 1) смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами (гестоз, аборт, внематочная беременность, предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты, разрыв матки, узкий таз, рубец на матке и т.д.) в анализируемом материале они составили 58%; 2) смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами (смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развивающейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности) составила 42%. Анализ причин МС за 10 лет свидетельствует, что ведущей причиной (четверть женщин – 25%) являются гнойно-септические осложнения (сепсис акушерско-гинекологический, бактериально-токсический шок, урологический сепсис), следует отметить, что за анализируемый период не было перитонитов, а в 25% случаев смерти от других причин сопутствующей патологией или фоновым состоянием было воспаление матки, шейки матки или придатков. На втором месте по частоте в равной доле (по 19,4%) стоят три причины: гестоз, кровотечения и экстрагенитальная патология. Кровотечения, как основная причина МС в анализируемом материале были в 7 случаях: ПОНРП (2 случая), гипотония матки (1 случай), внематочная беременность (2 случая), разрыв матки (2 случая); еще в 42% случаев кровотечение и ДВС были осложнениями основного заболевания. Гестоз, как основная причина был у 7 пациенток (эклампсия – у 5 и прэклампсия – 2), при этом еще в 30% случаев смертей гестоз различной степени тяжести являлся фоновым состоянием. На пятом и шестом местах по частоте среди причин МС стоят осложнения анестезиологического пособия (11,2%) и эмболии (ТЭЛА) (5,6%). Следует отметить, что в 8 случаях (22,2%) в картах патологоанатомического исследования выставлены ятрогении 2-3 категории, связанные с анестезиологическими или инфузионно-трансфузионными осложнениями. Непосредственной причиной материнской смертности в 83,3% случаев по данным патологоанатомического исследования явилась полиорганная недостаточность, развившаяся в пост реанимационном периоде. Сопутствующими, фоновыми или осложнениями основного заболевания помимо выше указанных были: сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, пороки сердца) – 25%, СДР взрослых – 16,8%, ОПН – 22,4%, Hellp с-м – 5,6%, нарушения жирового обмена – 38,8%, астенический синдром – 11,2%, анемия беременных – 55,6%, хронический или гестационный пиелонефрит – 22,4%, эндокринопатии – 11,2%. Летальность после завершения беременности наступила в течении 1-х суток в 25% случаев, с такой же частотой смерть наступила на 1-3 сутки; в 11,2% случаев на 3-10 сутки и в 38,8% — позже 10 суток.

С целью снижения материнской смертности необходимо:

Улучшение репродуктивного здоровья населения. Своевременное, грамотное выделение беременных групп среднего и высокого риска и выполнение принципа трехуровневой этапности оказания помо-

щи. Повысить квалификационный лицензированный уровень выездных специализированных бригад. Организация компьютерного мониторинга ведения беременных по всем ЛПУ области. Экспертиза качества диспансеризации беременных, оказание учебной, организационно-методической и консультативной помощи районам области.

Улучшить материально-техническую базу родовспомогательных учреждений, особенно реанимационных отделений. Укомплектовать акушерскими реаниматологами и повысить уровень профессиональной подготовки реанимационно-анестезиологической акушерской службы.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ И ДЕМОГРАФИЯ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ

Лебедев А.С., Кеня А.Н., Казакова В.А., Духов С.В.
ГОУ ВПО КГМУ Кафедра акушерства и гинекологии,
Курск, Россия

Сложившиеся условия в России (демографическая и экономическая ситуация) не могли не сказаться на уровне перинатальных потерь.

Целью нашего сообщения явился анализ перинатальной смертности (ПС) и демографической ситуации по Курской области за 1997-2008 гг.

За последние 10 лет по Курской области показатель ПС снизился в 2,3 раза. Это достигнуто как за счет уменьшения ранней неонатальной смертности (РНС) в 3 раза, так и мертворождаемости (МР), но в 1,9 раза. В анализируемые годы отмечается тенденция увеличения доли МР. При этом в структуре МР отмечается увеличение доли антенатальной гибели плода (с 58% до 80%), что по-видимому отражает ухудшение репродуктивного здоровья населения и внутриутробного плода, снижение качества пренатального обследования плода и амбулаторного наблюдения за беременной. Интранатальная смертность снизилась в 1,9 раза, что безусловно связано с внедрением в акушерскую практику мониторинга в родах, расширении показаний к кесареву сечению в интересах плода, использовании современных методов при ведении родов у женщин с высоким риском перинатальной патологии и повсеместного внедрения в работу родильных блоков стандартов единой неонатологической реанимационной помощи. Концентрация внимания и ресурсов здравоохранения на невынашивании беременности и недоношенных детях положительным образом отразилось на снижении РНС среди недоношенных на 28%. Среди причин перинатальных потерь со стороны матери ведущее место занимают: патология плаценты и пуповины (27,8), осложнения беременности (16,7), родов (9,4), заболевания матери, не связанные с беременностью (23,5). Ведущее место среди причин ПС, МР и РНС занимают патологические состояния, отнесенные в МКБ-Х в группу «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде». В нашем материале они составили при ПС — 81,02%, МР — 79,60% и РНС — 82,65%. Основными причинами МР являются внутриматочная гипоксия и врожден-

ные аномалии (суммарно 90%). Спектр причин РНС более широк (динамика 1997г. к 2008г.): синдром дыхательных расстройств (45,4→28,6%), врожденные аномалии (17,5→28,6%), травма, внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния (20,6→2,4%), внутриутробная инфекция (5,2→19%). В структуре причин в целом ведущее место занимали внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах — 68,45% среди причин ПС и 84% среди причин МР. Первое место среди причин РНС занимали синдром респираторного расстройства и другие респираторные состояния, составляя 35,37%; внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах являются второй по частоте причиной РНС (14,69%). Вместе с тем, синдромом респираторных расстройств в общей структуре причин ПС принадлежит 2-е место (19,41%). В то же время роль этой причины в МР относительно невелика. На 3-м месте среди причин как ПС, так и РНС находятся врожденные аномалии, составляя 18 и 28,6% соответственно. В структуре причин мертворождаемости врожденным аномалиям отводится 2-е место (15%). Среди других причин ПС и РНС продолжают сохранять свою роль родовая травма и врожденные пневмонии, удельный вес которых составил: в ПС — 8,89 и 3,77% и в РНС — 14 и 7% соответственно. В динамике изменилась структура причин РНС: снижается доля СДР, асфиксий и родового травматизма, но увеличивается доля ВУИ (в 3,7 раза) и ВПР (в 1,6 раза). В 2008г. основными причинами РНС явились: врожденные пороки развития и СДР (28,6%), внутриутробные инфекции и пневмонии (29%), асфиксия (9,5%), родовый травматизм (2,4%). Повсеместное внедрение в работу акушерских стационаров эффективных реанимационных и интенсивных технологий снизило РНС, но в 1,3 раза увеличило позднюю неонатальную смертность.

Негативным явлением последних лет во всем мире и в Курской области является неуклонный рост заболеваемости новорожденных. Так заболеваемость новорожденных возросла к 2008 году в 1,8 раз по сравнению с 1997 годом (377,4‰ к 686,1‰), и в 6,3 раза по сравнению с 1988 годом (108,9‰ к 686,1‰). Заболеваемость же недоношенных новорожденных приближается к 1000‰. Основными нозологическими заболеваниями новорожденных являются: гипоксические поражения ЦНС (147‰), внутриутробные инфекции и пневмонии (90,6‰ и 32,3‰), задержка внутриутробного развития плода (72,2‰), пороки развития (39,9‰), СДР (15,5‰), ГБН (7,1‰). Однако, уровень летальности рожденных больными и заболевших новорожденных в первые 0-6 суток жизни в 1997 и 2006 гг. снизился в 1,6 раза (4,43% к 2,69%).

Демографическая ситуация в Курской области, как в целом по России за последние 10-15 лет расценивается, как критическая: долгосрочная депопуляция со снижением количества родов, коэффициента рождаемости, негативные тенденции в состоянии здоровья населения. К 2008 году число родившихся детей снизилось на 41% по сравнению с 1988г. и на 26% по сравнению с 1991г. Показатель рождаемости в 2008 году составил 10,76, смертности населения 18,38 (на 1000 населения), то есть убыль населения составила 8,1 на 1000.

С целью снижения репродуктивных потерь необходимо:

- Улучшение репродуктивного здоровья населения, качества пренатального обследования плода и амбулаторного наблюдения за беременной, учет интересов плода в родах.
- Своевременное, грамотное выделение беременных групп среднего и высокого риска и выполнение принципа этапности оказания помощи.
- Создать и улучшить материальное оснащение неонатологических реанимационных отделений, повысить уровень профессиональной подготовки реанимационно-анестезиологической неонатологической службы.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Линева О.И., Нестеренко С.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Самарский государственный медицинский университет Самара, Россия

В соответствии с Болонской декларацией, подписанной Российской Федерацией в сентябре 2003 года, продолжается процесс интеграции Европейских образовательных технологий (системы зачетных кредитов ECTS) в традиционную национальную систему Российского высшего медицинского образования. В связи с этим Институт последипломного образования ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава» с целью оценки влияния на качество и эффективность подготовки врачей внедряет инновационную образовательную технологию (кредитно-модульную систему) на этапе послевузовского и дополнительного профессионального образования.

Цель исследования: оптимизация непрерывного профессионального образования врачей в решении актуальной проблемы охраны репродуктивного здоровья семьи.

Материал и методы исследования: проведен анализ качественных показателей акушерско-гинекологической службы в регионе за последние 10 лет; оценена программа последипломной подготовки с включением дополнительных разделов социально-экономического, организационного и лечебного аспекта проблемы охраны репродуктивного здоровья семьи; пересмотрен необходимый объем теоретических знаний и практических навыков.

Результаты исследования: реформирование учебно-методического процесса на кафедре акушерства и гинекологии ИПО было проведено с учетом требований приоритетного национального проекта «Здоровье», Болонской конвенции и проведенного анализа качественных показателей акушерско-гинекологической службы в регионе. Инновационные образовательные технологии последипломного образования подразумевают: непрерывность, т.е. «образования через всю жизнь», постоянное самообразование, разработку рейтинга «кумулятивного индекса профессионализма» (КИП), определение профессиональной пригодности,

андрогический подход, компьютерное тестирование, комплексные и проблемные лекции, использование Интернета, наставничество (1 ординатор или 1 интерн на 1 преподавателя), широкое внедрение «мастер-классов», организацию диспутов, «круглых столов», телекоммуникационные и дистанционные технологии, очно-заочную форму обучения, постоянную информацию о новых лечебно-диагностических технологиях и их внедрение в практику, активное вовлечение в НИР.

В соответствии с приказом «О введении временной кредитно-модульной системы

подготовки врачей в Институте последипломного образования ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», наша кафедра разработала положение о кредитно-модульной системе подготовки врачей акушеров-гинекологов.

Одна зачётная единица (кредит) равняется 36 академическим часам (продолжительностью 45 минут) практических занятий в учебных аудиториях, семинаров, лекций, практических занятий в отделениях клинических баз, лабораториях, других подразделениях и объектах, стажировок. Каждый обучающийся обязан выполнить 18 часов внеаудиторной самостоятельной работы в неделю (0,5 кредита) за счет участия в дежурствах, работы в библиотеках и выполнения других видов деятельности, способствующих профессиональному развитию.

За учебный год (48 недель) клинический интерн (клинический ординатор) должен набрать не менее 72 зачетных единиц (кредитов) при условии отсутствия академической задолженности по всем дисциплинам (курсам) обучения.

Для слушателей циклов повышения квалификации одна зачётная единица (кредит) равняется двум академическим часам (продолжительностью 45 минут) практических занятий (в учебных классах, отделениях клинических баз, лабораториях, других объектах), семинаров, лекций. Кредиты за внеаудиторную самостоятельную работу учитываются еженедельно зав. учебной частью кафедры. В итоге 1 учебная неделя равняется 54 академическим часам или 1,5 зачетным единицам (кредитам).

Кроме того, предполагается учитывать разработку протоколов и стандартов по специальности, тестов промежуточного контроля, публикации тезисов и научных статей, заявки на патенты, выступления с докладами на научно-практических конференциях, а также участие в форумах, съездах, конгрессах и т.д.

Таким образом, подготовка высококвалифицированных специалистов является важной государственной задачей последипломной подготовки, а перестройка системы высшего образования, происходящая в последние годы в России, диктует необходимость пересмотра и коррекции системы непрерывного профессионального образования врачей в медицинских вузах. Это один из рациональных и быстрых путей успешной интеграции нашей системы в мировую.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ОБЩУЮ АНТИОКСИДАНТНУЮ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТАХ

Линева О.И., Катасонова З.А., Катасонова Т.А., Селезнева Н.Г.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии ИПО МУЗ «Городская больница №2 имени В.В. Баныкина» г.о. Тольятти, Россия

Проблема механизмов формирования плацентарной недостаточности на ранних этапах развития беременности остается весьма актуальной и трудной (Радзинский В.Е., Смалько П.Я., 1987, 1989, 2001; Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 1999). В развитии плацентарной недостаточности существенную роль играют «поломки» в структурных элементах плаценты (Марачев А.А., 1998). Известно, что мембранная патология связана с перекисным окислением липидов, что, несомненно, наблюдают при нарушении функций клеточных мембран плаценты.

С целью сравнения изменения свободнорадикальной активности сыворотки крови у пациенток с осложненными самопроизвольными абортами в разные сроки беременности, при проведении традиционного лечения и при включении в комплексное лечение внутривенного введения озонированного физиологического раствора пятидневным курсом (по 400 мл), полученного с использованием насыщающей концентрации озона 1000-1200 мкг/л озонкислородной смеси, проведено исследование свободнорадикальной активности сыворотки крови методом индуцированной хемилуминисценции на биохемилуминометре БХЛ-07 (Н.Новгород), сопряженным с компьютером УВМ у 60 пациенток с осложненными самопроизвольными абортами.

Все пациентки были разделены на 2 группы, сопоставлены по возрасту, социальному статусу, перенесенными гинекологическими и экстрагенитальным заболеваниям. Пациенткам контрольной группы (30 человек) проводилась традиционная антибактериальная терапия, а пациенткам основной группы (30 человек) в комплексе с традиционным лечением применялась внутривенная озонотерапия.

При проведении исследования свободнорадикальной активности сыворотки крови методом индуцированной хемилуминисценции у всех женщин, как контрольной, так и основной групп, наблюдалось снижение общей антиоксидантной активности в 1,52 раза и повышение свободнорадикальной интенсивности крови в 1,51 раза, что, по мнению Т.С. Качалиной и Н.Ю. Катковой (2001), может свидетельствовать о наличии метаболических нарушений на фоне активации инфекции. При исследовании на 7-е сутки лечения, мы отметили, что снижение активности воспалительного процесса на фоне проведенной терапии в контрольной группе сопровождалось незначительным повышением общей антиоксидантной активности крови на 25% и снижением интенсивности свободнорадикального

окисления на 23%, тогда как в основной группе – на 48% ($p < 0,01$) и 29% ($p < 0,01$) соответственно, что может говорить о более эффективной коррекции метаболических нарушений при использовании озонотерапии в комплексном лечении осложненных самопроизвольных аборт.

Таким образом, применение озонотерапии в комплексном лечении осложненных самопроизвольных аборт повышает общую антиоксидантную активность сыворотки крови на 48% и снижает свободно-радикальную интенсивность на 29% по сравнению с традиционным лечением.

МУТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В СПЕРМАТОГЕНЕЗЕ У МУЖЧИН. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, РАННЯЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Маркарян Д. С.

Россия, г. Москва, Медицинский центр «Линия жизни»

Профилактика врожденных пороков развития у детей, самоаборт и мертворождений, генетической патологии у плода играет огромное социальное, демографическое и экономическое значение и для семьи и для государства.

Достижения мутационной генетики и эмбриологии, наш опыт прегестационной подготовки семей к деторождению и планированию гарантированно здорового потомства, убедительно свидетельствуют в пользу ведущего значения мутационных событий в процессе гаметогенеза у человека. При этом, роль мужского фактора многократно превосходит роль женского фактора. Это дало основание считать

(Геодакян В.А.), что именно мужской организм является источником большей части новых мутаций для человечества. Мужчина, образно выражаясь, является носителем перативной генетической памяти человечества, тогда как женщина наоборот-

консервативной генетической памяти. Это принципиальное различие связано с особенностями овогенеза у женщин и сперматогенеза у мужчин. Как известно у женщин овогенез заканчивается к моменту родов и далее яйцеклетка испытывает только одно мейотическое деление в процессе созревания. Т.е. это одно деление на гамету в месяц. В противовес этому у здорового мужчины с нормальным спермато-генезом в его сперматогенном эпителии ежесекундно происходит около 100 тысяч митотических и мейотических делений. Разница огромная. При этом следует иметь в виду, что клетка находящаяся в интерфазе относительно устойчива к мутагенным воздействиям, а в процессе митоза и мейоза напротив чрезвычайно чувствительна. Дупликация ДНК, кроссинговер, синтез хромосом и их распределение по дочерним клеткам, веретено деления и центриоли и т.д. чрезвычайно чувствительны к мутагенным воздействиям. Поэтому, пора говорить о «спасении сперматогенеза от мутагенных факторов», если ставить реальные задачи по планированию и получению здорового потомства. И митоз и мейоз чрезвычайно чувствительны к лю-

бым воздействиям физического, химического, биологического плана. И от степени этого

мутационного давления зависит конечный результат – доля спермиев несущих все

виды мутаций –генные, хромосомные, геномные и эпигеномные. Если взять идеальный

случай, когда мужчина ведет абсолютно здоровый образ жизни, не подвергается

видимому воздействию мутагенных факторов, этот мутационный процесс носит спонтанный уровень. Он имел место на протяжении всей истории человечества и обеспечил то, что мы сегодня называем геногеографическим разнообразием человечества. Т.о. спонтанный мутационный процесс был и остается необходимым условием эволюции человечества и лучшего приспособления к меняющейся среде обитания. Его частота подсчитана и составляет у человека 10 в минус 5 степени на гамету за поколение. Если учесть, что у человека около 30 тысяч генов, то это значит, что до 30% всех гамет у человека несут хотя бы одну мутацию. К счастью для нас, только часть из них имеет патологическое значение. Например, мутации гена гемофилии А, альбинизма, гена AZF в У-хромосоме. Деградация вида *Homo sapiens* начинается тогда, когда организм мужчины подвергается мутагенным воздействиям, выходящим за рамки понятий «здоровый образ жизни» и «здоровая среда обитания».

На лабораторном уровне это легко фиксировать по изменению подвижности, количества и морфологии спермиев, увеличению процента мертвых спермиев.

Наблюдается прямая корреляция – чем здоровее мужчина, чем лучше его спермограмма – тем больше шансов благополучного течения родов и рождения здорового потомства.

В 2005-2009 гг. нами была разработана и внедрена в практику работы Программа «Добрачного консультирования мужчин и прегестационной подготовки семейной пары к планированию беременности и получения гарантированно здорового ребенка», свободного от наследственной и врожденной патологии.

В основу работы было положено выявление и устранение мутагенных и терато-генных факторов, нормализация сперматогенеза у мужчин и овогенеза у женщин. Известно большое количество мутагенных и тератогенных факторов, опасных для гаметогенеза и потомства. Однако доминирующую значимость имеют только часть из них. Среди физических факторов – это перегрев семенников.

Самая частая причина перегрева семенников – тесная, плотная одежда, нарушающая теплообмен семенников. Среди химических факторов – это алкоголь и наркотические средства, пестициды контаминирующие пищу и лекарственные средства. И литературные и наши данные свидетельствуют, что алкоголь нарушает процесс репликации ДНК, расхождения и упаковки хроматина в головке спермия, что при анализе спермограммы фиксируется как увеличение пропорции спермиев с патологией головки, шейки и хвоста.

Для таких пестицидов как ДДТ и других хлорорганических пестицидов в опытах на обезьянах нами было показано повреждение веретена деления и центриолей и нарушения процесса равного расхождения хромосом, с возникновением анеуплоидных гамет и риском хромосомных болезней (напр. болезнь Дауна и др.)

Из лекарственных средств о безопасности можно говорить только в отношении небольших доз фолиевой кислоты и витамина Е. Все остальное должно быть исключено минимум за месяц до планирования беременности.

Но наибольший вклад в повышение уровня пороков развития, невынашивания и мертворождений, генных и хромосомных мутаций вносит инфекционно-токсический фактор. Острые и хронические, в том числе бессимптомные инфекции- вирусные, бактериальные, протозойные, глистные инвазии, сопровождаются появлением токсинов с мощным мутагенным и тератогенным эффектами.

Санация мужчины, устранение инфекта, лечение простатитов, уретритов, орхитов, баланопоститов, исключение алкоголя, курения, приема некоторых лекарств, свободная одежда, отказ от пищи подозрительной на контаминацию пестицидами- сами по себе уже дают нормализацию спермограммы в ближайшие 3-6 месяцев. Назначение лекарственных средств с антимутагенным, антиоксидантным, анти-токсическим и анти-тератогенными эффектами существенно помогают этому.

На основании вышеизложенного и других данных, нами была разработана и внедрена в практику простая и эффективная Программа планирования и получения здорового ребенка. 1. Ребенка надо планировать. Случайная беременность-это всегда

высокий риск. Семья обычно планирует 2-х детей. Таким образом, планирование не займет много времени, но даст колоссальный положительный эффект и для будущих родителей и для их потомства. Для родителей- это общее, репродуктивное и, что немаловажно, сексуальное здоровье. Для их потомства, а также и для родителей и для государства — это рождение здорового ребенка, свободного от наследственной и врожденной патологии, здорового умственно и физически. 2. Необходимо сформировать моду среди мужчин от 18-20 лет посетить врача-андролога и оценить уровень своего репродуктивного и сексуального здоровья, которые между собой часто взаимосвязаны.

2. Инфекции являются не только причиной смерти 80% людей (по данным ВОЗ), но и самой частой причиной мутагенных и тератогенных воздействий на гаметогенез и эмбриогенез. Поэтому все генитальные инфекции, а также и некоторые общие инфекции, и у будущего отца, и у будущей матери требуют тщательного контроля- выявления и устранения до планирования беременности. В том числе и кожных инфекций крайней плоти у мужчин, которые контаминируют влагалище беременной женщины, нарушают нормальный микроценоз и pH влагалища и создают угрозу для плода.

ПРИМЕНЕНИЕ «ПАСПОРТА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ» ТЕРРИТОРИЙ» В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Бороденко Е.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Кубанский государственный медицинский университет. Департамент здравоохранения Краснодарского края. Краснодар, Россия

В условиях реформирования системы здравоохранения возрастает значимость оперативного получения всесторонней информации об основных показателях репродуктивного здоровья и деятельности медицинских учреждений. Внедрение системы анализа показателей с помощью «Паспорта акушерско-гинекологической службы (города, района) Краснодарского края» обеспечивает создание информационного пространства, достаточного для принятия оперативных, стратегических, управленческих и организационных решений.

Цель исследования: Оптимизировать методику оценки объема и качества оказания гинекологической помощи на амбулаторном этапе и в стационаре.

Материалы и методы исследования: 49 «Паспортов» территорий Краснодарского края, которые состоят из разделов: I. Характеристика территории. II. Характеристика материально-технической базы. III. Ключевой фонд. IV. Штаты и кадры. V. Амбулаторно-поликлиническая помощь. VI. Родовспоможение. VII. Сведения о новорожденных. VIII. Сведения о прерывании беременности IX. Стационарная помощь гинекологическим заболеваниям X. Вен. заболевания и ИППП

Результаты и их обсуждение: «Паспорта» территорий в крае используются с 2000 года. Рабочий экземпляр документа находится у районного акушера-гинеколога, второй — в краевом орг.метод. отделе (49 паспортов территорий). Используемые «Практические рекомендации по заполнению «Паспорта», в целом повторяют все его пункты. Для безошибочного расчета показателей по установленной программе, в практических рекомендациях подробно описан расчет каждого пункта. Такой подход унифицирует предоставление информации по объему и качеству оказания помощи и исключает ошибочные подходы к расчетам и интерпритации показателей по отдельным территориям и в целом по краю. Разделы дополняются в соответствии с меняющимися требованиями (все разделы обязательно включают в себя в неизменном виде утвержденные формы требуемой отчетности, которые при необходимости изменяются), с необходимыми для территорий дополнениями, которые используются для изучения ситуации в любой необходимый для органов здравоохранения момент времени. Структура диагнозов составлена в соответствии с МКБ-Х, использована система рубрик, в которые включены конкретные нозологии.

Расширению гинекологического блока послужила необходимость углубленного изучения амбулаторной и стационарной гинекологической помощи, структуры гин. заболеваний, диспансерного наблюдения, изучения объема и видов оперативных вмешательств в от-

дельных территориях и в целом по краю, углубленного изучения абортот и их осложнений, осложнений гинекологических операций. По имеющимся в «Паспорте» данным возможен расчет ряда показателей объема, доступности, обеспеченности и эффективности гинекологической помощи. «Паспорт» заполняется в каждой территории и крупном городе Краснодарского края районным акушером гинекологом, который анализирует работу своей территории и несет ответственность за представляемую ежегодно в край информацию. Проведенный в крае организационный эксперимент показал важность и необходимость анализа гин. помощи в регионе. На основании проведенного по специально разработанной программе анализа результатов комплексного медико-социального исследования гин.патологии в крае, представлены основные пути оптимизации службы в современных условиях на региональном уровне. В результате внедрения методики сбора информации стало возможным осуществление мониторинга показателей репродуктивного здоровья, объемов и качества работы лечебных учреждений по отдельным территориям и в целом по краю по единому алгоритму. Предоставлена возможность сравнения помощи по территориям края между собой. Изучение гин. патологии в крае направлено на оптимизацию оказания и совершенствование помощи женскому населению с целью улучшения репродуктивного здоровья. Для создания единых условий повышения качества преемственности женских консультаций со стационарами на всех уровнях помощи, предложены и апробированы унифицированные формы мед. документации.

Несмотря на увеличение показателей гинекологической заболеваемости в Краснодарском крае, внедренная схема позволила сохранить её уровень ниже чем в РФ. Внедренная система мер позволила анализировать объем, изучать структуру и динамику гин. патологии, частоту и объем оперативных вмешательств. Анализ структуры диспансерных больных и другие данные могут быть широко использованы при разработке и осуществлении мероприятий по повышению квалификации врачей акушеров-гинекологов, выборе тематик при проведении конференций и обучающих семинаров, планировании лечебно-оздоровительных мероприятий, и проведении целенаправленной сан-просвет. работы. На основании использования «Паспорта» (его разделов) для унифицирования единых подходов оценки деятельности гинекологических стационаров и женских консультаций разработаны пособия для экспертов. Внедрение в организацию медицинской помощи системы мониторинга, анализа и оперативного контроля показателей репродуктивного здоровья и работы учреждений гинекологической службы позволяют обеспечить повышение качества оказания гинекологической помощи в районах Краснодарского края и ее преемственность на различных уровнях. В крае предложен комплекс мер по оптимизации гинекологической помощи. Таким образом, изучение гинекологической заболеваемости — как одного из критериев здоровья женского населения имеет важное значение. Уровень и структура гинекологической патологии зависит не только от образа жизни женщины, социальных, соматических, медицинских факторов, но и от качества организации гинекологической помощи.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ КАК КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗА АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ

Мороз Т.Ю., Яковенко Е.П., Сотникова Л.С., Шаповалова Г.В., Черевань Ж.М., Потапкина О.В.
ГУЗ ОБ №2, областной роддом, отделение новорожденных, г. Ростов-на-Дону, Россия

Изучение уровня физического развития преждевременно родившихся детей представляется крайне важным и актуальным, потому что это один из важнейших показателей здоровья ребенка и индикатор социального благополучия общества. Учитывая данное обстоятельство, целью настоящего исследования явилось установление закономерностей физического развития недоношенных детей в зависимости от гестационного возраста при рождении и отягощающих факторов перинатального периода.

Было обследовано 118 недоношенных детей в возрасте до 1-го месяца жизни, которые были разделены на 3 группы:

- группа I (42) – дети со сроком гестации при рождении 35–37 недель;
- группа II (48) – дети со сроком гестации при рождении 32–34 недели;
- группа III (28) – дети со сроком гестации при рождении 28–31 неделя.

Помимо общего осмотра недоношенных детей им проводилась расширенная антропометрия. Было установлено, что наиболее высокий уровень задержки внутриутробного развития (ЗВУР) был в группе II, составил 83% в сравнении с группами I и III (55% и 61% соответственно). Наиболее высокий уровень ЗВУР, выявленный в группе детей со средним гестационным возрастом является фактором риска прерывания беременности в «критические сроки» – 32 – 34 недели гестации. Доминирующим типом ЗВУР в группе II был гипопластический (67%), в группе I – гипотрофический (41%).

Среди ведущих антенатальных факторов риска выявлены инфекционные заболевания урогенитальной сферы и респираторного тракта матери. Частота острой инфекционной патологии матери была обратно пропорциональна гестационному сроку прерывания беременности.

Детей, рожденных до 35 недели гестации (группы II и III) отличали интенсивные темпы роста в длину при сниженных темпах прироста массы и объемных параметров. Анализ полученных данных позволил выявить достоверно менее выраженную динамику длины верхней конечности, длины плеча и длины бедра в подгруппах детей с отягощенным инфекционной патологией матери анамнезом и у недоношенных детей с гипопластическим типом ЗВУР. Замедленная в течение первого месяца жизни динамика указанных параметров физического развития у детей с отягощенным анамнезом сочеталась с высокой частотой дизадаптационных проявлений (затяжных конъюгационных желтух, гипертензионно-гидроцефального синдрома, инфекционно-воспалительных заболева-

ний). Прирост окружности головы был обратно пропорционален гестационному возрасту при рождении и был более значительным в подгруппах детей с отягощенным анамнезом и у недоношенных детей с гипопластическим типом ЗВУР.

Выявленные особенности физического развития могут быть использованы в качестве критериев возможных срывов адаптации недоношенных детей.

РЕЦИДИВЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Муслимова С.Ю., Кулешова Т.П., Ларкина С.В.

Россия, г. Уфа, Республиканская детская клиническая больница, Башкирский государственный медицинский университет

Анализ исходов органосохраняющих операций при опухолевидных образованиях и опухолях яичников показывает, что следствием оперативных воздействий на яичник становится повышенный риск формирования ретенционных образований и рецидивы кист (до 27,3% наблюдений).

По данным Уткина Ю.К. (1981) рецидив опухолевого процесса после резекции пораженного яичника возникает почти у половины оперированных в среднем через 6,6 лет, а развитие опухоли в другом яичнике после односторонней овариэктомии – у 11% в среднем через 8 лет. Значительную частоту рецидива после резекции пораженного яичника можно объяснить, очевидно, оставлением ткани опухоли.

С целью изучения особенностей клиники, диагностики и отдаленных результатов органосохраняющего хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников у девочек нами было проведено обследование 189 пациенток в возрасте от 0 до 18 лет, оперированных в период с 1995 по 2008 гг. в отделении детской гинекологии больницы скорой медицинской помощи. При оперативном лечении девочек с доброкачественными опухолями яичников мы придерживались максимально щадящей тактики. Предпочтение отдавалось эндоскопическим операциям (46,9%), по определенным показаниям проводились операции из мини-доступа (16,13%), лапаротомный доступ мы применяли в основном в первые годы работы отделения, а так же при гигантских и злокачественных новообразованиях (12,19%). Удаление яичника производилось нами только при подозрении на злокачественный характер новообразования, подтвержденного данными экспресс-цитологического исследования (6,17%); при больших и гигантских размерах опухоли (14,8%), когда не оставалось неизменной ткани яичника; при перекруте ножки опухоли яичника с некрозом его тканей (3,2%). В случаях, когда мы наблюдали восстановление кровотока в яичнике после деторсии, производилась органосохраняющая операция.

С целью оптимального восстановления кровотока в поврежденных тканях яичника и создания оптимальных условий для сохранения фолликулярного резерва нами была разработана методика ушивания тканей

яичника на биоматериале Alloplant®. Начиная с 1998 года, когда нами была внедрена данная методика, было выполнено 50 операций из минилапаротомного доступа и эндоскопическим методом.

Рецидивы опухолей мы наблюдали у 18 больных (9,5%). Чаще всего рецидивировали муцинозные цистаденомы яичника. Из 10 девочек прооперированных нами по поводу данной патологии у пятерых мы наблюдали рецидивы опухолей в сроки от 10 месяцев до 2 лет. У трех пациенток рецидив кисты наблюдался в оперированном ранее яичнике. У двух девочек, перенесших аднексэктомию по поводу муцинозных цистаденом больших размеров, мы наблюдали рецидивы в противоположном яичнике.

Рецидивы серозных цистаденом мы наблюдали гораздо реже. Из 43 девочек, оперированных нами по поводу серозных цистаденом, пришлось повторно провести оперативное вмешательство 6 пациенткам. Из них у одной наступил рецидив пролиферирующей серозной цистаденомы. Необходимо отметить, что рецидивы у этой группы больных наступали спустя всего 6-8 месяцев.

Среди 85 девочек с герминогенными опухолями мы наблюдали 8 случаев рецидивов (9,4%). В двух случаях рецидив опухоли в оперированном яичнике был выявлен спустя 1-3 месяца после вмешательства, проведенных эндоскопическим методом в хирургических отделениях, что не исключает возможности неполного удаления опухоли, тем более что у одной пациентке была произведена двухсторонняя цистэктомия по поводу множественных дермоидных кист.

В группе больных оперированных нами с применением биоматериала Alloplant® рецидивы наблюдались у 2 девочек с серозной и муцинозной цистаденомами. Они были диагностированы спустя 1-1,5 лет на контрольных осмотрах.

Повторные операции мы, как правило, проводили с применением эндоскопической техники, так как эта методика позволяла более бережно выполнить оперативное вмешательство, детально провести ревизию органов малого таза и брюшной полости.

На основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

Рецидивы истинных опухолей яичников у детей в большинстве случаев выявляются в течение первого года после операции;

Чаще всего рецидивируют муцинозные цистаденомы.

Одним из основных направлений в профилактике рецидивов опухолей является предоперационное планирование с применением ультразвукового и магниторезонансного методов диагностики и тщательной удалением опухолей специалистами имеющими достаточный опыт работы в гинекологии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Мухотина А.Г., Валикова О.В.

Владивостокский государственный медицинский университет,
ГУЗ ККБ № 2 «Центр диабет и эндокринных заболеваний»

Концепция патогенеза формирования синдрома поликистозных яичников в последнее время подвергнута принципиальным изменениям. При наличии инсулинорезистентности и других метаболических нарушений у пациенток с СПКЯ в настоящее время используют пероральные препараты, относящиеся к группе бигуанидов, которые снижают уровень инсулина в крови и повышают чувствительность тканей к инсулину.

Цель: изучить влияние метформина на репродуктивное здоровье женщин с синдромом поликистозных яичников.

Методы: под наблюдением находилось 58 женщин с синдромом поликистозных яичников в возрасте от 18 до 35 лет. Диагноз выставлялся на основании жалоб на нарушение менструального цикла по типу олиго- или аменореи, бесплодие, ожирение, гирсутизм, акне. На основании данных физикального обследования: индекс массы тела (ИМТ) высчитывался по формуле $ИМТ = \text{вес(кг)}/\text{рост(метры, возведенные в квадрат)}$ при норме от 19 до 25, оценивалось соотношение ОТ/ОБ более 0,85 расценивалось, как ожирение по абдоминальному типу. Исследовался уровень лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона, иммунореактивного инсулина (ИРИ), проводился стандартный тест толерантности к глюкозе с определением базального уровня глюкозы и ИРИ в плазме натощак и после нагрузки с глюкозой, для подтверждения инсулинорезистентности высчитывался индекс Саго по формуле: $\text{глюкоза плазмы крови натощак (ммоль/л)} / \text{уровень ИРИ плазмы натощак (мкЕд/мл)}$ показатель менее 0,33 говорил об инсулинорезистентности; НОМА-R по формуле: $\text{уровень ИРИ плазмы натощак (мкЕд/мл)} * \text{уровень глюкозы плазмы натощак (ммоль/л)} / 22,5$; более 2,5 баллов говорит о наличии инсулинорезистентности, исследовался липидный спектр крови. Проводилось УЗИ яичников с определением размера и объема яичников. Все пациентки получали метформин в дозе от 1500 до 2500 мг в сутки, повторное исследование проводилось через 6 месяцев.

Результаты: у всех пациенток на фоне лечения нормализовался менструальный цикл, у 21 женщины возникла беременность, ИМТ с 31-+2,5 снизился до 27-+2,5; соотношение ОТ/ОБ с 0,9-+0,1 до 0,79-+0,1. Уровень ИРИ с 19,5-+3,4 (при норме 2,5-30,4 мкЕд/мл) снизился до 5,6-+0,8, индекс Саго с 0,25 +0,03 повысился до 0,4-+0,12, НОМА-R с 4,1-+1,2 снизился до 1,8-+0,1.

Выводы: на фоне приема метформина у пациенток с синдромом поликистозных яичников происходило улучшение репродуктивной функции, снижение массы тела, нормализация уровня инсулина, расчетных показателей инсулинорезистентности.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ СЕМЬИ

Никишин В.В., Ермолаева Т.И., Пакуло Г.Ф.,
Лизунова С.И., Шемель Н.А., Яковлев Я.В.,
Ходеева Т.Ю.

Россия, г. Москва, ФГУЗ КБ № 84 ФМБА России

Актуальность. В существующих социально-экономических условиях репродуктивное здоровье населения России остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. Данное обстоятельство диктует необходимость внедрения новых научно-практических и медико-организационных подходов в работу всех служб, отвечающих за репродуктивную функцию семьи.

Цель исследования. Разработать комплексный подход к улучшению репродуктивной функции семьи, создать и апробировать модель организации специализированной медицинской помощи, позволяющей улучшить репродуктивное здоровье семьи

Материалы и методы.

Материалами работы служили количественные и качественные показатели работы Центрального отделения медицинской генетики с консультацией «Брак и семья» ФМБА России за период с 1982 по 2008 г.г. Отделение является организационно-методическим центром для ЦМСЧ/МСЧ системы ФМБА России по вопросам медицинской генетики и семейно-брачных отношений. Отделение организовано на базе Клинической больницы №84 и является ее структурным подразделением. В своей работе все врачи отделения используют самые современные методы диагностики и лечения семей с различными нарушениями репродуктивной функции (кимографическая пертурбация, внутриматочная инсеминация, гомосинеатрия, герудотерапия, суггестия, иглорефлексотерапия). При этом особенностью в работе докторов отделения является их универсальность и взаимозамозаменяемость в профессии (сексолог-андролог, гинеколог-репродуктолог, сексолог-герудотерапевт, генетик).

Основными задачами отделения являются:

Медико-генетическое консультирование семей по вопросам профилактики и лечения наследственных заболеваний, прогноз потомства.

Оказание специализированной консультативной и лечебно-профилактической помощи семьям, с нарушением репродуктивной функции.

Диагностика и комплексная терапия семей с сексуальными дисгармониями с использованием методов психологической диагностики и коррекции семейно-брачных отношений.

Изучение частоты и распространенности наследственно обусловленной патологии контингента населения, курируемого ФМБА России.

В целях организации полноценного обследования семей нами, при необходимости, использовались возможности всех клинических больниц и центров ФМБА России.

За исследуемый период в отделении получили необходимую специализированную консультативную

помощь более 30 тысяч семей. Среди пациентов обратившихся в отделение, основную группу составляют семьи, которые столкнулись с наследственно обусловленной патологией, а также и семьи с отсутствием детей по причине бесплодия. Их общая проблема заключается в том, что все они хотят получить здоровое потомство. При этом каждая семья получала индивидуально подобранное комплексное лечение в зависимости от выявленной патологии.

Результаты. За 26 лет в 34 тысячах семей родилось более 3500 здоровых детей, в их числе четверня, 7 трое и более 100 двоен. Более 80% семей последовали совету врача-генетика.

За это время с начала работы отделения эффективность лечения бесплодия и невынашивания беременности возросла с 33% до 70% (от числа первичных). При этом в 1982 году из 33% рождением ребенка заканчивалось 80% беременностей, в 2008 году — из 70% забеременевших в 90% случаев беременность заканчивается рождением здорового потомства. Таким образом, из 100 беременностей 80 заканчивалось здоровыми родами (1982 год), из 100 беременностей — 90 здоровых детей (2008 год).

Заключение. Высокая эффективность объясняется использованием всех современных методов, комплексным поэтапным подходом в диагностике и лечении, ведение пациентов «от нуля» до результата в одном отделении, используя универсальность специалистов и привлекая в «замкнутый цикл» программы обследования, лечения, наблюдения пациентов всех необходимых специалистов клинических больниц ФМБА России.

Опыт работы нашего отделения позволяет сказать, что комплексный подход к решению вопросов сохранения репродуктивного здоровья требует дальнейшего совершенствования и развития. На базе крупных клинических больниц, имеющих амбулаторно-поликлиническую службу, необходимо развивать специализированные виды помощи, обеспечивающие диагностику и лечение нарушений репродуктивного здоровья.

Учитывая реалии настоящего момента, объединение в одном структурном подразделении ряда функций: медико-генетического центра, центра репродукции и центра по планированию семьи позволит более рационально и эффективно использовать инвестиции, направляемые государством на развитие инновационных технологий.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Мартиросян С.В.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО УГМА (ректор – С.М.Кутепов), МУ ЦГБ №7 Екатеринбург (главный врач – А.А.Дорнбуш), Управление здравоохранения Администрации Екатеринбурга (начальник Управления А.И.Прудков)

Частота инфекционно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде по данным различных

авторов колеблется от 2-х до 25%. Гнойно-септические осложнения после родов продолжают занимать устойчивое лидирующее положение среди причин материнской смертности, составляя в ее структуре 11-45%.

Целью исследования явился анализ эффективности оригинальной организационной системы оказания помощи родильницам в крупном промышленном городе.

В работе использованы материалы официальной статистики Управления здравоохранения Администрации Екатеринбурга и данные observational акушерского отделения (ОАО) МУ ЦГБ №7 г. Екатеринбурга за 15 лет.

Особенности организации медицинской помощи роженицам и родильницам в Екатеринбурге заключаются в том, что в городе 4 родильных дома, не имеющих в своем составе observational акушерских отделений, а работающих по принципу индивидуальной observational родильниц и новорожденных на этапе родоразрешения. В послеродовом периоде заболевшие пациентки переводятся из родовспомогательных учреждений или поступают из дома в специализированное observational акушерское отделение, входящее в состав многопрофильной больницы с мощной реанимационной и гинекологической службой, оснащенной эндоскопическим оборудованием и развитыми современными технологиями. В отделении помимо акушерского блока, имеется блок патологии новорожденных, что позволяет соблюдать заложенный в роддомах принцип совместного пребывания, поддерживать физический и психологический контакт матери и ребенка, сохранять грудное вскармливание.

Поступление в отделение осуществляется в течение 1-1,5 месяцев после родов. У 70% госпитализированных заболевание выявляется на 4-5 сутки после родов, часть женщин поступают из дома на 15-20 сутки с более тяжелой стадией заболевания. Наиболее проблемную в этом отношении группу пациенток составляют жительницы Свердловской области, которые доставляются в отделение по линии «Медицины катастроф» иногда в состоянии тяжелой генерализации воспалительного процесса.

Профилактика эндометрита начинается во время беременности на уровне женской консультации, когда выявляются инфекции половых путей различной этиологии и осуществляется санация влагалища, выявляются и saniруются очаги экстрагенитальных инфекций, проводится витаминпрофилактика, коррекция дефицита железа и лечение анемии. На этапе родильного дома превентивные меры заключаются в рациональном ведении родов, предусматривающем профилактику слабости родовой деятельности, длительного безводного промежутка, травм мягких тканей родовых путей. При оперативном родоразрешении важную роль играет техника выполнения операции и интраоперационная антибиотикопрофилактика. Лечение послеродовых заболеваний обязательно включает медикаментозные, инструментальные, эндоскопические и физиотерапевтические методы.

Комплексные меры, применяемые в течение 7 лет, привели к снижению инфекционно-воспалительных осложнений не только после родов через естественные родовые пути, но и после операции кесарева сечения. Частота оперативного родоразрешения в последние годы значительно возросла с 11,5+1,5% в 1993-97гг.

до 18,0+1,8% в 1998-2006г.г. и 22,0+0,1 в 2007-2008г.г. ($p < 0,001$), но это не привело к ухудшению исхода родов в виде увеличения инфекционно-воспалительных заболеваний. Наоборот, произошло достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений с 9,5+0,9% в 1993-97г.г. до 3,8+0,7% в 1998-2006г.г. и 2,6+0,3 в 2007-2008г.г. ($p < 0,001$). Среди жительниц города частота генерализованных форм неуклонно снижается: в 1993-97г.г. на долю сепсиса приходилось 1,1+0,5% в структуре всех ИВЗ, 1998-2006г.г. – 0,4+0,2, в 2007-2008г.г. – 0,05+0,05% ($p < 0,05$). Материнской смертности от послеродового сепсиса не было с 1997г.

Таким образом, комплексный подход, обеспечивающий функциональное и методологическое взаимодействие женских консультаций, родильных домов и специализированного наблюдательного акушерского отделения, позволяет управлять инфекционно-воспалительной заболеваемостью в послеродовом периоде.

СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ИХ СЕМЕЙ НА ОСНОВЕ ОБМЕННОЙ КАРТЫ КАК ИНФОРМАЦИОННОГО НОСИТЕЛЯ

**Песикин О.Н., Гапонюк П.Я.,
Васильева Т.П., Черкашина Е.М., Кокорина О.К.,
Платонова Н.С., Алексеева Е.Г.**

Россия, Иваново, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий»

Усиление медицинской активности беременных и их семей при проведении перинатальной профилактики имеет важное медико-социальное значение. С этим связано введенное Национальным проектом «Здоровье» участие женщины и ее семьи в выборе медицинского учреждения для наблюдения женщины во время беременности и родов через систему родовых сертификатов. Причем выбор медицинского учреждения проводится женщиной и ее семьей на основании сложившегося у них мнения о лучшем качестве оказываемой в этих учреждениях медицинской помощи и свидетельствует о наличии положительной мотивации к охране собственного здоровья и здоровья вынашиваемого ребенка. Одним из факторов, определяющих эффективность участия семьи и беременной женщины в осуществлении профилактики нарушения ее здоровья и здоровья ребенка, может быть такой как «медицинская информированность»- потенциал знаний и умений по охране собственного здоровья и окружающих, который формируется под влиянием комплекса мероприятий по гигиеническому воспитанию и обучению. Предложена методика количественной оценки медицинской информированности беременной на основе выделения в ее структуре компонентов (правовая, организационная, диагностическая, лечебная, профилактическая, санологическая, социальная информированность), их параметров с присвоением каждому из них балльного значения, что

позволяет получить интегральную оценку, сопоставить полученную интегральную оценку с эталоном и рассчитать процент отклонения фактической оценки от оптимальной.

По данным социологических исследований, проведенных в разных субъектах РФ, установлено, что неудовлетворительная информированность женщины по вопросам перинатальной профилактики имела у 59,41%, а недостаточное участие их в перинатальной профилактике — у 61,14%. Для повышения медицинской информированности населения учеными и практиками разрабатывались и внедрялись различные образовательные технологии. В этом же направлении за более чем 25-ти летний период работы ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова МЗ РФ» выполнил специальные научные исследования, которые были направлены, в том числе на обоснование различных программ по обучению беременных женщин мерам по охране собственного здоровья и здоровья рождающегося ребенка, по обеспечению оптимального ухода за ребенком после рождения, сохранению грудного вскармливания. Особенностью данных программ является обучение семей вопросам формирования необходимого в этот период жизни женщины и ребенка образа жизни, исходя из выявленных у них форм «угрожаемой» акушерской и перинатальной патологии.

Полученные теоретические данные и результаты их практической апробации составили основу направлений формирования системы медико-социально-правового информирования беременных и женщин-матерей, которая внедряется с 2007 года в соответствии с приказом Департамента здравоохранения по Ивановской области как полезная модель (патент №69804 Российской Федерации, 2007г.). Суть предложенного проекта заключается в том, что для медико-социально-правового информирования беременных женщин и матерей ребенка на первом году жизни и их семей использована как носитель информации – «Диспансерная книжка беременной», в которую встроены три информационных блока, а именно: 1. Медицинский блок, 2. Социальный, 3. Правовой. В медицинском блоке представлена информация, которая соответствует данным «Обменной карты беременной и родильницы» (уч.ф. 113 МЗ РФ) и позволяет каждой женщине иметь данные о результатах обследования, состоянии здоровья и выявленных факторах риска его нарушения, состоянии здоровья ребенка, начиная с антенатального этапа жизни, и факторах риска его нарушения до и после рождения, а также информация о медицинских учреждениях области, которые могут участвовать в медицинском обеспечении женщины и ребенка, о Департаменте здравоохранения, о работе с беременными в режиме «горячей линии», размещены специальные обучающие памятки для женщин по охране ее здоровья (советы беременной, советы женщине после родов), по сохранению грудного вскармливания, по уходу за ребенком, советы отцу ребенка, которые подготовлены специалистами института. В социальном блоке представлена информация, которая позволяет каждой женщине иметь данные о действующих мерах социальной защиты и сервисных услугах (Региональное отделение Фонда социального страхования, Отделение Пенсионного

фонда Российской Федерации). В правовом блоке представляется информация для женщины о ее правах как пациента, о правах застрахованных в системе ОМС и их защите, в том числе указываются адреса, телефоны, порядок работы страховых медицинских организаций, работающих в территории, а также информация Ивановской областной Думы о принятых законах в сфере социальной поддержки населения (Комитет по социальной политике и труду). Отличием от ранее предложенных технологий информирования беременных данный прецедент позволяет регулярно (ежеквартально) вносить изменения во все блоки информации и находится постоянно в семье.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА АКУШЕРА- ГИНЕКОЛОГА И ПАЦИЕНТКИ

Печникова Е.Ю.

*Россия, Москва, медико-психологическая клиника
«Семья с плюсом»*

При обращении за медицинской помощью в любой области медицины и пациентов, и врачей всегда интересует эффективность лечения, быстрота излечения и стоимость лечения. Очевидно, что, чем лучше контакт врача и пациента и чем адекватнее их взаимодействие, тем быстрее и легче достигается выздоровление, так как в эффективном командном взаимодействии врач — пациент усилия удваиваются. Однако эффективность такого командного взаимодействия во многом зависит от неосознаваемой позиции врача и пациентки. Взаимодействие «врач – пациент» может рассматриваться как в рамках психологии лечебной работы в узком смысле, так и в рамках психологии обращения с больными (И. Харди). Психология лечебной работы, безусловно, требует определенных правил взаимодействия с пациентом в целях снижения неблагоприятных психических реакций в ходе различных исследований и манипуляций, что достигается подготовкой пациентов к процедуре и сопровождению в процессе медицинского воздействия. Но это лишь часть лечебного процесса. Большое, если не основное значение, имеет поведение врача в ходе взаимодействия с пациентом. В этом взаимодействии особое значение имеют личностные особенности и взаимные позиции того и другого. В частности экзистенциальная позиция врача и пациента (отношения Я – Другой, Я — Мир). Наилучшие результаты в лечебном процессе достигаются при умении врача и готовности пациента взаимодействовать с позиций «Я плюс – Мир плюс» (мир и его представитель – врач — доброжелателен ко мне, и в этом случае со мной все будет хорошо). Для этого пациенту надо перейти из психологического состояния Я – минус (я неблагополучен, со мной что-то не так) и Мир – минус (опасен, недоброжелателен ко мне) в состояние Я-плюс (я благополучен) и Мир – плюс. Возможен вариант, когда пациент находится в позиции Я-минус, а врач в позиции Другой-плюс, в этом случае реализуются отношения «жертва-спасатель», что возможно только на определенной стадии лечения и подразумевает осознание врачом этих

отношений с последующим переходом на взаимные взрослые позиции, предполагающие совместную ответственность врача и пациента за результаты лечения. Такой результат достигается при умении врача обращаться из своего взрослого Эго-состояния к взрослому Эго-состоянию пациента, умение вовремя выйти из состояния переноса и контрпереноса или с пониманием поддерживать эти состояния. Необходимо отметить, что во время беременности психологическое состояние женщины имеет закономерную динамику в соответствии с триместром беременности. В первом триместре Эго-состояние соответствует состоянию Ребенка, и от врача необходима позиция заботливого Родителя. Во втором триместре у женщины Эго-состояние креативного Ребенка, и позиция врача может оставаться поддерживающим Родителем. В третьем триместре при правильном течении беременности женщина выходит в позицию Родительскую (по отношению к будущему ребенку), ей во взаимодействии с врачом нужны взаимоотношения Взрослый – Взрослый, что подразумевает принятие врачом ее зрелой материнской позиции и ответственности за будущего ребенка. Если врач остается в позиции опекающего Родителя, то взаимодействие не может быть эффективным и у женщины растет тревога при необходимости отсоединиться от врача, что необходимо перед родами (Филиппова Г.Г. 2008 г.). Таким образом для поддержания гармоничных и эффективных взаимоотношений с женщинами как в период беременности, так и вне ее необходима психологическая грамотность врачей акушеров-гинекологов и психологическая диагностика и коррекция взаимодействия «врач-пациент» в акушерско-гинекологических медицинских учреждениях.

ПРОФИЛАКТИКА МЕРТВорождае- МОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Посисеева Л.В., Васильева Т.П., Песикин О.Н.

*Россия, г.Иваново, ФГУ «Ивановский научно-
исследовательский институт материнства и детства
им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий»*

Актуальность изучаемой проблемы определяется медико-социальной значимостью мертворождаемости как резерва повышения рождаемости. Основу анализа составили данные статистики о показателях частоты и структуры мертворождаемости в регионах РФ, данные социологических опросов населения репродуктивного возраста, экспертного анализа случаев мертворождений по Ивановской, Костромской, Ярославской областям, а также данные автоматизированного мониторинга беременных и родильниц, действующего на территории Ивановской области с 1994 года, автоматизированного мониторинга качества профилактики перинатальной смертности.

Результаты динамического анализа показали, что, несмотря на положительную тенденцию показателя мертворождаемости в Российской Федерации, темп его снижения в последние годы значительно ниже, чем темп снижения показателя ранней неонатальной смертности (101,6 против 115,8%). Основным резер-

вом снижения мертворождаемости на современном этапе является уменьшение антенатальных потерь, о чем свидетельствует высокая доля последних в структуре мертворождаемости (до 82%), динамика соотношения антенатальных и интранатальных потерь (с 1,9:1 в 1991г. до 4,5:1 в 2007 г.).

В структуре плодовых причин мертворождаемости на первом месте находится асфиксия, материнских причин - осложнения беременности и патология плаценты.

Факторная обусловленность мертворождаемости как медико-демографического показателя общественного здоровья определяется общепринятой моделью обусловленности здоровья человека, в которой 50% занимают факторы образа жизни, по 20% наследственность и условия внешней среды, 10%- медицинские факторы. Нами на основе многолетних мониторинговых многотысячных наблюдений рассчитана модель факторной обусловленности здоровья беременной. плода и ребенка в перинатальный период, в которой первое место заняла группа медико-биологических и наследственных факторов риска, далее факторы, связанные с условиями внешней макро и микросоциальной среды (вторая группа), поведенческие и медицинские факторы (третья и четвертая группы).

По данным факторного анализа в каждой группе определен вес факторов риска мертворождаемости и их ранговые места. Выявлено, что среди медико-биологических факторов риска мертворождаемости высокий вес имеют такие достоверно влияющие факторы как зачатие у женщин на фоне экстрагенитального заболевания, нарушения репродуктивной функции в анамнезе, зачатие от мужчин с перенесенными и имеющимися экстрагенитальными заболеваниями (язвенная болезнь, хронический бронхит, детские инфекции, сахарный диабет и др.), с нарушениями репродуктивного здоровья в анамнезе (случаи рождения детей с врожденными пороками развития, случаи перинатальной смертности, невынашивания беременности и др.), а также антенатальное развитие плода на фоне осложнений беременности. Среди факторов второй группы высокий вес имеют связанные с микросоциальными условиями семьи, в частности, внутрисемейный конфликт по деторождению, наличие вредных привычек к курению и приему алкоголя у отца и других членов семьи, а также медицинская информированность отца ребенка по вопросам перинатальной профилактики, полнота участия в ее проведении. Среди факторов третьей группы, связанных с поведением (образом жизни) беременной женщины, существенную значимость имели такие как медицинская активность женщины во время беременности и на этапе ее планирования, в том числе ранняя явка в консультацию в сроке до 9 недель беременности, полнота выполнения рекомендаций по перинатальной профилактике, физическая активность женщины во время беременности, неблагоприятное репродуктивное поведение перед наступлением данной беременности (аборты, криминальные вмешательства, интервал от предыдущей беременности менее года и др.), сохранение вредных привычек к курению и приему алкоголя на антенатальном этапе развития плода. Среди медицинских факторов, выявленных по данным экспертного анализа качества перинатальной профилактики, существенный вес имели такие как полнота и

своевременность явок к акушеру-гинекологу, полнота и своевременность диагностических и лечебных вмешательств, в том числе качество выполнения психофизиоподготовки беременной женщины.

По данным автоматизированного мониторинга здоровья и качества наблюдения беременных и родильниц выявлена распространенность факторов риска мертворождаемости в популяции беременных и ее изменение в динамике, что позволило выявить медико-социальные проблемы профилактики мертворождаемости, сгруппированные соответственно указанной выше дифференциации факторов риска. Эти данные явились основой предложенных направлений решения выявленных проблем, приоритетность которых определена с учетом разработанной модели обусловленности нарушений здоровья беременной, плода и новорожденного.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ПНП «РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ» В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Раевский А.Г., Сабанов В.И., Иваненко В.В., Раевская А.А.

*Комитет по здравоохранению Администрации
Волгоградской области*

Кафедра общественного здоровья и организация здравоохранения, ВолГМУ, Волгоград, Россия

Эффективность деятельности службы родовспоможения и детства определяется не только качеством медицинской помощи женщинам, но и состоянием системы здравоохранения и общества в целом. Важной функцией женских консультаций, как одной из структур первичной медико-санитарной помощи, является мониторинг здоровья беременных женщин и перинатальный скрининг.

Цель осуществления экспертизы качества и технологии диспансерного наблюдения за беременными – обеспечение прав женщин на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.

Решение данных задач предусматривает повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным за счет развития перинатальных технологий, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства

Для реализации указанной задачи в Волгоградском государственном медицинском университете разработана специальная формализованная экспертная карта по оценке качества и технологии оказания диспансерного наблюдения за беременными, оценивающая каждый элемент медицинской помощи (в количественном эквиваленте). Такая методика позволяет выявить, на каком этапе наблюдения за беременными имеют место дефекты и отклонения в работе женской консультации, вскрывать причины их возникновения и разрабатывать мероприятия по их устранению.

Разработанная экспертная карта является инструментом, позволяющим количественно оценивать качественную сторону процесса оказания медицинской помощи. На поставленные перед экспертом вопросы, каждый из вариантов формализованных ответов имеет ранжированную оценку в баллах от 0 до 1 и для облегчения в дальнейшем аналитической работы трансформируется в общепринятую пятибалльную систему. Оценка прямо пропорциональна уровню соответствия экспертируемого критерия установленным требованиям и стандарту.

Анализ экспертных карт позволяет достоверно сравнивать результаты работы отдельных врачей, выявлять «проблемные» учреждения, оценивать работу акушерско-гинекологической службы в регионе.

В современных условиях обработка информации по результатам экспертизы технологии ведения беременных подразумевает использование автоматизированных информационных систем. С этой целью на основе формализованной экспертной карты была разработана компьютерная система экспертизы качества и технологии оказания диспансерного наблюдения за беременными, предназначенная для оптимизации аналитической работы по результатам экспертизы.

На территории города Волгограда и Волжского данная система существует 2 года. За 12 месяцев 2008 года медицинская помощь беременным оказывалась в 9 женских консультациях г. Волгограда. Количество проведенных экспертиз соответствовало количеству находившихся под наблюдением беременных – всего 10415 экспертиз. В г. Волжском помощь беременным оказывалась в 6 женских консультациях, количество экспертиз составило – 2403.

Интегрированный балл диспансерного наблюдения за беременными в женских консультациях г. Волгограда по итогу составил 0.927 (оценка – 4.52), г. Волжском 0.932 (оценка – 4.55). Бальная оценка трансформировалась в оценку для удобства.

По результатам оценки во всех вышеперечисленных лечебных учреждениях допускались недостатки в организации медицинской помощи, объеме диагностических и лечебных мероприятий. Выявлено, что большинство дефектов обусловлено проблемами организации и технологии оказания медицинской помощи, что требует выработки с позиции системного анализа рекомендаций и принятия управленческих решений по обеспечению качества медицинской помощи. В ходе экспертизы были получены результаты по всем параметрам, что позволило выявить проблемные зоны в технологическом процессе оказания медицинской помощи, установить конкретный уровень, на котором имеются дефекты и разработать предложения по устранению причин этих нарушений. А также, с позиции системного анализа, выработать рекомендации и принять управленческие решения по обеспечению качества медицинской помощи беременным.

Успешная реализация намеченного позволит обеспечить укрепление здоровья жителей г. Волгограда и Волжского и развитие бесценного капитала в регионе.

В результате введения родовых сертификатов отмечаются положительные тенденции: улучшается качество оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов, соответственно улучшаются показатели деятельности службы родовспомо-

жения. Снижение показателя перинатальной смертности до 8,5% явилось результатом реализации комплекса мер по улучшению материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения, совершенствование подготовки медицинских кадров, а также следствием развития реанимационной помощи новорожденным.

ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Руднева Т.В., Руднев С.В.,

*Украинцев Ю.Г., **Борисенко А.П.

*Россия, Москва, ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Росмедтехнологий»; *Новосибирск, «ИЯФ имени академика Г.И.Будкера» СО РАН, Новосибирск, **ФГУ «ННИИПК имени академика Е.Н. Мешалкина Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Новосибирск*

Министерство здравоохранения установило, что наряду с определенными группами населения, которые обязаны подвергаться ежегодному флюорографическому исследованию на туберкулез, каждый гражданин, впервые явившийся в текущем году в поликлинику, должен пройти флюорографическое исследование, прежде чем его примет врач какой-либо специальности. Поэтому, в целях повышения качества проводимых исследований и диагностического процесса в целом, а также уменьшения радиационного риска и снижения лучевых нагрузок на пациента и персонал, поликлинические отделения лучевой диагностики оснащаются с учетом имеющейся потребности и диагностическими характеристиками современного оборудования. Практическое внедрение в лучевой диагностике цифровых методов регистрации изображений показал высокую информативность и диагностическую точность метода на различных этапах оказания медицинской помощи. В сравнении с традиционной технологией снятия на пленку с последующей ее проявкой цифровые рентгеновские аппараты бес пленочной технологии имеют следующие существенные преимущества:

- Уменьшение дозы рентгеновского облучения на 50-70%, в отдельных случаях до 90%;
- Упрощение обработки, в частности, за счет исключения длительной и сложной процедуры проявки;
- Цифровое изображение может быть дополнительно обработано для улучшения диагностической ценности снимка;
- Хранение и копирование снимка, передача его в любую точку мира не ухудшают качество и требуют минимальных финансовых затрат;
- Низкая стоимость расходных материалов, минимальное обслуживание;
- Цифровые технологии более дружелюбны к окружающей среде, в частности, не требуется утилизации химических отходов.

Использование современных достижений ядерной физики позволило в нашей стране разработать рентгенографический цифровой аппарат сканирующего типа ориентированный на исследования пато-

логий органов грудной полости, костей и суставов. Многочисленные дозиметрические исследования Российских и зарубежных ученых доказали, что профилактические рентгенологические обследования органов грудной клетки или других органов, с помощью этого аппарата, практически безвредны. Анализ результатов показал, что при цифровой рентгенографии общая поглощенная организмом доза ионизирующего излучения намного ниже средней величины дозы от естественного фона природной радиации, поглощенной в течении года, и даже значительно меньше, чем при стандартном рентгеновском просвечивании грудной клетки. Поэтому микродозовая цифровая рентгенография с применением сканирующей технологии получения изображений позволяет широко применять ее в тех областях медицины, где стандартная рентгенологическая диагностика могла осуществляться только по жизненным показаниям, например в акушерстве.

В рентгенологическом отделении Научного Центра АГиП с целью оценки внутренних размеров малого таза применяется рентгенопельвиметрия – метод вычисления истинных внутренних размеров малого таза и предлежащей головки плода путем производства рентгенографии женского таза. Съемку производят в двух проекциях: переднезадней и левой боковой в вертикальном положении пациентки (стоя). Благодаря данной методике удается своевременно диагностировать анатомически узкий таз у беременных и прогнозировать развитие клинически узкого таза в родах, что позволяет снизить детский и материнский травматизм в родах. Цифровая рентгенопельвиметрия с малыми дозами рентгеновского облучения превосходит практически по всем параметрам все существующие системы определения внутренних размеров малого таза, поэтому аппарат рекомендован для проведения рентгенопельвиметрии (письмо МЗ РФ от 26.11.2002 №2510/11869-02-32) в перинатальных медицинских центрах.

Применение этого метода в перинатальном Центре позволило изучить эволюции женского таза в современных условиях и прогнозировать особенности течения родов и их исход. Однако в прогнозировании исхода родов большое значение имеет не только знание размеров малого таза, но и соответствие их головке плода. Поэтому для моделирования биомеханизма родов разработана программа математического моделирования механизма родов позволяющая проводить оценку пространственных взаимоотношений между малым тазом и головкой плода в классических плоскостях: входа, широкой части, узкой части и выхода малого таза. Стало возможным виртуальное проведение родов, причем, для большей точности, головка плода определяется по данным ультразвуковой цефалометрии. Внедрение микродозовой цифровой рентгенопельвиметрии позволило своевременно диагностировать анатомически узкий таз у беременных и рожениц. Была предложена новая классификация узких тазов с учетом формы и размеров, что привело к значительному уменьшению числа показаний к кесареву сечению.

Результатом проведенной многолетней работы по использованию микродозовой сканирующей установки для пельвиметрии явилась разработка алгоритма

ведения беременных и рожениц с анатомически узким тазом, основными моментами которого являются:

- выделение группы риска по развитию клинически узкого таза;
- уточнение диагноза на основе современных методов диагностики;
- прогнозирование исхода родов;
- поиск наиболее рационального для данной пациентки пути родоразрешения.

На рентгеновском снимке женского таза, произведенном не ранее чем за 2 недели до срока родов или в родах, можно определить положение головки плода по отношению к плоскостям таза, степень ее сгибания или разгибания, а также отношение к проводной оси таза, к переднему или заднему сегменту таза. Применение рентгенографии связано с недостаточной информативностью измерений наружных размеров большого таза, которые не дают точного представления о внутренних размерах малого таза.

Таким образом, прогнозирование исхода родов по данным рентгенопельвиметрии и вычисленным коэффициентам плоскостей малого таза позволяет заранее прогнозировать возникновение клинически узкого таза или затруднений, увеличивающих риск травматизации плода в родах, и предупредить осложнения. Вместе с акушером-гинекологом при выборе тактики ведения и прогнозе исхода родов ведут поиск наиболее рационального для данной пациентки пути родоразрешения.

В настоящее время рентгенопельвиметрия в сочетании с ультразвуковой цефалометрией являются общепризнанными диагностическими методами оценки соразмерности плода и анатомических особенностей таза матери. Ценность этих данных в современных условиях возрастает в связи с преобладанием в структуре узкого таза так называемых стертых форм, представляющих значительные трудности для диагностики.

Окончательное решение о выборе тактики ведения родов принимает акушер, используя данные рентгеновской пельвиметрии и компьютерного моделирования родов как консультативные. Многолетний опыт применения методики в Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова позволил разработать показания для его применения и определил его диагностическую ценность.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОЦЕНКАХ МАТЕРЕЙ

Рыбкина Н.Л.

Государственное медицинское учреждение «Республиканская клиническая больница», г. Казань, Россия

Многосторонний анализ качества медицинской помощи предусматривает изучение субъективных индикаторов – мнений и суждений пациентов, которые оценивают удовлетворенность медицинским обслуживанием, степень реализации своих потребностей и интересов при взаимодействии с системой здравоохранения. Вся деятельность врачей и средних медицинских

работников родовспомогательных учреждений по оказанию различных видов медицинской помощи протекает на глазах и при активном участии их матерей, которые выступают в качестве доверенных лиц новорожденных вследствие их недееспособности.

Целью настоящего исследования являлось изучение удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи новорожденным. Исследование проводилось по специально разработанной анкете.

Исследованием охвачено 800 женщин, родивших детей в родовспомогательных учреждениях разного уровня (Перинатальный центр, городской родильный дом, родильное отделение центральной районной больницы), обследованные были разделены на три группы: матери здоровых детей, матери новорожденных детей группы высокого медицинского риска и матери новорожденных детей группы социального риска.

По данным опроса женщин, проживающих в городской местности, в срок до 12 недель обратились в женскую консультацию для осмотра и постановки на учет по поводу беременности 90% женщин, родивших здоровых детей, 82,5% женщин, родивших детей высокого медицинского риска и только 17,8% женщин высокого социального риска. При этом установлено, что беременные из группы социального риска склонны впервые обращаться в женскую консультацию на значительно более поздних сроках, по нашим данным 17,8% беременных этой группы встали на учет на сроке беременности 20 и более недель.

Только четверть опрошенных женщин отметили, что врач неонатолог побеседовал с ними в родовспомогательном учреждении до наступления родов, практически столько же женщин (27,1%) дали отрицательный ответ, затруднилась ответить на этот вопрос почти каждая вторая опрошенная женщина.

Исследование показало, что положительную оценку работы врача неонатолога с новорожденными и взаимодействия его с матерями дали свыше 80% респонденток, родивших здоровых детей и детей высокого риска и только 55% респонденток, относящихся к группе социального риска. Большинство опрошенных матерей отметили добросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей медицинскими сестрами, среди недовольных их работой женщины высокого социального риска, проживающие в городской местности.

Представляет интерес самооценка матерями состояния здоровья новорожденных. Все матери, родившие здоровых новорожденных, оценили состояние их здоровья как удовлетворительное, матери из группы высокого медицинского риска оценили здоровье новорожденных как удовлетворительное в 67,5%, как неудовлетворительное в 25,0%, матери из группы социального риска расценили состояние здоровья новорожденных как удовлетворительное в 57,8%, как неудовлетворительное в 15,6%, при этом затруднялись дать характеристику состояния здоровья новорожденного 7,5% женщин из группы высокого медицинского риска и 26,7% женщин из группы социального риска. Сравнение результатов оценки состояния здоровья новорожденных матерями и врачом неонатологом показывает их совпадение только в группе женщин, родивших здоровых детей. В группе новорожденных высокого медицинского риска неонатологом были

выявлены заболевания или отклонения в состоянии здоровья в 87,5%, при этом в 42,5% случаев матерям была объяснена необходимость дальнейшего лечения новорожденных с переводом их в другое медицинское учреждение. В группе новорожденных социального риска неонатологом подтверждено здоровье детей в 28,9%, в 33,3% выявлено наличие признаков нездоровья, а 22,2% из них предложен перевод для продолжения лечения, а одна треть матерей из групп социального риска отметила, что врач неонатолог никак не характеризовал состояния здоровья новорожденного.

С позиции конечного результата интегральным показателем качества оказания медицинской помощи в родовспомогательном учреждении с точки зрения респонденток является показатель удовлетворенности организацией лечебного процесса, ухода, соблюдения принципов медицинской этики. В целом по итогам пребывания в родовспомогательном учреждении, расположенном в городской местности, полностью удовлетворены качеством оказания медицинской помощи и обслуживанием 93,3% женщин, родивших здоровых детей, 72,5% женщин, родивших детей из группы высокого риска и 44,4% женщин из группы социального риска.

Таким образом, анкетирование в родовспомогательных учреждениях позволяет получить оценку организации медицинского обслуживания и работы медицинского персонала, принимать необходимые меры для совершенствования деятельности по оказанию помощи новорожденным и улучшения работы с их матерями.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА

Слепцова С.И.

ООО «Центр перинатальной профилактики». Москва, Россия

Одной из важнейших задач государства при оптимальной демографической политике является улучшение репродуктивного здоровья нации. С этой целью государственная медицина энергично модернизируется, оснащается, решает лекарственные проблемы. Несмотря на все это современная медицина переживает кризис.

На 01.01.2009 г. численность постоянного населения России составила 141,9 млн. чел. С начала года это число уменьшилось на 46,9 тыс. чел. Сокращение численности населения произошло из-за естественной убыли населения. Сохранилось соотношение числа умерших над числом родившихся, превышающим его в 1,2 раза.

В годы выполнения Президентского проекта «Здоровье» увеличилась сеть современных медицинских центров, оснащенных всем необходимым для пациентов с различными осложнениями и хроническими заболеваниями. Начата эксплуатация 20 перинатальных центров, отличающихся от действующих роддомов высокой технологией организации медицинской помощи.

Демографическая активность в стране, вызванная государственными мерами поощрения рождаемости («материнский капитал» и др.), стимулирование экс-

тракторпоральных технологий при бесплодии привели к некоторому подъему рождаемости. Однако с ее увеличением выросли показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

Установлено, что число врожденных пороков у «детей из пробирки» в 2 раза больше, чем у обычных новорожденных, заболеваемость у них также намного выше. Из этого следует: государственная поддержка ЭКО не может считаться оптимальным и единственным способом решения демографической проблемы. Нужна активная профилактика бесплодия. Сейчас в России около 6 млн. бесплодных семей, а истоки данной патологии часто обнаруживаются в детском и подростковом возрасте. По официальной статистике в России производится 1,5 млн. аборт в год, а по данным экспертов — их на 1 млн. больше. В последние годы отмечается рост абортов у девочек 13–16 лет. Вот с чем надо бороться! Профилактика репродуктивных заболеваний может и должна проводиться детскими гинекологами, подростковыми специалистами, андрологами. К сожалению, в России на сегодняшний день эта помощь в государственных учреждениях практически отсутствует.

К тому же, до сих пор не решается вопрос о первичном звене системы государственного здравоохранения. Первичное звено — это ответственнейший этап в здравоохранении. При правильной организации всеобщей диспансеризации населения медицинская служба этого этапа будет не только лечить, но и наблюдать за состоянием здоровых людей. Сегодня усилий персонала поликлинического звена на профилактику болезней не хватает. В связи с этим, деятельность данной системы должна быть перестроена таким образом, чтобы медработникам было выгодно не столько лечить, сколько отвечать за сохранение здоровья. Для этого следует пересмотреть финансирование амбулаторной службы, в которую в настоящее время направляется только около 20% всех средств, выделяемых на здравоохранение.

В последние 10–15 лет появилась альтернатива государственному здравоохранению в виде частной медицины. На волне социальных преобразований в стране возникли медицинские организации современного типа. Их отличают мобильность, адресная экстренная помощь, профессиональные кадры, использующие новейшие технологии. Отсутствие необходимости бюджетного финансирования, самокупаемость частной медицины позволяют предоставлять населению свободный выбор медицинских услуг высокого качества. Как известно, коммерческие учреждения хоть и созданы согласно общемедицинским лицензионным требованиям, но оказались вне государственного здравоохранения и испытывают значительные трудности в период своего становления и развития. Это структуры с новым мировоззрением на организацию медицинских услуг, когда программы оказания помощи диктуются потребителем с учетом его индивидуального заказа. При этом важно соблюдение общенациональных российских стандартов качества как самих специалистов, так и оказываемых ими услуг.

Однако отсутствие законодательных механизмов поддержки развития малого предпринимательства в здравоохранении сдерживает развитие частной инициативы. Решение вопроса о возможности долго-

срочного (пять и более лет) размещения медицинских учреждений на часто запущенных, пустующих площадях медицинских учреждений с возможностью льготной арендной платы позволит восстановить и сохранить многие полуразрушенные здания. Известно, что затраты на ремонт, арендную плату, обслуживание производственных площадей формируют стоимость медицинских услуг. Цены оказываемой медицинской помощи, помимо ее себестоимости, могут быть значительно снижены за счет разумного хозяйствования в рамках партнерства государства с частными учреждениями.

Для этого необходимо разработать: правовые, экономические и юридические основы государственно-частных учреждений (ГЧУ). Это даст возможность упорядочить ценообразование на рынке частных медицинских услуг, их стоимость и уровень качества обслуживания в обязательных и добровольных медицинских страховых компаниях. Не секрет, что государственные медицинские учреждения, как и обязательная страховая медицина, формируют коллективы специалистов из одной научно-практической среды. Ими используются одни и те же стандартные подходы к ведению пациентов, часто без оперативного применения инновационных технологий XXI века, или из-за отсутствия современного медицинского оборудования, технического оснащения диагностических подразделений, что необходимо в период свободной конкуренции.

Совместная деятельность государственных и негосударственных медицинских структур поможет оптимизировать адресную помощь населению страны, предоставить возможность свободного выбора услуг в области здравоохранения и исключить монопольное право государства и обязательной страховой медицины на не всегда качественную помощь.

Объединение финансовых вложений в инновационные медицинские технологии, разрабатываемые в государственных и негосударственных медицинских структурах, даст возможность практическому здравоохранению окрепнуть и направить усилия на качественную помощь не только лечебного, но и профилактического плана. Создание ГЧУ позволит отечественному здравоохранению успешно развиваться, что обеспечит доступную и качественную медицину гражданам страны.

Заключение: с целью дальнейшей реализации проекта «Здоровье», а также Президентской программы «Развитие инновационного общества» нами внесены предложения в Резолюцию Конференции Госдумы РФ ««Социально-нравственные и правовые аспекты материнства» (08.06.09 г.), принятые единогласно. Предлагаем рассмотреть эти тезисы также для включения в Резолюцию Форума «Мать и дитя»:

1. Предусмотреть финансирование производства продуктов детского питания и питания беременных женщин без генно-модифицированных организмов (ГМО).

2. Разработать и внедрить страховые обязательные программы:

а) для бесплодных супружеских пар в возрасте до 25 лет;

б) для беременных с «золотым» стандартом обследования и поддержки беременности и родов;

в) для новорожденных и детей до одного года.

3. Стандартизировать структуру перинатальных центров, включив в их штат специалистов по гинекологии и андрологии детского и юношеского возраста.

4. Внедрить в практику здравоохранения всеобщую диспансеризацию населения с целью профилактики репродуктивной заболеваемости детского, юношеского и зрелого возраста.

5. Вернуться к реализации программы «Дети России», предусмотрев ее финансирование с учетом модернизации экономики, поддерживающей высокотехнологические инновации.

6. Объявить 2010 год «Годом желанного ребенка».

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР В СТРУКТУРЕ ГОСУДАРСТВЕННО- ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Слепцова С.И.

ООО «Центр перинатальной профилактики». Москва, Россия

В 1996 году в г. Москве нами был создан ООО «Центр перинатальной профилактики» (ЦПП), а в 2002 году в г. Одинцово — ООО «Перинатальный профилактический центр» (ППЦ), как негосударственные медицинские учреждения, именуемые в дальнейшем Перинатальный центр, поликлинического профиля для решения репродуктивных проблем. Перинатальный центр имеет статус малого предприятия и оказывает акушерско-гинекологическую и андрологическую помощь населению г. Москвы, Московской области, жителям других регионов страны, а также приезжим, не имеющим возможности получения медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию. Доступность, быстрая реализация помощи населению в амбулаторных условиях, активное использование новейших технологий, хозрасчет и самоокупаемость отличают Перинатальный центр, как организацию современного типа. Перинатальный центр с момента организации активно проводит диагностику, лечение и реабилитацию детского, подросткового и взрослого населения. Для этого на базе Женской консультации №16 (УЗ ЮАО г. Москвы) и в Клинической больнице №123 ФМБА России (КБ №123) (г. Одинцово, Московская область) последние 7 лет реализуется программа «Дети России», которая в свое время была одобрена Госдумой и Правительством России, а также национальный проект «Здоровье», утвержденный Президентом РФ. Оснащение и специализированные кадры Центра (акушеры-перинатологи, детский гинеколог, андролог, психолог) позволяют нам в амбулаторных условиях лечить нарушения репродуктивной сферы и реабилитировать обратившихся к нам подростков, а также супружеские пары при репродуктивных отклонениях, планировать беременности, предупреждать патологию, вынашивать и своевременно рожать. В 17% из всех случаев обращения в Центр с бесплодием, когда супруги имели 1–3 неудачных попытки ЭКО, их тщательное обследование, этиопатогенетическая терапия и подготовка к беременности позволили этим пациентам получить самостоятельную беременность и доносить ее до своевременных родов.

Исследования, проводимые сотрудниками Перинатального центра, показали отрицательную тенденцию заболеваемости репродуктивной системы

у женщин различных возрастных групп, особенно у детей и подростков. В последние годы значительно увеличилось количество девочек с замедленным половым созреванием, как срыв центральной регуляции репродуктивной функции в ответ на резкое изменение веса и экстрагенитальные заболевания. В связи с этим, лечение нарушений полового развития и гинекологических заболеваний у девочек и подростков, занимает в Центре одно из ведущих направлений.

Еще одна проблема — папилломавирусная инфекция (ВПЧ), приводящая к развитию рака шейки матки. Отмечено, что ВПЧ может передаваться внутриутробно от матери к плоду, вызывая папилломатоз гортани у ребенка. ВПЧ способен поражать клетки трофобласта (плаценты), приводя к спонтанным абортам. В акушерстве и гинекологии ВПЧ-ассоциированные заболевания гениталий остаются одной из важнейших проблем. Заметным достижением в последние годы в борьбе за снижение заболеваемости рака шейки матки является вакцинация, а также раннее выявление инфицированных вирусом папилломы человека пациенток. Новые возможности в лечении патологии шейки матки открывает использование в Перинатальном центре аргоноплазменной абляции с помощью аппарата «ФОТЕК ЕА». Это перспективная альтернатива электрохирургии, криодеструкции и лазеротерапии.

Бесплодие, бездетный брак также требуют современных диагностических и лечебных технологий, которые освоены в Перинатальном центре. Поэтому обследование бесплодной пары в Центре проводится одновременно акушером и андрологом по общему плану лабораторных и диагностических исследований и лечебных процедур. Это позволяет улучшить качество обследования и лечения, зависящего от клинической формы заболевания.

Известна роль тромбофилии и аутоиммунных процессов при имплантации и развитии синдрома потери плода, как причине нарушения глубины инвазии трофобласта, что приводит к гестозам, плацентарной недостаточности, антенатальной гибели плода. Для этих пациенток создан диагностический алгоритм лечебно-профилактической помощи до зачатия с применением метода гирудорефлексотерапии. Это позволило получить прогрессирующую беременность у 75% бесплодных пар с АФС, обратившихся в Центр.

В Перинатальном центре осуществляется андролого-урологическая помощь. Анализ лабораторных и клинических данных показал необходимость генетического обследования и терапии воспалительных заболеваний гениталий у пациентов on-line. Установлено, что причинами бесплодия в 13% обращений являлась генетическая патология, в 22% — 2-сторонний эпидидимит, в 13% — нарушение жирового обмена II–III степени, в 6% — вредные привычки с интоксикацией (алкогольная, наркотическая). У 38% выявлена выраженная бактериально-вирусная нагрузка. Проведенное у пациентов с азооспермией купирование воспалительных процессов в андрогенитальной зоне привело к нормализации показателей спермограммы, и восстановлению репродукции у 16%, обратившихся с бесплодием, мужчин.

Психосоматическая коррекция здоровья пациентов до наступления беременности во много раз повышают

возможность ее благополучного исхода. Это обеспечивается многопрофильными службами КБ №123., с которыми сотрудничает Центр.

Партнерство Перинатального центра с КБ №123 показало широкие возможности взаимного обогащения новейшими высокотехнологичными методами обследования и лечения пациентов. Это позволило развить здоровую свободную конкуренцию в сфере медицинских услуг.

Заключение:

Успешная реализация национального проекта «Здоровье» напрямую зависит от понимания его социальной значимости и поддержки органами здравоохранения на местах. Здесь важна правильная оценка официальными медицинскими структурами государственной политики, направленной на укрепление малого и среднего бизнеса, играющего значительную роль на медицинском рынке. Частная медицина сегодня является лидером в предоставлении услуг высокого качества, в том числе для людей среднего достатка, желающих их получить в комфортных условиях.

Национальный проект «Здоровье», а также Президентская программа «по развитию инновационного общества» диктуют создание законодательной базы и материально-технической поддержки негосударственного здравоохранения.

НОВЫЕ ФОРМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Смирнова Н.П., Аккузина О.П., Курмачева Н.А.,
Рогожина И.Е.**

*ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции», ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»,
Саратов, Россия*

В настоящее время в России государственными приоритетами становятся семья и материнство, сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения. Стратегические направления государственной демографической политики и национального проекта «Здоровье» по охране репродуктивного здоровья населения, созданию условий для безопасного материнства, рождения здоровых детей, снижения младенческой и предупреждения материнской смертности обуславливают необходимость консолидации усилий научной и практической отраслей здравоохранения, всей медицинской общественности с целью обеспечения реальной эффективности этих инициатив. Важнейшую роль в этой связи приобретает системный подход к заботе о репродуктивном здоровье. Неслучайно современная репродуктивная медицина – это медицина семьи в целом, использующая достижения многих наук, изучающая все аспекты репродуктивного здоровья людей с момента рождения до глубокой старости. Именно репродуктивная медицина может осуществлять системное междисциплинарное

решение демографической проблемы. Однако реализовать свой потенциал в полной мере репродуктивной медицине не позволяют общая непродвинутость населения и недостаточный профессиональный уровень врачей. До сих пор отсутствуют общепринятые системные ориентиры для согласования схем лечения пациентов с нарушениями репродуктивного здоровья.

Правительство РФ, МЗиСР РФ поставили цель к 2010 году адаптировать систему подготовки медицинских кадров в России к европейским образовательным стандартам согласно Болонской декларации 1999 года. Одна из важнейших задач на этом пути – введение системы зачетных единиц (кредитов), положение о которой уже принято в нашей стране. Это положение предусматривает учитывать сумму полученных баллов (кредитов) при повторной сертификации и получении врачебных категорий.

Учитывая кризисную демографическую ситуацию и острую необходимость совершенствования службы охраны репродуктивного здоровья населения Саратовской области, в 2008 году на территории Саратовской области создана система реального непрерывного последипломного образования врачей по проблемам репродуктивной медицины силами сотрудников ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции» (СОЦПСИР) и кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава». Приказом МЗ Саратовской области № 213 от 3.03.2008 г. в структуре ГУЗ СОЦПСИР организован учебно-методический центр репродуктивной медицины.

Учебная программа предусматривает обучение всех врачей интернов и ординаторов акушеров-гинекологов Саратовской области на циклах тематического усовершенствования (ТУ) «Основы репродуктивного здоровья» (72 академических часа). Интерны и ординаторы других специальностей обучаются на цикле ТУ «Основы репродуктивного здоровья» 36 академических часов.

С 2009 года разработаны учебные программы ТУ «Основы репродуктивного здоровья» длительностью 72 академических часа для врачей – педиатров и терапевтов, обучено 15 заведующих отделениями детских поликлиник и стационаров г. Саратова.

Для врачей акушеров-гинекологов организованы циклы ТУ «Планирование семьи и контрацепция», «Эндокринология в акушерстве и гинекологии», «Лечебно-профилактическая помощь женщинам при бесплодии», «Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии» продолжительностью 144 академических часа. Используются очная и очно-заочная формы обучения.

За период 2008 г. и 1-е полугодие 2009 г. на циклах ТУ «Основы репродуктивного здоровья» обучено 95 интернов и ординаторов акушеров-гинекологов, 311 интернов и ординаторов других специальностей. На циклах ТУ «Планирование семьи и контрацепция» обучено 38 врачей, «Эндокринология в акушерстве и гинекологии» — 146 врачей, «Лечебно-профилактическая помощь женщинам при бесплодии» — 25 врачей акушеров-гинекологов, «Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии» — 50 врачей детских и подростковых гинекологов.

Нами подготовлен перечень основных требований к объему теоретической и практической подготовки акушеров – гинекологов области при повторной сер-

тификации и получении (подтверждении) врачебных категорий. В него включены участие в научно-практических конференциях, семинарах не менее 4-х раз за год, а для получающих (подтверждающих) высшую категорию – обязательное прохождение каждые 5 лет одного из вышеперечисленных цикла ТУ, помимо очередных сертификационных циклов. В зависимости от уровня конференций и семинаров (всероссийские, областные, городские, кустовые) их участники получают сертификаты с указанием количества баллов (зачетных единиц), что учитывается при аттестации на врачебную категорию.

ТЕНДЕНЦИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ

Суханова Л.П.

Россия, г. Москва, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрова

Материнская смертность (МС) является интегральным индикатором качества здравоохранения и в то же время характеризует эффективность репродуктивного процесса на уровне популяции. Поскольку в большинстве случаев смерти женщин летальный исход предотвратим, показатель и структура МС отражают качество медицинской помощи, выявляя резервы ее улучшения и определяя стратегию развития службы родовспоможения.

Уровень МС в Центральном Федеральном округе (ЦФО) России в течение всех лет остается ниже общероссийского, однако характеризуется высоким региональным разбросом и неоднородной динамикой показателя по субъектам округа.

Для сравнительной оценки тенденций МС по регионам ЦФО — с целью нивелирования годовых колебаний показателя, весьма существенных из-за масштаба МС (1 смерть на 2000-5000 родов) — анализ проведен по методике обобщенной оценки показателя по среднегодовому его значению за 4 года — за периоды 1994-1997гг. и 2004-2007гг.

В целом по ЦФО за 10-летний период выявлено двукратное снижение уровня МС (с 44,7 на 100тыс. живорожденных в 1994-1997гг. до 22,5 в 2004-2007гг., что ниже показателей по России (51,3 и 23,6 соответственно за те же годы). Однако при общей положительной тенденции МС в ЦФО, в шести его регионах отмечена отрицательная динамика показателя.

При этом в Калужской, Воронежской и Орловской областях, несмотря на рост среднегодового показателя в динамике (с 20,9, 9,9 и 9,7 на 100тыс. живорожденных соответственно в 1994-1997гг. до 23,8-13,8-16,5 в 2004-2007гг.) уровень МС в последние годы не превысил общероссийского уровня (23,6) и показателя в ЦФО (22,5).

Значительно хуже ситуация в Костромской, Тамбовской и Ярославской областях, в которых уровень МС в 2004-2007гг. составил по среднегодовому показателю соответственно 45,3-31,0-39,6 на 100

тыс. живорожденных, увеличившись в сравнении с уровнем 1994-1997гг. (31,0-28,1-34,8 на 100тыс. живорожденных соответственно) на 46,5-10,3-13,7%.

При этом особенно тревожной является, во-первых, выраженная негативная динамика в данных областях, во-вторых, превышение уровня МС в этих регионах общероссийского показателя и показателя по округу в последние годы — при том, что в 90-х годах уровень МС в этих областях был ниже уровня в России и в ЦФО.

Детальный анализ МС в данных регионах выявил, что ухудшение ситуации в Костромской области произошло за счет роста МС у городских жительниц (с 29,2 в 1994-1997гг. до 49,8 в 2004-2007гг., или на 70,8%); в Тамбовской — за счет сельских (с 27,1 до 37,8, или на 39,4%). Наиболее неблагоприятная динамика МС отмечена у сельских жительниц Ярославской области, где показатель увеличился за указанные временные периоды в 2,7 раз — с 22,9 в 90-е годы до 61,8 на 100тыс. живорожденных в 2004-2007гг.

Анализ общих репродуктивно-демографических тенденций в анализируемых регионах выявил наиболее неблагоприятную ситуацию в Тамбовской области, где произошло уменьшение числа рожденных детей (с 42739 за 1994-1997гг. до 38751 в 2004-2007гг., или на 9,3%), при том, что и в России, и в ЦФО число рожденных живыми детей увеличилось за эти годы на 13,4 и 16,7% соответственно. В Ярославской области число родившихся детей также увеличилась на 17,3%, в Костромской области — на 11,0%.

Очевидно, что данный феномен обусловлен макроэкономическими и социальными факторами, неблагоприятными изменениями условий и качества жизни населения регионов, однако выявленные негативные тенденции МС, преимуществом у сельских жительниц, требуют совершенствования службы родовспоможения как главного фактора снижения МС.

Представленный анализ определяет направление поиска реальных резервов снижения МС — повышения уровня медико-социальной поддержки рождающих женщин и качества родовспоможения на уровне популяции.

ЗНАЧЕНИЕ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Филиппов О.С., Гусева Е.В.

Россия, г. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Важнейшим приоритетным направлением государственной социальной политики в Российской Федерации является улучшение демографической ситуации, повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе во время беременности и родов, сохранение и укрепление состояния здоровья

детей и матерей. На решение данных задач направлена реализация мероприятий программы «Родовый сертификат» приоритетного национального проекта «Здоровье».

В 2008 году в реализации программы «Родовый сертификат» участвовало 4 942 учреждения здравоохранения, с которыми было заключено 5 463 договора. Оплачены услуги по оказанию медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе – 1 550,3 тыс. женщин (на 6,9% больше, чем в 2007 году), в период родов и в послеродовой период – 1 578,0 тыс. женщин (на 8,9% больше, чем в 2007 году), по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первых шести месяцев – 1 279,7 тыс. детей, по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение вторых шести месяцев – 1 101,7 тыс. детей. Таким образом, обеспеченность женщин и новорожденных родовыми сертификатами в 2008 году составила 92,7% (в 2007 году – 91,1%).

Родовые сертификаты позволили привлечь в систему родовспоможения дополнительные финансовые ресурсы. В 2008 году общая сумма средств, перечисленных учреждениям здравоохранения, составила 16 508,5 млн. рублей, в том числе по талону № 1 – 4 651,0 млн. рублей, по талону № 2 – 9 476,1 млн. рублей, по талону № 3-1 – 1 279,7 млн. рублей и по талону № 3-2 – 1 101,7 млн. рублей.

В последнее время наметились тенденции к улучшению качества наблюдения беременных в женских консультациях. Охват беременных женщин ультразвуковым скринингом увеличился с 93,7% в 2007 году до 95,6% в 2008 году, биохимическим – с 68,2% до 74,2% соответственно. Доля женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, возросла с 78,9% в 2007 году до 80,7% в 2008 году. Объемы оказания стационарозамещающей помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе увеличились с 24,4% в 2007 году до 26,9% в 2008 году, активный патронаж беременных – с 58,0% до 59,8%.

Наблюдается положительная динамика состояния здоровья беременных. Снизилась частота анемии (с 39,0% к числу закончивших беременность в 2007 году до 37,5% в 2008 году), гестоза (с 19,3% до 18,3% соответственно), в том числе преэклампсии и эклампсии (с 1,9% до 1,5%). Среди заболеваний, осложнивших течение родов и послеродового периода, уменьшилась частота гестоза (с 207,6 на 1000 родов в 2007 году до 194,4 в 2008 году), в том числе преэклампсии и эклампсии (с 33,1 до 29,6 соответственно), кровотечений в последовом и послеродовом периоде (с 15,28 до 13,42), нарушений родовой деятельности (с 113,9 до 110,2), разрывов промежности III-IV степени (с 0,23 до 0,17), послеродового сепсиса (с 0,73 до 0,58). По данным Минздравсоцразвития России, показатель материнской смертности в Российской Федерации снизился с 24,2 на 100 000 родившихся живыми в 2007 году до 22,5 в 2008 году. Показатель младенческой смертности уменьшился с 9,4 на 1000 родившихся живыми в 2007 году до 8,5 в 2008 году, показатель перинатальной смертности – соответственно с 9,07 до 8,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. В 2008 году родились 1713,9 тыс. детей, что на 103,8 тыс. детей больше, чем в 2007 году.

Итоги реализации программы «Родовый сертификат» свидетельствуют о необходимости продолжения

работы по совершенствованию организации службы родовспоможения, повышению качества медицинских услуг в учреждениях родовспоможения с целью дальнейшего снижения материнской и младенческой смертности.

МАТЕРИНСКИЕ ПОТЕРИ В РОССИИ В 2008 году

Филиппов О.С., Токова З.З., Гусева Е.В.

Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздравсоцразвития России», Москва

Динамика материнской смертности (МС) в РФ за последние 5 лет свидетельствует о ее снижении: 2004 г. – 23,4, 2005 г. – 25,4, 2006 г. – 23,8, 2007 г. – 22,0, 2008 г. – 20,7 на 100 тыс. живорожденных (Росстат).

В 2008 г. впервые в стране зарегистрирован одинаковый уровень МС, как среди городского (20,6 на 100 тыс. живорожденных), так и сельского населения (20,8 на 100 тыс. живорожденных).

Значительных успехов в снижении этого показателя в 2008 г. по сравнению с предшествующим годом добились: Центральный федеральный округ – на 20,7%, Сибирский федеральный округ – на 26,7%, Дальне-Восточный федеральный округ – на 19,7%. В Северо-Западном (на 52,4%) и Уральском (на 25,6%) федеральных округах произошел рост показателя.

Представляет интерес соотношение доли родов и материнских смертей в федеральных округах от общего числа родов и материнских потерь в стране (2008 г.): Центральный федеральный округ доля родов – 22,4% и доля материнских потерь – 17,5%; Северо-Западный федеральный округ соответственно – 8,4% и 9,0%; Южный федеральный округ – 18,5% и 18,1%; Приволжский федеральный округ – 20,8% и 23,5%; Уральский федеральный округ – 9,5% и 9,9%; Сибирский федеральный округ – 15,6% и 15,5%; Дальне-Восточный федеральный округ – 4,8% и 6,5%.

Если ведущими причинами в структуре МС в стране 5 лет назад (2004 г.) были кровотечения (18,4%), аборт (17,9%), токсикоз беременности (15,0%), то в 2008 г. эти ранговые места заняли экстрагенитальные заболевания (19,2%), акушерская эмболия (14,4%), акушерские кровотечения (13,8%) (Росстат).

Нами проведен анализ карт донесения на 382 случая материнской смерти в стране в 2008 г., пояснительных записок главных специалистов территорий.

Первое место среди причин смерти заняли экстрагенитальные заболевания. В этой группе женщин (68) 6,8% умерли время беременности, в послеродовом периоде – 11,0%. Оказалось, что 10 случаев (14,7%) из них не относятся к категории МС (8 онкобольных, 1 – отравление ядом, 1 – дорожно-транспортное происшествие), кроме того, около половины (33 сл. – 48,5%) больных имели заболевания, включенные в перечень показаний для искусствен-

ного прерывания беременности по медицинским показаниям (Приказ Минздравсоцразвития России № 736 от 3.XII.2007 г.). При своевременном прерывании беременности этим женщинам возможно было спасти жизнь.

На нашем материале акушерские кровотечения обусловлены в 49,2% коагулопатией, 41,5% — отслойкой нормально расположенной плаценты, 6,2% — плотным прикреплением плаценты, 3,1% — предлежанием плаценты.

По мнению экспертов — главных акушеров-гинекологов субъектов, предотвратить летальный исход могла реализация следующих мероприятий:

- более ранняя диагностика патологического состояния;
- своевременная госпитализация;
- достаточная квалификация акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов;
- своевременная и адекватная инфузионно-трансфузионная терапия.

Конечно, мероприятия по остановке кровотечений остаются незыблемыми, но они должны дополняться использованием современных технологий. Чтобы на современном уровне оказывать помощь при акушерском кровотечении следует иметь следующий набор методов: аутоплазма- и аутогемодонорство, СЗП, оксигилкрахмалы, реинфузия эритроцитов, управляемая гемодилюция, трансамча, селсевер, гемаферез, препараты, содержащие факторы свертывания крови.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ И РЕБЕНКА

Филиппова Г.Г.

Россия, г. Москва, НОУ Институт перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы

В последние 15 лет развитие науки и практики в области перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы показало, что в государственную систему охраны материнства и детства необходимо включать психологическую помощь женщине и ребенку на всех этапах репродуктивного цикла семьи: планирование рождения детей, зачатие, беременность, роды и раннее развитие ребенка. Результаты исследований и применение психологической работы в практике убедительно доказывают, что психологический компонент является чрезвычайно важным при нарушениях репродуктивного здоровья женщин и раннего развития ребенка. Нарушения репродуктивного здоровья (бесплодие и невынашивание, нарушения течения беременности, нарушения в родах, послеродовые расстройства у женщин) и осложнение отношений в системе «мать-дитя» после рождения ребенка с высокой степенью достоверности сочетаются с психологической неготовностью женщины к беременности и материнству, со страхами и тревогами, связанными с беременностью и родами, с недостаточной материнской компетентностью. Однако до сих пор в учреждениях родовспоможения и детства не осуществ-

ляется систематическая психологическая помощь, не разработаны нормативные документы, не проводится профессиональная подготовка психологов для работы в этих учреждениях, не введено дополнительное обучение врачей, в результате чего невозможно эффективное сотрудничество психологов и медицинских работников.

За последние годы были предприняты шаги по внедрению психологических знаний в практику работы соответствующих государственных и негосударственных учреждений и по выявлению запроса женщин и врачей на оказание психологической помощи. С 2002 по 2004 год при помощи Министерства здравоохранения РФ было проведено исследование потребности в психологических услугах пациентов и врачей, которое показало высокий запрос от обеих групп респондентов. По результатам опроса пациенты считают, что психологическая помощь должна им быть оказана по всем предлагаемым позициям (всего 26 позиций). Врачи также считают, что их пациентам психологическая помощь должна быть оказана по всем предлагаемым позициям, однако врачи оценивают ее выше, чем сами пациенты на 15%. Для себя врачи также считают необходимым получать все предлагаемые виды психологических услуг, причем их запрос гораздо выше, чем у пациентов: в большинстве случаев их запрос превышает 100%, то есть они готовы получать один и тот же вид психологических услуг по месту своей работы и еще дополнительно в специализированных заведениях. В запрос врачей входит психологическое образование, овладение практическими навыками, консультирование по профессиональным проблемам. Самым актуальным для врачей является помощь в снятии профессионального стресса. Не менее важна для врачей и психологическая помощь по личным проблемам. Это говорит о том, что врачи работают на пределе своих возможностей и оптимизация их профессиональной деятельности является одной из важнейших задач.

Все это свидетельствует о необходимости введения психологической помощи в женских консультациях, родильных домах, перинатальных центрах, детских поликлиниках. Для осуществления этой помощи необходимо разработать положение о психологе и нормативы работы психолога в медицинских учреждениях родовспоможения и детства, ввести должности психологов в эти учреждения, организовать профессиональную подготовку психологов для этих учреждений, организовать дополнительное образование врачей для обеспечения эффективного взаимодействия с психологами. Опыт практической работы и образования в данной области позволит при организационной и финансовой поддержке государства быстро и эффективно решить обозначенные задачи.

ВНЕДРЕНИЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Филиппова Т.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

В существующих условиях демографического кризиса считаем своевременным внедрение в учебный процесс кафедры последиplomного образования холистической модели охраны репродуктивного здоровья – структурно-организационной модели, сформированной в условиях здравоохранения региона.

Практическая ценность её для слушателей заключается в предоставлении осмысления значимости происходящих изменений в системе здравоохранения и мотивации на преодоление консерватизма мышления, нежелания менять сложившиеся стереотипы.

Холистическая модель (от английского holism) – интегрированная, целостная, имеющая независимую реальность модель, которая не может быть осмыслена и оценена просто путем рассмотрения отдельных ее частей (Websters new world dictionary).

Основные характеристики холистической модели: целостный подход к решению проблем в противовес фрагментации, долгосрочность перспектив; принцип эволюции и самоорганизации; обязательная экспертная оценка функционирования системы, конструктивный подход к устранению выявленных дефектов, непрерывный процесс критического отбора вариантов и др.

Выделение факторов, характеризующих репродуктивное здоровье, и оказывающих значимое влияние на показатели естественного движения населения (количество родов у ВИЧ инфицированных, частота абортов, материнская смертность, плодово-младенческие потери, смертность от злокачественных новообразований органов репродуктивной системы и частота вертикальной трансмиссии ВИЧ инфекции, способствовало определению приоритетов и стратегических направлений развития акушерско-гинекологической службы.

Оценка динамики показателей репродуктивного здоровья позволяет отмечать успехи в работе службы, а так же выявлять слабые места существующей системы помощи и намечать новые стратегические планы, направленные на их устранение в соответствии с используемой при управлении качеством цикличностью Деминга (Шухарта).

В основу холистической модели охраны репродуктивного здоровья легли основные этапы реформирования и организации работы акушерско-гинекологической службы по снижению репродуктивных потерь: I — охрана репродуктивного потенциала девочек, II — охрана соматического и репродуктивного здоровья женщин, III — догестационная подготовка, IV — диспансерное наблюдение по беременности, лечение акушерской и соматической патологии, V — родоразрешение, VI — послеродовая реабилитация.

При раскрытии содержания каждого из перечисленных этапов врачи-курсанты знакомятся с современными медико-организационными техноло-

гиями, внедренными в здравоохранение Самарской губернии, а также формами налаженного внутри и межведомственного взаимодействия: 4-х уровневой системой организации детской и подростковой гинекологической помощи; функционирующей моделью АТПК, адаптированной к групповой форме работы врачей; алгоритмом взаимодействия акушерско-гинекологической службы с врачами общей практики (семейными врачами); комплексным обследованием беременных высокой степени риска на койках дневного стационара для скринингового обследования беременных; организационной системой пренатальной диагностики в Самарской; стратегией рационального ведения родов в акушерских стационарах, базирующейся на развитии инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», на отказе от методик «агрессивного акушерства»; современными принципами эпидемиологического благополучия, внедренными в работу акушерских стационаров в процессе реализации международного проекта «Инфекционный контроль» с английской неправительственной организацией HealthProm» при участии ведущих специалистов Центрального института эпидемиологии МЗ России и Лаборатории национального здоровья Великобритании.

Принципиально новыми формами работы четвертого этапа, внедренными в работу здравоохранения г.о. Тольятти являются «Паспорт экстрагенитальной патологии беременной» и «Терапевтический консилиум».

Внедрение единого информационного пространства муниципального здравоохранения, использование программных комплексов («Оперативный учет и анализ детской смертности», «Мониторинг ведения беременных», «Мониторного контроля профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ инфекции от матери к плоду» и др.) позволяют организовать АРМ главного специалиста акушера-гинеколога и поднять на новый уровень управление акушерско-гинекологической службой.

Большую роль в межведомственном подходе к охране репродуктивного здоровья играет служба социальной помощи семье и детям, организованной в Самарской области в 1991 года в соответствии с системой государственного управления семейной политикой.

Привлечение в союзники средств массовой информации является важным условием адекватного восприятия обществом происходящих изменений, мотивации на участие в профилактических программах и доверия к профессионализму медицинских и социальных работников.

Конечным итогом предложенной холистической модели охраны репродуктивного здоровья является позитивная динамика показателей репродуктивных потерь и других качественных показателей репродуктивного здоровья.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОГЕСТАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

Цуркан С.В., Вдовенко С.А.

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, Самара, Россия

Вектор современного родовспоможения ориентирован на построение новой модели работы практического здравоохранения по реализации ранней профилактики пре- и перинатальной патологии, имеющей целью снижение уровня фето-инфантильных потерь и повышение уровня здоровья новорожденных детей. Массовое внедрение новых медицинских и организационных технологий оправдано только в случаях адекватного соотношения затрачиваемых материальных ресурсов на достижение определенных результатов в улучшении здоровья населения.

Создание новых структурных подразделений в амбулаторно-поликлинических учреждениях службы родовспоможения Самарской области — кабинетов профилактической работы предоставило возможность организации и проведения массовой догестационной подготовки супружеских пар. Проведенный нами анализ перинатальных исходов у 1675 женщин, прошедших подготовку к беременности продемонстрировал позитивное влияние проведенных мероприятий на догестационном этапе на состояние здоровья новорожденных детей.

В общей выборке пропорция женщин, использовавших изучаемую медицинскую технологию на этапах планирования беременности, составила 46,1%. Установлены статистически значимые различия между группами здоровых и больных новорожденных: охват догестационной подготовкой матерей, родивших здоровых детей составил 62,75%, а родивших больных детей — 12,3% ($\chi^2=12,4$; $p=0,026$). Большая часть беременных женщин в обеих группах использовала лишь одну технологию из комплекса ДГП — прием витаминов и минералов -29,37%. Необходимо отметить, что в группе здоровых детей этот процент в 4,5 раза выше (39,58% и 8,68%). Прослеживается различие между группами и в использовании способа деконтаминации 13,9% и 3,98% — соответственно. Охват исследуемой группы женщин комплексной догестационной подготовкой, на наш взгляд, крайне недостаточен — 6,08%. Анализируя уровень использования данной технологии между группами, мы отмечаем наиболее значимые различия: 8,91% в группе здоровых детей и 1,96% в группе больных.

Нам представилось весьма важным изучить влияние подготовки к беременности на ресурсопотребление в системе родовспоможения. Было установлено, что женщины, прошедшие догестационную подготовку, в 1,9 раза реже госпитализируются на стационарное лечение во время беременности — 30,3% и 57,4% ($\chi^2=38,8$; $p=0,007$). Нами рассчитана экономия средств в результате снижения количества госпитализаций, которая составила 1490715,2 руб. или 1930,9 руб. на каждую женщину, прошедшую догестационную подготовку. Анализ показал, что женщины, планировавшие беременность и получившие

медицинскую помощь в периконцепционный период, значительно реже госпитализируются в стационары высокой степени риска — 6,5% и 28,2% ($\chi^2=38,8$; $p=0,007$). При проведении расчета экономия финансовых средств составила 1388132,7 руб. или в пересчете на 1 женщину — 1798,1 руб.

Проанализирована связь подготовки к беременности с характером родоразрешения. Выявлена следующая закономерность: женщины, прошедшие курс подготовки к беременности, в 7,1 раза реже родоразрешаются оперативным путем — 87,6% и 12,4% ($\chi^2=18,2$; $p=0,035$). В сравнении с группой женщин, не планировавших беременность, эта разница также существенна — 2,98 раза (37% и 12,4%). Мы рассчитали экономию финансовых средств, обусловленную снижением частоты оперативного родоразрешения вследствие проведения превентивных догестационных мероприятий. Предполагая ситуацию, когда технологии подготовки к беременности не используются и возрастет количество женщин, родоразрешенных оперативным путем, в исследуемой выборке затраты бы возросли на 404320,0 руб. Таким образом, подготовка к беременности дает экономию 523,73 руб. на каждую женщину.

Нами установлена статистически значимая взаимосвязь: подготовка к беременности позволяет снизить частоту преждевременных родов ($\chi^2=14,9$; $p=0,039$). Если в группе беременных, прошедших подготовку к беременности, уровень недонашивания составил 0,8%, то среди женщин, не планировавших беременность, в 12 раз чаще — 9,7%. Проведенный расчет финансовых затрат на оказание медицинской помощи при преждевременных родах выхаживание недоношенного ребенка показал высокую эффективность догестационной подготовки как превентивной технологии — снижение затрат составило на 1582915,2 руб. Экономия составляет 2050,4 руб. на каждую женщину, прошедшую догестационную подготовку.

Таким образом, можно сделать заключение, что использование превентивных технологий способствует улучшению перинатальных исходов — увеличению количества рождений здоровых детей, а также экономии материальных ресурсов в здравоохранении. Проведенные нами расчеты показали, что проведение догестационной подготовки дает экономию в 6390,0 руб. на каждую беременную женщину.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ В ВЫСОКОУРБАНИЗИРОВАННОМ ГОРОДЕ

Шаховская И.Н.

Департамент здравоохранения мэрии городского округа Тольятти, Россия

Несмотря на постоянный интерес исследователей к проблеме анемии беременных, частота их остается высокой. Частота анемии беременных в высокоурбанизированном регионе Среднего Поволжья, каким является Тольятти хотя и имеет тенденцию к снижению (в 2005 году 47,3%; в 2008г. - 30%), продолжает оставаться серьезной проблемой в акушерстве,

занимая первое место среди экстрагенитальной патологии беременных и ухудшая исход гестации как для матери, так и для плода.

Большого внимания заслуживает изучение влияния социальных и медицинских проблем женщины на риск развития анемии во время беременности. Для изучения медико-социальных аспектов у женщин, беременность которых протекала на фоне анемии, было проанализировано 52 индивидуальные карты беременных (форма 111\у), закончившие беременность в 2008 — 2009г.г., выделяя социальные и медицинские аспекты анемии беременных по специально разработанной анкете.

Ранняя явка в исследуемой группе составила 78,8%, в 100% случаев была анемия легкой степени. Гематологические показатели: гемоглобин от 91 г/л до 109 г/л, эритроциты от 2,8 до $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, сывороточное железо от 5,5 до 26,5 мкмоль/л.

Средний возраст данной группы женщин составил 29,5 лет. По возрасту исследуемая группа распределялась следующим образом: 15-19 лет-13,5% (7 женщин), 20-24г. — 38,5%(20 женщин); 25-29 лет – 26,9% (14 женщин); 30-34 года-13,5% (7 женщин); 35-39 лет -5,8% (3 женщины); 40-44 года – 1,9% (1 женщина).

По социальному статусу женщин: служащие составили большинство – 19 (36,5%), 15 (28,8%) - домохозяйки; женщин рабочих специальностей – 12 (23,1%), студенты и учащиеся – 5 (9,6%), 1(1,9%) – безработные. Труд данных женщин сопряжен или с физическими нагрузками, или психо-эмоциональным напряжением. Работают во вредных условиях – 3(5,8%).

Брак зарегистрирован у 40 (76,9%), каждая четвертая женщина не создала полноценной семьи. Добрачную половую жизнь начали вести 40 (76,9%) женщин. Контрацепцией до беременности пользовались 45(87,5%) женщин, причем 13 (25%) – пользовались комбинированными оральными контрацептивами, 31(59,6%) – презервативами, 7(13,5%) – не предохранялись от беременности. Обращает на себя внимание тот факт, что 15(28,8%) женщин имели вредные привычки — 14(26,9%) курили до и во время беременности, 1(1,9%) – принимала наркотики.

Обращает на себя внимание соматическое состояние здоровья беременных женщин с анемией. Так, 36(69,2%) женщин, беременность которых протекала на фоне анемии, имели соматические заболевания до беременности, которые распределились следующим образом: анемия до беременности – 7(13,5%), заболевания мочеполовой системы -11(21,2%); туберкулез до беременности- 2(3,8%); заболевания желудочно-кишечного тракта — 3(5,8%); заболевания печени — 5(9,6%); варикозная болезнь нижних конечностей – 3(5,8%); НЦД -5(9,6%); заболевания щитовидной железы — 3(5,8%); сифилис – 1(1,9%). Таким образом видно, что на каждую беременную, имеющую соматическую патологию приходится по 1,1 заболеванию.

Анализ генеративной функции показал, что большинство женщин были повторнобеременными — 31(59,6%), из них 24 (77,4%) имели в анамнезе выкидыши и/или искусственные аборты. Отягощенный гинекологический анамнез отмечался у каждой второй, что составило 51,9% (27 женщин), в структуре заболеваний на первом месте эктопии шейки матки – 13(25%) и воспалительные заболевания женских по-

ловых органов 13(25%), затем идут – нарушение менструальной функции – 9(17,3%), опухоли яичников и миома матки – 7(13,5%).

Таким образом, в результате изучения влияния медико-социальных причин на развитие анемии у беременных установлено, что высокая частота анемии беременных, формируется на фоне низкого социального и материального уровня семей, высокой частоты экстрагенитальной и гинекологической патологии. Выявление связи между частотой анемии беременных и медико-социальными причинами, позволит улучшить мероприятия направленные на профилактику анемии беременных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Юрасова Е.А., Пестрикова Т.Ю., Пивкина О.А.

Россия, г. Хабаровск, Дальневосточный государственный медицинский университет

Актуальность. При всей непродолжительности перинатального периода он считается важнейшим этапом на протяжении всей жизни человека, так как несет большую ответственность за смертельный исход от болезней этого периода и болезней отдаленного будущего (ВОЗ, 2002). Величина и динамика перинатальной смертности являются объективными критериями для оценки влияния медицинских, биологических и социальных факторов на здоровье беременных женщин и новорожденных детей.

Цель исследования. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты перинатальных потерь у женщин, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования. В ходе работе нами был проведен клинический и морфологический анализ 895 случаев перинатальной смертности. В исследование были включены 187 беременных женщин, относящихся к группе высокого перинатального риска (степень перинатального риска более 10 баллов), имевших в анамнезе преждевременные роды, мертворождения. В зависимости от тактики ведения нами были выделены следующие группы: основная группа включала 50 женщин, которые получали лечение, направленное на профилактику первичной и вторичной плацентарной недостаточности (предгравидарная подготовка); в группу I вошли 67 женщин, которым проводились лечебные мероприятия, направленные на профилактику плацентарной недостаточности в сроке гестации до 16 недель; в группу II были включены 70 женщин, которым проводились лечебные мероприятия, направленные на профилактику плацентарной недостаточности в сроке гестации после 16 недель. Для сравнения (группа сравнения) мы проанализировали данные клинического обследования 50 женщин, у которых беременность завершилась нормальными срочными родами (родились живые доношенные дети),

а по данным морфологического исследования последов признаков воспаления зафиксировано не было. В работе использовались методы изучения показателей гемостаза; для определения бактериально-вирусных агентов применяли бактериоскопический, бактериологический методы исследования, метод ПЦР и ИФА с использованием сертифицированных наборов. Ультразвуковая диагностика органов малого таза для определения гинекологической патологии и динамического наблюдения за беременными проводилась на приборах Aloka 1700, ALOKA SSD-2000. Гемодинамические изменения в системе «мать-плацента-плод» были определены методом доплерометрии. Морфологическое исследование ткани эндометрия и плаценты проводилось в соответствии с приказом № 82 МЗ и МП РФ от 29.04.94. "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий".

Результаты исследования. В генезе перинатальных потерь ведущая роль принадлежит плацентарной недостаточности, подтвержденной морфологическими исследованиями. При мертворождениях первичная плацентарная недостаточность была диагностирована в 82,39±1,41%; вторичная плацентарная недостаточность встречалась в 86,66±1,26%. Декомпенсированная хроническая плацентарная недостаточность была выявлена в 68,91±1,72%; декомпенсированная острая плацентарная недостаточность – в 7,57±0,98%; сочетание хронической плацентарной недостаточности с острой декомпенсацией – в 23,52±1,57%. Частота инфекционно-воспалительных реакций в плаценте достигала 85,01±1,32%. У женщин групп высокого перинатального риска, имеющих заболевания органов репродуктивной системы воспалительного генеза, были выявлены нарушения в системе гемостаза, характеризующиеся повышением агрегационной активности тромбоцитов, ускорением активированного времени рекальцификации, активированного парциального тромбопластинового времени, времени свертывания крови, повышением содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов и фибриногена, а также снижением уровня антитромбина III и замедлением ХIIа-зависимого эуглобулинового лизиса. Была доказана эффективность лечебно-профилактических мероприятий с использованием антимикробных (ровамицин), антиагрегантных препаратов (курантил N, МагнеВ6) и низкомолекулярных гепаринов (фраксипарин) в предгравидарном периоде и до 16 недель гестации, позволяющая достоверно снизить частоту ранней неонатальной заболеваемости, а также устранить развитие декомпенсированной формы плацентарной недостаточности, преждевременных родов и случаев перинатальной смертности. Установлена необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий с использованием антимикробных, антиагрегантных препаратов и низкомолекулярных гепаринов после 16 недель гестации у женщин групп высокого перинатального риска, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы, при которых достоверно снижается частота преждевременных родов, устраняются случаи перинатальной смертности, но показатели перинатальной заболеваемости остаются высокими.

Закключение.

Проведение лечебно-профилактических мероприятий, включающих назначение антимикробных препаратов, антиагрегантов и низкомолекулярных гепари-

нов на этапе предгравидарной подготовки и в сроке гестации до 16 недель позволяет исключить перинатальные потери.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Юсупова А.Н., Фролова О.Г.,
Гудимова В.В., Цимлякова Л.М.

Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова, Москва, Россия

Перинатальная смертность является одним из показателей, характеризующих репродуктивное здоровье населения, а также качество акушерской и неонатальной помощи.

Объективная информация об уровне и динамике показателя перинатальной смертности позволяет рационально планировать материальные и кадровые ресурсы при осуществлении лечебных и профилактических мероприятий.

В развивающихся странах средний уровень перинатальных потерь составляет 57,0‰, в развитых странах – 4-7‰. В России отмечается динамичное снижение уровня перинатальной смертности (2004 г.-10,6‰; 2005 г.- 10,2‰; 2006 г. – 9,57‰; 2007 г.- 9,07‰; 2008 г. – 8,3‰). Причем сокращение перинатальных потерь происходило как за счет мертворождаемости, так и ранней неонатальной смертности. Так, ранняя неонатальная смертность снизилась за 5 лет на 31,7% (2004 г. – 4,83‰, 2008 г.- 3,3‰), мертворождаемость на 1,2% (2004 г.- 5,79‰, 2008 г. — 5,0‰). Уровни перинатальной смертности по федеральным округам дают общее представление о региональных особенностях данного показателя. Так, в 2008 г. при среднем показателе перинатальной смертности в России 8,3‰ по федеральным округам он был различным: ЦФО – 8,0‰; СЗФО – 7,6‰; ЮФО- 9,3‰; ПФО – 8,4‰; УФО – 7,1‰; СФО – 8,0‰; ДФО – 9,7‰. Ранняя неонатальная смертность в 2008г. составила 3,3‰ с колебаниями по регионам от 1,4‰ до 11,7‰; мертворождаемость по РФ в 2008 г. – 5,0‰ с колебаниями от 3,9‰ до 7,5‰. Поскольку распределение территорий по уровню смертности обладают явной асимметрией, т.е. наличием кратных значений далеко отстающих от основной массы территорий, было использовано деление совокупности субъектов по уровню показателя на квантили (Стенгтон Гланд, 1999г.). Принцип, в соответствии с которым разделение на группы происходит в зависимости от величины показателя, при асимметричном распределении относит основную массу территорий в одну группу. Это позволяет оценить основные закономерности регионального распределения уровня перинатальной смертности.

Перинатальная смертность в 2008г. была зарегистрирована на всех территориях страны, уровень ее колебался от 4,4‰ до 15,6‰. Медиана составила 10,0‰, одна центиль – 7,2‰, 3–я центиль – 12,8‰. Территории по уровню показателя распределились: до 7,2‰ – 21 (25,4%), до10,0‰ – 49 (59,0%), до 12,85‰ – 12 (14,4%) до15,6‰ – 1 территория (1,2%). Ниже представлены данные по округам. В ЦФО (18

территорий) – до 7,2% – 2 территории (11%); до 10% – 13 (72,2%); до 12,8% – 3 (16,8%).

В СЗФО (11 территорий) до 7,2% имели показатель 6 территорий (54,5%), 4 (36,4%) до 10,0% и 1 (9,1%) до 12,8%.

В ЮФО (13 территорий) до 7,2% 3 территории (23,1%), 6 (46,2%) – до 10,0%, в 3-х (23,1%) до 12,8% и 1-м (7,6%) выше 12,8%.

В ПФО (14 территорий) до 7,2% в 2-х (14,25%), в 10-ти (71,5%) – до 10,0% и в 2-х (14,25%) до 12,8%.

В УФО (6 территорий) до 7,2% в 4-х (66,7%), в 2-х (33,3%) – до 10,0%.

В СФО (12 территорий) до 7,2% в 4-х (33,3%), в 7-ми (58,4%) – до 10,0%, в 1 (8,3%) до 12,8%.

В ДВФО (9 территорий) уровень показателя ниже 7,2% не был зарегистрирован ни в одной территории, в 7-ми (77,8%) он был до 10,0% и в 2-х (22,2%) до 12,8%.

Как видно из приведенных данных, наиболее благоприятная ситуация с перинатальной смертностью складывается в Северо-западном и Уральском федеральных округах, в которых более половины территорий имеют уровень показателя ниже среднероссийского. Наименее благоприятная — в Дальневосточном, Приволжском и Южном федеральных округах, в которых более 70% территорий имеют уровень показателя выше среднероссийского (10,0% и более).

Таким образом, для дальнейшего снижения перинатальных потерь опыт работы территорий с относительно низким показателем следует распространить на территории всего округа.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИКИ АБОРТА В РОССИИ

Юсупова А.Н., Фролова О.Г., Цымлякова Л.М., Волгина В.Ф.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия

Аборт был и остается важным фактором, влияющим на репродуктивное здоровье женщин. Информация об уровне и динамике статистических показателей аборта (на 1000 женщин фертильного возраста, на 100 родившихся живыми и мертвыми) по федеральным округам и субъектам РФ позволяет оценивать деятельность органов и учреждений здравоохранения по профилактике абортов.

В России отмечается динамичное снижение уровня абортов (в 2004 г. их абсолютное число составляло 1 610,5 тыс.; 2007 г. – 1 302 тыс.; 2008 г. – 1 236 тыс. Снизился уровень абортов на 1000 женщин фертильного возраста (2004 г. – 40,5; 2007 г. – 33,3; 2008 г. – 31,6), а также на 100 родившихся живыми и мертвыми (2004 г. – 106,6; 2007 г. – 81,9; 2008 г. – 73,1). Уровни указанных показателей по округам дают общее представление о региональных особенностях частоты аборта. Так, в 2008 г. в России при среднем числе абортов 31,6 на 1000 женщин фертильного возраста по федеральным округам уровень их различался (ЦФО – 24,70; Северо-Западный – 32,08; Южный – 25,62; Приволжский – 33,28; Уральский – 40,42; Сибирский – 38,97; Дальневосточный – 42,16).

Значительные различия были отмечены в уровне абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми. При среднем показателе по России в 2008 г. 73,1, в ЦФО – 64,6; Северо-Западном – 84,3; Южном – 51,1; в Приволжском – 79,1; Уральском – 87,6; Сибирском – 82,2; Дальневосточном – 93,9).

Поскольку распределение территорий по уровню абортов обладает явной асимметрией, т.е. наличием кратных значений далеко отстоящих от основной массы территорий, было использовано деление совокупности субъектов по уровню показателя на квантили (Стентон Гланд, 1999). Этот метод позволяет оценить основные закономерности распределения территорий в зависимости от уровня показателя.

Аборты были зарегистрированы во всех территориях РФ. Уровень их на 1000 женщин фертильного возраста существенно различался по субъектам в 2008 г. – от 7,99 до 57,49.

При центильном распределении медиана составила 32,75 на 1000 женщин фертильного возраста, одна центиль – 16,37, три центили – 49,12.

Территории по числу абортов на 1000 женщин фертильного возраста с учетом представленных центилей распределились следующим образом: до 16,37 – 5 (6,02%) территорий; до 32,7 – 29 (34,94%); до 49,2 – 41 (49,4%), свыше 49,2 – 8 (9,64%).

Из приведенных данных видно, что значительная часть субъектов РФ (59,04%) имеет показатель числа абортов на 1000 женщин фертильного возраста выше среднего уровня.

По федеральным округам распределение территорий также было различным. В Сибирском, Дальневосточном и Приволжском ФО основная часть территорий имеет уровень показателя выше медианы (32,75 на 1000 женщин фертильного возраста); в Центральном и Южном ФО основная часть территорий имеет показатель до медианы.

Проведенный анализ свидетельствует о снижении числа абортов и их показателей как в целом по стране, так и по территориям. Однако уровень их остается достаточно высоким.

Таким образом, для дальнейшего снижения числа абортов необходимо улучшение работы по их профилактике и внедрению опыта, накопленного в территориях с минимальным их уровнем.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ АДЕНОМИОЗА

Хе Ю.Д., Стрижова Н.В., Коробейников А.П., Бродская Т.Я.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрав, г. Москва

Аденомиоз представляет актуальную проблему в гинекологии, занимая 3-е место после воспалительных процессов и миомы матки. Несмотря на достигнутые успехи в исследовании отдельных сторон патогенеза, диагностики и лечения эндометриоза различной локализации проблема не утратила своей актуальности. В развитии прогрессирования аденомиоза важную

роль играет измененная протеолитическая активность тканей. Процессы инвазии и метастазирования связаны с нарушением деградации межклеточного матрикса. Основное участие в этом процессе, наряду с другими протеиназами, играют ферменты из семейства матриксных металлопротеиназ (ММП), которые характеризуются способностью разрушать белки межклеточного матрикса и базальных мембран.

Целью исследования явилось изучение иммуногистохимической активности желатиназ (ММП-2, ММП-9) в биоптатах миометрия в наблюдениях с узловой и диффузной формами аденомиоза.

Материалы и методы исследования. В проведенном исследовании, после морфологической верификации диагноза диффузного и узлового аденомиоза, было отобрано 45 удаленных препаратов. Возраст в наблюдениях прооперированных пациенток по поводу аденомиоза, не принимавших гормональную терапию колебался от 41-52 лет, средний составил $45 \pm 3,5$ года. Показанием к оперативному лечению были менометроррагии, выраженный болевой синдром, размеры матки, отказ от гормональной терапии. Исследование желатиназ А и В (ММП-2 и ММП-9) иммуногистохимическим методом было проведено в 25 наблюдениях с диффузной и в 20 наблюдениях с узловой формами аденомиоза. Иммуногистохимическое исследование проводили на серийных парафиновых срезах. Результаты иммуногистохимической реакции оценивались полуквантитативным методом в баллах по количеству позитивно окрашенных клеток. Оценка интенсивности реакции проводилась по 6 бальной системе: 2 балла – 20%, 4 балла – от 20% до 40%, 6 баллов – более 40% окрашенных клеток. Критерием теста, величина критического уровня значимости принималась равной 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты иммуногистохимических реакций показали, активность ММП-2 в биоптатах миометрия в наблюдениях с диффузной формой аденомиоза была оценена выше и достоверно различались ($p < 0,03$) в эпителии (3,5 балла), в строме (2,4 балла), чем при узловой форме соответственно 3,0 балла и 2,2 балла. Аналогичная активность ММП-2 наблюдалась в эндотелии и миометрии (4,0 и 1,1 бб. против 4,4 и 1,3 бб.) Активность экспрессии ММП-9 в эндотелии, в эпителии, в миометрии была выражена как при диффузной (с разными степенями), так и при узловой формах во всех наблюдениях, средний балл составил 5,2, достоверных различий между ними не отмечено ($p > 0,05$). Уровень экспрессии ММП-9 был выше в строме биоптатов с узловым аденомиозом ($5,1 \pm 0,56$), чем при диффузной форме ($4,1 \pm 0,76$) и достоверно различались между собой ($p < 0,02$).

Проведенное иммуногистохимическое исследование, свидетельствует о том, что ММП-2 и ММП-9 активно участвуют в патогенезе диффузного так и узловых форм аденомиоза. Однако, активность экспрессии ММП-9 была выше ($p < 0,02$) как в стромальном компоненте так и в миометрии при диффузной и узловой формах аденомиоза.

Таким образом, выявление активации экспрессии ММП-9, способной расщеплять практически все компоненты стромы различных тканей, может служить ранним маркером трансформации тканей стромы и миометрия при аденомиозе.

Содержание

- 4** **Акушерство**
4 ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Абрамова Р.М., Баранов А.Н., Истомина Н.Г.
- 5** ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СФИГМОГРАММЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ МИКРОДОЗ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ И МАГНЕ В-6 У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ
Абрамова Р.М., Баранов А.Н., Истомина Н.Г.
- 5** КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ (КАПРЛ)
Азизова Р. Р., Касымова Д. Р., Жданова В. Ю., Бутарович О. К.
- 6** РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА В ГЕНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА
Аиметова А.Р., Мамедалиева Н.М., Святова Г.С., Березина Г.М.
- 7** ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА
Акиншина С.В., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М., Месхи Н.Т., Смирнова Л.М.
- 8** ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ
Акиншина С.В.
- 9** КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОТСЛОЙКИ ХОРИОНА В I ТРИМЕСТРЕ
Александрина О.С., Кирющенко П.А., Белоусов Д.М., Алексеева М.С.
- 10** АУТОИММУННЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РОЛЬ АНТИТЕЛ К АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЕ
Александрова Н.В., Ткаченко Л.В.
- 11** ЭНДОКРИННЫЙ ОТВЕТ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА АНЕСТЕЗИИ
Александрович Ю.С., Михайлов А.В., Рязанова О.В., Муриева Э.А.
- 11** ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОПИЕЙ
Алисиенок Е.С., Самарина Е.А.
- 12** ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В РОДАХ
Алисиенок Е.С., Скуратович Н.А.
- 13** ПРОБЛЕМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ
Аманжолова З.Д., Кобзарь Н.Н., Бижанова М.О.
- 14** НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Андреева Н.А., Беляева Е.В.
- 14** ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ
Антонова И.Ш., Кучерова О.Н.
- 15** ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ
Аржанова О.Н., Алябьева Е.А.
- 15** ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА В ПЛАЦЕНТЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ
Аржанова О.Н., Лесничия М.В., Соколов Д.И., Колобов, Сельков С.А.
- 16** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ: ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ ПРОГРАММИРОВАННЫХ РОДОВ
Артизанова Д.П., Клековкина О.Ф., Джобова Э.М., Доброхотова Ю.Э.

- 17** ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
Бакашвили Ш.Б., Бадоева З.Т., Адамян Л.В., Ляшко Е.С., Ткачева О.Н.
- 18** ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН
Бакашвили Ш.Б., Бадоева З.Т., Ежова Л.С., Адамян Л.В., Ляшко Е.С.
- 18** ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В АКУШЕРСТВЕ
Бакуринских М.А., Коновалов В.И., Алашеев А.М., Инюшкин С.Н.
- 19** МОНИТОРИРОВАНИЕ УРОВНЯ НАСЫЩЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БЕРЕМЕННЫХ
Бартош Л.Ф., Типикин В.А., Дорогова И.В., Фатеева Л.В., Тузов С.Л., Гришаева Е.Е., Тактаев А.П., Суких О.С., Панина Е.С., Адонина Л.А.
- 20** ДИНАМИКА «ГОРМОНОВ БЕРЕМЕННОСТИ» В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ СРОКОВ ПОСЛЕ ВСПЛОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)
Башмакова Н.В., Трапезникова Ю.М., Базин С.Л., Янчук Т.В.
- 20** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН
Бегова С.В., Омаров С.-М.А
- 21** К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА «СОРБИФЕР ДУРУЛЕС» НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ
Бегова С.В., Омаров Н.С.-М.
- 22** КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСКИНЕЗИИ КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ
Белоконев В.И., Шляпников М.Е., Насибян А.Б., Насибян А.А.
- 23** ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЕЙ
Бицадзе В. О., Баймурадова С.М., Макацария А. Д.
- 23** ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Блощинская И.А., Борисенко В.А., Николенко И.П., Булахова М.В.
- 24** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН
Блощинская И.А., Борисенко В.А., Ананевская Л.П., Ткаченко Н.Ю., Смирнова Л.В.
- 25** НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ
Бобров С.А., Сумская Г.Ф.
- 26** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГЕСТАГЕНОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Болотских В.М.
- 27** ОСОБЕННОСТИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Болотских В.М., Пелевина В.О., Круглова П.С., Сорокина О.В.
- 27** СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ
Бородашкин В.В., Самчук П.М., Сорокина Н.Я.
- 28** ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЛОДА: СТРАТЕГИЯ И ВЫБОР ТЕРАПИИ
Буданов П.В., Стрижаков А.Н.
- 29** ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ
Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Тютюнник В.Л., Якунина Н.А.
- 30** ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА
Бурмукулова Ф.Ф., Петрухин В.А., Коваленко Т.С., Титова Т.В., Головченко М.А.

- 31** ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООАГУЛЯЦИИ В ОПЕРАТИВНОМ АКУШЕРСТВЕ
Бутунов О.В., Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А.
- 32** ГЕСТОЗ: ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЕЗнь ИЛИ НЕТ?
Буштырева И.О., Курочка М.П.,
Гайда О.В., Волокитина Е.И.
- 32** ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ
Буштырева И.О., Феоктистова Т.Е., Евсеев А.В.
- 33** ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ В РЕАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГЕСТОЗА
Буштырева И.О., Курочка М.П., Гайда О.В.,
Волокитина Е.И., Голотина М.В., Куцев С.И.
- 34** ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НА ХАРАКТЕР ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В РОДАХ
Буштырева И.О., Чернавский В.В., Колганова А.А.,
Волокитина Е.И., Яковенко Е.П.
- 34** НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖИТЕЛЬНИЦ ЗОНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ
Буштырева И.О., Феоктистова Т.Е.,
Родина М.А., Евсеев А.В.
- 35** СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ СЛОЖНЫХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ГНОЙНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А.
- 36** КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРИ
Валева Г.Р., Тезиков Ю.В.,
Санталова Г.В., Липатов И.С.
- 36** ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Ветров В.В., Ахмеджанова З.М.
- 37** РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДРОДОВОГО АУТОГЕМОДОНОРСТВА
(11-летний опыт)
Ветров В.В., Дудниченко Т.А., Лукин А.В.,
Худяков А.В., Ходарева А.Г.
- 37** ПРОГРАММИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Вихляева Е.М.
- 38** ВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У БЕРЕМЕННЫХ
Вознесенская Н.В., Харитонов В.М.,
Бурганова Р.Ф., Истомина Н. С., Савгачева Е.А.
- 39** ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИКЕ
Вольф Ю.В., Стольников И.И., Радьков О.В.
- 40** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Вольф Ю.В., Стольников И.И., Радьков О.В.
- 40** ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДИХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНИ, РОДИВШЕЙСЯ С ПОМОЩЬЮ ЭКО
Ворошила Е.С., Кузнецов Н.Н., Потапов Н.Н.,
Яковлева Е.Н., Шварц М.А., Вершинина Г.А.,
Зигулева Л.М., Микалина Е.А.
- 41** СНИЖЕНИЕ ФЕРРИТИНА – ФАКТОР РИСКА УХУДШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Гаврилова А.А., Сумская Г.Ф.,
- 42** ЧАСТОТА И СПЕКТР ПОЛИМОРФИЗМОВ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГЕСТОЗОМ
Гадаева З.К.
- 43** ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ
Газазян М.Г., Мазепкина И.Н., Ангалева Е.Н.,
Степаненко И.В.
- 44** РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МЕХАНИЗМОВ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТАЦИИ
Газиева И.А., Чистякова Г.Н.,
Ремизова И.И., Тарасова М.Н.

- 45** ОПЫТ ВЛАГАЛИЩНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННОГО ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА «KIWI»
Галимова И.Р., Мифтахова Ф.А., Федотов С. В.
- 45** ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РОЖДЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ РЕСПИРАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ
Галимова И.Р., Фаткуллин И.Ф., Гайнутдинова А.В.
- 46** ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТАЗОВОМ ДНЕ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ
Гаспарян С.А., Афанасова Е.П., Стариченко Л.В.
- 47** КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИТОВ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Гаспарян С.А., Стариченко Л.В., Слеткова М.А.
- 47** МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ В СТРУКТУРЕ ГЕСТАЦИОННОЙ АДАПТАЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА
Гаспарян С.А., Василенко И.А., Лифенко Р.А., Чотчаева С.М.
- 48** ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ МЕТОДОМ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ
Гатагажева З.М., Ферзаули Х.М., Евлоева М.И.
- 49** АНОМАЛЬНЫЙ КРОВОТОК В ВЕНОЗНОМ ПРОТОКЕ У ЭМБРИОНА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ
Гимбут В.С., Глушко А.А., Павлова А.П.
- 50** ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Титова И.А., Игнатова Ю.В., Щербакова Н.В.,
- 51** КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Игнатова Ю.В., Титова И.А., Щербакова Н.В.
- 51** ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИЯ – СЛЕДУЕТ ЛИ РАССМАТРИВАТЬ ЕЕ В КАЧЕСТВЕ ЭХОМАРКЕРА?
Глушко А.А., Павлова А.П., Гимбут В.С.
- 52** СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОГО ГЕСТОЗА
Гребенкин Б.Е., Садыкова Г.К.
- 53** АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ
Гребенюк О.А., Рудакова Е.Б., Ралко В.В.
- 54** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИФЕПРИСТОНА В ИНДУКЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ
Гриненко Г.В., Малаховская Е.А.
- 54** ЛАБОРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ КОАГУЛЯЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ
Гришин В.Л., Капустина М.В., Долгиева Л.У., Василенко Л.А.
- 55** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Гурьев Д.А., Волевач Л.В.
- 56** ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ
Гурьева В.М., Петрухин В.А., Башакин Н.Ф., Котов Ю.Б.
- 56** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПРЕССИОННОГО ШВА НА МАТКУ ПО В-ЛИНЧУ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
Гюсан О.А., Ильтинская Г.Ю., Бабенко Т.И.
- 57** КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ КОЛЛАГЕНОВОЙ ПЛАСТИНЫ «ТАХОКОМБ»
Гюсан О.А., Ильтинская Г.Ю., Лобач И.Ю.
- 58** ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА
Даутова Л.А., Ящук А.Г., Шевченко Я.Р., Мохова М.А., Горичинская И.Н., Искандарова А.Р.
- 59** К ВОПРОСУ ОБ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Дворникова З.Г., Пигина Г.Р., Серова Л.П., Кривенков В.В., Арапова Н.А.

- 60** КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ГСИ СРЕДИ РОДИЛЬНИЦ
Державина Н.Е., Лопатина С.В., Кувшинова Л.А.,
Никандрова Е.С., Михайлов А.В.
- 60** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНИТОРИНГА БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Джураева Х.М.
- 61** ДИНАМИКА ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ
Дорогова И.В., Панина Е.С., Тузов С.Л.,
Бартош Л.Ф., Фатеева Л.В., Типикин В.А.,
Гришаева Е.Е.
- 62** РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Друккер Н.А., Волошина А.В., Некрасова М.Г.
- 63** КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА
Дубровина Н.В., Сокур Т.Н.
- 64** ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Евтушенко И.Д., Аверин А.С., Рыжова И.А.,
Волков Р.В., Волкова Т.Г.
- 65** АСПЕКТЫ КАРБОГЕМОСОРБЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ
Ерофеев Е.Н., Давыденко Н.Б., Литвинова А.М.
- 66** СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У РОДИЛЬНИЦ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ
Еспаева Р.Н., Утешева Ж.А., Базылбекова З.О.,
Кожабаяева Г.С.
- 66** ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ. МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
Жаркин Н.А.
- 67** ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ
Жданова В.Ю., Харитонов В.М., Таджикиева В.Д.,
Измайлова Ф.А., Горчинская Е.А.
- 68** ОТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ МАТЕРИ КАК ОСНОВА МАТЕРИНСКОГО ОНТОГЕНЕЗА ДОЧЕРИ
Завгородняя И.В.
- 69** РОЛЬ ГЕНОВ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕСТОЗА
Зайнуллин И.А., Кулавский В.А.,
Зайнуллина А.Г., Хуснутдинова Э.К.
- 69** ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
Замалева Р.С. Букатина С.В., Черепанова Н.А.
- 70** ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Зильбер М.Ю., Кротова А.А., Астафьева Э.В.
- 71** ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ И ВНУТРИУТРОБНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА
Зильбер М.Ю., Цыганенко С.В.,
Боташева М.Р., Бостанова З.Д.
- 71** РОЛЬ УПРЕЖДАЮЩЕЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ГЕСТОЗЕ В ПРОЦЕССЕ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ
Зубенко Н.В., Канес Е.Б., Зубенко В.Б.
- 72** ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
Иванова О.Ю., Газазян М.Г.,
Пономарева Н.А., Иванова Т.С.
- 73** УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ЛЕПТИНА У БЕРЕМЕННЫХ С РАННИМ ТОКСИКОЗОМ
Игнатко И.В., Гониянц Г.Г.
- 74** ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМБРИОНА, ЭКСТРАЗЕМБРИОНАЛЬНЫХ СТРУКТУР И СТАНОВЛЕНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У ЖЕНЩИН С ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА
Игнатко И.В., Мартиросян Н.Т.
- 75** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ И ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ
Игнатко И.В., Мартиросян Н.Т.

- 76** ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ГЕСТОЗЕ: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА
Игнатко И.В., Рыбин М.В.
- 77** ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СОСУДАХ ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК И ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ГЕСТОЗЕ
Ильченко М.В., Тухватуллина Л.М.
- 78** ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ – НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЁНОК
Иозефсон С.А., Загородняя Э.Д., Ерофеев Б.Б., Плоткин И.Б., Хавень Т.В.
- 79** ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ
Камилова М.Я., Зарифова П.Г., Малахова М-М.А.
- 79** ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Камилова Н.М., Абдуллаева Н.Я., Алиева Х.Г.,
- 81** КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ
Камилова Н.М., Ахмедзаде В.А., Султанова И.А., Гусейнова П.М.
- 82** АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ОЖИРЕНИЯ И ИНФЕКЦИИ
Кан Н.И., Ванина Л.Н., Кузьмичева С.Г.
- 83** ЗАПЛАНИРОВАННАЯ ПЕРЕВЯЗКА МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Канес Е.Б., Зубенко Н.В., Зубенко В.Б.
- 83** ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО: СКРЫТЫЕ ПРОБЛЕМЫ
Капустина М.В., Долгиева Л.У., Бурмукулова Ф.Ф., Колендо С.А.
- 84** ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАВШИХ КОНТРАЦЕПТИВЫ И ПРЕПАРАТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Карапетян Л.Г.
- 85** ТЕРАПИЯ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ПЕРЕД РОДАМИ
Карапетян Т.Э., Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л.
- 85** БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В
Кастравец И.Ю.
- 86** СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНКАМИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ НАРУЖНОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
Каштанова Т.А., Петрова М.М., Михайлов А.В.
- 87** ОСОБЕННОСТИ РЕРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОК С НАЛИЧИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Каюкова С.И., Макаров О.В.
- 87** ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Кесова М.И., Климанцев И.В., Мартынов А.И., Болотова О.В., Санникова М.В., Амирасланов Э.Ю., Кан Н.Е.
- 88** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОВЕДЕНИЯ СЫВОРОТЧНОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА
Кирилюк И.Н., Воронин С.В., Захарова Е.Н., Пугачева Н.М.
- 89** ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО АПОПТОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ
Кирсанов А.Н., Посисеева Л.В., Анциферова Ю.С., Сотникова Н.Ю.
- 90** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕСТОЗА И ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ
Кичеева В.А., Кипяткова Н.Г., Овчинникова А.Н., Денисова Т.Б.
- 90** НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
Климанцев И.В., Кесова М.И., Болотова О.В., Мартынов А.И., Кан Н.Е.

- 91** НАРУШЕНИЕ ПРОДУКЦИИ ФАКТОРОВ РОСТА ПРИ ФПН
Климов В.А.
- 92** КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Климова Л.Е., Осипова Л.Е., Севостьянова О.Ю., Цывьян П.Б., Маркова Т.В., Шабунина-Басок Н.Р.
- 93** ВНЕКЛЕТОЧНАЯ ДНК КАК МАРКЕР ПАТОЛОГИИ ПЛОДА
Ковалёва Ю.А., Туаева Н.О., Хасанов А.А.
- 94** ИНТРАНАТАЛЬНАЯ АМНИОИНФУЗИЯ – РОЛЬ И МЕСТО В ПЕРИНАТАЛЬНОМ АКУШЕРСТВЕ
Ковалёва Ю.А., Хасанов А.А., Залалдинов А.Р.
- 94** НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Ковалева Л.А., Балан В.Е.
- 95** СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПУТЕМ СОЧЕТАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ
Коваленко Т.С., Петрухин В.А., Ахвледиани К.Н., Капустина М.В., Магилевская Е.В.
- 96** ДЕФИЦИТ МАГНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Козина О.В., Савинова А.В.
- 96** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМФОРТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ФАКТОР БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ
Козина О.В., Савинова А.В.
- 97** МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ГЕРПЕСВИРУСАМИ
Колобов А.В., Королева Л.И., Соколов Д.И.
- 98** К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
Котельников А.В.
- 99** КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Кох Л.И., Назаренко Л.П., Цуканова Ж.В., Сатышева И.В.
- 100** ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
Кохно Н.И., Кира Е.Ф.
- 101** ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ПРИНЦИПОВ ХИРУРГИИ В СОВРЕМЕННОМ ОПЕРАТИВНОМ АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
Краснопольский В.И.
- 102** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Краснопольский В.И., Шугинин И.О., Бирюкова Н.В., Аксенов А.Н., Витушко С.А., Жарова А.А.
- 102** МАССА ПЛОДА – ПРОГНОЗ И РЕАЛЬНОСТЬ
Кривушина И.В., Иозефсон С.А., Плоткин И.Б., Димова О.И., Хавень Т.В.
- 103** ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЭМА) В АКУШЕРСТВЕ: БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ЭМА ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ
Крюкова И.Г., Джобава Э.М., Данелян С.Ж., Судакова Г.Ю., Ордынский В.Ф., Клековкина О.Ф., Доброхотова Ю.Э.
- 104** ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
Крюкова Н.И., Кулавский В.А.
- 105** МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Кудинова Е.Г., Кутенёва В.В., Шилкина М.В.

- 105** СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ
Кузьмина Л.А., Иозефсон С.А., Батоева В.В.,
Нужных С.Н., Хавень Т.В.
- 106** КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА
Кулавский Е.В.
- 107** СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА
Куликова Г.В., Бубнова Н.И., Узбеков М.Г.
- 108** ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКОЙ И ПРОТИВОГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ ВОРСИН ХОРИОНА
Кунешко Н.Ф.
- 108** ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И МИКРОНУТРИЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Курмачева Н.А., Живоглазова Л.Н.,
Рогожина И.Е., Харитоновна О.М.
- 110** МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ОПИОИДНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИПОКСИИ
Курчишвили В.И., Киселев А.Г.,
Абрамченко В.В., Кинтрия П.Я.
- 111** НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КИСТОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ ЛЕГКИХ У ПЛОДА
Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Жиркова Ю.В.,
Хаматханова Е.М., Подуровская Ю.Л.,
Машинец Н.В., Сепбаева А.Д.
- 111** УПРАВЛЯЕМАЯ ГЕМОДИЛЮЦИЯ КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЛАНОВОМ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ
Кучерова О.Н.
- 112** ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Лазарева Н.В., Кривошеева Г.Н., Мариенко Т.Ф.,
Петров М.Г., Ларина Т.С., Ломовская Т.Н.
- 113** ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ
Лазарева Н.В., Мельников В.А.
- 114** ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА (ФРАГМИНА) ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ
Лаура Н.Б., Ковалёва А.В., Леденева Е.Ю.
- 114** ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА
Лепилова И.Б., Борзова Н.Ю.,
Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В.
- 115** САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО РОЛЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ
Лившиц Н.В., Кравчук Н.В.
- 116** ПРОФИЛАКТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ
Логутова Л.С., Петрухин В.А., Ахвледиани К.Н.,
Коваленко Т.С., Башакин Н.Ф.
- 117** СЕЗОННАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНАМИ НОВОРОЖДЁННЫХ (г. СЕВЕРОДВИНСК)
Ломакина А. Н., Титова О. Е.,
Бичкаева Ф. А., Чумакова Г. Н.
- 118** ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Лукашенко Ю.В., Матвеев С.А., Кира Е.Ф.
- 118** ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ К БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ
Луминица Михалчан

- 119** ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОГО СТАТУСА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ
Магомедова З.М.; Омаров С.М. А.; Кантаева Д.К.
- 120** ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ
Макаров И.О., Куликов И.А.
- 120** ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Макаров О.В., Волкова Е.В., Березина Н.А., Кожаткина М.А., Конотопов В.А., Майорова В.В., Пониманская М.А.
- 121** ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Макаров Р.А., Кинжалова С.В., Давыдова Н.С.
- 122** РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОПОСРЕДОВАННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН
Мальцева Л.И., Павлова Т.В.
- 123** ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ
Мамытбекова З.М.
- 124** АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ
Маринкин И.О., Пушкарев Г.А., Пивень Л.А.
- 124** ДОБРАЧНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПРЕГЕСТАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ПАР – ПРОСТОЙ И НАДЕЖНЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ПЛОДА
Маркарян Д.С., Кадошников М.А., Мельникова Т.Б.
- 125** ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Марусов А.П., Ляличкина Н.А., Тарасова Е.П.
- 127** ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТОЗОМ
Марусов А.П., Федоткина Е.П.
- 127** АНТЕНАТАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ГЕСТОЗА
Мельникова А.С., Степанова Р.Н.
- 128** ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПЕРЕХОДНОМ ПЕРИОДЕ И РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Мельникова Г.Г., Хамошина М.Б., Невмержицкая И.Ю.
- 129** ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВАКУУМНОЙ СИСТЕМЫ KIWI
Миров И.М., Шевлякова Т.В., Леонова И.В., Ляхова Т.С.
- 130** УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ НАДЕЖНОЙ ТРУБНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ
Миров И.М.
- 131** К ВОПРОСУ О ПРОНИКНОВЕНИИ ДНК ПЛОДА В КРОВОТОК МАТЕРИ ПРИ ГЕСТОЗЕ
Михайлин Е.С., Иващенко Т.Э.
- 131** ЧАСТОТА АСФИКСИИ СРЕДИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Михайлов А.В., Шман В.В., Смирнова Т.В., Кянксеп А.Н., Данилов Ф.П., Чирин П.Л.
- 132** СЕКРЕЦИЯ ЦИТОКИНОВ И ХЕМОКИНОВ ТКАНЬЮ ПЛАЦЕНТЫ И АДГЕЗИЯ МОНОНУКЛЕАРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГЕСТОЗЕ
Михайлова В.А., Соколов Д.И., Сельков С.А.
- 133** РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ВОРСИНАТОГО ДЕРЕВА
Михайлова О.И., Лукьянова Е.В., Огай О.Ю., Тютюнник В.Л.
- 134** ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
Можейко Л.Ф., Вербицкая М.С., Вербицкий В.С.

- 134** THE PSYCHOSOMATIC STATUS OF WOMEN WITH VARIOUS COURSES OF PREGNANCY, LABORS AND THE POSTNATAL PERIOD
Mozeiko L.F., Verbitskaja M.S., Verbitskij V.S.
- 135** НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕГКИМ ГЕСТОЗОМ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И НАРУШЕННОЙ АДАПТАЦИИ МАТЕРИ И ПЛОДА К РОДОВОМУ СТРЕССУ
Мороз М.В., Мамиев О.Б., Мамиев В.О.
- 136** СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ И ОЛИГОМЕННОРЕЕЙ
Московкина А.В., Бичуль О.К., Андреева В.О.
- 136** АУДИТ МЕРТВорождений: КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ?
Моторнюк Ю.И., Ковалев В.В., Башмакова Н.В., Жилин А.В., Зильбер Н.А.
- 137** БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА (МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ)
Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П., Фёдорова С.И., Торшина З.В.
- 138** ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Мысяков В.Б., Фатеева Л.В., Осокин П.Н., Архарова И.В.
- 139** КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ
Нарзуллаева Е.Н., Рабеджанова М.М.
- 140** ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОТИВАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ
Нелидова Н.Э., Агаркова Л.А., Гуткевич Е.В*, Бухарина И.Ю., Габитова Н.А.
- 140** ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ
Нередько Е.Г., Зубенко Н.В., Нередько С.А.
- 141** БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МАТКИ ПО ДАННЫМ НАРУЖНОЙ МНОГОКАНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОГИСТЕРОГРАФИИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Никаноров В.Н., Посисеева Л.В., Назаров С.Б., Назарова А.О.
- 142** ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА
Никифорович И.И., Иванян А.Н., Литвинов А.В., Пугачева Е.С.
- 143** ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПЕРВОРОДЯЩИХ
Николаева Л.Б., Ушакова Г.А., Тришкин А.Г.
- 144** СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН
Николаева Л.Б., Ушакова Г.А., Тришкин А.Г., Широкова Т.В.
- 144** РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ТРОМБОФИЛИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН
Николаева М.Г., Григорьева Е.Е., Сердюк Г.В., Момот А.П.
- 145** ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ МАТОЧНО-ПЛОДОВО – ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
Новикова. В.А., Федорович О.К., Даурова З.А., Лебеденко Е.С., Иголкина М.Н., Юсупова З.С., Кузнецова А.В., Аутлева Ф.Р.
- 146** РОЛЬ ВЕНОТОНИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУБКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Новикова. В.А., Федорович О.К., Даурова З.А., Лебеденко Е.С., Зубакова Н.С., Юсупова З.С., Иголкина М.Н., Кузнецова А.В.
- 147** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКО
Новикова О.В., Иванян А.Н., Густоварова Т.А., Бельская Г.Д., Киракосян Л.С.
- 148** ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПУЭПЕРИЯ: РАННИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИ
Новикова С.В., Логутова Л.С., Федотова А.В., Никольская И.Г., Климова И.В., Гусева Т.С., Паршина О.В.

- 149** ВИФЕРОНОТЕРАПИЯ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВУИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Новикова С.В., Туманова В.А., Малиновская В.В., Микаелян А.В., Бочарова И.И., Ефанов А.А., Цивцивадзе Е.Б., Агаджанова Е.А.
- 149** КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У МАТЕРИ И ПЛОДА
Норбаева Х.К., Пахомова Ж.Е.
- 150** ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ КОЛОНИЗАЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СТРЕПТОКОКАМИ ГРУППЫ В, С НАЛИЧИЕМ ГЕНОВ sspV СЕМЕЙСТВА
Оганян К.А., Аржанова О.Н., Суворов А.Н.
- 151** ПРОТЕОМНЫЙ АНАЛИЗ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА
Орлов В.И., Матишов Д.Г., Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Друккер Н.А, Крукиер И.И., Авруцкая В.В.
- 152** СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Павлова Т. В., Петрухин В.А.
- 153** ЯВЛЯЕТСЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА?
Палади Г., Чернецки О., Илиади-Тулбуре К.
- 153** РОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Палади Г.А., Чернецки О.С., Дондюк Ю.В., Тэуту Л.Л.
- 154** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КВАНТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ
Пальчик Е.А., Аббас Ж.Н., Митрохина Г.И, Сидоренко И.А.
- 155** КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ACARDIA ANCEPS
Пампуло Н.С., Рыжков С.В., Егорова Н.П., Логвиненко Н.Е., Михайлов А.В., Каштанова Т.А.
- 155** ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА
Паньшина М.В., Хадарцева К.А., Волков В.Г.
- 156** РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ
Пароконная А.А., Савельева Г.В., Нечушкин М.И, Кампова-Полевая Е.Б.
- 157** ФЕНОТИП И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ИНТЕРФЕРОН-А-ИНДУЦИРОВАННЫХ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Пасман Н.М., Селедцова Н.В., Тихонова М.А., Сахно Л.В., Черных Е.Р.
- 158** АНАЛИЗ 35-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРИЕМА БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ
Перцева Г.М., Борщева А.А., Кудинова Э.Е., Фадеева Т.В., Ищенко И.В.
- 159** ОСОБЕННОСТИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А., Ковалева Т.Д.
- 160** ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ
К.м.н. Печенкина Н. С., д.м.н. Хлыбова С.В.
- 162** БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР ЦИТОПЛАЗМЫ И ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ МЕМБРАН ТРОФОБЛАСТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Погорелова Т.Н.
- 162** ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ СНОВИДИЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Полякова О.Н.
- 163** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННЫХ, ПОСЕЩАЮЩИХ ЗАНЯТИЯ ШКОЛЫ МАТЕРИНСТВА В ГОРОДСКОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Портнова О.С.
- 164** КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ В ПОЛОВОЙ СФЕРЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Прокопьева Т.А., Петров С.Г., Келейникова А.Б., Горбунова Е.Е.

- 165** МАГНЕЗИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
Протопопова Н.В., Семерников Н.Н., Кондратова М.В.
- 166** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Протопопова Н.В., Мыльникова Ю.В., Шапошникова М.А.
- 167** НАРУШЕНИЯ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ У ДЕВУШЕК С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
Пугина Е.В., Храмова Е.Е., Долгих В.В., Кулеш Д.В.
- 167** ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ
Пучко Т.К., Чернуха Е.А., Куринов С.Б.
- 168** ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У РОДИЛЬНИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Раджабова Ш.Ш., Омаров Н.С.-М.
- 169** ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Раджабова Ш.Ш., Омаров С.-М.А.
- 170** АВТОНОМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИАЛЬНОГО РИТМА В III ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Радьков О.В., Нечаева Ю.С., Лунина Е.Ю., Вольф Ю.В.
- 171** АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ
Рева Н.Л., Хлыбова С.В.
- 172** ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
Рокотянская Е.А., Посисеева Л.В., Мясоедова С.Е.
- 173** ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННОЙ И НЕ СВЯЗАННОЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ
Романова Е.Ю., Линева О.И.
- 174** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭРИТРОЦИТОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМОЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ
Рузиева Н.Х., Турбанова У. В., Шадиева Н.Х.
- 174** ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА
Русакова Л.А., Хамадьянов У.Р.
- 175** ВЛИЯНИЕ ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ
Рылова О.В., Черкасов С.Н., Житина Е.А.
- 176** ВОЗРАСТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Савинова А.В., Козина О.В.
- 177** КОАГУЛОПАТИИ В ГЕНЕЗЕ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ
Сагамонова К.Ю., Евсеева З.П., Палиева Н.В., Шокарева А.А.
- 178** ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» ПРИ ГЕСТОЗЕ
Салов И.А., Данилова Ю.М., Аржаева И.А.
- 179** РОЛЬ БЕЛКОВ «ЗОНЫ БЕРЕМЕННОСТИ» ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Салов И.А., Данилова Ю.М., Аржаева И.А.
- 179** СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ
Салов И.А., Глухова Т.Н., Паршин А.В.
- 180** СОСТОЯНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВотоКА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ
Салов И.А., Глухова Т.Н., Паршин А.В.
- 181** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДА ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Самчук П.М., Козловская И.А.

- 181** ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ГЛИКОПРОТЕИ-
НОВ И КОЛЛАГЕНА В УСЛОВИЯХ РАЗ-
ВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧ-
НОСТИ ПРИ ПОЗДНЕМ ГЕСТОЗЕ
Сахабутдинова Е.П., Тетелютина Ф.К., Шараев П.Н.
- 182** ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ТЕРА-
ПИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЕНТРИКУЛОМЕ-
ГАЛИИ ПЛОДА
Сахтарьёк З.Н., Шехова А.Н.,
Яцкина Т.Я., Болокова Л.Х.
- 183** КОРРЕГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА
ЛАКТАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ
СТАРШЕГО ВОЗРАСТА
Сейтжанова К.Д., Рахимова С.Б., Иманбаева Ж.А.,
Нургалиева Л.И., Мухамеджанова Ж.А.
- 183** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕР-
ТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ
Селиванова А.В., Павлова Т.В.,
Петрухин В.А., Гурьева В.М.
- 184** ВЛИЯНИЕ 6% ГЭК СТАБИЗОЛ® НА
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У
ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ
Семыкин А.Н., Павлова Т.В., Петрухин В.А.
- 185** ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ В ПРЕРЫВА-
НИИ БЕРЕМЕННОСТИ 1 ТРИМЕСТРА
Сердюков С.В., Новиков Е.И., Глуховец Б.И.
- 186** ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕ-
МЕННОСТИ В 22-27 НЕДЕЛЬ
Синицына С.С., Кравченко Е.Н.
- 186** ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
Ситаева Н.В, Логвинова И. И., Белова Е. А.,
Олиферовская Н.И.
- 187** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКИ
АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА
Скорнякова Л.М., Коликов А.И.,
Зубенко Н.В., Скорняков А.А.
- 188** КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И ПО-
СЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА
Слабинская Т.В., Ларькин Д. М.
- 189** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬ-
НОГО РИСКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМА-
ЛИЙ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА
Смирнова А.Ю., Хамошина М.Б.
- 189** БИОАМИНСОДЕРЖАЩИЕ СТРУКТУРЫ
ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕ-
ДОСТАТОЧНОСТИ
Смирнова Т.Л.
- 190** ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА
НЕБИВОЛОЛ ВО ВТОРОМ
ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ С
ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ
МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ И ФЕТО-
ПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
Смолянинова В.В., Орлов А.В.,
Эльжорукаева Ж.А., Ковпий Ю.В., Саргсян О.Д.
- 191** СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ГЕ-
НЕЗА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И
МЕТОДЫ ТЕРАПИИ
Смолянинова В.В., Орлов А.В.,
Эльжорукаева Ж.А., Ковпий Ю.В., Смолянинов Г.В.
- 192** РОЛЬ СКРЫТЫХ НАРУШЕНИЙ СВЕРТЫ-
ВАНИЯ КРОВИ В ГЕНЕЗЕ МАССИВНОЙ
АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Смурыгина В.В.
- 192** ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ УСЛОВИЙ В
ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НА
СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ
ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ
Сорокина Н.Я., Самчук П.М., Бородашкин В.В.
- 193** АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ КРОВИ У
ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С
ГРУППОЙ КРОВИ
Спиридонова Н.В.
- 194** ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОД-
НЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ: ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННО-
СТИ И РОДОВ
Ставинская Л.В., Палади Г.А., Калараш М.В.
- 196** ДИСФУНКЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО
ЦИКЛА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО
ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА И СПОСОБЫ
ЕЕ КОРРЕКЦИИ
Ставинская Л. В., Фрипту В.Г.

- 197** СЕКРЕЦИЯ PIGF И СЕКРЕТОРНЫХ ФОРМ ПОВЕРХНОСТНЫХ МОЛЕКУЛ sFas, sFasL, TRAIL ТКАНЬЮ ПЛАЦЕНТЫ В НОРМЕ И ПРИ ГЕСТОЗЕ
Степанова О.И., Соколов Д.И., Сельков С.А.
- 198** ЧАСТОТА И ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ (КС)
Степанова Р.Н., Самофалкина Т.Н., Казакова Е.В.
- 198** СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ
Степанян А.В., Джобавя Э.М., Доброхотова Ю.Э.
- 199** СИСТЕМА «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ» ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ
Стрельская О.В., Дубов А.В.
- 200** ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА
Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Тарабрина Т.В.
- 201** СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
Стрижаков А.Н.
- 202** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Струкова С.А., Павлова Т.В.
- 203** К ВОПРОСУ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА
Сувернева А.А., Удодова Л.В.
- 204** ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА
Судаков А.Г., Белобородова О.И., Курносова С.В., Шестова О.С.
- 205** ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЭНДОТОКСИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДОВ
Судаков А.Г., Мостовая Т.А., Петров С.Н., Хелемендик С.И.
- 206** ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕКРОЗОМ МИОМЫ МАТКИ
Сударикова Е.Г., Севостьянова О.Ю., Пестряева Л.А., Шабунина-Басок Н.Р.
- 206** ВЛИЯНИЕ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ (ПГП) НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) 1 ТИПА
Таджиева В.Д., Жданова В.Ю., Рыкалина Н.А., Измайлова Ф.И., Албутова М.А.
- 207** ФОЛАТДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ И УРОДСТВА ПЛОДА
Талалаева И.Н.
- 208** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Танчук Е.В., Петрова С.В.
- 209** ПРЕПАРАТ «СЕРЕТИД» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
Тарасенко В.И., Махмутходжаев А.Ш., Евтушенко И.Д.
- 210** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ
Тарасов В.Н., Глуховец И.Б., Сидоренко В.В.
- 211** ВЛИЯНИЕ ПРОСТОЙ И ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ИСХОД
Татаров А.С.
- 211** ОПТИМИЗАЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ И ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА
Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Мельников В.А., Санталова Г.В., Валеева Г.Р.
- 212** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Тетелютина Ф.К., Пантюхина Н.В.

- 213** ПРИНЦИПЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Тетелютина Ф.К., Черненко М.Л., Стрелкова Т.Н., Гаустнехт М.Ю.
- 213** ЗНАЧЕНИЕ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Тимохина Е.В., Тарабрина Т.В.
- 214** ТЕЧЕНИЕ РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН ХАКАСИИ
Тихонович А.В., Егорова А.Т.
- 215** ТЕЧЕНИЕ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ХАКАСИИ
Тихонович А.В., Егорова А.Т.
- 216** БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ
Толокнов Б.О., Мартышина Я.А., Махова Е.Е., Маркина И.В.
- 217** НЕКОТОРЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ СО СМЕШАННЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ
Торопкина Е.Л., Мустафина Л.Р., Агаркова Л.А., Габитова Н.А.
- 218** К ВОПРОСУ ПОИСКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)
Трапезникова Ю.М., Башмакова Н.В., Бызова Т.Е.
- 218** ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЯХ
Тришкин А.Г., Зеленина Е.М., Артымук Н.В.
- 219** МОРФОЛОГИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ (БЖ) В ПРАКТИКЕ
- 219** ВРАЧА АКУШЕРА
Трубникова Л.И., Таджиева В.Д., Трубников В.С., Албутова М.Л., Измайлова Ф.А.
- 220** ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ДОПЕГИТОМ
Тюрина Н.А.
- 221** КОРРЕКЦИЯ ГЕМОРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ
Федоренко О.А., Габитова Н.А., Агаркова Л.А.
- 221** ХИРУРГИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И РЕПРОДУКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН В РИ
Ферзаули Х.М., Гатагажева З.М.
- 222** ИНФОРМАТИВНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛАЦЕНТАРНО-ПУПОВИННОЙ КРОВИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ ГЕСТОЗЕ
Филькина Е.В., Посисеева Л.В., Назаров С.Б., Ситникова О.Г., Попова И.Г.
- 223** БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЕР-БИОПСИИ
Фириченко С.В., Минкина Г.Н., Фадеева Е.А.
- 224** РОЛЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ МОЗГА В НАРУШЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Хайруллина Г.Р.
- 225** АНАЛИЗ ПРИЧИН ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Михайлова Ю.В.
- 225** БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Хейдар С.А., Андреева Е.В., Юшина М.В., Попова Е.С., Хейдар Л.А., Бояр Е.А., Алехин М.В.
- 226** РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ И СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ КАТАСТРОФИЧЕСКОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА
Хизроева Д.Х.

- 227** ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Холманских Н. А., Пестряева Л. А.
- 227** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С «МАТКОЙ КУВЕЛЕРА»
Черкасская Е.Ф., Малкова О.Г., Мазуров О.И., Мальгина Г.Б.
- 228** ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ
Чернуха Е.А., Демидов В.Н., Белоусов Д.М., Ананьев Е.В., Кулабухова Е.А.
- 229** ВЛИЯНИЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Чернышева Ю.С., Коротких И.Н., Мазуренко Л.Н.
- 230** КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: РЕЗЕРВЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ
Чочтаева А.И., Хамошина М.Б.
- 231** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМБРОБЕНЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СУРФАКТАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Чугунов А.В., Тетелютин Ф.К., Сушенцова Т.В., Пантюхина Н.В.
- 232** ИММУНОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ
Чугунова Л.А., Морозов С.Г.
- 233** ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Чулков В.С., Синицын С.П., Вереина Н.К., Зуйкова С.Э.
- 234** КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ
Шапошникова М.А., Протопопова Н.В.
- 235** СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ
Шапошникова М.А., Протопопова Н.В.
- 235** РАННЯЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПЛОДОВ С ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ
Шевченко Е.А., Марченко Н.П.
- 236** ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЭНДОТОКСИНА В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Шестакова О.И.
- 237** СОСТОЯНИЕ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Шиляева Е.Г.
- 238** ФАКТОРЫ РИСКА СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Яковлева О.А., Кравченко Е.Н.
- 239** ЗНАЧЕНИЕ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Яковлева О.В., Музурова Л.В.
- 239** ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО
Яковлева О.В., Зрячкин Н.И., Музурова Л.В.
- 240** ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СРОКЕ 41 И БОЛЕЕ НЕДЕЛЬ
Янкевич Ю.В., Державина Н.Е., Шман В.В., Лазырина Н. С., Чирин П. Л. и Михайлов А.В.
- 241** ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У РОДИЛЬНИЦ С ГИПОГАЛАКТИЕЙ
Яхъяева М.Р.
- 241** АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ В ГЕНЕЗЕ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ (ПГЭПГ)
Ящук А.Г., Масленников А.В., Мамаева А.В.

ГИНЕКОЛОГИЯ

- 243** СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДОБРАКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ
Абдурахманов О.

- 244** ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ НА ФОНЕ ТРАНЗИТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИБОРА «СУРГИТРОН»
Агабеков К.Ф., Лукьянова Е.А., Никитина Е.В., Рутковская Е.А.
- 244** ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ У ЖЕНЩИН
Агеева И.В.
- 245** СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
Адамян Л.В, Ибинаева И.С., Железнякова А.И., Аполихина И. А, Козаченко И.Ф.
- 246** КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЛАМИДИОЗОМ, МИКОУРЕПЛАЗМОЗОМ, У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 25 ЛЕТ
Айвазова Д.С., Пальчик Е.А.
- 247** ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Акабиров Ш.А., Хафизова Н.А., Курбанов Ш.М., Эгамбердыева Н.Н., Атоева Г.
- 247** ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ
Алексикова К.А., Т.П. Куликова, О.Н. Овчинникова, Черней А.Л.
- 248** ИСХОДЫ ЭНДОВИДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ
Алиева П.Ш.
- 249** НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
Альев Ш.А., Сирматова Л.И., Кислицына Э.М., Шестакова И.М.
- 250** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА И КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ
Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Московкина А.В., Машталова А.А., Герасимова И.А.
- 251** РОЛЬ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Московкина А.В., Машталова А.А., Герасимова И.А.
- 252** ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ТЭС-ТЕРАПИИ
Андреева М.В., Смолова Н.В.
- 252** ДИНАМИКА АНТИСПЕРМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Ким В.К.
- 253** ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ I СТАДИИ
Артошина Е.А., Брюсов П.Г., Ушаков И.И., Названцев И.В., Леваков С.А.
- 254** НАШ ОПЫТ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ТОЛЩЕ МИОМЕТРИЯ
Голда Г.А., Пономарев В.В., Уманская С.Г., Артюшков В.В.
- 254** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН С ЭУТИРЕОЗОМ
Ахмедова Ш.А.
- 255** СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИНА (АБГ) ПРИ ПРИЕМЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ
Баженова Л.Г., Керемецкая Е.В. Зорина Р.М. Лукина Н.А., Полукаров Н.А., Васильевская Е.Г., Катернюк О.В.

- 256** НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОЭТАПНОЙ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ
Баканова А.Р., Губайдуллин А.Р.
- 257** ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПЕРИТОНИТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Балакшина Н.Г., Кох Л.И.
- 257** НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ АТРОФИИ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
Балан В.Е., Ковалева Л.А.
- 258** КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ И МАСТОПАТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛА
Баратюк Н.Ю., Трубникова Л.И.
- 259** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО ДРОСПИРЕНОН
Басова О.Н., Волков В.Г.
- 260** ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИЛИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПАТОСПЕРМИЕЙ
Беленькая Л.В., Колесникова Л.И., Сафроненко А.В., Гребенкина Л.А., Шолохов Л.Ф.
- 261** СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И НАРУШЕНИЕМ СПЕРМАТОГЕНЕЗА
Беленькая Л.В., Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Сафроненко А.В., Михалевич И.М., Шолохов Л.Ф.
- 262** ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Белоконев В.И., Шляпников М.Е., Меркулова В.И., Салем Ахмад Ибрагим
- 262** ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИУ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Корнеева Е.В.
- 263** РОЛЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ
Беляева Е.В., Андреева Н.А.
- 264** КОНТРАЦЕПЦИЯ И ИНФЕКЦИИ ВЛАГАЛИЩА – ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Белякина И. В., Кира Е.Ф.
- 264** ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ НА ПРИМЕРЕ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ
Блох М.Е., Печникова Е.Ю.
- 265** СООТНОШЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА
Боронбаев А.К.
- 265** ЯРИНА КАК МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Борщева А.А., Перцева Г. М., Каплиенко Л. П., Илюхина О. В.
- 266** ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Брусницина В.Ю., Чистякова Г.Н., Газилова И.А., Ремизова И.И., Кузнецова Т.А.
- 267** КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
Брюхина Е.В., Нужнов С.Г., Усольцева Е.Н.
- 268** КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Бызова Т.Е., Севостьянова О.Ю., Сударикова Е.Г., Чистякова Г.Н.

- 268** МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНЫХ ДОБРО-КАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Валиуллина Н.З., Кульмухаметова Н.Г., Габитова Л.Р., Озерчук А.Ф., Рахматуллина Г.Р.
- 269** ПРОБЛЕМА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ
Васильев Л.Е., Кулавский В.А., Архипов В.В.
- 270** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА
Василькова Е.В., Тетелютина Ф.К., Жуковская И.Г.
- 270** ЭНДОМЕТРИОЗ И ТАЗОВАЯ БОЛЬ
Волков В.Г., Ростовцева О.О., Матвеева Н.В.
- 271** ENDOMETRIOSIS AND PELVIC PAIN
Volkov V., Rostovtseva O., Matveeva N.
- 271** МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ
Волкова Н.И., Димитриади Т.А.
- 272** ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ В АНАМНЕЗЕ
Воробьев А.В.
- 272** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 4% РАСТВОРА ИКОДЕКСТРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Высоцкий М.М., Манухин И.Б., Попхадзе Ш.Т.
- 273** СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АМНОРЕЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА ЗГТ
Гависова А.А., Бурдули А.Г.
- 274** ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЗГТ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АМНОРЕЯМИ
Гависова А.А.
- 275** РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ CIN 2,3
Гаврикова М.В., Минкина Г.Н., Комарова Е.В.
- 275** СПОСОБ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Газазян М. Г., Иванова Т. С., Пономарева С.В.
- 276** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ АБОРТОМ
Гайсина М.В., Красникова М.Б., Додонов А.Н., Трубин А.Р.
- 277** ЛАЗЕРНАЯ ДОПЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ
Галеев А.А., Габидуллина Р.И.
- 278** РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК В РИ
ГатагажеваЗ.М., ФерзаулиХ.М.
- 278** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Гладкова Н.А., Андреева М.В., Андреев В.А.
- 279** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОСИГЛИТАЗОНА В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Глухова М.В., Линева О.И.
- 280** СВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЭТИОЛОГИЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ
Глушаков Р.И., Манихас Г.М., Лисянская А.С., Тапильская Н.И.
- 281** ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА ГОЛДЛИЛИ
Голова Н.В., Дорофеев А.И.
- 282** АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ
Голова Ю.А., Бреусенко В.Г., Баисова Б.И., Ахундова С.С., Кирикова Ю.М.
- 283** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ С АТИПИЕЙ
Горбунова Е.Е., Закиров И.Р., Прокопьева Т.А.
- 284** ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ЖИТЕЛЬНИЦ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПЛУЧНОГО РЕГИОНА
Горин В.С., Чернякина О.Ф., Бахаев В.В.
- 285** ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТОВ
Горин В.С., Кондранина Т.Г., Молоткова Е.Д., Бахаев В.В.

- 286** СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Грачева О.Н.
- 287** АНАЛИЗ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Грачева О.Н.
- 287** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА МОДУЛЯТОРОВ ЭСТРОГЕННОГО МЕТАБОЛИЗМА И АНГИОГЕНЕЗА В ЛЕЧЕНИИ СПКЯ У ПОДРОСТКОВ
Григоренко Ю.П., Уварова Е.В.
- 288** НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
Григорьев С.Г., Кудрявцева Л.И., Григорьева Т.С.
- 289** ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ ПЛОДА – ГРУППА РИСКА ПО ПРИМЕНЕНИЮ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ
Григорьева Е.Е., Николаева М.Г., Сердюк Г.В., Бондарева Т.А.
- 289** ОЦЕНКА GESTАЦИОННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ СПИРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НА ПИКЕ ПЕРВОЙ ВОЛНЫ ИНВАЗИИ ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ПЛАЦЕНТЫ
Гриневич В.Н., Забозлаев Ф.Г., Мальков П.Г.
- 290** ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН В СЕМЬЯХ, ПЕРЕНОСИМЫХ НЕРАЗВИВАЮЩУЮСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ
Гуман Л.П., Зуев В.В., Шевкун Е.Б.
- 291** УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЭТИОЛОГИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Гуман Л.П.
- 291** ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ
Гущина М.Ю., Богатырева Л.Н.
- 292** ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕВУШЕК С СИНДРОМОМ РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА
Давтян Г.М., Уварова Е.В., Латыпова Н.Х., Петрова С.Б.
- 293** СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНО–ЗНАЧИМЫХ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН
Дармограй Н.В., Сельков С.А., Дудниченко Т.А.
- 293** CONDITION OF REPRODUCTIVE-SIGNIFICANT AUTOIMMUNE PROCESSES AT WORKING WOMEN
Darmograj N.V., Seljkov S.A., Dudnicenko T.A.
- 293** МИОМА МАТКИ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Дворникова З.Г., Савенко С.В., Бикчурова Н.Н., Лисова Н.И., Моторина О.А.
- 294** ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖКТ, КАК ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Дедкова О.А., Близняк Е.А., Куликова Т.П., Решетникова Л.К.
- 295** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ КЕТОКОНАЗОЛОВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ
Джатдоева Ф.А., Доброхотова Ю.Э., Судакова Г.Ю., Хейдар С.А., Течане Х.Т., Филатова Л.А.
- 296** ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Джибладзе Т.А., Свидинская Е.А.
- 296** ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ
Дианова Т.В., Свердлова Е.С.
- 297** ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА ЯИЧНИКОВ
Добренькая Г.С.
- 298** СОСТОЯНИЕ ЭНДО- и МИОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В.
- 298** ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: ХАРАКТЕРИСТИКА И СВЯЗЬ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.

- 299** ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.
- 300** ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИНЫ
Додонов А.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.
- 301** ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ПАР С ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Долгов Г.В.
- 302** РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ
Дуванский Р.А., Умаханова М.М., Торчинов А.М., Аубекирова М.А., Садуллаева Э.Т.
- 302** СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ
Духин А.О., Шапиевский Б.М., Багдасарова З.З., Хачатрян Л.Т.
- 303** ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ
Духин А.О., Шапиевский Б.М., Багдасарова З.З., Хачатрян Л.Т.
- 303** КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА С ПОВЕРХНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ
Ежов В.В., Торчинов А.М., Манькин А.А., Дымковец В.П., Данилейко Ю.К., Антохин В.М.
- 304** ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ, ТЕХНИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ, ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПЕРВОМ МЕДИЦИНСКОМ АБОРТЕ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН
Зарипов Т.Ш., Трубин В.Б., Глебова Н.Н.
- 305** ВЛИЯНИЕ ПЕРВОГО МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ НА СИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА
Зарипов Т.Ш., Трубин В.Б., Глебова Н.Н.
- 305** СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ
Захаренко И.С., Черней А.Л., Алексикова К.А., Куликова Т.П., Овчинникова О.Н.
- 306** СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ОЖИРЕНИЕМ
Зотова Ю.А., Василян А.Н., Шурыгина Т.А., Ягудина Н.В.
- 307** ОСОБЕННОСТИ РАДИОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ
Зудикова С.И., Костанова С.В.
- 308** УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Иванова М.В., Шехова А. Н.
- 308** СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Идрисова Э.А., Гуриев Т.Д.
- 309** РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С НОРМАЛЬНЫМ КАРИОТИПОМ
Иконников М.В.
- 310** ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
Илюгина Л.Б., Христелова М.В., Розенберг И.М.
- 310** «БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ» СКВОЗЬ ПРИЗМУ АНКЕТИРОВАНИЯ
Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г., Загородняя Э.Д., Целюба Е.А., Анохова Л.И.
- 311** РОЛЬ АУТОАНТИТЕЛ К КОФАКТОРАМ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Ионанидзе Т.Б., Агаджанова А.А., Тетрашвили Н.К., Менжинская И.В.

- 312** ИНТЕНСИВНАЯ МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ПОДОСТРЫМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ И АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Матвеева Н.К., Пинтус Е.С.
- 313** ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Пинтус Е.С., Александрова Л.Н.
- 314** КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКРЫТОЙ ТРОМБОФИЛИИ НАКАНУНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА
Исентаева Ж. К.
- 315** ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Исаева Л.В.
- 315** СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА
Исаков В.А., Д.К.Ермоленко, Головин Г.Г.
- 316** СТРУКТУРНЫЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ
Казачкова Э.А., Казачков Е.Л., Медведева Ю.А.
- 317** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕМОСТОНА 1\5 В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Казенашев В.В., Манухин И.Б., Геворкян М.А.
- 318** КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ДО И ПОСЛЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Календжян А.С., Рубцова А.Ю., Хамошина М.Б.
- 318** ВЛИЯНИЕ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ НА ПОЛОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ
Кальченко Е.С., Овсиенко А.Б., Гаспарян С.А.
- 319** ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНАМИ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Карась И.Ю., Равинг Л.С., Тряпицына Ю.С.
- 320** КОРРЕКЦИЯ ВИТАМИНАМИ-АНТИОКСИДАНТАМИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ
Кармацких Т.Н., Полякова В.А., Винокурова Е.А., Карпова И.А., Арабаджи О.А.
- 321** АДАПТИВНОСТЬ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Карушина Л.М.
- 322** ИНТУИТИВНАЯ РОБОТОАССИСТИРОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ DA VINCI В ГИНЕКОЛОГИИ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ
Кира Е.Ф., Политова А.К..
- 322** ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ P16INK4A ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Клинышкова Т. В., Каратюк Т.И., Мозговой С.И.
- 323** ОЦЕНКА УРОВНЯ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ – И ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Клинышкова Т.В., Лаутеншлегер Е.В., Притыкина Т.В.
- 324** ЧАСТОТА КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА Г. АЛМАТЫ
Кобзарь Н.Н., Джуманова О.Н., Борзова С.В., Кызаева А.Д.
- 324** ДИАГНОСТИКА ПРЕИНВАЗИВНОГО И ИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН (ДО 30 ЛЕТ) В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Ковчур П.И., Бахлаев И.Е., Сазонова Л.Н., Белоярова В.С., Корнилова Т.С., Целигорова В.Ю., Шулейко Н.Т.
- 325** РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ АДЕНОМИОЗА И ПРЕИМУЩЕСТВО КОМПЛЕКСНОЙ КВЧ-ТЕРАПИИ
Кодряну Н.П., Калараш М.В.

- 327** ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВПЧ ТЕСТА У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
Комарова Е.В., Минкина Г.Н., Гаврикова М.В., Храмова О.К.
- 328** ВОЗМОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВИКАРНОМ УВЕЛИЧЕНИИ ЯИЧНИКА ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ
Кондранина Т.Г., Горин В.С., Молоткова Е.Д., Бахаев В.В., Будаев А.И.
- 329** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМАРКЕРОВ P16INK4A И KI-67 В ДИАГНОСТИКЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Кондриков Н.И., Шамаракова М.В., Горбачева Ю.В.
- 330** ДИСКУССИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ
Кондриков Н.И., Силакова А.В., Могиревская О.А.
- 330** СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ВУЛЬВЫ
Кононова И.Н., Иванова И.П.
- 331** ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПЛАЗИИ И МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ – ЭТАПЫ ЕДИНОГО ПРОЦЕССА КАНЦЕРОГЕНЕЗА: ТРУДНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
Короленкова Л.И.
- 332** СОВРЕМЕННЫЙ КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Крамарский В.А., Зорин И.Г., Дудакова В.Н., Сверкунова Н.Л.
- 333** СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ЛИШАЙ ВУЛЬВЫ: РОЛЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Крапошина Т.П., Стамболиева А.В., Атанян М.А.
- 333** ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Красникова М.Б., Ткаченко О.С., Бадретдинова Ф.Ф.
- 334** ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И КОК ВРАЧАМИ-ГИНЕКОЛОГАМИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ
Кривенко О.А., Азизян К.М., Ольховская М.А., Коновалова В.Н.
- 335** СОСТОЯНИЕ ОБМЕНА БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ
Кузнецова Е.П., Хмелевская В.П., Протопопова Т.А.
- 336** ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Кузнецова Е.П., Шкатова Е.Ю., Халилов Р.З., Малмыгин Д.А.
- 336** ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Кузьмина М.А., Ипатов М.В., Тимошин С.А., Соколова Н.И.
- 337** ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
Кузьмина С. А.
- 338** К ВОПРОСУ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА
Кулинич С.И., Попова Ю.Н.
- 339** К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВИТОВ
Кулинич С.И., Реуцкая М.А., Свердлов Е.С.
- 340** СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОВУЛЯЦИИ
Кулинич С.И., Чертовских М.М., Чертовских М.Н.
- 340** ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ГИПОГАЛАКТИИ
Кульмухаметова Н.Г.
- 341** ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МРТКФУЗА МИОМЫ МАТКИ НА СОСТОЯНИЕ ИНТАКТНОГО МИОМЕТРИЯ И ЭНДОМЕТРИЯ
Курашвили Ю.Б., Коган Е.А., Аксененко А.А., Кулабухова Е.А., Батаршина О.И.
- 342** ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ И ФАКТОРЫ, ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ
Курбангаджиева З.; Омаров С-М.А.; Кантаева Д.К.

- 342** ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РИЛИЗИНГ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ
Курникова В.В., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.
- 343** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Курникова В.В., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.
- 344** ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Курушина О.В., Атагаджиева М.С.
- 344** ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Ламтева Г.Л., Василян А.Н., Зудикова С.И.
- 345** КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ
Ларина Д.В., Коколина В.Ф.
- 346** ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОЭСТРОГЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ МЕНОПАУЗЫ
Лесиовская Е.Е., Жидкова Е.В.
- 346** ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Линева О.И., Шишкина А. А., Макарова Н.В., Веревкина О.М.
- 347** ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ И ПУТИ ЕГО РЕАЛЬНОЙ ОПТИМИЗАЦИИ
Логутова Л.С.
- 348** ПРЕИМУЩЕСТВА ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ
Лукьянова Е.А.
- 348** ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ИСХОД НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Лысенко И.М., Бахтина Т.Ж., Баркун Г.К.
- 349** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЛАБАТОРНАЯ ОЦЕНКА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ДИСТРУКЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Магомедов М.М., Марченко А.И., Арбуханова Л.М., Магомедова П.М.
- 350** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ДЛЯ ПЛОДА ПО ДАННЫМ ДОППЛЕРОМЕТРИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГЕСТОЗА И ОЖИРЕНИЯ
Магомедова Г.А., Омаров Н.С.-М.
- 351** ВЛИЯНИЕ НАПРЯЖЕННОГО КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НА ГЕМОДИНАМИКУ ПАЦИЕНТОК ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Мазитова М.И., Ляпахин А.Б., Габидуллина Р.И., Юпатов Е.Ю.
- 352** ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АКТИВНЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Маисеенко Д.А., Егорова А.Т.
- 353** ЛАПОРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Малыгин Д.А., Пименова Л.И., Горбунова Е.Е., Субботина С.В.
- 354** ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА И ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ
Малых Н.Е., Волков В.Г.
- 354** ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКЗО- И ЭНДОЦЕРВИЦИТА И ВПЧ-ИНФЕКЦИИ
Мальцева Л.И., Фаррахова Л.Н.
- 355** КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНА В ВЫБОРЕ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЭКЗО- И ЭНДОЦЕРВИЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Мальцева Л.И., Фаррахова Л.Н.
- 356** ВЛИЯНИЕ ПЕТЛЕВОЙ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭКСЦИЗИИ НА ДЛИНУ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ДАННЫМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ
Манухин И.Б., Фириченко С.В., Зуйкова Е.В.
- 357** СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ
Манухина Е.И., Геворкян М.А., Манухин И.Б., Смирнова Л.И., Студеная Л.Б.
- 357** РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.
Манухина Е.И., Геворкян М.А., Манухин И.Б., Студеная Л.Б., Смирнова Л.И., Григорова Л.В.

- 358** ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Марченко А.И., Магомедова П.М., Арбуханова Л.М., Магомедов М.М.
- 359** МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ
Марченко Л.А., Бутарева Л.Б., Табеева Г.И., Чернышова Н.А.
- 360** ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ НОВЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ПРЕНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ
Марченко Н.П., Шевченко Е.А.
- 361** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРХИНИЛОНОВ (АВЕЛОКС) ДЛЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Бабунашвили Е.Л.
- 362** ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ И ГЕСТАГЕННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ
Мгерян А.Н., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Тагиева А.В., Чернышева А.В.
- 362** ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ НЕКОТОРЫМИ КОМПОНЕНТАМИ Фолликулогенеза у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием
Медведев Б.И., Зайнетдинова Л.Ф.
- 363** ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ПРИЕМЕ
Мингалёва Н.В., Бороденко Е.Ю., Топорова Л.А., Маслюк А.Е.
- 364** ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОПТОЭЛЕКТРОННОГО ПРИБОРА TRUSCREEN В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ
Минкина Г.Н., Храмова О.К., Фириченко С.В.
- 365** ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ
Михельсон А.Ф., Романовская А.Г., Бердичевская Л.Г., Михельсон А.А.
- 365** ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Морева Ж.Г., Сащенко В.П.
- 366** К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ НАХОЖДЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ТРИХОМОНАД В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОНКОПОРАЖЕНИЯМИ
Морева Ж.Г., Васильев М.М.
- 367** ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Муслимова С.Ю., Кулешова Т.П., Афанасьев А.А., Ахметшин Р.З., Ларкина С.В.
- 368** РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРАВА МОЛОДЕЖИ
Мухотина А.Г., Журман В. Н.
- 368** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА С АНТИАНДРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ
Набока М.В., Иванюк В.Н.
- 369** АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
Нарзуллаева Е.Н., Джаборова Н.С.
- 370** СОМАТИЧЕСКИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ
Нафтулович Р.А., Ящук А.Г., Масленников А.В., Саниева С.М.
- 371** СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ОСТЕОПЕНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРЕХОДНОМ ПЕРИОДЕ И РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Невмержицкая И.Ю., Кравченко П.З., Хамошина М.Б.

- 372** УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАТРЕКСАТА
Нестеров Ф.В., Холодков В.А., Попова А.Х., Могеладзе Н.О., Греков Е.Н.
- 373** ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ
Никитин Н.И., Кулавский В.А., Симакова Е.Л.
- 373** ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ
Никитин Н.И., Кулавский В.А., Симакова Е.Л.
- 374** ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЧАРОЗЕТТЫ У ЖЕНЩИН, НОСИТЕЛЬНИЦ ПОЛИМОРФИЗМА RA1-1
Николаева М.Г.1, Григорьева Е.Е.2, Момот А.П.3, Сердюк Г.В.3
- 375** КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ
Озолиня Л.А., Большакова О.В., Лапина И.А., Луценко Н.Н.
- 376** РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ
Озолиня Л.А., Лапина И.А.
- 377** ФАКТОРЫ РОСТА В ЭНДОМЕТРИИ В ПЕРИОД «ИМПЛАНТАЦИОННОГО ОКНА» У ЖЕНЩИН С НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКО
Ольховская М.А., Корнеева И.Е., Сухих Г.Т.
- 378** ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОКАЗАНИЯМ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОКТАГАМ»
Оразов М.Р., Плескановская С.А.
- 378** ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА
Плескановская С.А., Оразов М.Р.
- 379** РОЛЬ ГЕСТОДЕНСОДЕРЖАЩЕЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПРОТИВОРЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА
Оразов М. Р., Плескановская С.А.
- 379** РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ВРТ
Охтырская Т.А., Яворовская К.А., Шуршалина А.В.
- 380** ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ТАКТИКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НАЧАЛЬНЫМ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ
Пашов А. И.
- 380** СКЭНАР ТЕРАПИЯ ОВУЛЯТОРНОГО СИНДРОМА
Петров Ю.А., Петрова С.И.
- 381** ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ МЕТРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ С ПОМОЩЬЮ СКЭНАРА
Петров Ю.А., Савина И.И., Петрова С.И.
- 382** ФАКТОРЫ РИСКА И ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У МОЛОДЫХ
Пигарева Л.Н., Храмова Е.Е., Голубев С.С., Беляева Е.В.
- 382** СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Подонина Н.М., Уткин Е.В., Прокопьева А.А., Руденко Ю.П.
- 383** ДИНАМИКА ПРОЛИФЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ
Покуль Л.В., Евтушенко И.Д., Жабина Е.С., Иванова Т.В.
- 384** ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩНОГО КОЛЬЦА НОВА РИНГ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Полстяная Г.Н., Зайцева М.Н., Полстяной А.М.
- 385** ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
Пономарев В.В., Баширов Э.В., Артюшков В.В., Жуйко А.А.
- 386** ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА
Пономарев В.В., Жуйко А.А., Артюшков В.В., Баширов Э.В.
- 386** МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ АКУШЕРСКИХ ЭМБОЛИЙ. ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА
Попов А.Д.

- 388** СЕКРЕЦИЯ МЕЛАТОНИНА У ЖЕНЩИН С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ
Попов Э.Н., Прокопенко В.М., Опарина Т.И., Степанов М.Г.
- 388** ИЗУЧЕНИЕ ОБМЕНА ГЛИКОЗАМИНО-ГЛИКАНОВ У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ
Попова А.Х., Накоскин А.Н., Накоскина Н.В.
- 389** СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ
Попова Н.Г., Гевондян С.В.
- 389** ХОЛЕСТАЗ У БЕРЕМЕННЫХ
Пунгина М.Ю., Пестряева Л. А.
- 390** МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК
Пшеничникова Т.Б., Передеряева Е.Б., Гадаева З.К.
- 391** ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Репина Н.Б., Самарина Т.А., Кузнецова О.В.
- 391** ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ МИОМЕ МАТКИ
Рогожина И.Е., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Шехтер М.С., Чунихина Н.А., Нейфельд И.В.
- 392** Состояние системы гемостаза у больных с миомой матки
Рогожина И.Е., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Шехтер М.С., Чунихина Н.А., Нейфельд И.В.
- 393** ВЛИЯНИЕ ИНДУКТОРОВ ОВУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Руднева Т.В., Руднев С.В., Синицын В.А.
- 394** ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Саврацкий А.Ю., Иванян А.Н., Рафальский В.В., Густоварова Т.А.
- 395** ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА
Саидова Р.А., Арутюнян Э.М., Першина Е.В., Исламова Ш.Н., Гусейнова З.С.
- 395** ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПРЕ- И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Саидова Р.А., Алексанян С.Г., Мкоян Л.А., Купцова Т.И., Тропынин М.А.
- 396** КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ
Салий М.Г., Ткаченко Л.В., Налимова И.Ю.
- 397** ПОКАЗАТЕЛИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОМ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ
Салий М.Г., Заклякова О.В., Налимова И.Ю.
- 398** ДИАГНОСТИКА ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ
Салов И.А., Ташухожяева Д.Т., Чунихина Н.А.
- 398** ИССЛЕДОВАНИЕ СУБПОПУЛЯЦИОННОГО СОСТАВА ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ
Сапрыкина Ю.В., Матвеева Н.К., Белоглазова С.Е.
- 399** СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ И ЭХОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ КАК ЭТАПА ПОДГОТОВКИ К ПРОГРАММЕ ЭКО
Саркисов С.Э., Мовсисян Э.Т., Гатаулина Р.Г., Кулакова Е.В., Александрова Н.В., Кочиева М.Л.
- 400** ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАДГОРТАННОГО ВОЗДУХОВОДА I-GEL, КАК АЛЬТЕРНАТИВНОГО СПОСОБА ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ И В АКУШЕРСТВЕ
Саталкина О.Г., Коликов А.И., Кузнецов О.Г.
- 400** ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Свердлова Е.С., Дианова Т.В., Кулинич С.И.

- 401** ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Свиридова Н.И.
- 402** ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА
Себко Т.В., Доброхотова Ю.Э., Иванова Т.А., Носиков В.В., Осипова Т.А., Алехин М.В.
- 402** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Себко Т.В., Доброхотова Ю.Э., Иванова Т.А., Носиков В.В., Осипова Т.А., Алехин М.В.
- 403** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И МОРФОЛОГИИ ПОСЛЕДА ПРИ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Семенова М.В., Сабсай М.И.
- 403** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПУПОВИНЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ
Семенова О.В., Сидорова И.С., Шеманаева Т.В. ММА им. И.М. Сеченова, Россия, г.Москва
- 404** СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
Семенова О.Г., Тактаева М.В.
- 405** СОЧЕТАННЫЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Серёгина М.В., Серёгина В.В.
- 406** НОВОРОЖДЕННЫЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ НИЗКОЙ МАССЫ ПРИ РОЖДЕНИИ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ
Серебренникова О.А., Михеева Н.И., Молева С.В. Твердохлебова З.К.
- 407** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА «ГИНЕФЛЕКС» ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
Силаева В.Л., Никитина Е.В., Агабеков К.Ф., Мороз Н.В.
- 408** ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Скачков Н.Н. Дубровина С.О., Маклюк А.М., Зинкин В.И., Зинкина Е.В., Егоров Ю.И.
- 409** ДИСМЕНОРЕЯ КАК ОДНО ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Скидан Т.Н., Уварова Е.В., Гайнова И.Г.
- 409** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
Соловова Л.Д., Загоруйко В.С.
- 410** ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОЗНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ
Соломатина А.А., Братчикова О.В., Сафронова Д.А., Шабрина О.В., Сорокин Ю.А.
- 411** ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХ. ЗНАЧЕНИЕ ТРЕХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Соломатина А.А., Сафронова Д.А., Братчикова О.В., Соломатин Д.В., Саргсян Н.С.
- 412** ЗНАЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ
Солопова А.Г., Иванов А.Е., Сдвижков А.М., Табакман Ю.Ю.
- 412** ПЕРСПЕКТИВЫ КРИОЛЕЧЕНИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Солопова А.Г., Иванов А.Е., Сдвижков А.М., Табакман Ю.Ю., Воробьев А.В.
- 413** ЧАСТОТА ВПЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Сорокин В.Д.
- 414** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ
Сутурина Л.В., Коваленко И.И.
- 414** ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЭСТРОГЕНОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ
Сутурина Л.В., Скляр Н.В., Шолохов Л.Ф., Ильин В.П.

- 415** КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АНДРОГЕЛЬ (ТЕСТОСТЕРОН 1%) В ТЕРАПИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ
Сухих Г.Т., Тер Аванесов Г.В., Голубева Е.Л.
- 416** СТРУКТУРА ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН С ПАТОЗООСПЕРМИЕЙ
Тер Аванесов Г.В., Фанченко Н.Д.
- 416** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИА В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.
- 417** ЗНАЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН
Ткаченко Л.В., Колесниченко О. А.
- 418** ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ
Ткаченко Л.В., Рыбак В.А., Курушина О.В., Атагаджиева М.С.
- 418** ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ
Ткаченко Л. В., Михин И. В., Бебуришвили А. Г., Минаева Е. А.
- 419** ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТОВЕГИНА
Ткаченко Л.В., Агапов В.К., Горюнова Т.В., Беляков Г.А., Скуберт В.С., Климов М.М.
- 420** РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ВЫБОРЕ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Ткаченко Л.В., Гущина М.Ю.
- 420** ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИГАЛЛАТА И ИНДИНОЛА В ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИА И ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Узденова З.Х., Шаваева В.А., Шогенова Ф.М., Тогузаева З.Х., Лигидова А.Т.,
- 421** ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ
Узденова З.Х., Гатагажева З.М., Ферзаули Х.М., Евлоева М.С.
- 422** ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТАМИ ИНДИНОЛ И ЭПИГАЛЛАТ
Шогенова Ф.М., Узденова З.Х., Хапаева А.И.
- 423** ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
Шогенова Ф.М.
- 424** ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ БЕСПЛОДИИ
Фалалеева Л.Н., Тетелютин Ф.К., Полякова М.Р.
- 425** ИНТЕНСИВНОСТЬ МЕМБРАННЫХ РЕАКЦИЙ ПОЛ И УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭКТОПИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ
Фомина О.А., Пешев Л.П.
- 425** ПЛАЗМАФЕРЕЗ С НАПРАВЛЕННЫМ ТРАНСПОРТОМ АНТИБИОТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Фотеева Т.С., Бакуридзе Э.М., Козаченко А.В., Товмасын В.М, Алиева З.А.
- 426** ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКОМБИНАНТНОГО КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА VIIa (МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Федорова Т.А., Стрельникова Е.В., Рогачевский О.В.
- 427** ИММУНОСОРБЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Федорова Т.А., Коновалов Г.А., Очан А.С., Сидельникова В.М., Покровский С.Н.
- 427** ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ В ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА
Бакуридзе Э.М., Данилов А.Ю., Верясов В.Н., Борзыкина О.М., Дубницкая Л.В.
- 428** НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ
Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.

- 429** ЭКСПРЕССИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ НЕАТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ
Фролова Н.Б., Клинышкова Т.В., Мозговой С.И.
- 430** КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ “ВАГИНОРМ-С”
Хамадьянов У.Р., Галимов А.И., Иваха В.И., Гарифуллин Р.А., Хамадьянова С.У., Шугинова В.В.
- 431** МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Хамадьянов У.Р. Гарипов Р.М., Мухаметвалеева Г.Р., Галанова З.М.
- 432** ДО И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ И МАЛОГО ТАЗА
Хачатрян А. К., Нанаголян Г. В.
- 433** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОДОЗИРОВАННЫХ КОК В ПРОЛОНГИРОВАННОМ РЕЖИМЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛАЗЕРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ
Хачатурян А.Р., Шаповалова К.А., Марютина Л.В.
- 433** «ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС» ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Хашукоева А.З., Никулин Б.А., Маматиева М.А., Луценко Н.Н.
- 434** СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИБКОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В ГОРОДЕ ЧЕРЕПОВЦЕ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ ИХ К ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Хвалов В.В. Хвалова Л.Н.
- 435** КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Цаллагова Л.В., Попова Л.С., Кабулова И.В., Майсурадзе Л.В., Дзагоева Ф.Б.
- 436** ДИФFUЗНЫЕ И ОЧАГОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Чагай Н.Б.
- 437** ТЕСТ С СИНАКТЕНОМ 5 МКГ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ
Чагай Н.Б.
- 437** ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПОВ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ: ЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ
Чернуха Г.Е., Блинова И.В.
- 438** ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Чернякина О.Ф., Горин В.С., Бахаев В.В.
- 439** ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАИОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
М.Н. Чертовских, Е.В. Флоренсова, СИ. Кулинич
- 440** РАК ШЕЙКИ МАТКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ
Чимитдоржиева Т.Н., Хойкова О.Ч.
- 441** ВЛИЯНИЕ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА НА СИНТЕЗ И ПРОДУКЦИЮ ЦИТОКИНОВ Th2 ТИПА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МАЛЫМИ ФОРМАМИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Шаалали Ю.С., Анциферова Ю.С., Малышкина А.И.
- 442** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ ПРЕПАРАТАМИ МЕТРОГИЛ И ДАЛАЦИН
Шабанова М.В., Лазарева Г.А., Медведева И.Н.
- 443** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДЕРИНАТ» В ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ
Шабанова М.В., Лазарева Г.А., Медведева И.М.

- 443** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАПЕРИТО-НЕАЛЬНОГО НЕОФАСЦИОГЕНЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ
Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А., Озова М.М., Субботин Д.Н.
- 444** ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ
Шарапова Л.Е., Коршунова Г.А., Рузмыкина Т.И., Бухарова Л.А., Чехонацкий А.А.
- 445** УРОВЕНЬ ОРГАНСПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ
Шарапова Л.Е., Рузмыкина Т.И., Бухарова Л.А.
- 446** ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ
Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д.
- 447** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САЛЬПИНГООФОРИТОВ
Шатунова Е.П., Макарова Н.В., Степанова Ю.В., Шишкина А.А.
- 448** ПРИЧИНЫ РОСТА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Шатунова Е.П., Степанова Ю.В.
- 448** РОЛЬ МУЖСКОГО ФАКТОРА В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Шейко Л.Д., Сударикова Е.Г., Бызова Т.Е., Мазуров Д.О.
- 449** К ВОПРОСУ О РОЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПАТОЗОСПЕРМИИ
Шейко Л.Д., Нигматова Е.А., Шипицына Е.А., Беломестнов С.Р.
- 450** ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Шехтер М.С., Салов И.А., Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф.
- 451** ЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РЕЦИДИВИРОВАНИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ
Ширинг А.В., Орлов В.И., Ермолова Н.В.
- 452** КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ К ЛАПАРОСКОПИИ
- 452** ПРИ БЕСПЛОДИИ
Шмаков А.Ю.
- 452** ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
Шогенова Ф.М.
- 453** ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ: КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ
Яворская С.Д., Фадеева Н.И.
- 454** РОЛЬ СЫВОРОТОЧНОГО МАГНИЯ В ГЕНЕЗЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
Ящук А.Г., Масленников А.В.
- 455** ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИА У ПАЦИЕНТОК С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДО- И МИОМЕТРИА ПЕРЕНЕСШИХ ЭМА
Литвинова Н.А., Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Нуруллин Р.Ф., Сапрыкина Л.В., Сухих Г.Т.
- 456** УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДАМИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ГИСТЕРЭКТОМИИ
Нуруллин Р.Ф., Фандеева Л.В., Гришин И.И., Литвинова Н.А., Алиева А.А., Доброхотова Ю.Э.
- ## Неонатология
- 457** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Быстрицкая Т.С., Вережкина Е.В., Квиткина И.Г.
- 457** ПРЕДИКТОРНАЯ РОЛЬ УРОВНЯ NSE ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Бычкова С.В., Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Литвинова А.М.

- 458** ОСОБЕННОСТИ АКТИВАЦИИ МОНОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Дударева М.В.
- 459** ОСОБЕННОСТИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Жирнов В.А.
- 459** ПРОВЕДЕНИЕ ВЕРИФИКАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ И МЕДИЦИНСКИЙ АУДИТ ДИАГНОЗОВ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Зубков В.В.
- 461** ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Краева О.А., Костоусова Е.В., Ковалев В.В., Ковтун О.П., Климова Л.Е.
- 461** АКТИВНОСТЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ И ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ В МОЧЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С
ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
Куликова Н.Ю., Чаша Т.В., Можяева А.Н., Кузьменко Г.Н., Ситникова О.Г.
- 462** ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ПОЛИПАХ ЭНДОМЕТРИЯ
Лысенко О.В.
- 462** ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЕТАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ
Лысяк Д.С., Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Левчук Е.С.
- 463** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА
Мазур Л.И., Абрамова О.А.
- 464** ПРОТИВОРЕЧИЯ ЭТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ПЛОДА КАК ПАЦИЕНТА И КЛИНИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕРИОДА ЕГО ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ
Михайлов А.В., Червенак Ф.А., МакКуллоух Л.Б.
- 465** ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Назаров С.Б., Кузьменко Г.Н.
- 466** ПОКАЗАТЕЛИ ГИСТОТИПИРОВАНИЯ КРУПНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СИСТЕМЕ HLA В СРЕДНЕ-УРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ
Павличенко М.В.
- 466** ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА У НОВОРОЖДЕННЫХ
Парамонова Т.К., Соловьева Е.П., Радынова СБ., Беликова Е.В., Тюрина Н.А.
- 467** ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И., Хаматханова Е.М., Дорофеева Е.И., Машинец Н.В., Жиркова Ю.В., Панов В.О., Кулабухова Е.А.
- 468** КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОГО ТРАНСФУЗИОННОГО СИНДРОМА
Полонская Е.И., Рыжков С.В., Егорова Н.П., Порываева М.Ю., Михайлов А.В.
- 468** ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ И ЛОКАЛЬНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ РЯДА ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОПЕРАТИВНОМ И КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ
Попова А.Х., Овчиноков Е.Н.
- 469** АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТЯГОЩАЮЩИХ ФАКТОРОВ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА
Рыжков С.В., Мороз Т.Ю., Яковенко Е.П., Старосельская Е.Б., Москаленко В.И., Березовская С.И.
- 470** РОЛЬ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (ГРУППА В) В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ
Савин К.А. Гриненко Г.В. Хавеева О.С.
- 471** ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛНГ — РИЛИЗИНГ ВМС «МИРЕНА» ПРИ МИОМЕ МАТКИ
Семенова О.Г., Тактаева М.В.
- 471** РОЛЬ ФЕТАЛЬНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В РАВИТИИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Сергеева В.А., Нестеренко С.Н., Стариченко И.А., Смирнова Т.И.

- 472** РЕЦЕПЦИЯ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ЭНДОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ
Серебренникова К.Г., Лапшихин А.А., Самойлов М.В., Бессмертная В.С., Кузнецова Е.П., Протопопова Т.А.
- 473** ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ
Скареднова Е.Ю., Ковалев В.В., Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И.
- 474** К ВОПРОСУ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС
Скоков Ю.М., Шехова А.Н.
- 475** СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА
Скрябин Е.Г., Скрябина Н.В., Решетникова Ю.С.
- 475** НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, СТРАДАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА
Скрябин Е.Г., Кукарская И.И., Краморенко С.В., Решетникова Ю.С.
- 476** ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Фаткуллин И.Ф., Гайнутдинова А.В., Фаткуллин Ф.И.
- 477** ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОМФАЛОЦЕЛЕ
Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Жиркова Ю.В., Машинец Н.В.
- 477** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАНДАРТНЫХ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ В РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ
Харченко М.В., Казакова О.В., Заболотских Т.В., Ильченко А.В.
- 478** МУТАЦИЯ ГЕНА MTHFR C677T: ВЛИЯНИЕ ГЕНОТИПА НА ЧАСТОТУ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ, ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
Ходжаева З.С., Блинецкая С.Л.
- 479** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФЕТАЛЬНОЙ МАКРОСОМИИ
Шехова А.Н., Хуако Г. А.
- 479** ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТАМИ ИНДИНОЛ И ЭПИГАЛЛАТ
Шогенова Ф.М., Узденова З.Х., Хапаева А.И.
- 480** ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
Шогенова Ф.М.
- 481** ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ, В СОЧЕТАНИИ С ИНГАЛЯЦИЕЙ ОКСИДОМ АЗОТА НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС И РЕСПИРАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Эстрин В.В., Александянц Т.Н.
- 482** ДИАГНОСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ И МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИВЛ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС И РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ
Эстрин В.В., Каушанская Е.Я., Симонова А.В.
- 482** НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАТЯНУВШЕЙСЯ ЖЕЛТУХОЙ
Якорнова Г.В., Чистякова Г.Н., Пестряева Л.А., Газиева И.А.

Организация

здравоохранения

- 484** ПРОСВЕЩЕНИЕ МОЛОДЕЖИ – РЕШАЮЩИЙ ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
Аккузина О.П., Смирнова Н.П., Борисова Н.В.
- 485** МАТЕРИНСКИЕ ПОТЕРИ В РЕГИОНЕ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ РОЖДАЕМОСТИ
Ан А.В., Юсупова А.Н.
- 486** ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИЦ ГОРОДА ИЖЕВСКА
Блинова А.А., Овчинникова И.В., Василькова Е.В., Михайлова Л.М.

- 486** НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Вострикова Т.В., Лебедева М.Г., Хамошина М.Б., Абдуллаева Р.Г., Бородкина Ю.А.
- 487** МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ БЕРЕМЕННОСТЬЮ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Гусева Е.В., Филиппов О.С.
- 488** РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Гусева Е.В., Филиппов О.С.
- 489** ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРОРДЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА
Демин А.Н. Мокринская Е.А.
- 490** ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
Демченко Н.С., Третьякова Т.Б.
- 491** РОЛЬ И ЗАДАЧИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
Добряков И.В.
- 491** XXI ВЕК: АНАЛИЗ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (АС)
Жданова В.Ю., Трубникова Л.И., Таджиева В.Д., Измайлова Ф.А., Мартыанова Е.Н.
- 492** СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НАПРЯЖЕННОМ РЕГИОНЕ
Зиганшин А.М., Кулавский В.А.
- 493** СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ
Калиновская И.И.
- 494** РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ЦЕНТРЕ СИБИРИ
Камалова Е.В., Агаркова Л.А., Габитова Н.А.
- 495** ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИ-БОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ В ОМСКОМ ОБЛАСТНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ
Ковтунова О.Ф., Ралко В.В.
- 495** ЗАВИСИМОСТЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СЕМЬИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
Коновалов В.Н., Цхай В.Б., Капитонов В.Ф., Панченко Е.А.
- 496** ДОСТОВЕРНОСТЬ ЗНАЧИМОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПОВЫШЕННОЙ КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
Котельников А.В., Падалкина Е.В., Петрова Н.В.
- 497** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ
Кравцова О.В., Долгих В.В., Лещенко О.Я.
- 498** ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВПЧ — АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВАКЦИНОЙ «ГАРДАСИЛ» В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Булычева Е.С.
- 499** УРОВНИ СВОБОДНОГО ТЕСТОСТЕРОНА В СЛЮНЕ У ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕНДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ
Кривенко О.А.
- 500** О РЕЗУЛЬТАТАХ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В АКУШЕРСКОЙ СЛУЖБЕ
Кунилова О.В., Ковалева Е.А.
- 501** АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ
Лебедев А.С., Кеня А.Н., Пирогов А.В., Духов С.В.
- 502** ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ И ДЕМОГРАФИЯ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ
Лебедев А.С., Кеня А.Н., Казакова В.А., Духов С.В.
- 503** СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ
Линева О.И., Нестеренко С.А.

- 504** ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ОБЩУЮ АНТИОКСИДАНТНУЮ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТАХ
Линева О.И., Катасонова З.А., Катасонова Т.А., Селезнева Н.Г.
- 505** МУТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В СПЕРМАТОГЕНЕЗЕ У МУЖЧИН. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, РАННЯЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ
Маркарян Д. С.
- 506** ПРИМЕНЕНИЕ «ПАСПОРТА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ» ТЕРРИТОРИЙ» В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ
Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Бороденко Е.Ю.
- 507** ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ КАК КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗА АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ
Мороз Т.Ю., Яковенко Е.П., Сотникова Л.С., Шаповалова Г.В., Черевань Ж.М., Потапкина О.В.
- 508** РЕЦИДИВЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
Муслимова С.Ю., Кулешова Т.П., Ларкина С.В.
- 509** ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Мухотина А.Г., Валикова О.В.
- 509** КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ СЕМЬИ
Никишин В.В., Ермолаева Т.И., Пакуло Г.Ф., Лизунова С.И., Шемель Н.А., Яковлев Я.В., Ходеева Т.Ю.
- 510** ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Мартиросян С.В.
- 511** СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ИХ СЕМЕЙ НА ОСНОВЕ ОБМЕННОЙ КАРТЫ КАК ИНФОРМАЦИОННОГО НОСИТЕЛЯ
Песикин О.Н., Гапонюк П.Я., Васильева Т.П., Черкашина Е.М., Кокорина О.К., Платонова Н.С., Алексеева Е.Г.
- 512** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА И ПАЦИЕНТКИ
Печникова Е.Ю.
- 512** ПРОФИЛАКТИКА МЕРТВорождаемости в Российской Федерации
Посисеева Л.В., Васильева Т.П., Песикин О.Н.
- 513** СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ПНП «РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ» В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
Раевский А. Г., Сабанов В. И., Иваненко В. В., Раевская А. А.
- 514** ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ
Руднева Т.В., Руднев С.В., Украинцев Ю.Г., Борисенко А.П.
- 515** КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОЦЕНКАХ МАТЕРЕЙ
Рыбкина Н.Л.
- 516** ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА
Слепцова С.И.
- 518** ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР В СТРУКТУРЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА
Слепцова С.И.
- 519** НОВЫЕ ФОРМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Смирнова Н.П., Аккузина О.П., Курмачева Н.А., Рогожина И.Е.
- 520** ТЕНДЕНЦИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ
Суханова Л.П.

-
- 520** ЗНАЧЕНИЕ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Филиппов О.С., Гусева Е.В.
- 521** МАТЕРИНСКИЕ ПОТЕРИ В РОССИИ В 2008 ГОДУ
Филиппов О.С., Токова З.З., Гусева Е.В.
- 522** ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ И РЕБЕНКА
Филиппова Г.Г.
- 523** ВНЕДРЕНИЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Филиппова Т.Ю.
- 524** МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОГЕСТАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ
Цуркан С.В., Вдовенко С.А.
- 524** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ В ВЫСОКОУРБАНИЗИРОВАННОМ ГОРОДЕ
Шаховская И.Н.
- 525** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ
Юрасова Е.А., Пестрикова Т.Ю., Пивкина О.А.
- 526** РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ
Юсупова А.Н., Фролова О.Г., Гудимова В.В., Цимлякова Л.М.
- 527** РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИКИ АБОРТА В РОССИИ
Юсупова А.Н., Фролова О.Г., Цимлякова Л.М., Волгина В.Ф.
- 527** ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ АДЕНОМИОЗА
Хе Ю.Д., Стрижова Н.В., Коробейников А.П., Бродская Т.Я.