



**Х** ЮБИЛЕЙНЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ  
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
ФОРУМ

# Мать и Дитя

**28–30  
ИЮНЯ  
2017**

**Пленум Правления  
Российского общества  
акушеров-гинекологов**



**Геленджик**  
Кемпински Гранд Отель

# МАТЕРИАЛЫ



**М+Э**  
**МЕДИ**  
**Экспо**

# **МАТЕРИАЛЫ**

**X Юбилейного регионального  
научно-образовательного форума  
«Мать и Дитя»**

**28–30 июня 2017 года**

**Геленджик, Кемпински Гранд Отель**

М., 2017 – 202 с.

Главный редактор  
Сухих Г.Т.

Научные редакторы  
Баранов И.И.,  
Арсланян К.Н.,  
Долгушина Н.В.,  
Зубков В.В.

ISBN 978-5-906484-38-3

© «МЕДИ Экспо», 2017



## Раздел 1

# Гинекология

---

### ЭНДОМЕТРИОЗ ЯИЧНИКОВ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Аржаева И.А., Салов И.А.

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,  
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

#### Актуальность

Эндометриоз – одно из самых распространенных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, частота его встречаемости колеблется от 5% до 10%. В 30% случаев он является причиной бесплодия.

#### Цель

Целью исследования явился сравнительный анализ клинических особенностей ЭЯ и поражения яичников неэндометриоидной природы с созданием наиболее типичного клинического портрета пациентки.

#### Материалы и методы

Для реализации поставленной цели были изучены клинические истории болезни 173 пациенток с доброкачественными опухолями яичников, прооперированных в гинекологическом отделении СГКБ №1 г. Саратова в 2014–2017 г.

Первую группу составили 62 пациентки с ЭЯ. Во вторую группу вошли 111 пациенток с кистами яичников неэндометриоидной природы.

По результатам исследования было выявлено, что возраст пациенток первой группы составлял 34 года, тогда как в группе сравнения – 28 лет.

#### Результаты

При анализе анамнестических данных в группе больных с ЭЯ было выявлено, что у 64,5% пациенток было указание на 1–2 родов, у 12,9% – на 3 родов и более, у 54,8% – на 1–2 аборта, у 33,8% – на 3 аборта и более. В анамнезе у 9,4% пациенток было первичное бесплодие, у 11,2% – вторичное, самопроизвольные выкидыши – у 30,6% женщин. Анализ клинико-анамнестических данных позволил обнаружить у больных с ЭЯ различную соматическую патоло-



гию: у 19,3% – заболевания молочной железы, у 11,2% – обменно-эндокринные нарушения, у 40,3% – нейроциркуляторную дистонию, у 16,1% – варикозную болезнь, у 14,5% – заболевания почек и мочевыводящих путей, у 33,8% – частые простудные заболевания.

В группе пациенток с ЭЯ было отмечено: у 43,2% указание на 1–2 родов, у 9,1% – на 3 родов и более, у 41,4% – на 1–2 аборта, у 14,4% – на 3 аборта и более. В анамнезе у 20,7% пациенток было первичное бесплодие, у 9,1% – вторичное, самопроизвольные выкидыши – у 26,1% женщин. Анализ клинико-анамнестических данных позволил обнаружить у больных с ЭЯ различную соматическую патологию: у 16,2% – заболевания молочной железы, у 24,3% – обменно-эндокринные нарушения, у 38,6% – нейроциркуляторную дистонию, у 15,1% – варикозную болезнь, у 12,4% – заболевания почек и мочевыводящих путей, у 38,6% – частые простудные заболевания.

При поступлении больные с ЭЯ чаще предъявляли активные жалобы, связанные с различными проявлениями болевого синдрома и нарушением менструального цикла – в 85,4%, в 37,8% – во второй группе.

Ухудшение общего самочувствия, снижение трудоспособности, вегетативные расстройства, депрессия отмечались у 45,1% пациенток с ЭЯ, у 13,5% – в группе сравнения.

На дооперационном этапе гормональную терапию получали 41,9% больных с ЭЯ и только 10,8% пациенток группы сравнения. Длительность гормональной терапии варьировала от 1 мес. до 3 лет в первой группе исследования и от 2,5 мес. до 7 лет в группе больных с кистами неэндометриоидной природы.

### **Заключение**

Таким образом, клинический портрет пациентки с ЭЯ представлен женщиной 32–34 лет, с регулярным менструальным циклом, с отягощенным гинекологическим анамнезом, с выраженными болями, интенсивность которых усиливается до и во время менструации, иррадиирущими в поясничную область, крестец, прямую кишку, страдающей бесплодием и депрессией, получающей многолетнюю гормональную терапию.

---

## **СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТАМИ**

**Басова Т.А., Салов И.А., Турлупова Т.И.**

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,  
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

### **Актуальность**

Маловыраженная симптоматика цервицитов является одной из субъективных причин недооценки данного заболевания. Несвоевременная и неадекват-



ная терапия, а также недооценка факторов риска развития цервицита будут способствовать хронизации воспалительного процесса на шейке матки заболелания. Особенности соматического статуса у женщин репродуктивного возраста определяют состоятельность механизмов иммунных защиты, а также качественно-количественные характеристики биотопов различных экологических ниш макроорганизма.

## Цель

Целью исследования стало выявление взаимосвязи между наличием той или иной экстрагенитальной патологией (ЭГП) и длительностью течения цервицита у женщин репродуктивного возраста.

## Материалы и методы

В нашем исследовании были проанализированы результаты общеклинического обследования 229 пациенток в возрасте 17–40 лет с клиникой цервицита. Основную группу составили 123 пациентки с вялотекущим цервицитом длительностью течения более 6 месяцев, группу сравнения – 106 женщин с подострой клиникой заболелания и длительностью течения менее 2 месяцев.

## Результаты

Удельный вес женщин с ЭГП в группе с хроническими цервицитами составил 44,7% – всего 93 нозологических единицы. Лидирующую позицию заняла патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 25,8% (24 ноз. ед.), представленная хроническими гастритами, холециститами, панкреатитами, энтероколитами и язвенной болезнью желудка вне обострения. Вторую позицию (20,4%) – эндокринная патология, которую составили диффузное увеличение щитовидной железы II степени в стадии эутиреоза, аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, ожирение I степени, адреногенитальный синдром (19 ноз. ед.) Третье место в структуре ЭГП в основной группе заняла нейроциркуляторная дистония (НЦД) – 11,8% (11 ноз. ед.). Кожные (нейродермит, псориаз) и аллергические заболелания (поллиноз, бронхиальная астма, пищевая и медикаментозная аллергия), патология верхних дыхательных путей (хронические тонзиллиты и фарингиты) заняли одинаковую позицию – 9,7% и 9,7% соответственно. Патология мочевыделительной системы (МВС), представленная хроническими пиелонефритами, циститами вне обострения, мочекаменной болезнью, в структуре ЭГП составила 8,6% (8 ноз.ед.), анемия лёгкой и средней степени тяжести – 6,5%. Удельный вес женщин с ЭГП в группе с подострым течением цервицита составил 38,7% (41 человек) – всего 60 ноз. ед. У данной категории пациенток доминировала эндокринная патология (26,7%). Вторую позицию (20%) в структуре ЭГП заняла патология МВС (12 ноз. ед.), представленная хроническими пиелонефритами, циститами вне обострения, третью – патология верхних дыхательных путей (16,7%). Кожные и аллергические заболелания, НЦД в группе сравнения были установлены в 10% и 6,7% случаев. Сердечно-сосудистая патология (5%), патология ЖКТ (3,3%) и анемия (3,3%) имели наименьшие показатели.



### **Заключение**

Отклонение в эндокринном статусе у женщины репродуктивного возраста является фактором риска развития цервицита. При этом хроническая патология ЖКТ может являться одним из факторов риска развития хронического вялотекущего цервицита. Инфекционно-воспалительная патология мочевыделительного тракта в большей степени сопряжена с развитием подострого течения заболевания.

---

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НАЧАВШЕГОСА САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА**

**Басова Т.А., Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В.**

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,  
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

### **Актуальность**

В ряду причин невынашивания в 1 триместре важную роль играют относительная или абсолютная гипопрогестеронемия, а также воспалительное или посттравматическое поражение рецепторного аппарата эндометрия, предопределяющие неполноценность секреторной трансформации эндометрия, nidации плодного яйца и инвазии трофобласта

### **Цель**

Целью исследования являлось установление критических сроков гестации и особенностей клинического течения начавшегося самопроизвольного выкидыша в зависимости от особенностей акушерского анамнеза.

### **Материалы и методы**

Исследуемую группу составили 229 женщин в возрасте 18–43 лет (средний возраст 27,4 года), поступавшими в 1–2 триместрах в гинекологическое отделение ГУЗ «СГКБ №1 имени Ю. Я. Гордеева» с клиникой начавшегося самопроизвольного аборта в 2015–2016 гг. с благоприятным исходом беременности. Первобеременные составили 35% группы (n=79). 65% женщин имели беременность в анамнезе: у 18,3% в анамнезе были только аборт (n=42), у 19,2% – только роды (n=44), у 27,5% – роды и аборт (n=63). Всем женщинам проводилась терапия при помощи гестагенов и гемостатиков (дюфастон 40 мг однократно, затем по 10 мг каждые 8 часов и транексам в суточной дозе 750–1500 мг). Женщины были выписаны из стационара с сохранённой беременностью.



## Результаты

51,5% женщин поступали в стационар на сроках 5–8 недель гестации, соответствующих началу 1 волны инвазии трофобласта. Около трети поступлений (27,5%) пришлось на сроки 9–12 недель, хронологически совпадающих с окончанием 1 волны инвазии. Пик поступлений у первобеременных был отмечен на сроках 5–6 недель – 38% случаев. 25% первобеременных поступали на сроке 7–8 недель. Женщины, у которых в анамнезе были только роды, наиболее часто (25%) поступали в стационар в 11–12 недель. Пациентки с абортами в анамнезе поступали с одинаковой частотой (23,4%) в 5–6, 7–8 и 11–12 недель гестации. Длительность кровотечения из половых путей варьировалась от 1 до 16 дней, на фоне проводимой терапии – 3–4 дня. Половина случаев (48,9%) начавшегося самопроизвольного выкидыша протекала на фоне вагинита, при этом в 54% из них был диагностирован бактериальный вагиноз, в 24,8% – урогенитальный кандидоз. Условно-патогенная флора, выделенная культуральным методом из цервикального канала титре  $> 10^4$  КОЕ у 35% пациенток, была представлена энтерококками, стафилококками, грибами рода *Candida*, кишечной палочкой, протеем, клебсиеллой. При ультразвуковой оценке акушерского статуса признаки отслойки были констатированы только в 17% случаев. 38,5% отслоек хориона зарегистрировано среди первобеременных, 33% отслоек зафиксированы у женщин с родами и абортами в анамнезе. Размеры отслойки по данным УЗИ в зависимости от срока гестации варьировали от 4 мм до 6 см. 33,3% отслоек хориона величиной 1–2 см диагностировались на сроке 5–8 недель, 33,4% – величиной более 2 см – соответствовали другим срокам гестации. В 23% отслойка носила краевой характер, в 25,6% случаев отслойка на момент УЗИ была в стадии организации.

## Заключение

Критическим сроком для развития самопроизвольного аборта у первобеременных женщин является 5–8 недель (начало 1 волны инвазии трофобласта), для ранее рожавших – 11–12 недель гестации (окончание 1 волны инвазии трофобласта). Риск невынашивания у ранее abortируемых женщин сохраняется на протяжении всего триместра, что сопряжено с посттравматическим и инфекционным поражением рецепторного аппарата эндометрия.



## ОСОБЕННОСТИ НОРМОЦЕНОЗА СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК РАННЕГО ВОЗРАСТА

Батыров З.К., Уварова Е.В., Кумыкова З.Х., Хащенко Е.П.,  
Латыпова Н.Х., Киселева И.А., Донников А.Е.

г. Москва

ФБГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени  
академика В.И. Кулакова» Минздрава России

### Актуальность

Диагностика и лечение воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек продолжает оставаться самым обсуждаемым вопросом в практике гинекологов детского и юношеского возраста. Большую роль при выборе лечебной тактики играет знание о нормоценозе, характерном в различные периоды жизни. Притом, до сих пор не существует единого мнения о том, что считать нормотивом при оценки микробного сообщества обнаруживаемого на слизистой влагалища у девочек раннего возраста. Существующие литературные сведения по данному вопросу единичны, что не позволяет точно определить, является ли тот или иной выделенный при помощи традиционных диагностических методик, микроорганизм типичным для интересующего возрастного периода. В большинстве исследований касающихся, микроценоза влагалища у девочек, имеется ряд недостатков, в виде смешанных возрастных групп или малого количества обследованных детей.

### Цель

Описать микробиоценоз у здоровых девочек разного возрастного периода, обнаруженный на слизистой оболочке влагалища, при использовании метода количественной ПЦР в режиме реального времени.

### Материалы и методы

В исследование было включено 62 девочки в возрасте от 1 до 3 лет включительно, наблюдавшихся в ФГБУ НЦ АГ и П им. И.М.Кулакова, в период 2009–2012 гг. и чьи родители дали информированное согласие на включение в исследование. У всех девочек оценивались данные ПЦР исследования в режиме реального времени мазка-соскоба со слизистой боковой стенки влагалища за гименом, взятые одноразовым урогенитальным зондом. Полученные данные клинических и лабораторных исследований обрабатывались статистическими методами.

### Результаты

Микробиоценоз в возрасте до 7 суток жизни, характеризовался малой общей бактериальной массой ( $\log 3,9$ ), отмечалось преобладание групп *Lactobacillus* spp., *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Enterobacterium* spp. У девочек в возрасте от 1 до 11 месяцев общее количество микроорганизмов оставалось низким ( $5,6 \log/\text{ГЭ}/\text{обр}$ ), с определением более широкого их спектра. Отмечалось увеличение представительства геномов *Eubacterium* spp., группы *Prevotella bivia/Porphyromanans* spp., *Enterococcus* spp. и уменьшением –



Streptococcus spp., Staphylococcus spp. и Lactobacillus spp. У детей в возрасте от 12 до 36 месяцев на слизистой влагалища обнаруживалось до 21 группы микроорганизмов с сохранением количеств Eubacterium spp. и группы Prevotella bivia/Porphyrumanas spp., увеличением представительства группы Mobiluncus spp./Corynebacterium spp., группы Megasphaera spp./Velionella spp./Dialister. и Peptostreptococcus spp. при установлении соотношения геномов Lactobacillus spp. представленных в 61% видом iners и Gardnerella vaginalis ( $p < 0,05$ ), выраженным их соотношением, равным минус 0,5 log ГЭ/обр.

### **Заключение**

Микробиоценоз слизистой оболочки влагалища новорожденных девочек отличается малым количеством микроорганизмов с преобладанием Lactobacillus spp., Streptococcus spp., Staphylococcus spp., Enterobacterium spp. В период младенчества отмечена потеря лидирующих позиций Lactobacillus spp. за счет увеличения представительства Eubacterium spp., группы Prevotella bivia/ Porphyrumanas spp., Enterococcus spp. Период детства характеризуется преобладанием в биомассе образца облигатных анаэробов при низких значениях других групп микроорганизмов.

---

## **ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОК С ЛАТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Боровиков И.О., Горинг Х.И., Галустян М.В.**

г. Краснодар

Кубанский государственный медицинский университет

### **Актуальность**

Реализация латентного носительства папилломавирусной инфекции в цервикальную интраэпителиальную неоплазию зависит большого количества факторов, но в первую очередь кофакторами от большого перехода являются дисбиотические нарушения вагинальной микрофлоры, наличие онкопротеинов E6 и E7 и нарушение обмена эстрогенов с повышением синтеза 16- $\alpha$ -гидроксиэстрона (16 $\alpha$ -ОНЕ1).

### **Цель**

Оценка эффективности профилактической терапии латентных форм папилломавирусной инфекции с применением препаратов, содержащих глицирризиновую и липотейхоевую кислоты.

### **Материалы и методы**

Проведена оценка эффективности профилактики неопластических процессов в шейке матки с применением препарата, содержащего глицир-



ризиновую, липотейхоевую кислоты и пептидогликаны – «Кольпоцид-гель CrystalMatrix-FS». Пациентки с латентным ВПЧ-носительством была разделены пополам: I группа (45 человек), которым проводилось лишь динамическое пассивное наблюдение в течение 3 лет; II группа (45 человек), которым проводилась топическая профилактика препаратом «Кольпоцид» гель вагинальный (1 раз в сутки интравагинально 10 дней каждые 6 месяцев в течение 3 лет). Кроме того, перед исследованием была проведена санация цервико-вагинальной зоны с коррекцией дисбиотических изменений во влагалище.

### Результаты

При трехлетнем мониторинге выявлена следующая динамика: в первый год наблюдения неопластические процессы в шейке матки обнаружены у 4,4% пациенток I группы (во II группе реализации латентных форм в CIN не наблюдалось), в последующие 2 года их количество увеличилось до 15,6 и 6,6% соответственно в I и II группах. При этом в обеих группах выявлялись лишь CIN I. Определенный процент также составляли пациентки с неопределенной кольпоцитологической структурой соскоба шейки матки – ASC-US: в I группе таких пациенток за 3 года обнаружено 11,1%, а во II – 4,4%. Кроме изменений кольпоскопической картины пациенток с латентными формами ПВИ, мы оценили динамику вирусной нагрузки ВПЧ ВКР. Средняя вирусная нагрузка в группе пассивного наблюдения (I) за трехлетний срок была равна 45,6, при этом в группе с профилактическим применением препарата «Кольпоцид» (II группа) она оказалась в 1,8 раз ниже (25,0). Также была проведена оценка содержания метаболитов эстрогенов. Выявлена достоверна динамика уменьшения пациенток с коэффициентом 2-OHE1/16α-OHE1 менее 1,5 во II группе ( $P > 0,05$ ). В среднем низкий коэффициент 2-OHE1/16α-OHE1 во II группе уменьшился за 3 года в 1,7 раза по сравнению со стабильным (и даже несколько возросшим) коэффициентом в I группе. По-видимому, глицирризиновая, липотейхоевая кислоты и пептидогликаны, входящие в состав препарата «Кольпоцид» стимулируют выработку дефензинов с последующим ингибированием киназы Р, что приводит как к подавлению фосфорилирования клеточных и кодируемых вирусом белков в инфицированных клетках, так и воздействует на группы ферментов цитохрома P450 с увеличением выработки 2-гидроксиэстрогенов и уменьшением, соответственно, количества 16-гидроксиэстриола.

### Заключение

У пациенток, которым с профилактической целью применяли препарат, содержащий глицирризиновую и липотейхоевую кислоты выявлена в 3 раза меньшая реализация латентных форм ПВИ в CIN, статистически значимое уменьшение вирусной нагрузки высокоонкогенными типами ВПЧ, снижение количества пациенток с низким коэффициентом метаболитов эстрогенов (OHE1/16α-OHE1).



## СОНОЭЛАСТОГРАФИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОМ БЕСПЛОДИИ

**Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.**

г. Санкт-Петербург  
ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

### **Актуальность**

В доступной литературе отмечен неуклонный рост заболеваний молочной железы при сопутствующей гинекологической патологии. Однако вопросы диагностики заболеваний молочной железы при эндометриоз-ассоциированном бесплодии остаются дискуссионными.

### **Цель**

Определить чувствительность соноэластографического исследования ткани молочной железы при эндометриоз-ассоциированном бесплодии.

### **Материалы и методы**

В анализ вошли 45 пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием в возрасте от 25 до 35 лет, проходивших лечение в ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России с 2011 по 2015гг.

### **Результаты**

Средний возраст больных составил 30 лет ( $\pm 4,6$ ). Все пациентки данной группы страдали фиброзно-кистозной болезнью (ФКБ) молочной железы. Длительность эндометриоз-ассоциированного бесплодия колебалась от 3 до 5 лет. Пациенткам выполнено соноэластографическое исследование органов репродуктивной системы с диагностической и дифференциальной целью с использованием индекса эластичности. Разброс показателей индекса эластичности составил от 0,6 до 3,9. Классификацию заболеваний молочной железы проводили согласно МКБ-10.

У 7 (15%) пациенток установлено ФКБ с преобладанием кистозного компонента в ткани молочной железы, с индексом эластичности – 1,61–1,97.

10 (22%) пациенток составили ФКБ с фиброзным компонентом молочной железы, индекс эластичности определялся в плотнотканых очагах в пределах 3,30–3,95.

В зонах диффузной дисплазии ткани молочной железы индекс эластичности оставался низким – 0,7–0,98 и определялся у 28 (62%) пациенток.

### **Заключение**

Использование дополнительных режимов сонографии увеличивает чувствительность методов исследования ткани молочной железы при эндометриоз-ассоциированном бесплодии на 71%, и совершенствует персонализированную диагностику заболеваний органов репродуктивной системы.



## **НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА**

**Венгеренко М.Э., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В., Артюшков В.В., Жуйко А.А.**

г. Краснодар  
МБУЗ ККБ №2, отделение гинекологии

### **Актуальность**

В работе представлены данные о распространенности хламидийной инфекции в России, предложен опыт применения натрия гипохлорита в комплексном лечении данной патологии, описано течение заболевания у женщин и наиболее перспективные методы диагностики. Представлен успешный результат применения НГХ в лечении урогенитального хламидиоза. Результаты лечения оценивались по микроскопическим методам исследования, ПЦР диагностики и состояния общего иммунитета.

### **Цель**

Повышение эффективности лечения УГХ в комплексе с применением натрия гипохлорита.

### **Материалы и методы**

Объектом нашего клинического исследования было 54 женщины, из которых 30 – с верифицированным хламидиозом и 24 практически здоровых женщины, добровольно прошедшие обследование.

В соответствии с поставленными задачами проведено комплексное обследование пациенток, включающее в себя изучение жалоб, анамнеза, данных гинекологического исследования, ПЦР-диагностику, микроскопическое, иммунологическое исследование до, в процессе и после лечения.

Средний возраст исследуемых женщин составил  $27 \pm 3$  года.

Все больные были распределены на две группы.

В первую группу вошло 30 женщин и здесь был использован разработанный нами двухэтапный метод лечения. На I этапе проводили санацию влагалища 0,06% раствором НГХ с экспозицией раствора 10 мин в течение 5 дней. На II этапе лечения в каждом конкретном случае назначали антибиотики (тетрациклиновой группы – юнидокс солютаб по 100 мг 2 раза в день 14 дней, макролиды – вильпрафен 500 мг 2 раза в день 14 дней), противогрибковые (микосист или флюкостат 150 мг однократно в конце антибактериального лечения) и эубиотики (линекс по 2 капе. 3 раза в день 14 дней) и средства для вагинального использования (тержинан, нео-пенонтран по 1 вагинальной свече 1 раз в день на ночь 10 дней).

Для адекватной интерпретации полученных иммунологических результатов была создана контрольная группа из 24 практически здоровых женщин.



### Результаты

В основной группе санирование влагалища раствором НГХ привело к тому, что минимальное содержание лейкоцитов в вагинальных мазках составило 6,3 в п/зр против 15,3 в п/зр, а максимальное уменьшалось до 8,7 в п/зр против 19,2 в п/зр. Содержание минимального количества лейкоцитов в вагинальном мазке после проведения полного курса лечения составило 2,6 в п/зр, а максимальное количество лейкоцитов снизилось до 5,8 в п/зр.

### Заключение

Развитие УГХ протекает на фоне вторичной иммунологической недостаточности, что выражается в достоверном снижении концентрации нейтрофильных гранулоцитов, уменьшении суммарного содержания основных классов иммуноглобулинов, относительного и абсолютного содержания CD56-экспрессирующих лимфоцитов, отмечается рост общего количества нейтрофильных гранулоцитов и Т-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса, относительной концентрации клеток, экспрессирующих маркеры активации и нормализация суммарного содержания основных классов иммуноглобулинов, что свидетельствует о процессах функционального восстановления в основных звеньях иммунной системы.

Разработанный способ лечения УГХ, позволяет добиться раннего клинического выздоровления, нормализации микробиоциноза влагалища, снижения частоты рецидивов и экономических затрат на лечение.

---

## ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.

г. Москва

ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ

### Актуальность

Остроконечные кондиломы (ОК) являются наиболее распространенным проявлением папилломавирусной инфекции. Субклинические очаги ОК невидимы невооруженным глазом, недоступны оценке при обычном гинекологическом осмотре, но также являются резервуаром ВПЧ при половых контактах. Поиски новых диагностических подходов перспективны и актуальны.

### Цель

Оптимизировать подходы к неинвазивной диагностике и дифференциальной диагностике ОК, сократить число рецидивов ОК наружных половых орга-



нов у женщин после проведения рациональной деструкции, что достижимо при реальной оценке глубины поражения.

### **Материалы и методы**

Для оценки информативности этого метода было обследовано 69 женщин без видимых признаков ОК и 29 – с ОК. У 7 пациенток из группы пациенток без видимых признаков ОК обнаружались эхо-признаки кондилом, у 5 из них диагноз подтвердился при вульвоскопии после проведения теста с уксусной кислотой. У 3 женщин из группы пациенток с ОК эхо-признаков кондилом не выявлено.

### **Результаты**

Диагностическая чувствительность метода составила 94%. Ложно-положительный результат отмечен в 6% случаев. Специфичность метода составила 100%. Не было отмечено ни одного случая ложно-отрицательного результата. Из 31 пациентки с обнаруженными эхо-признаками ОК, у 15 диагноз был верифицирован гистологически.

**Выводы.** При диагностике ОК ВЧ УЗИ позволяет визуализировать комплекс изменений внутренней структуры кожи и слизистой оболочки, характерный только для данной патологии, выявлять субклинические очаги поражения, невидимые невооруженным глазом, оценивать глубину поражения, что позволяет в дальнейшем провести рациональную деструкцию и таким образом сократить число рецидивов заболевания.

Получен патент РФ на изобретение №2607956 от 11.01.2017 . Название изобретения «Метод неинвазивной диагностики остроконечных кондилом наружных половых органов у женщин».

### **Заключение**

При высокочастотном УЗ-сканировании кожи и слизистых оболочек наружных половых органов у женщин выявляются субклинические очаги остроконечных кондилом, невидимых невооруженным глазом, при исследовании же более крупных очагов становится возможной неинвазивная оценка глубины поражения, что в дальнейшем может позволить провести рациональную деструкцию на нужную глубину.



## НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.

г. Москва

ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ

### Актуальность

В РФ в 2014 году остроконечные кондиломы (ОК) были выявлены с частотой 21,8 на 100 тыс. населения, они являются резервуаром инфекции и высококонтагиозны при половом контакте даже в случае субклинических проявлений, невидимых при гинекологическом осмотре.

### Цель

Оптимизировать подходы к неинвазивной диагностике ОК: выявление субклинических очагов ОК, в случае более крупных очагов определение глубины поражения, сокращение рецидивов ОК после проведения рациональной деструкции, что достижимо при реальной оценке глубины поражения.

### Материалы и методы

Для оценки информативности этого метода было обследовано 69 женщин без видимых признаков ОК и 29 – с ОК. У 7 пациенток из группы пациенток без видимых признаков ОК обнаружили эхо-признаки кондилом, у 5 из них диагноз подтвердился при вульвоскопии после проведения теста с уксусной кислотой. У 3 женщин из группы пациенток с ОК эхо-признаков кондилом не выявлено.

### Результаты

Диагностическая чувствительность метода составила 94%. Ложно-положительный результат отмечен в 6% случаев. Специфичность метода составила 100%. Не было отмечено ни одного случая ложно-отрицательного результата. Из 31 пациентки с обнаруженными эхо-признаками ОК, у 15 диагноз был верифицирован гистологически.

Выводы. При диагностике ОК ВЧ УЗИ позволяет визуализировать комплекс изменений внутренней структуры кожи и слизистой оболочки, характерный только для данной патологии, выявлять субклинические очаги поражения, невидимые невооруженным глазом, оценивать глубину поражения, что позволяет в дальнейшем провести рациональную деструкцию и таким образом сократить число рецидивов заболевания.

Получен патент РФ на изобретение №2607956 от 11.01.2017. Название изобретения «Метод неинвазивной диагностики остроконечных кондилом наружных половых органов у женщин».

### Заключение

Метод ВЧ УЗИ позволяет повысить эффективность неинвазивной диагностики ОК, выявлять субклинические поражения, невидимые невооруженным



глазом, а на видимых очагах ОК определять глубину поражения, что позволяет провести рациональную деструкцию по всей глубине и таким образом снизить число рецидивов. Преимуществом ВЧ УЗИ кожи являются неинвазивность, безопасность, мгновенный результат, отсутствие противопоказаний к применению, возможность проведения неоднократных исследований любого участка кожного покрова с анализом микроструктуры ткани *in situ*.

## ЛАКТОФЕРРИН И РОМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.

г. Москва

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ПМГМУ им. Сеченова

### Актуальность

Внедрение в клиническую микробиологию новых методов диагностики дало возможность расширить микрoэкологические исследования и показать, что подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии как воспалительного, так и не воспалительного генеза. Определило более интенсивное изучение различных аспектов лечения и профилактики этой патологии.

### Цель

Разработать мероприятия по лечению и профилактике бактериальных и грибковых вагинозов у женщин репродуктивного возраста с применением лактоферрина и роман-флюоресцентного анализа состояния влагалища. Целью нашего исследования является повышение эффективности лечения кандидозных вульвовагинитов и бактериальных вагинозов с применением лактоферрина.

### Материалы и методы

Для диагностики бактериального вагиноза обычно используют четыре скрининговых диагностических теста (так называемые критерии Амселя): 1. Патологический характер вагинальных выделений. 2. pH вагинального отделяемого более 4,5. 3. Положительный аминный тест. Вагинальное содержимое часто имеет запах гнилой рыбы, обусловленный выработкой диаминов в процессе декарбоксилирования аминокислот анаэробами. 4. «Ключевые клетки» – это зрелые эпителиальные клетки с адгезированными на них микроорганизмами (гарднереллой, мобилункусом, грамположительными кокками). Мы предлагаем новые варианты лечения данной патологии с помощью препа-



рата, содержащего лактоферрин. Чтобы доказать эффективность лечения, особенно у женщин с частыми рецидивами и «привыканием» к стандартному методу лечения с применением антибиотикосодержащих препаратов, пациентам предлагалось использовать лактоферрин в нескольких схемах лечения. 1 схема – назначение: спринцевание разведенным порошком лактоферрина 2 раза в день 10 дней; 2 схема – применение лактоферрина и препарата с лактобактериями (назначение: спринцевание разведенным порошком лактоферрина 2 раза в день 10 дней совместно с применением вагинальных свечек с лактобактериями), 3 схема – применение лактоферрина вместе с антибактериальными и противогрибковыми препаратами (назначение: спринцевание разведенным порошком лактоферрина 2 раза в день 10 дней с применением антибактериальных и противогрибковых препаратов).

### Результаты

В исследования включены 40 женщины репродуктивного возраста от 19 до 45 лет. Женщины разделены на группы. 1 группа – впервые возникший бактериальный и грибковый вагиноз; 2 группа – рецидивирующий бактериальный и грибковый вагиноз. Также разделены на группы по лечению. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика основных симптомов бактериального и грибкового вагиноза у 1, 2 и 3 группы, улучшение лабораторных показателей (мазок из влагалища и бактериальный посев) у 95% пациенток. У пациенток с рецидивирующим бактериальным и грибковым вагинитом отмечалось улучшение на 85% у 1 группы, на 96% у 2 группы и на 90% у 3 группы. Показатели pH влагалища пришли в норму. В микроскопических мазках и бактериальных посевах появилось достаточное количество лактобактерий и отсутствие патогенной микрофлоры. У 4 контрольной группы, в которой преобладающее количество пациенток было с рецидивирующими бактериальными и грибковыми вагинозами, назначенное лечение было эффективно на 10%, так же наблюдались частые рецидивы через 30 дней.

### Заключение

Таким образом, исследование показало, что клинически значимый положительный эффект при применения препарата «Неолактоферрин», содержащий лактоферрин достигнут.



## ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО ЭСТРАДИОЛА ВАЛЕРАТ / ДИЕНОГЕСТ (E2V / DNG), У ЖЕНЩИН С МЕНОРРАГИЕЙ

Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р.,  
Назарова Н.М.

г. Москва  
ФГБУ «НЦ АГиП им. Кулакова» МЗ РФ, Москва

### Актуальность

Меноррагия – патологическое состояние, негативно отражающееся на физическом, эмоциональном и социальном качестве жизни женщины, является частой причиной обращения женщин репродуктивного возраста к врачам, достигая по данным разных авторов 20– 52%. Меноррагия занимает 2-е место среди госпитализаций женщин в гинекологические стационары в 2/3 случаев являясь показанием к гистерэктомии и абляции эндометрия. Альтернативой хирургическим и аблативным методам лечения меноррагий у женщин репродуктивного возраста, не нуждающихся в оперативном лечении, являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

### Цель

Оценить возможность и эффективность применения эстрадиола валерата / диеногеста (E2V / DNG, Qlaira®) у женщин с меноррагией.

### Материалы и методы

Проведено наблюдение и обследование 30 женщин в возрасте от 28 до 49 лет (средний возраст  $31,4 \pm 1,1$ ) с меноррагией. Пациенткам назначали комбинированный оральные контрацептив, содержащий эстрадиол валерат / диеногест (E2V / DNG).

### Результаты

Эффективность оценивалась по объему кровопотери и сокращению длительности кровотечения. После 1 месяца приема препарата уменьшение объема менструальной кровопотери отметили 73,3% пациенток, сокращение продолжительности менструации до 4–6 дней – 53,3% пациенток, у 2 (6,6%) женщин не было существенных изменений в характере менструации. Через 6 месяцев снижение объема менструальной кровопотери отмечено у 96,7% пациентов, сокращение продолжительности менструального кровотечения – 86,6% пациентов. Побочные эффекты при приеме препарата были преходящими, не требовали дополнительного лечения, наблюдались в первые 1–3 месяца применения препарата и не явились причиной отмены препарата. На протяжении всего срока использования ни у одной пациентки беременности не возникло. У всех пациенток отмечалось снижение интенсивности менструальной боли в первый месяц применения препарата.



При контрольном УЗИ, выполненном на 6-м месяце приема КОК, было оценены размер матки, структура, состояние эндометрия и яичников. Отмечено уменьшение размера передне-заднего срединного маточного эха (М-эхо) до 4–6 мм после 6 месяцев приема препарата у всех пациенток. Структура эндометрия характеризовалась как однородная, у 2-х пациенток определялись эхонегативные включения в базальном слое эндометрия, которые характеризовались как следствие перенесенного ранее эндометрита.

### **Заключение**

Эстрадиол валерат / диеногест представляет собой новый комбинированный оральным контрацептив. Имеет высокий профиль безопасности, эффективности и приемлемости, хорошую комплаентность и переносимость. Препарат может быть с успехом применен у женщин позднего репродуктивного возраста и в перименопаузе, в ситуациях требующих контроля за длительностью и обильностью менструальных выделений. Особенности влияния препарата на эндометрий подтверждают возможность его применения в лечении данного патологического состояния.

---

## **РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ**

**Жуйко А.А., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В., Артюшков В.В., Венгеренко М.Э.**

г. Краснодар  
ГБУЗ ККБ № 2, отделение гинекологии

### **Актуальность**

Миома матки – это самая распространенная доброкачественная опухоль у женщин. У пациенток репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции, «золотым стандартом» хирургического лечения миомы матки является миомэктомия. Выбор доступа для выполнения миомэктомии зависит от размеров опухоли, ее локализации, наличия единичного или множественных узлов, опыта хирурга. Основным доступом для удаления субсерозных и субсерозно-интерстициальных миоматозных узлов является лапароскопический, который сочетает в себе малоинвазивность и надежность ушивания раны после энуклеации узла.

### **Цель**

Целью нашего исследования явилась оценка влияния лапароскопического и лапаротомного доступов при миомэктомии на регуляторно-адаптивный статус пациенток с помощью исследования вариабельности ритма сердца, позволяющего по ряду показателей определить не только динамику вегетатив-



ного статуса при различных воздействиях, но и дать количественную оценку динамики адаптивности на фоне хирургических вмешательств.

### Материалы и методы

В период 2015 – 2016 гг. проводилось проспективное нерандомизированное исследование вегетативного статуса и регуляторно-адаптивных возможностей организма у 43 пациенток с миомой матки, поступивших для проведения миомэктомии. Регуляторно-адаптивный и вегетативный статус пациентки оценивались по временным и спектральным показателям вариабельности ритма сердца (ВРС).

При анализе параметров ВРС после лапаротомной миомэктомии обращает на себя внимание факт особенно выраженного их снижения в раннем послеоперационном периоде. Коэффициент LF/HF повысился более чем в два раза, вклад LF увеличился на 24,8% ( $p < 0,01$ ), HF уменьшился на 43,1% ( $p < 0,01$ ) в сравнении с предоперационным периодом. Временные показатели снизились: SDNN на 48,1% ( $p < 0,01$ ), rMSSD на 57,4% ( $p < 0,05$ ), HRVti на 48,6% ( $p < 0,05$ ), pNN50 ( $p < 0,01$ ) на 53,4%. Обследование в подгруппе лапаротомной миомэктомии через месяц после операции показало значимое увеличение ВРС, однако предоперационного уровня достигли только HRVti, LF, LF/HF. Показатели SDNN, rMSSD, pNN50 оставались несколько ниже предоперационных на 13,4% ( $p < 0,01$ ), 21,1% ( $p < 0,05$ ) и 27,0% ( $p < 0,05$ ) соответственно. При обследовании через три месяца в подгруппе отмечалось повышение SDNN на 19,5%, rMSSD на 32,0%, pNN50 на 49,0%, снижение LF и коэффициента LF/HF на 28,4% и 37,1% соответственно в сравнении с исходными данными.

### Результаты

Анализ показателей ВРС у пациенток после лапароскопической миомэктомии на разных этапах послеоперационного ведения свидетельствует о повышении ригидности ритма в раннем послеоперационном периоде. Так, произошло снижение SDNN на 20,4%, rMSSD на 21,9%, HRVti на 22,1%, pNN50 на 33,7%, HF на 12,2%, повышение LF и коэффициента LF/HF на 13,1% и 27,6% соответственно в сравнении с исходными данными. Через месяц после операции в подгруппе лапароскопической миомэктомии временные параметры ВРС достигли исходных значений, снизился вклад LF в спектральную мощность и коэффициент LF/HF на 18,3% и 20,7% соответственно. Через 3 месяца временные и спектральные параметры ВРС достигли показателей, характерных для здоровых женщин.

### Заключение

Таким образом, напряжение регуляторно-адаптивных систем после абдоминальной миомэктомии меньше при лапароскопическом доступе, чем при лапаротомном. Это подтверждает факт малоинвазивности лапароскопического доступа и позволяет рекомендовать его в качестве приоритетного при органосохраняющем хирургическом лечении миомы матки.



## ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Франкевич В.Е., Некрасова М.Е.,  
Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Бржозовский А.Г., Стародубцева Н.Л.,  
Асатурова А.В.

г. Москва

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова»  
Минздрава России

### Актуальность

В настоящее время особое значение приобретают различные исследования и анализ молекулярного состава биологических жидкостей, в том числе цервикальной жидкости (ЦВЖ), методом масс-спектрометрии для ранней диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки.

### Цель

Изучить протеомный состав ЦВЖ при ВПЧ-ассоциированных поражениях шейки матки для оценки степени тяжести у пациенток репродуктивного возраста.

### Материалы и методы

Обследовано 30 женщин в возрасте от 21 до 45 лет с различными формами ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки (ASCUS, LSIL и HSIL). Проведено клиническое обследование, ВПЧ-типирование, цитологическое исследование, расширенная кольпоскопия, протеомное исследование ЦВЖ методом тандемной хромато-масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС/МС).

### Результаты

Определены белковые панели, специфичные для поражений эпителия шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией: первая группа – P4NB, HSPA8, C4BPA – характерны для ранних изменений (проникновение вируса в клетку, его транскрипция и нарушение функции системы комплемента); вторая группа – PRDX5, YWHAЕ, LRG1 – характерны для поздних изменений и принимают непосредственное участие в развитии неоплазий шейки матки и дальнейшем их прогрессировании (снижение апоптоза, нарушение дифференцировки и созревания эпителия, трансформация атипических клеток).

### Заключение

Анализ протеомного состава ЦВЖ методом ВЭЖХ-МС/МС позволяет изучать молекулярные механизмы ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки и дифференцировать изменения эпителия на ранних этапах.



## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА КОРРЕКЦИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Карагезян К.М., Салов И.А.

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

### Актуальность

У женщин в ранней постменопаузе отмечалась высокая частота встречаемости метаболического синдрома (МС). Применение менопаузальной гормональной терапии (МГТ) 1 мг 17 β-эстрадиола и 2 мг дроспиренона (ДРСП) у женщин в ранней постменопаузе с климактерическим синдромом (КС) способствовало уменьшению выраженности абдоминального ожирения и благоприятным изменениям в липидном спектре крови, что является важным в профилактике и лечении метаболического синдрома.

### Цель

Целью исследования явилось изучение влияния комбинированной менопаузальной гормональной терапии 1 мг 17β-эстрадиола и 2мг дроспиренона (Анжелик) на динамику массы тела, показатели липидного обмена.

### Материалы и методы

Обследовано 86 пациенток в периоде ранней постменопаузы с климактерическим синдромом: 1–ю группу составили 56 пациенток с естественной менопаузой, которым с учетом клинических показаний была назначена МГТ препаратом «Анжелик» 1 раз в сутки ежедневно, во 2–ю группу (группу контроля) вошло 30 пациенток, не получавших МГТ. Всем женщинам проводили исследование показателей липидного обмена (общего ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ). Длительность наблюдения составила 12 месяцев. Средний возраст женщин 1-ой группы составил 52,2+4,5 лет и 53,5+3,3 лет в группе контроля.

### Результаты

У большинства женщин в ранней постменопаузе выявлялось абдоминальное ожирение, наблюдались неблагоприятные изменения липидного и углеводного обмена, характерные для постменопаузального метаболического синдрома.

Частота встречаемости метаболического синдрома составила 57% у женщин обеих групп.

Важным свойством дросперинона является его способность воздействовать на висцеральную жировую ткань и дифференцировку адипоцитов, что препятствует увеличению объема висцерального жира, способствует нормализации чувствительности тканей к инсулину и улучшает показатели липидного обмена. Эти свойства ДРСП крайне важны в профилактике МС и АГ у женщин



в ранней постменопаузе. В группе женщин, получавших МГТ, наблюдались благоприятные изменения липидного спектра крови в сторону уменьшения его атерогенности по сравнению с группой контроля. В группе активного лечения к окончанию исследования отмечено уменьшение уровня общего ХС с 5,5+ до 5,1+ ммоль/л ( $p < 0,05$ ), ХС ЛПНП с 3,3+ до 2,9+ ммоль/л, ТГ с 2,0+ до 1,7+ ммоль/л ( $p < 0,1$ ) и увеличение ХС ЛПВП с 1,30+ до 1,35+ ммоль/л ( $p < 0,05$ ). В группе контроля к окончанию исследования отмечались противоположные изменения липидного спектра – повышение общего ХС с 5,4+ до 5,6+ ммоль/л ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ), ХС ЛПНП с 2,9+ до 3,4+ ммоль/л ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ), ТГ с 1,9+ до 2,1+ ммоль/л ( $r = 0,5$ ,  $p < 0,05$ ) и снижение ХС ЛПВП с 1,16+ до 1,0+ ммоль/л ( $r = 0,3$ ,  $p < 0,01$ ) (различия недостоверны).

На фоне МГТ отмечено достоверное и более выраженное, по сравнению с группой контроля, снижение массы тела (с 28,6+ до 28,1+ ( $r = 0,40$ ,  $p < 0,05$ )), уменьшение окружности талии (94,5+ до 90,3+ ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,05$ )) и ИТБ (с 0,85+ до 0,82+ ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,05$ )).

### **Заключение**

У женщин в ранней постменопаузе с климактерическими нарушениями применение комбинированной МГТ 1 мг 17 $\beta$  эстрадиолом и 2 мг дроспиреноном (Анжелик), способствует снижению массы тела, уменьшению выраженности абдоминального ожирения, благоприятным изменениям липидного спектра крови в сторону уменьшения его атерогенности, что имеет важное значение в профилактике МС у женщин в ранней постменопаузе.

---

## **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРА VEGF В ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ У ПАЦИЕНТОК С АДЕНОМИОЗОМ**

**Куценко И.И., Симовоник А.Н., Кравцова Е.И., Томина О.В.**

г. Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

### **Актуальность**

Поскольку аденомиоз характеризуется активным циклом ангиогенеза [Gargett 2007, 2011], то достаточно много работ посвящено изучению наиболее типичного фактора ангиогенеза VEGF. VEGF-позитивные клетки выявлялись в зоне периваскулярных инфильтратов. Экспрессия VEGF была сопряжена с эктопическим ростом эндометрия и с эффектом ремоделирования миометрия, которое вероятно наблюдается и при ранних малоинвазивных стадиях аденомиоза. Цервикальный секрет содержит в растворимой форме ингибиторы и активаторы процессов неоангиогенеза коррелирующие с локальным гомеостазом тканей матки.



## Цель

Целью нашего исследования была оценка состояния локального ангиогенеза у пациенток с аденомиозом различных степеней по сравнению с группой здоровых женщин.

## Материалы и методы

Критерием отбора 142 больных явился установленный клинический диагноз аденомиоза на основании тщательного анализа клинико-анамнестических и инструментально-диагностических данных. Контрольной группой служили условно здоровые женщины – 50 человек, обратившиеся с целью профилактического осмотра. Для выявления сосудистого эндотелиального фактора роста в цервикальной слизи мы использовали антитела anti VEGF antibody (1:100, ab 46154 Abcam, Англия) в качестве маркера ангиогенеза.

## Результаты

При оценке состояния локального ангиогенеза у пациенток с аденомиозом 1 степени по сравнению с группой здоровых женщин исходно выявлено достоверно значимое повышение концентрации VEGF-A ( $102,5 \pm 19,3$  пг/мл) по сравнению с нормативными значениями ( $54,3 \pm 12,5$ ),  $p < 0,05$ . Уровень растворимого рецептора VEGF-R1 в цервикальной слизи был также достоверно повышен относительно контроля ( $34,7 \pm 9,02$  против  $19,8 \pm 12,2$ ,  $p < 0,05$ , а уровень рецепторов VEGF-R2, являющихся ингибиторами ангиогенеза не имел достоверного увеличения, ( $66,8 \pm 15,6$ , против  $61,1 \pm 11,1$  в контроле,  $p > 0,03$ ).

Отношение рецепторов VEGF-R1/VEGF-A в 1 группе не изменялось, а VEGF-R2/VEGF-A достоверно снижалось до  $0,65 \pm 0,2$  против  $1,13 \pm 0,1$  в контроле.

При аденомиозе 2 и 3 степени наблюдалось выраженное достоверное увеличение содержания ангиогенных активаторов в цервикальной слизи, а ключевой показатель состояния ангиогенного баланса VEGF-R2/VEGF-A был снижен относительно нормы группы контроля практически в 10 раз, за счет, менее выраженного увеличения VEGF-R2.

## Заключение

Иммуногистохимическое выявление VEGF показало, что при наличии аденомиоза экспрессия этого фактора регистрируется максимально в цервикальной слизи даже при аденомиозе ранних степеней. Как известно при адекватной пролиферативной активности эндометрия ангиогенез протекает упорядочено и с умеренной интенсивностью. Избыточная экспрессия VEGF включает эндотелиальные клетки в цикл гиперактивной пролиферации, миграции, организации тубул и изменяет характер ангиогенеза, формируя образование незрелых кровеносных сосудов. В дальнейшем этот ростовой фактор способствует выживанию эндотелиальных клеток, ингибируя апоптоз, что, в конечном счете, приводит к «созреванию» капилляров и увеличению проницаемости стенок сосудов. Такой дисбаланс между увеличением активности антиангиогенного и проангиогенного фактора роста в цервикальной слизи указывает на изменение аутокринной регуляции ангиогенеза в эндометрии уже на ранних стадиях



аденомиоза и как следствие на усиление пролиферативной активности сосудов и инвазивного роста ткани эндометрия.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЛАГАЛИЩА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мокрушина О.Г., Щапов Н.Ф., Левитская М.В., Шумихин В.С.

г. Москва

РНМУ им. Н.И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова

### Актуальность

Персистирующая (не разделившаяся) клоака (ПК) – врожденный порок развития ано-ректальной области, при котором имеется слияние прямой кишки, влагалища и мочевого тракта в общий канал, открывающийся на промежность единственным отверстием. Коррекция персистирующей клоаки представляет самую большую техническую проблему в тазовой хирургии у детей.

### Цель

Показать возможность проведения реконструктивных операций на влагалище при радикальной коррекции персистирующей клоаки у грудных детей

### Материалы и методы

В ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова с 2010 по 2016 г находилось на лечении 22 пациентки с диагнозом персистирующая клоака. Антенатально диагноз был установлен у 6 пациенток (27%). Средний вес при рождении составил  $2955 \pm 640$  г (min 1800 г, max 4500г). Средний гестационный возраст  $38,5 \pm 1,3$  (min 1800 г, max 4500 г) нед. Среди наших пациентов (по классификации А.Пенья) с ПК 1-го типа оперировано 3 девочки (14%), 2-го типа – 6 девочек (27%), 3-го типа 5 девочек (23%), 4-го типа – 3 девочки (14%), 5-го типа – 5 девочек (23%). Среди сочетанных аномалий, не входящие в комплекс ПК, выявлены: ВПС у 4 девочек (18%), пороки скелета (кроме позвоночника) у 2 (9%), атрезия пищевода – 2 ребенка (9%), дуоденальная непроходимость – 1 ребенок (4%), с-м Алажилля – 1 ребенок (4%).

### Результаты

У всех пациенток нашей серии выбрана тактика одномоментной радикальной коррекции порока. Предварительно всем выполнена МСКТ с контрастированием полостей (влагалище, мочевой пузырь, кишка). Непосредственно перед радикальной коррекцией всем девочкам выполнена клоакоскопия для визуализации внутренних структур. В 13 случаях (59%) использована тотальная



урогенитальная мобилизация, в 4-х (18%) – брюшно-промежностная аноректовагиноуретропластика, в 4-х случаях (18%) – видеоассистированная аноректовагиноуретропластика, у одной пациентки (4%) – раздельная мобилизация комплекса. У 11 пациенток (50%) выявлены пороки развития влагалища, которые потребовали реконструктивных операций при радикальной коррекции. В нашей серии у 6 девочек (27%) влагалище имело перегородку. В 4 случаях (18%) выполнена задняя вагинотомия, перегородка иссечена, целостность влагалища восстановлена, у 2 пациенток (9%), которым выполнена лапароскопическая мобилизация кишки, перегородку иссекли через небольшой разрез по задней стенке вагины, не нарушая полностью ее целостность. У одной пациентки имелась агенезия правой гемивагины, атрезия левой гемивагины. Ей выполнена пластика влагалища участком сигмовидной кишки. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 пациенток: произошла ретракция и рубцевание низведенного влагалища. Во обоих случаях протяженность общего канала составляла более 5 см. У 3-х пациенток (14%) в последующем выполнена дополнительная лоскутная вагинопластика кожей промежности. Одна девочка умерла в отдаленном послеоперационном периоде от тяжелого ВПС. Таким образом, у 19 пациенток (86%) достигнуто анатомическое соответствие промежностных структур с хорошим результатом.

### **Заключение**

Современные технологии коррекции персистирующей клоаки позволяют выполнить одномоментную радикальную коррекцию. Применение тотальной урогенитальной мобилизации обеспечивает дополнительную мобилизацию влагалища, уретры и мочевого пузыря, при этом сохранение общей стенки между уретрой и влагалищем позволяет избежать возникновения свищей в послеоперационном периоде. В случае протяженного общего канала прибегают к выполнению реконструктивных операций. Лечение клоаки требует большого опыта, навыка и тонкости.

---

## **БИОБАНКИНГ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ПРОВЕДЕНИИ ПРЕЦИЗИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**

**Муллабаева С.М., Донников А.Е., Трофимов Д.Ю., Ибрагимов Р.Р.,  
Павлович С.В., Сухих Г.Т.**

г. Москва  
ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова

### **Актуальность**

Высокие темпы роста персонафицированной медицины и вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) обуславливают создание крупных криохранилищ для биологического материала. В последние годы разви-



тие новых технологий – «ОМИКсных», таких как: геномика, протеомика, метаболомика требуют большого количества биоматериалов, обработанных и хранящихся с соблюдением международных стандартов качества. Биобанки позволяют хранить несколько типов образцов, собранных от одного донора; биоматериал, собранный на разных этапах развития заболевания, что позволяет одномоментно проводить широкомасштабные междисциплинарные исследования. Подобные исследования направлены на поиск новых маркеров заболеваний, установление связей генов и мутаций в них с развитием заболеваний.

### **Цель**

Целью нашей работы было проведение генетического скрининга на наличие наиболее распространенных в Российской популяции мутаций генов BRCA1 и BRCA2.

### **Материалы и методы**

В биобанке была создана коллекция биоматериалов от 1056 женщин. Средний возраст составил 41, 5 лет. 26 (2,5%) обследованных женщин имели онкологический анамнез. Из них у 5 отмечался рак молочной железы, у 2 – рак яичника. В ходе анкетирования собраны сведения о 4154 родственниках обследованных пациенток. Всем женщинам, включенным в исследование, было проведено генетическое тестирование, которое проводилось методом ПЦР в режиме реального времени с анализом кривых плавления.

### **Результаты**

У 5 человек выявлена мутация BRCA1:5382insC и у одного – BRCA1:185delAG. В двух случаях были выявлены нетипичные формы кривых плавления при анализе областей 4153 и 3875 гена BRCA1, что свидетельствовало о наличие замен в непосредственной близости от анализируемого локуса. В обоих случаях методом секвенирования было подтверждено наличие замен с неопределенной клинической значимостью. Важно отметить, что ни одна из 8 пациенток, у которых были выявлены мутации гена BRCA1, не имели индивидуального или семейного онкологического анамнеза.

### **Заключение**

Таким образом, молекулярно-генетический скрининг позволил выявить группу высокого, генетически обусловленного риска онкологических заболеваний среди пациенток учреждения. Это привело к созданию нового протокола обследования этих женщин. Нужно отметить, что при планировании дальнейших возможных исследований, все собранные образцы биоматериалов хранятся в биобанке и будут доступны для работы.



## ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ

Нурхасимова Р.Г., Кушкарова А.А., Раманова С.Т., Турманбаева А.А.,  
Ибраева Д.Е., Аязбеков А.К.

г. Республика Казахстан, г. Туркестан  
Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясауи

### Актуальность

Здоровье подрастающего поколения является важным социальным и экономическим параметром каждого государства, от этого зависят такие перспективные показатели как рождаемость, ожидаемая продолжительность жизни, экономический потенциал и другие показатели. Как известно, изменения окружающей среды и многие техногенные факторы оказывают влияние на растущий организм, приводя к изменениям сроков и темпов полового развития. Южно-Казахстанская область (ЮКО) является одним из шести экологически неблагоприятных регионов Казахстана и согласно определению «Национального отчета по сохранению и сбалансированному использованию биологического разнообразия» (1997г.), входит во вторую группу регионов Казахстана по экологическому риску, а город Туркестан относится к зоне экологического кризиса.

### Цель

Изучить состояние микробиоценоза влагалища девочек и девочек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

### Материалы и методы

Проведено анкетирование 3269 девочек и девочек– подростков по специально подготовленной анкете. Девочки и девочки – подростки с выявленными жалобами на выделения из половых путей приглашались с мамами на дальнейшее углубленное обследование и лечение. Для изучения особенностей течения вульвовагинитов было проведено: микроскопия и бак.посев вагинального содержимого, иммунно-ферментный анализ антител (ИФА). Кроме того, впервые проведено исследование микрофлоры влагалища у 100 девочек и девушек методом полимеразной цепной реакции в реальном времени Фемофлор 16. Данное исследование позволило уточнить сроки формирования лактобациллярной микрофлоры в регионе экологического риска ЮКО.

### Результаты

Среди 3269 обследованных девочек и девушек-подростков была установлена частота встречаемости симптомов вульвовагинита. В целом симптомы вульвовагинита встречались у 1928 девочек и девочек – подростков, что составило 59%. У девочек и девочек-подростков с экстрагенитальной патологией отмечено увеличение этого показателя до 78%. В группе девочек 7–12 лет – 35%



указали на вульвовагинита, 13–15 лет – 26,3% наибольший процент отмечен в старшей группе 16–19 лет – 38,7% . Спектр выявленных антител к возбудителям инфекций методом ИФА показало следующую частоту их встречаемости: цитомегаловирус– 70%, гарднерелла– 52%, микоплазма -38%, уреоплазма -30%, герпес– 30%, хламидия -16%. Этиологические факторы вульвовагинита *G.vaginalis* 49,7%, *Staphilococcus epid.* 18,9%, *S.albicans* 7,2%, *Staphilococcus spp.* 14,1%, *E.coli* 3,8%, *K.pneumoniae* 2,17%, *S.krusei* 0,9%.

### **Заключение**

Частота встречаемости вульвовагинита у девочек и девушек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, составила 59%, с экстрагенитальной патологией 78%. Корреляционная зависимость вульвовагинитов от продолжительности проживания в регионе 1–3 года  $r=0,3(p=0,000)$ , 4–5 лет  $r=0,5 (p=0,000)$ , 5–10 лет  $r=0,7 (p=0,000)$ , более 10 лет  $r=0,9 (p=0,000)$ .

---

## **ОЦЕНКА КЛЕТОЧНО-ИНЖЕНЕРНЫХ ФАСЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ И БИОНЕДЕГРАДИРУЕМЫХ ИМПЛАНТАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСОВ ГЕНИТАЛИЙ**

**Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С.,  
Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Крашенинников М.Е.**

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

### **Актуальность**

В настоящее время «золотым стандартом» лечения пролапса гениталий является хирургическое вмешательство. Использование сетчатых протезов при пластике промежности сопровождается более низким процентом рецидивов (5–40%), но, несмотря на это, имеются mesh-ассоциированные осложнения (2–10%). В связи с этим возрос интерес к усовершенствованию имплантационных материалов путем создания новой клеточно-инженерной конструкции для восстановления фасциальных дефектов тазового дна.

### **Цель**

Изучить возможность создания (цитосовместимость) клеточно-инженерных конструкций на основе сетчатых имплантатов из полипропилена, викрила и свиного дермального коллагена, засеянных аутологичными дермальными фибробластами из кожи крыс Вистер с помощью анализа жизнеспособности по данным конфокальной микроскопии.



### **Материалы и методы**

В качестве матриц использовались сетки PROLENE MESH (из нерассасывающихся волокон, изготовленных из изотактического кристаллического стереоизомера полипропилена), Випро II композиционная (состоящая из полилактиновых и полипропиленовых волокон), викриловая сетка VM94 и биологический имплантат PERMACOL (содержащий свиной дермальный коллаген).

В качестве клеточного материала: дермальные фибробласты, выделенные из кусочка эпидермиса кожи лабораторной крысы Вистер, размером 5x5мм. Дермальные фибробласты лабораторной крысы третьего пассажа были нанесены на образцы сеток.

Из каждой сетки в стерильных условиях было вырезано по фрагменту квадратной формы 10x10 мм. На каждый фрагмент из представленных сеток добавляли по 250 мкл клеточной суспензии (400 тыс клеток). В особых условиях проводилась инкубация.

Образцы окрашивали акридиновым оранжевым и этидиумом бромидом. В результате происходит окрашивание акридиновым оранжевым живых клеток, а этидиумом бромидом – мертвых клеток.

Микроскопия. Локализацию флуоресценции образцов фиксировали с помощью лазерного сканирующего конфокального микроскопа LSM-710 (Carl Zeiss Microscopy, Jena, Germany). Возбуждение флуоресцентного акридинового оранжевого производили лазером с длиной волны 488 нм, регистрировали флуоресценцию в диапазоне 495 ÷ 545 нм. Возбуждение флуоресцентного этидиума бромида производили лазером с длиной волны 561 нм, регистрировали флуоресценцию в диапазоне 580 ÷ 690 нм. В результате получали наложение флуоресцентных изображений локализаций акридинового оранжевого (зеленый цвет), этидиума бромида (красный цвет) и изображения, полученного в режиме проходящего света.

### **Результаты**

На 3 сутки отмечалась адгезия дермальных фибробластов на нитях сетчатых имплантатов (преимущественно по углам), а через 14–21 суток – рост колоний (часть ячеек закрывались клетками). На 20–25 сутки оценивалась жизнеспособность клеток на клеточно-инженерных конструкциях. При помощи конфокальной микроскопии удалось сравнить толщину слоя образовавшейся ткани: наилучшим эффектом обладал биологический имплантат PERMACOL (образовался непрерывный слой ткани), на втором месте – биodeградируемый сетчатый скаффолд из викрила, а более длительным сроком образования слоя соединительной ткани обладала биodeградируемая сетка из полипропиленовых волокон.

### **Заключение**

Созданы клеточно-инженерные конструкции на основе сетчатых имплантатов для дальнейшего исследования тканевых реакций при имплантации крысам. Наиболее цитосовместимым материалом оказался Пермакол по количеству клеток и формированию сплошного клеточного слоя, покрывающего всю поверхность имплантата.



## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ «МАЛЫХ» ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ВПЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.

г. Москва  
ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» МР

### Актуальность

Рак шейки матки (РШМ) является одной из наиболее часто встречаемых болезней в мире, вызванных вирусом папилломы человека (ВПЧ). Отсутствие обязательного массового цервикального скрининга и скоординированного ведения женщин с ВПЧ-инфекцией – является основной причиной выявления огромного количества тяжелых дисплазий шейки матки и РШМ.

### Цель

Проанализировать частоту встречаемости «малых» форм поражения шейки матки среди ВПЧ-положительных женщин репродуктивного возраста.

### Материалы и методы

В исследование было включено 582 женщины, в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 35 лет). Обследование включало: сбор жалоб, анамнеза, гинекологического статуса, проведение цитологического исследования, расширенной кольпоскопии, ВПЧ-генотипирование (ПЦР в режиме реального времени для количественного определения и типирования двадцати одного типа ВПЧ).

### Результаты

ВПЧ ВР был выявлен у 413 женщин (71%), ВПЧ-негативные 169 (29%). ВПЧ-положительные женщины были разделены на 3 группы: I группа – 291 (70,5%) с «малыми» формами поражения шейки матки, II группа – 102 (24,7%) с HSIL, III группа – 20 (4,8%) с РШМ. По результатам исследования группа женщин с «малыми» формами поражения шейки матки преобладала среди ВПЧ-положительных пациенток и составила 70,5%. Из «малых» форм превалировала группа женщин с ВПЧ-носительством – 177 (42,9%), группа с LSIL – 96 (23,2%), группа с ASCUS – 18 (4,4%).

### Заключение

Группа женщин с «малыми» формами поражения шейки матки преобладала среди женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки. Пациентки с «малыми» формами поражения являются группой риска по развитию предрака и рака шейки матки.



## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИКА «ГЕМОБЛОК» ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОПУХОЛИ ШЕЙКИ МАТКИ

Ташухожяева Д.Т., Салов И.А., Маршалов Д.В.

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Кафедра акушерства  
и гинекологии лечебного факультета

### Актуальность

Проблема заболеваемости раком шейки матки (РШМ) на протяжении многих лет не утрачивает своей актуальности. В России рак шейки матки занимает 6-е ранговое место среди всех злокачественных опухолей у женщин, а в структуре онкогинекологической заболеваемости – 2-е ранговое место после рака эндометрия. Кровотечение осложняет течение рака шейки матки в 55–83,5% случаев. В 11% случаев оно имеет профузный характер и требует проведения экстренных мероприятий. Методы борьбы с данными кровотечениями ограничены в силу анатомии и распространенности процесса. Консервативные методы остановки кровотечения включают в себя общую гемостатическую терапию и местное воздействие.

### Цель

Целью нашего исследования явилась оценить результаты лечения пациенток с кровотечениями из шейки матки на основе применения местного гемостатика «Гемоблок».

### Материалы и методы

Материал и методы. Для оценки эффективности предлагаемой тактики лечения кровотечений из опухоли шейки матки были выделены 2 группы. Основную группу составила 14 женщин с раком шейки матки, которым в комплексной терапии применялся местный гемостатик «Гемоблок»; в группу сравнения вошли 15 пациенток, которым проводилась терапия с использованием гемостатической губки и антифибринолитиком – транексамом.

### Результаты

Результаты. Применение Гемоблока влияло на скорость остановки кровотечения. Снижение риска рецидива кровотечения по данным осмотров в течение 3 суток у пациенток, которым применялся Гемоблок, отмечено у 85,7%, а в группе сравнения – у 46,7% пациенток. В основной группе в 92,9% наблюдений кровотечение прекратилось уже через 1 минуту после применения гемостатика, в группе сравнения остановка кровотечения занимала  $4,5 \pm 2,1$  часа, требовались дополнительные меры для достижения гемостаза. Частота рецидивов кровотечений в течение 7 дней в основной группе составила 14,3% (2 случая из 14) и была ниже, чем в группе сравнения, – 60,0% (8 случаев из 15). Анализ динамики концентрации гемоглобина и показателя гематокрита на 7 сутки после проводимого комплексного лечения выявил достоверность межгруппо-



вых различий  $88 \pm 6,3$  vs  $82,4 \pm 2,3$  г/л ( $p < 0,05$ ). Значения гемоконцентрационных показателей в группе сравнения оставались ниже, несмотря на большие объемы трансфузии эритроцитарной массы – на 30% ( $p < 0,05$ ). Коррекция гемостазиологических нарушений в этой группе больных потребовала объема свежзамороженной плазмы (СЗП) в 2,9 раза больше, чем в группе пациентов, которым применялся Гемоблок.

### **Заключение**

Таким образом, «Гемоблок» в составе комплексной терапии кровотечений при опухоли шейки матки является более эффективным местным гемостатиком по сравнению с гемостатической губкой, снижает риск рецидивов кровотечений в 4 раза, потребность в донорских эритроцитах и плазме более чем на 30%.

---

## **ЖЕНСКОЕ ЛИБИДО В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ. ВРАЧЕБНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ**

**Федорова А.И.**

г. Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

### **Актуальность**

Возросший интерес к проблемам женского либидо требует знания законов сексуального функционирования и учета влияния на него современных врачебных интервенций.

### **Цель**

Изучение влияния КОК на женское либидо.

### **Материалы и методы**

Данный обзор базируется на собственном обширном клиническом опыте и на изучении полнотекстовых, оригинальных англоязычных статей.

### **Результаты**

Биопсихосоциальный подход рассматривает половое влечение как взаимосвязь врожденных биофизиологических особенностей (нейроэндокринной системы) и приобретенных психосоциальных факторов (особенности психо-сексуального развития и сексуального опыта). Эндокринное же обеспечение либидо связано в основном с гормонами яичников. Эстрадиол и тестостерон активизируют нейрохимические системы головного мозга, усиливая половое влечение. Однако на мотивационные аспекты либидо, сексуальные фантазии влияет именно Т. Влияние прогестерона на половое влечение неоднозначно. Подавлять его может в основном экзогенное, монотонное в течение



цикла введение гестагенов (они воздействуют на головной мозг и периферические андрогенные рецепторы, с которыми конкурируют). Значение имеют не столько концентрации, сколько тип гестагенов.

Учет нейроэндокринного компонента либидо важен при выборе гормональной контрацепции (КОК). Однако, результаты клинических исследований влияния КОК на либидо неоднозначны, в основном из-за множественности механизмов поддержания либидо, субъективизма оценки и трудностей методологического контроля. Механизмы снижения либидо обычно связывают с гестагенным компонентом КОК, обладающим антиандрогенным действием. При выраженной гиперандрогении и сформированной сексуальности очевидны показания к назначению КОК с антиандрогенным эффектом. Сложности выбора возникают у молодых женщин с умеренной гиперандрогенией, либо избирательностью ее клинических проявлений. Последняя объясняется существованием двух изомеров 5- $\alpha$ -редуктазы (в коже I типа, а в лимбической системе и половых органах II типа. При высокой активности 5- $\alpha$ -редуктазы I типа у женщины могут наблюдаться выраженные признаки себореи при отсутствии других проявлений повышенного уровня Т.

КОК с антиандрогенным эффектом высоко востребованы молодыми женщинами, недавно начавшими половую жизнь, именно из-за позитивного влияния на «проблемную кожу». Однако их прием сопряжен с определенными рисками. У многих таких женщин сексуальность еще незрела, оргастическая функция не сформирована. Недостаточность андрогенного влияния, не обеспечивая высокой мотивации к сексуальным контактам, не обеспечит и адекватного развития сексуальности. Наоборот, возможно закрепление стереотипа половой жизни, не сопровождающейся приятными ощущениями. На фоне КОК с антиандрогенным эффектом также возможно снижение активности и усугубление депрессивных проявлений. Для молодых женщин с «проблемной кожей» и склонностью к депрессии препаратом выбора может быть КОК, содержащий хлормадинона ацетат (ХМА). ХМА избирательно блокирует 5- $\alpha$  редуктазу I типа и уменьшает влияние Т на кожу и волосы, не снижая андрогенных влияний в лимбической системе и половых органах. Продемонстрировано также его положительное влияние на психоэмоциональное состояние женщин за счет уникальной способности повышать содержание аллопрегналона в некоторых участках головного мозга.

## Заключение

Профилактика нарушений женского либидо требует активного сбора сексуального анамнеза, учета возраста, исходного состояния гормональной и сексуальной функции при выборе КОК.



## ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО МОЛЕКУЛЯРНОМУ ПРОФИЛЮ ТКАНЕЙ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Франкевич В.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Бугрова А.Е.,  
Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Назарова Н.М.

г. Москва  
ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова»

### Актуальность

Масс-спектрометрия является одним из наиболее широко используемых методов анализа биологических образцов. В последнее десятилетие был разработан новый метод прямой масс-спектрометрии, который отличается своей уникальной способностью быстрого анализа сложных образцов с отсутствием или минимальной пробоподготовки.

Целью данного исследования является разработка и внедрение в клиническую практику быстрого и надежного метода масс-спектрометрического анализа тканей и биологических жидкостей для ранней и неинвазивной диагностики различных гинекологических заболеваний.

### Цель

Изучить молекулярный состав тканей и биологических жидкостей с целью диагностики гинекологических патологий.

### Материалы и методы

Масс-спектрометрия, цитологическое исследование, метаболомное и протеомное исследование тканей, цервикалоагинальной жидкости, плазмы.

### Результаты

Обследовано 130 женщин. Различия в масс-спектрометрических спектрах эндометриодных и раковых тканей были проанализированы в сочетании с морфологическими особенностями и в сравнении с группой контроля. На втором этапе предварительно идентифицированные биомаркеры, были найдены в крови и перитонеальной жидкости с целью создания неинвазивного метода диагностики больных. По полуколичественному анализу протеомного состава цервикалоагинальной жидкости пациентов с неоплазиями шейки матки было выявлено достоверное разделение контрольных образцов (NILM) и групп ASCUS, LSIL, HSIL. Метод прямой масс-спектрометрии (масс-спектрометр Maxis Impact, Bruker, Германия) был использован для быстрого молекулярного профилирования (в том числе в режиме реального времени) и последующей диагностики гинекологических заболеваний.

### Заключение

Впервые подход прямой масс-спектрометрии был применен для диагностики пациентов с эндометриозом, раком молочной железы и с неоплазиями



шейки матки различной степени тяжести. Результаты наших исследований могут приблизить нас к пониманию патобиологии заболеваний и дают возможность разработать новые способы ранней диагностики и лечения.

## РОЛЬ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Хурасева А.Б., Медведева И.Н., Святченко К.С., Бирюкова Т.А.

г. Курск

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ; Женская консультация ОБУЗ

### Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одна из наиболее частых и актуальных причин нарушения менструального цикла, ановуляции и женского бесплодия. Современные рекомендации относительно тактики лечения данного заболевания указывают на то, что выбор терапии зависит от выраженности отдельных симптомов и от репродуктивных планов пациентки. В настоящее время определенную ценность имеют лапароскопические методы.

### Цель

Цель нашей работы – анализ роли лечебно-диагностической лапароскопии у женщин с СПКЯ и сопутствующим бесплодием.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 56 амбулаторных карт и историй болезни пациенток с СПКЯ за период с 2013 по 2015 гг. на базе ОБУЗ ОПЦ г.Курск. Средний возраст пациенток  $28,29 \pm 4,43$  года. Длительность бесплодия от 1 года до 15 лет, в среднем  $4,59 \pm 3,34$  лет. Всем женщинам до проведения лечебно-диагностической лапароскопии было проведено комплексное обследование. Нами были изучены подробные сведения всех исследований, а также прослежены отдаленные результаты лечебно-диагностической лапароскопии.

### Результаты

В результате обследования выявлено нарушение менструального цикла по типу олигоменореи у 35 (62,5%) женщин, у 21 (37,5%) пациентки регулярный менструальный цикл, ановуляция диагностирована у 42 (75%) женщин. Первичное бесплодие было у 37 (66,07%) пациенток, вторичное – у 19 (33,93%). СПКЯ как единственная причина бесплодия встречалась у 10 (17,86%) женщин, а большая доля случаев – 46 (82,14%) приходилась на пациенток с другими выявленными сопутствующими патологиями, в основном такими как тубо-перитонеальный фактор и эндометриоз. Следует отме-



тить, что у 11 (19,64%) женщин спаечный процесс в малом тазу и патология маточных труб были диагностированы только при лапароскопии. Были выполнены следующие операции: клиновидная резекция яичников – 34 (60,71%), каутеризация яичников – 14 (25%), дреллинг яичников – 10 (17,86%), сальпингоовариолизис – 6 (10,72%), коагуляция очагов эндометриоза – 14 (25%), консервативная миомэктомия – 2 (3,57%), удаление доброкачественных образований яичников – 5 (8,93%). Всем женщинам выполнялась хромопертубация. В итоге лечебно-диагностических мероприятий восстановление регулярного менструального цикла в течение от 2 до 6 мес наблюдалось у 49 (87,5%) пациенток. В течении первого года после хирургического лечения забеременело 35 (62,5%) женщин, в том числе 2 пациентки в результате ЭКО. Все беременности закончились рождением живых детей.

### **Заключение**

Таким образом, лечебно-диагностическая лапароскопия позволяет выявить сопутствующие СПКЯ причины бесплодия, помогает в постановке окончательного диагноза, а выполняемые при этом операции эффективны в восстановлении репродуктивной функции женщин.

---

## **АЛЬТЕРНАТИВА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИСБИОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Черниченко И.И., Хаджиева Э.Д.**

г. Санкт-Петербург

Кафедры акушерства и гинекологии медицинского университета «Реавиз», кафедры акушерства и гинекологии Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова

### **Актуальность**

Согласно современным представлениям, воспалительные заболевания и дисбиотические процессы нижнего отдела женских половых органов являются маркером дисфункции местной иммунной системы женщины. Данные состояния являются самой распространенной гинекологической патологией, что составляет более 70% от всех гинекологических заболеваний, при этом 40–60% из них имеют неспецифический характер. На остальные приходятся воспалительные процессы, обусловленные различными возбудителями инфекций, передающихся половым путем (хламидии, микоплазмы, уреоплазмы и др.)



## Цель

Цель исследования: оценить эффективность использования препарата Клиндацин® Б пролонг при лечении воспалительных и дисбиотических процессов нижнего отдела женских половых органов.

## Материалы и методы

Альтернативой в лечении воспалительных заболеваний и дисбиотических процессов нижних отделов женских половых органов является использование местного антибактериального препарата крема вагинального Клиндацин® Б пролонг, разработанного химико-фармацевтическим комбинатом «Акрихин», который способствует физиологической санации воспаленной слизистой влагалища, а также активации местных иммунных механизмов. Клиндацин® Б пролонг назначали 23 женщинам 7 дней на ночь с помощью аппликатора. При этом у 5 женщин диагноз был неспецифический кольпит, у 11 – бактериальный вагиноз и у 7 – специфический вагинит (из них у 3 были выявлены микоплазмы, у 2 хламидии и еще у 2 уреоплазмы) Эффективность лечения оценивалась с помощью цитологических мазков из влагалища и влагалищной части шейки матки. Критерием эффективности препарата служили: исчезновение клинических симптомов, нормализация влагалищных мазков на микрофлору и переход дегенеративно-воспалительной фазы воспалительного процесса в фазу регенерации (преобладание в цитограммах клеток плоского эпителия (более 70%).)

## Результаты

В результате лечения эффективность препарата Клиндацин® Б пролонг при неспецифическом кольпите и бактериальном вагинозе составила 100%, то есть у всех 16 пациенток исчезла клиническая картина патологических процессов и нормализовались показатели цитологических исследований мазков. Среди 7 женщин со специфическим вагинитом – у 5 пациенток после проведенного лечения (71,4%) отмечалось, помимо улучшения клинической симптоматики и нормализации мазков, исчезновение бактериальных возбудителей в контроле (у 3 женщин – микоплазм, и по одной женщине – уреоплазм и хламидий). Однако, у двоих женщин после лечения, несмотря на купирование клиники вновь были выявлены возбудители инфекций (хламидии и уреоплазмы). При детальном анализе выявлено, что эти женщины не соблюдали рекомендации в отношении правильности лечения. Они позволяли себе в период лечения незащищенные половые контакты с партнерами, которые категорически были против лечения возбудителей у них.

## Заключение

Таким образом, применение препарата Клиндацин® Б пролонг значительно расширило терапевтические возможности при лечении воспалительных заболеваний и дисбиотических процессов нижнего отдела женских половых органов. Данное лекарственное средство оказалось весьма эффективным в отношении лечения данных состояний, независимо от микробного фактора,



ответственного за воспаление, что требует дальнейшего всестороннего применения Клиндацин® Б пролонг в клинической практике.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ, У ЖИТЕЛЬНИЦ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Шостак Д.П., Пашов А.И., Гончаров А.И.

г. Калининград  
ГАУ КО РПЦ, БФУ им. И. Канта

### Актуальность

Тромбофилические состояния являются одной из самых распространенных причин акушерских патологий, таких как синдром привычной/периодической потери плода, внутриутробная задержка развития плода, плацентарная недостаточность. Отдельную группу тромбофилий вызывают наследственно обусловленные состояния, связанные с мутациями генов.

### Цель

Анализ результатов тестирования полиморфизмов генов системы гемостаза у жительниц Калининграда и области в 2015–2016 гг. для оптимизации и персонализации профилактики тромбоэмболических осложнений.

### Материалы и методы

Мы обследовали 115 беременных и женщин, планирующих беременность, а также пациенток перед назначением гормональной контрацепции и менопаузальной гормонотерапии. Проводилась детекция генетических полиморфизмов генов свертывания крови, генов системы фибринолиза, генов фолатного обмена, генов гликопротеинов тромбоцитарных рецепторов методом пиросеквенирования с применением системы генетического анализа серии PyroMark.

### Результаты

Наиболее часто репродуктивные потери, ассоциированные с патологией свертывающей системы крови, обусловлены, снижением активности фолатного обмена и полиморфизмом генов – ингибитора активатора плазминогена (PAI -1) и тканевого активатора плазминогена – PLAT. Первое предполагалось при выявлении носительства мультигенных гомозиготных полиморфизмов или при сочетании гетерозиготных мутаций в генах фолатного статуса (MTHFR, MTRR, MTHFD, MTR). Данные варианты полиморфизмов, предрасполагающих к развитию гипергомоцистеинемии, в исследуемых группах выявлены 32% пациенток. Так, по нашим данным, полиморфизм PAI-1 в 4 раза повышает риск возникновения осложнений беременности. Полиморфизм гена протромбина G20210A в гетерозиготном состоянии встречается редко (менее



2% в европейской популяции), но сочетание с гомо/гетерозиготной мутацией FV-Leiden G1691A неблагоприятен в плане риска развития венозных тромбозов, ассоциированных с приемом пероральных эстрогенов, что является противопоказанием для назначения комбинированной оральной контрацепции и менопаузальной гормонотерапии, так как риск возникновения тромбоза возрастает почти в 100 раз.

### **Заключение**

Полученные результаты тестирования полиморфизмов генов системы гемостаза в исследованной популяции продемонстрировали высокую частоту встречаемости мутаций, поскольку полиморфизмом считается распространенность мутации гена в популяции с частотой более 1%. Таким образом, генетическое обследование показано всем женщинам, имеющим в анамнезе перинатальные потери, синдром привычной/периодической потери плода, тромботические и тромбоэмболические осложнения у себя или близких родственников 1 линии родства.

---

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА**

**Эседова А.Э., Акаева Ф.С., Идрисова М.А., Хабибулаева Л.М.**

г. Махачкала  
Дагестанский государственный медицинский университет

### **Актуальность**

Урогенитальный хламидиоз является важной медико-социальной проблемой. Проблемы диагностики урогенитального хламидиоза связаны с наличием микст-инфекций хламидийно-уреаплазменных, хламидийно-гонококковых, хламидийно-трихомонадных, хламидийно-стафилококковых и других условно-патогенных и патогенных бактерий.

### **Цель**

Цель: выявление этиологической структуры ассоциантов хламидий у пациентов с уретритами и цервицитами.

### **Материалы и методы**

Изучен материал: соскобы эпителия цервикального канала, уретры, отделяемого из влагалища от 383 женщин. 1 группа – 183 женщины с неспецифическим эндоцервицитом; 2 – 150 женщин с жалобами, проходящих обследование на ИППП; 3 группа – 50 условно здоровых женщин, обратившихся по поводу ежегодного обследования на ИППП.



## Результаты

Титр антихламидийных антител в сыворотках крови 1 группы – 1/128 (47,4%). Для *S. trachomatis* показатель диагностического титра – 1/64, при соответствующем клинико-эпидемиологическом анализе выявление хламидийных антител в данном разведении может иметь диагностическое значение. В 1 группе в 13 (7,1%) наблюдениях методы ПИФ и ПЦР показали отсутствие возбудителя хламидиоза, в РНИФ – присутствие антител в титрах >1/128 (1/128 – 9 случаев, 1/256 и 1/512 – по 2 наблюдения). У 2 (1,0%) больных методом ПЦР была выявлена ДНК возбудителя и титры АГ – 1/128 и 1/256, результаты ПИФ – отрицательны. У 2 (1,0%) пациенток 1 группы титры хламидийных антител ниже диагностических (<1/64), в реакции ПИФ и ПЦР были обнаружены АГ и ДНК *S. trachomatis*, что говорит о наличии хламидийной инфекции. При исследовании клинического материала из цервикального канала, влагалища и уретры у 81 (44,3±3,1%) пациентки выявили *S. Trachomatis*. Хламидии были обнаружены в цервикальном канале – в 44 (24,0%) наблюдениях, в уретре – в 47 (25,7%), во влагалище – в 34 (18,6%) случаях. Одновременно во всех трех образцах исследуемого материала хламидии были обнаружены у 26 (14,2%) пациенток, при исследовании клинических проб из цервикального канала и отделяемого влагалища – в 4 (2,1%) наблюдениях. В соскобах из цервикального и уретры в 9 (5,0%) наблюдениях, из уретры и отделяемого влагалища – в 6 (3,3%). У 11 (6,1%) пациенток хламидии выявлены только в материале из влагалища, у 16 (8,8%) – из уретры. В 102 (55,8%) случаях результаты обнаружения хламидий были отрицательными по всем клиническим материалам. В качестве клинического материала для обнаружения хламидий по чувствительности и специфичности результатов исследования целесообразно использовать соскоб эпителия цервикального канала и уретры, который содержит мало слизи и большое количество эпителиальных клеток. Была выделена сопутствующая бактериальная микрофлора: семейства *Enterobacteriaceae* и грибов рода *Candida*. Выделенные культуры вызывали гемолиз эритроцитов: у *E.coli* (67,3%), *Klebsiella spp.* (45,2%), *S.aureus* (75,6%). Тест на ДНК-азу у *E.coli* положительным был в 42,7% случаев, *S.aureus* в 98% штаммов с положительной гемолитической активностью, у бактерий рода *Klebsiella* (в 8,7%). Лецитиназная активность – в 68,2% штаммов *S.aureus*. Плазмакоагулазу продуцировали *S.aureus* в 71,3%, гиалуронидазу – большинство условнопатогенных представителей энтеробактерий.

## Заключение

Выявлено: в подавляющем большинстве случаев *S. trachomatis* (44,2%) при эндоцервите встречается микст-инфекции: бактериально-бактериального, бактериально-вирусного или бактериально-грибкового характера (*K. pneumoniae* (19,0%), *S.aureus* (14,0%), *E.coli* (28,0%) и их ассоциации (39,0%)).



## ВАГИНАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Эседова А.Э., Идрисова М.А., Апандиева М.М., Меджидова А.М.

г. Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

### Актуальность

В климактерическом периоде прогрессирующий дефицит эстрогенов, обусловленный истощением яичников, вызывает развитие возрастных атрофических изменений слизистой оболочки мочеполового тракта. Причиняющие страдания мочеполовые расстройства, в том числе сухость влагалища, зуд и жжение, рецидивирующие инфекции влагалища, хронический цистит, выворот слизистой оболочки уретры являются прямым следствием эпителиальной атрофии. Ожирение снижает иммунореактивность макроорганизма, что нередко сопровождается наличием воспаления.

### Цель

Изучение состояния микрофлоры влагалища в зависимости от наличия или отсутствия ожирения у женщин в постменопаузе.

### Материалы и методы

Обследовано 165 женщин в возрасте от 40 до 65 лет. Женщины были поделены на группы: 1 группа (основная) – 87 женщин (ИМТ > 28 кг/м<sup>2</sup>), страдающих ожирением, 2 группа (контрольная) – 78 женщин без ожирения (ИМТ < 28 кг/м<sup>2</sup>). Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли как отношение массы тела (кг) к росту (м<sup>2</sup>). В исследовании были применены бактериоскопические и бактериологические методы. Методом прямой иммунофлюоресценции выявляли хламидии, микоплазмы, уреоплазмы.

### Результаты

При сборе и анализе анамнестических данных из 165 женщин жалобы на выделения из половых путей предъявляли 109 (66,58%) пациенток, 35 женщин (21,2%) имели признаки вульвита. При анализе показателей специфических инфекций влагалища было выявлено, что в 1-ой группе у женщин, страдающих ожирением, хламидии встречались в 4 раза чаще в отношении с группой контроля, а уреоплазмы и микоплазмы – в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой.

Достоверно чаще, в условиях культивирования, встречались бактерии рода *Staphylococcus*. Вид *Staphylococcus epidermidis* встречался в 6,2 раза чаще, чем другие виды. На фоне низкой неспецифической реактивности организма *Staphylococcus epidermidis* может служить фактором, определяющим течение хронического воспаления, как во влагалище, так и в органах малого таза. Нередко в структуре микрофлоры цервикального канала при сальпингоофорите обнаруживается кишечная палочка, а клебсиеллы могут являться причи-



ной урогенитальных заболеваний. Из патогенных представителей микробной флоры только у женщин первой группы, страдающих ожирением, был выявлен *Staphylococcus haemolyticus*. При анализе количественных характеристик микроорганизмов выявлено, что содержащиеся представители кишечной группы превышало  $1 \times 10^4$  КОЕ/мл у каждой 4-й пациентки основной группы (1-ая группа). Ассоциированное выделение микроорганизмов у женщин основной группы ( $40,73 \pm 6,86\%$ ) достоверно выше, чем у женщин группы контроля (без ожирения) ( $15,72 \pm 4,33\%$ ). В первой группе женщин, страдающих ожирением, частота встречаемости микробных ассоциантов была в 3,3 раза выше, чем в группе контроля.

### **Заключение**

Таким образом, результаты проведенных нами исследований показали непосредственную связь нарушений микробиоценоза влагалища с ожирением. Так, у женщин, страдающих ожирением, частота встречаемости неспецифического кольпита выше в 1,3 раза, а специфического – в 2–4 раза в сравнении с контрольной группой, имеющей нормальную массу тела. У каждой второй женщины с ожирением высевались микроорганизмы кишечной группы, а абсолютный патоген *Staphylococcus haemolyticus* был обнаружен только у женщин с ожирением. Соответственно, отсюда вывод, что степень дисбиотических изменений во влагалище зависит от массы тела и носит разнонаправленный характер.



## Раздел 2

# Репродуктология

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТОКОЛОВ СТИМУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

Богатырева Х.А., Мишиева Н.Г., Мартазанова Б.А., Лапина В.С.,  
Абубакиров А.Н., Королькова А.И.

г. Москва

НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова

#### Актуальность

Бедный и субоптимальный ответ яичников на стимуляцию в программах ЭКО у женщин репродуктивного возраста является актуальной проблемой современной репродуктологии. Пациентки со сниженными показателями овариального резерва составляют 24–48% всех пациенток, подвергающихся стимуляции функции яичников в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Результаты научных исследований показывают, что малые антральные фолликулы в течение лютеиновой фазы не в обязательном порядке уходят в атрезию, а скорее находятся на ранних стадиях фолликулярного развития. Этот факт ставит под сомнение традиционную теорию развития когорты антральных фолликулов только во время фолликулярной фазы менструального цикла, появляется все больше доказательств, указывающих на наличие нескольких волн антральных фолликулов, развивающихся в одном и том же менструальном цикле.

«Волновая теория» развития фолликулов в яичниках явилась основой для проведения стимуляции суперовуляции не только в фолликулярной, но и в лютеиновой фазе цикла у женщин со сниженным овариальным резервом.

В связи с вышесказанным, представляется актуальным, современным и перспективным исследование по изучению эффективности протоколов стимуляции суперовуляции в различные фазы менструального цикла в рамках программы лечения бесплодия пациенток со снижением овариального резерва.



### Цель

Изучить эффективность протоколов стимуляции функции яичников в фолликулярную и лютеиновую фазы менструального цикла у пациенток со снижением овариального резерва.

### Материалы и методы

В исследование были включены 148 пациенток, соответствовавшие критериям включения (возраст 25–42 лет; уровень АМГ  $< 1, 2$  нг/мл, базальная концентрация ФСГ  $> 11$  мМЕ/мл  $< 20$  мМЕ/мл; наличие в анамнезе безуспешных циклов ЭКО/ИКСИ; индекс массы тела от 18 до 29 включительно). Пациентки были разделены на две группы с учетом фазы проведения программы: I группа ( $n=72$ ) – стимуляция суперовуляции проводилась в фолликулярной фазе, II группа (подгруппы IIa и IIб) ( $n=76$ ) – программа ЭКО проводилась в фолликулярной и лютеиновой фазах.

### Результаты

В значениях уровня ФСГ в день начала стимуляции и в день трансвагинальной пункции яичников, а также в значениях ЛГ и эстрадиола на протяжении всей стимуляции между группами значимых различий не было найдено ( $p > 0,05$ ). Уровень прогестерона был значительно выше во IIб группе в день начала стимуляции функции яичников ( $p < 0,0001$ ) и на 6 день лечения ( $p < 0,0001$ ), что объясняется продолжающейся гормональной активностью желтых тел, однако, ко дню введения триггера овуляции уровень прогестерона в группах выравнивается, в день ТВП его концентрации также сопоставимы. При оценке эмбриологических показателей во II группе выявлено достоверно большее количество полученных ооцитов ( $4,4 \pm 2,1$  и  $8,8 \pm 4,2, p < 0,0001$ ), зрелых ооцитов ( $3,8 \pm 2,0/7,4 \pm 2,6, p < 0,0001$ ), полученных эмбрионов ( $1,8 \pm 1,5/2,7 \pm 2,7, p = 0,039$ ) и эмбрионов высокого качества ( $1,0 \pm 0,5/2,1 \pm 1,1, p = 0,018$ ). Частота наступления беременности на перенос эмбриона статистически значимо выше во II группе и составила 55,3% и 48,6% в I группе ( $p = 0,041$ ), как и частота клинической беременности (41,7% и 51,3%,  $p = 0,034$ ).

### Заключение

На основании полученных результатов, можно сделать вывод о том, что стимуляция в лютеиновую фазу не влияет на эмбриологический исход программы ЭКО, в связи с чем двойная стимуляция в одном менструальном цикле приводит к получению большего количества зрелых ооцитов и эмбрионов высокого качества, что выражается в увеличении частоты наступления беременности.



## ЗАВИСИМОСТЬ ТОЛЩИНЫ ЭНДОМЕТРИЯ ОТ УРОВНЯ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ПАЦИЕНТОК ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гвоздева А.Д., Афян А.И., Абдурахманова Н.Ф., Долгушина Н.В.

г. Москва

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика  
В.И. Кулакова» Минздрава России

### Актуальность

Успех имплантации в программах ВРТ во многом зависит от толщины эндометрия. Большинство исследователей придерживаются мнения, что тонкий эндометрий связан с низкой вероятностью наступления беременности и высокой частотой репродуктивных потерь. Считается, что нарушение гормонального гомеостаза, в частности снижение концентрации эстрогенов, оказывает влияние на толщину эндометрия.

### Цель

Оценить влияние гормонального профиля на толщину эндометрия.

### Материалы и методы

В исследование были включены 172 пациентки в возрасте от 18 до 40 лет, с предшествующими неудачными попытками ЭКО (2 и более неудачные попытки), нормальным кариотипом, отсутствием противопоказаний к проведению ВРТ и подписанным информированным согласием на участие в исследовании. При УЗИ на 19–23 день менструального цикла 59 пациенток имели толщину эндометрия  $\leq 8$  мм (группа 1), 113 пациенток –  $> 8$  мм (группа 2). Гормоны крови были измерены на 2–3 день менструального цикла.

### Результаты

У пациенток с тонким эндометрием отмечается повышенное содержание пролактина в крови ( $326,3 \pm 105,1$ ) по сравнению с пациентками, имеющими эндометрий нормальной толщины ( $291,9 \pm 95,1$ ) ( $p=0,03$ ). Также было выявлено значимое уменьшение концентрации ДГЭА-С ( $4,01 \pm 1,8$  в группе 1 и  $5,46 \pm 2,33$  в группе 2) и 17-ОН ( $2,54 \pm 0,95$  и  $4,07 \pm 1,3$  соответственно) ( $p < 0,0001$ ). Коэффициент корреляции между концентрацией ДГЭА-С, 17-ОН и толщиной эндометрия составил 0,41 в обоих случаях ( $p < 0,05$ ). Концентрация эстрадиола у пациенток первой группы ( $154,2 \pm 65,4$ ) была выше, чем в группе 2 ( $128,5 \pm 36,07$ ) ( $p=0,001$ ).

### Заключение

Данные, полученные в ходе исследования, дают основание предположить, что концентрация эстрадиола не оказывает существенного воздействия на толщину эндометрия. Выявлена прямая связь между уровнем ДГЭА-С и 17-ОН и толщиной эндометрия.



## КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Ильина Е.О., Коротченко О.Е.,  
Панченко В.А., Торсян А.О.

г. Москва

ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, МГУ им. М.В. Ломоносова,  
ПМГМУ им. И.М. Сеченова

### Актуальность

Проведение преимплантационного генетического скрининга (ПГС) увеличивает эффективность программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у пациенток позднего репродуктивного возраста (ПРВ), однако высокая стоимость данного метода ограничивает его применение в клинической практике.

### Цель

Оценить клиничко-экономическую эффективность ПГС в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у пациенток позднего репродуктивного возраста.

### Материалы и методы

Была создана модель принятия решений (TreeAge Pro Inc), в которой было проведено сравнение 2-х стратегий: рутинного ЭКО и ЭКО с ПГС методом полногеномной гибридизации (CGH) у бесплодных пациенток ПРВ для определения минимальной стоимости одного живорождения на одного пациента, проходящего вышеуказанное лечение бесплодия.

В модель включались пары с наличием эмбрионов, пригодных для переноса в полость матки. Допущением модели была возможность применения одного цикла ЭКО со свежими эмбрионами без криоконсервации эмбрионов. Данные по вероятности наступления беременности и самопроизвольного выкидыша в группах ЭКО и ЭКО/ПГС у пациенток ПРВ были получены из результатов собственных наблюдений.

Критерием включения со стороны супруга явилось наличие фертильной или субфертильной спермы с целью минимизации влияния отцовских анеуплоидий на хромосомный набор эмбриона.

В анализе были учтены только прямые затраты на проведение ЭКО и ЭКО/ПГС, т.е. непосредственная стоимость медицинских услуг. Стоимость ЭКО в свежем цикле рассчитывалось как норматив финансовых затрат на 1 случай применения процедуры за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в 2016 году. Стоимость ПГС рассчитывалась по прайсу ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России и включала стоимость биопсии



эмбриона, и подготовки бластомеров для ПГС методом CGH для 4-х эмбрионов (среднее число эмбрионов у пациенток в возрасте 40 лет и старше; собственные данные).

### **Результаты**

Вероятность живорождения при применении одного цикла ЭКО у пациенток ПРВ составила 15% по сравнению с 45% для пациенток ПРВ при применении одного цикла ЭКО/ПГС. Средняя стоимость лечения методом ЭКО для составила 113 109 руб. по сравнению со 223 109 руб. при лечении методом ЭКО/ПГС. Средняя стоимость лечения методом ЭКО для одного живорождения составила 754 060 руб., при лечении методом ЭКО/ПГС – 495 797,8 руб. Стоимость лечения бесплодия методом ЭКО/ПГС в расчете на одно живорождение была на 34% меньше, по сравнению со стоимостью лечения бесплодия методом ЭКО.

Показатель приращения затрат (инкрементный показатель соотношения стоимости и эффективности – ICER) на ведение пациентки ПРВ при назначении или не назначении ПГС составил 258 262,2 руб. Показатель ICER означает, что для достижения дополнительного 1% эффективности (т.е. 1% случаев живорождения) при отсутствии проведения ПГС, как более эффективной методики, требуется дополнительное вложение 258 262,2 руб.

### **Заключение**

Таким образом, метод лечения бесплодия у пациенток  $\geq 40$  лет с помощью ЭКО/ПГС является экономически выгодной стратегией. Для достижения одного дополнительного процента живорождения в программах ВРТ в случае применения ПГС методом CGH на 5-е сутки культивирования эмбрионов происходит экономия 258 262,2 рублей по сравнению с отсутствием проведения ПГС.

---

## **ВЛИЯНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ БЕСПЛОДИЯ НА УСПЕШНОСТЬ ПОПЫТОК ЭКО И ПЭ**

**Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Овешникова Т.З., Азоева Э.Л., Григорян К.В.**

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)  
Москва Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ», Москва

### **Актуальность**

Бесплодие в настоящее время, является до конца нерешенной, серьезной медицинской и социальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) распространенность бесплодия составляет от 8 до 19%, и при этом имеет тенденцию к постоянному росту. С помощью



вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) могут быть преодолены практически все формы как женского, так и мужского бесплодия. Однако следует отметить, что имеется зависимость количества попыток для наступления беременности от формы бесплодия.

### **Цель**

Цель исследования – оценить влияние гинекологической и эндокринной патологии при некоторых формах бесплодия на количество попыток для успешного наступления беременности после ЭКО и ПЭ.

### **Материалы и методы**

Проведена оценка акушерско-гинекологического анамнеза у 120 женщин с одноплодной беременностью. Все женщины были разделены на 2 клинические группы: I группа женщины (n=72) с одноплодной беременностью, наступившей в результате ЭКО и ПЭ. Далее данная группа была разделена на 3 подгруппы в зависимости от формы бесплодия. I1 подгруппа (n=35) – беременные с трубно-перитонеальной формой бесплодия, I2 подгруппа (n=19) – беременные с эндокринной формой бесплодия, I3 подгруппа (n=18) – беременные с мужским фактором бесплодия. II группу – контрольную, составили женщины с одноплодной самостоятельно наступившей беременностью (n=48).

### **Результаты**

Средняя продолжительность бесплодия у женщин с беременностью, наступившей после ЭКО и ПЭ варьировала от 1 до 7 лет ( $2,3 \pm 0,3$  года). При оценке экстрагенитальных заболеваний у пациенток I группы частота эндокринной и гинекологической патологии была значительно выше в I1 и I2 подгруппах, чем во второй группе. В I1 исследуемой подгруппе в 60% случаев преобладала патология матки (миома таки), во I2 подгруппе данная патология была выявлена лишь в 47,4% случаев, тогда как у женщин с мужским фактором бесплодия патология матки и заболевания ЖКТ (гастрит, эрозивный эзофагит) выявлялись с одинаковой частотой (33,3%). Воспалительные заболевания органов малого таза были достоверно чаще отмечены у женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия (42,9%), тогда как во II группе данная патология была незначительно ниже и выявлена только в 27,1% случаев ( $p < 0,05$ ). Характерно, что у женщин I исследуемой группы частота эндокринной патологии (аутоиммунный тиреоидит и узловой зоб) выше чем у пациенток II исследуемой группы. При этом в ходе сравнения исследуемых подгрупп частота эндокринной патологии была значительно выше в I2 подгруппе (10,5%) по сравнению с I1 и I3 подгруппами (2,9% и 5,6% соответственно). При оценке количества попыток ЭКО и ПЭ, для наступления данной беременности в I клинической группе у женщин с мужским фактором бесплодия потребовалось с 1–3 попытки (88,9%), что достоверно различает данную группу с группой женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, где беременность наступала только с 5 и более попыток (62,9%). У женщин с эндокринным бесплодием наступление беременности наступала лишь с 3–5 попытки (42,1%).



### **Заключение**

Исходя из полученных данных можно сделать вывод о том, что наличие мужской формы бесплодия является наиболее благоприятным фактором для быстрого наступления удачной попытки ЭКО и ПЭ, тогда как для достижения успешной беременности наибольшее число попыток необходимо для женщин с трубно-перитонеальной, а так же эндокринной формой бесплодия, что может быть связано с более высокой частотой воспалительных заболеваний органов малого таза у этих женщин и высокой частотой эндокринных нарушений.

---

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ И БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Коротченко О.Е., Сыркашева А.Г., Долгушина Н.В., Шуклина Д.А.,  
Довгань А.А.**

г. Москва

ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, ПМГМУ им. И.М. Сеченова

### **Актуальность**

Показания к преимплантационному генетическому скринингу (ПГС) в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) на сегодняшний день четко не определены. Предполагается, что пациентки с привычным выкидышем (2 и более потери беременности в анамнезе) имеют высокий риск получения анеуплоидных эмбрионов в программах ВРТ. На этом предположении основано применение ПГС у пациенток с привычным выкидышем и бесплодием, нуждающихся в лечении бесплодия методами ВРТ). Однако высокая стоимость ПГС ограничивает его применение в программах ВРТ.

### **Цель**

Оценить эффективность ПГС в программах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у пациенток с привычным выкидышем и бесплодием.

### **Материалы и методы**

В проспективное когортное исследование были включены 62 пациентки с вторичным бесплодием и наличие не менее 2 потерь беременности в анамнезе. Все пациентки были разделены на 2 группы: группу 1 составили 34 пациентки, которым было проведено лечение методом ЭКО с ПГС, группу 2 составили 28 пациенток, которым было проведено лечение методом ЭКО без ПГС. Стимуляция суперовуляции проводилась по протоколу с антагонистами ГнРГ и рекомбинантным ФСГ. Трансвагинальную пункцию фолликулов, оплодот-



ворение и культивирование эмбрионов, перенос и ведение посттрансферного периода осуществляли согласно общепринятым методикам. ПГС проводили методом полногеномной гибридизации (aCGH), биопсию эмбрионов осуществляли на стадии бластоцисты. При применении ПГС перенос эмбрионов осуществляли в криоцикле.

### **Результаты**

Основные клиничко-анамнестические характеристики (возраст, индекс массы тела, показатели оценки овариального резерва) не различались в группах сравнения.

Средняя суммарная доза гонадотропинов, а также средняя длительность овариальной стимуляции не различались между группами.

При оценке эмбриологических характеристик (среднее число зрелых ооцитов, эмбрионов, бластоцист хорошего качества) статистически значимых различий не было выявлено.

Клиническая беременность была диагностирована у 17 пациенток (50%) группы 1 и у 11 пациенток (39,3%) группы 2 ( $p=0,279$ ). Отношение шансов (ОШ) наступления беременности при применении ЭКО/ПГС по сравнению с ЭКО без ПГС у пациенток с привычным выкидышем составило 1,55 (95% ДИ 0,50; 4,82).

Своевременные роды живым плодом произошли у 13 пациенток (38,2%) группы 1 и у 7 пациенток (25,0%) группы 2 ( $p=0,202$ ). ОШ живорождения при применении ЭКО/ПГС по сравнению с ЭКО без ПГС у пациенток с привычным выкидышем составило 1,86 (95% ДИ 0,55; 6,62).

### **Заключение**

Применение ЭКО/ПГС у пациенток с привычным выкидышем и бесплодием позволяет повысить эффективность ВРТ в 1,8 раз по сравнению с ЭКО без ПГС. Требуется дальнейшее изучение данной проблемы, в том числе оценка клиничко-экономической эффективности ПГС у пациенток с привычным выкидышем и бесплодием.

---

## **КОМПЛЕКСНАЯ ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ПАЦИЕНТОК С АДЕНОМИОЗОМ И НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКО**

**Куценко И.И., Авакимян В.А., Кравцова Е.И., Потапова И.А.**

г. Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

### **Актуальность**

Средняя частота наступления беременности при использовании ВРТ как в России, так и за рубежом составляет около 40%. Неудачные попытки чаще



связаны с проблемами имплантационного фактора, который наблюдается и при аденомиозе 1 и 2 степени, в следствие избыточной продукции провоспалительных цитокинов, наблюдающихся на локальном уровне что, подавляет продукцию LIF клетками эндометрия, существенно снижая восприимчивость матки к имплантации бластоцисты. К сожалению, гормоноопосредованная регуляция регуляция цитокиновых дисбаланса с целью восстановления рецептивности эндометрия диеногестом показала недостаточность иммуностропных эффектов гестагена для полноценной коррекции надзора над имплантацией. Ранее нами выявлено, что предгравидарная подготовка эндометрия диеногестом к программе ЭКО, частично нивелирует эти дефекты и приводит лишь к некоторому улучшению эффективности программ ВРТ.

### **Цель**

Это обусловило попытку оценить целесообразность включения в комплекс предгравидарной подготовки у пациенток с аденомиозом направленной специфической иммунокоррекции.

### **Материалы и методы**

Проспективная группа исследования, включала 96 пациенток с аденомиозом 1 или 2 степени. Группу контроля составили 30 здоровых фертильных женщин. На этапе предгравидарного обследования в естественном овуляторном цикле всем пациенткам определяли концентрацию LIF и IL1 $\beta$  в цервикальной слизи. В дальнейшем пациентки с выявленным аденомиозом 1 и 2 степени были разделены на две клинические группы. Первая группа – 47 пациенток получали диеногест в дозе 2 мг сутки в непрерывном режиме в течение 3х месяцев. Вторая группа – 49 пациенток – Получали диеногест по той же схеме и дополнительно внутривенное введение дерината в дозе 75 мг (5 мл 1.5% раствора) с интервалом введения 48 часов, 5 инъекций на курс, во второй фазе цикла предшествующего фертильному. У пациенток 1 и 2 групп после курса предгравидарной подготовки определяли концентрацию цитокинов LIF, IL1 $\beta$  цервикальной слизи в дни менструального цикла, определенные по мочевому тесту на овуляцию на ЛГ+7, сравнивая с ЛГ+7 до проведения предгравидарной подготовки. В цикле ЭКО использовался стандартный «короткий» протокол. Диагностика беременности путем проведения исследования уровня ХГЧ в крови через 12–14 дней от момента переноса эмбрионов (биохимическая беременность) и УЗИ подтверждения маточной беременности на 21– 23 день после переноса эмбрионов.

### **Результаты**

По данным нашего исследования, после применения диеногеста, в качестве предгравидарной подготовки, концентрация IL1 $\beta$  снизилась, а экспрессия LIF статистически достоверно возросла у пациенток 1 клинической группы до  $20,2 \pm 3,42$  против  $6,9 \pm 2,8$  изначально. Однако, у пациенток 2 группы снижение IL1 $\beta$  и прирост экспрессии LIF оказался статистически более значимым, и уровень LIF практически сравнялся с группой контроля ( $31,2 \pm 5,23$  против  $34,1 \pm 6,9$ ), ( $p < 0,05$ ). В результате проведенного цикла ЭКО биохимическая



беременность наступила у 25,5% пациенток, маточная – у 19,1% пациенток 1 группы. Во 2 клинической группе биохимическая беременность выявлена у 36,7%, маточная – у 30,6%, что составило статистически достоверную разницу ( $p < 0,05$ ).

### **Заключение**

Таким образом, включение дезоксирибонуклеата натрия в комплекс предгравидарной подготовки с целью специфической иммунокоррекции цитокинового дисбаланса позволило статистически значимо улучшить функциональное состояние эндометрия и увеличило результативность ЭКО у пациенток с аденомиозом 1 и 2 степени.

---

## **РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВРТ**

**Пархоменко А.А., Десяткова Н.В., Пащенко А.А., Долгушина Н.В.**

г. Москва

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

### **Актуальность**

У пациенток с избыточной массой тела и ожирением ( $\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ) значительно снижена вероятность наступления беременности после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), а течение и исходы беременности менее благоприятные, чем у пациенток с нормальной массой тела. Известно, что лептин и адипонектин – гормоны, синтезируемые жировой тканью, играют важную роль в генезе различных нарушений репродуктивных функций.

### **Цель**

Оценить исходы программ ВРТ у пациенток с избыточной массой тела и ожирением в зависимости от уровня адипокинов.

### **Материалы и методы**

В проспективное когортное исследование были включены 106 пациенток с  $\text{ИМТ} \geq 23 \text{ кг/м}^2$  и 41 пациентка с  $\text{ИМТ} < 23 \text{ кг/м}^2$ . У всех 147 пациенток был выявлен трубно-перитонеальный фактор бесплодия, они имели нормальный кариотип,  $\text{ИМТ} \geq 18,0 \text{ кг/м}^2$ , отсутствие противопоказаний к проведению ВРТ и подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Определение уровня лептина и адипонектина в плазме крови проводили на мультиплексном анализаторе Luminex 200.



### Результаты

Был выявлен пороговый ИМТ  $\geq 23$  кг/м<sup>2</sup>, при котором наблюдалось значимо более высокое содержание в крови лептина ( $21,9 \pm 10,5$  нг/мл vs.  $7,1 \pm 5,6$  нг/мл) на фоне снижения уровня адипонектина ( $9,7 \pm 5,3$  мкг/мл vs.  $14,3 \pm 6,6$  мкг/мл), а также статистически значимо меньшее число клинических беременностей и живорождений. При ИМТ  $\geq 23$  кг/м<sup>2</sup>, уровне лептина  $> 18$  нг/мл и уровне адипонектина  $< 7$  мкг/мл шансы наступления беременности были меньше в 2,5 раз (95% ДИ = 1,0; 6,1), шансы живорождения – в 2,3 раза (95% ДИ = 1,1; 5,5).

### Заключение

При ИМТ  $\geq 23$  кг/м<sup>2</sup> наблюдается снижение эффективности программ ВРТ, что может быть обусловлено нарушением обмена адипокинов. Пороговые значения, при которых шансы наступления беременности максимальны, составляют  $\leq 18$  нг/мл для лептина и  $> 7$  нг/мл для адипонектина.

---

## ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА НА ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Понизовкина А.И., Сыркашева А.Г., Васильченко Н.В.,  
Долгушина Н.В.

г. Москва

Научный центр акушерства и гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава  
России

### Актуальность

Окислительный стресс, приводящий к повреждению клеточных структур путем их окисления, отрицательно влияет на качество ооцитов и эмбрионов и может вести к снижению эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

### Цель

Оценить возможность использования показателей окислительного стресса в крови и в фолликулярной жидкости (ФЖ) пациенток в качестве предикторов эффективности программ ВРТ.

### Материалы и методы

108 пациенток с различными формами бесплодия были включены в проспективное когортное исследование. Стимуляция функции яичников всем пациенткам проводилась по протоколу с антагонистами ГнРГ. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от наступления беременности в изученном цикле ВРТ: группа 1 – с наступившей клинической беременностью (n=38)



и группа 2 – с отсутствием клинической беременности ( $n=70$ ). Для оценки параметров оксидативного стресса и состояния антиоксидантных систем организма в исследовании анализировались следующие показатели: малоновый диальдегид (МДА) в крови и ФЖ, соотношение восстановленного глутатиона к окисленному глутатиону (GSH/GSSG) в крови и ферментативная активность каталазы в крови и ФЖ.

### Результаты

В группе 1 было значимо выше среднее общее количество полученных ооцитов и среднее число зрелых ооцитов, чем в группе 2. Были выявлены значимые отличия в концентрации МДА в крови: в группе 2 концентрация МДА была значимо выше, чем в группе 1 ( $4,9 \pm 0,7$  и  $4,5 \pm 0,7$  в группах 2 и 1 соответственно,  $p=0,0473$ ). Между показателями МДА в крови и в ФЖ в группе 2 была выявлена значимая положительная корреляционная связь ( $r=0,703$ ,  $p<0,0001$ ). Кроме того, была обнаружена отрицательная корреляционная связь концентрации МДА в крови с ферментативной активностью каталазы в ФЖ ( $r=-0,319$ ,  $p=0,0455$ ).

### Заключение

Оксидативный стресс оказывает влияние на программы ВРТ, уменьшая их эффективность, что обусловлено, вероятно, снижением качества ооцитов и эмбрионов.

---

## ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЫ И ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ В СПЕРМАТОЗОИДАХ ЧЕЛОВЕКА

Романов А.Ю.<sup>1</sup>, Макарова Н.П.<sup>1</sup>, Сыркашева А.Г.<sup>1</sup>,  
Понизовкина А.И.<sup>2</sup>, Красный А.М.<sup>1</sup>.

г. Москва

1 ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗРФ;

2 ГУНУ «Факультет фундаментальной медицины Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова»

### Актуальность

Окислительный стресс определяется двумя составляющими – действием активных форм кислорода и активностью антиоксидантных ферментов. При нарушении баланса между ними наблюдается повреждение различных клеточных компартментов путем окисления активными формами кислорода. На данный момент не существует универсальных методов оценки уровня окислительного стресса. Глутатионредуктаза и глутатионпероксидаза – ферменты, участвующие в нейтрализации активных форм кислорода, поэтому уровень их



экспрессии, предположительно, может быть использован для оценки окислительного стресса в сперматозоидах.

### **Цель**

Оценка влияния фертильности мужчин на уровень экспрессии генов глутатионпероксидазы (GPX1) и глутатионредуктазы (GSR) в сперматозоидах фертильных доноров и пациентов с бесплодием.

### **Материалы и методы**

Группу 1 составили 15 образцов спермы фертильных доноров, группу 2 – 10 образцов спермы пациентов с бесплодием. Всеми пациентами было подписано добровольное информированное согласие на включение в исследование. При оценке клинико-анамнестических характеристик пациентов не было выявлено статистически значимых различий. Образцы эякулята были получены с помощью мастурбации после полового воздержания в течение 3–5 дней. Проводили оценку объема, концентрации, подвижности и морфологии сперматозоидов с определением доли атипичных форм. Экспрессию генов GPX1 и GSR в сперматозоидах определяли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. В качестве референсного гена был использован RPL19. Для статистического анализа использовали пакет статистических программ Statistica 10 (StatSoft, США) с применением теста Манна-Уитни.

### **Результаты**

При сравнении относительной экспрессии гена глутатионпероксидазы в сперматозоидах фертильных доноров (группа 1) и бесплодных мужчин (группа 2) выявлено значимое повышение уровня экспрессии гена GPX1 при бесплодии ( $p = 0,0027$ ), что может свидетельствовать о более высоком уровне окислительного стресса в сперме пациентов с бесплодием.

Для определения возможности использования гена глутатионредуктазы в качестве показателя, отражающего уровень окислительного стресса в сперматозоидах, мы сравнили уровень экспрессии гена GCR в аналогичных группах. Однако достоверных различий между группой фертильных доноров и пациентов с бесплодием выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Вероятнее всего, это связано с преимущественным действием других антиоксидантных ферментов в сперматозоидах, в том числе, глутатионпероксидазы.

### **Заключение**

Мы показали значимое повышение экспрессии гена GPX1 в эякуляте бесплодных мужчин, в то время как экспрессия гена GSR не различалась в группах сравнения, что может также свидетельствовать о недостаточности уровня окислительного стресса в сперматозоидах для активации этого пути детоксикации. Таким образом, оценка уровня окислительного стресса в сперматозоидах с помощью экспрессии гена GSR является неинформативной и не может быть рекомендована для использования в клинической практике.



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Арабаджан С.М.,  
Пивоварчик С.Н., Токарева В.В.

г. Ростов-на-Дону  
ГБУ РО Перинатальный центр

### Актуальность

Проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) сопряжено с риском развития различных осложнений. Трансвагинальная пункция яичников с целью забора ооцитов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является инвазивным вмешательством, во время которого наносится травма ткани яичника. В большинстве случаев объем кровопотери незначителен, в связи с чем нет необходимости в проведении лечения. Однако в некоторых ситуациях появляется необходимость в проведении гемостатических мероприятий. Большинство женщин при подготовке к процедуре ЭКО, и особенно при неудачных попытках, получают длительную антикоагулянтную терапию в связи с наличием у данной категории больных тромбофилии, что влияет на показатели гемостаза перед процедурой ВРТ. Последние годы ознаменовались накоплением и обобщением опыта применения ингибиторов фибринолиза (транексамовой кислоты) с профилактической целью в предоперационном периоде для стимуляции сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза и снижения фибринолитической активности как дополнение к хирургическому гемостазу.

### Цель

Оценить эффективность применения ТК перед процедурой ЭКО с целью снижения риска развития кровотечения и/или уменьшения объема кровопотери во время и после процедуры ЭКО.

### Материалы и методы

Проведен анализ истории болезни 227 пациенток, которым с профилактической целью вводился дицинон (этамзилат) перед процедурой ЭКО (1 группа) и обследованы 127 пациенток (2 группа), которым вводилась ТК за 30–40 минут до начала процедуры ЭКО в дозе 250–500 мг (в разведении с раствором натрия хлорида 0,9%-200 мл). При необходимости пациенткам 2 группы после процедуры ЭКО транексамовая кислота вводилась повторно в той же дозе. В нашем исследовании только у 8 женщин была необходимость во введении ТК через 15–20 минут после процедуры ЭКО. Длительность процедуры составляла 5–17 минут. У всех пациенток проводилось исследование гемостаза, циркулирующих АФА и их кофакторов. Исходных нарушений свертывающей системы крови в обеих группах больных обнаружено не было. У всех пациентов отмечались стабильные показатели гемодинамики и газообменной функции легких (по значения SpO<sub>2</sub> находились в пределах 97–99%) в периоперационном периоде.



Все пациентки не имели между собой статистически значимых различий в возрасте, весе, исходной патологии метаболизма и, особенно, системы гемостаза.

### **Результаты**

У 12 больных 1 группы была необходимость после процедуры ЭКО в проведении динамического наблюдения и обследования с постоянным контролем УЗИ, лабораторного мониторинга (общий анализ крови, параметры гемостаза и др.) и интенсивной инфузионной терапии (стерофундин, растворы крахмала, свежезамороженная плазма) в течение 3–5 суток, причем у 2 пациентов потребовалось проведение диагностической лапароскопии с целью проведения хирургического гемостаза в связи с наличием внутрибрюшного кровотечения. Во 2 группе у 8 женщин была необходимость в дополнительном введении ТК после процедуры ЭКО (через 15–20 минут) в дозе 250–500 мг внутривенно капельно в разведении изотоническим раствором натрия хлорида. Остальные пациентки 2 группы были выписаны в удовлетворительном состоянии уже через 2–3 часа после процедуры ЭКО.

### **Заключение**

Результаты исследований свидетельствуют о том, что профилактическое использование транексамовой кислоты в дозе 250–500 мг перед процедурой ЭКО позволяет эффективно устранить возможные риски кровотечения.

---

## **НЕГОРМОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТОНКОГО ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО**

**Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Бурдули А.Г., Абубакиров А.Н.,  
Куземин А.А., Мишиева Н.Г., Магомадова М.У., Павлович С.В.**

г. Москва  
ФГБУ «НЦАГиП» им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава РФ

### **Актуальность**

Для усиления роста «тонкого» эндометрия используется медикаментозное, хирургическое и физиотерапевтическое лечение. Эти методы не всегда приводят к желаемому результату. Поиски альтернативных методов лечения «тонкого» эндометрия являются весьма актуальными.

В современной медицинской литературе нет данных о лечении женщин с «тонким» эндометрием путем орошения слизистой полости матки смесью газов (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) под воздействием которой происходит значительное усиление кровообращения в слизистой и увеличение толщины базального и функционального слоев эндометрия.



### Цель

Целью исследования являлась оценка эффективности применения газовой смеси (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) в лечении «тонкого» эндометрия при подготовке пациентки к программе ЭКО.

### Материалы и методы

В исследование были включены 240 пациенток репродуктивного возраста с первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами. В контрольной группе было обследовано 30 женщин а в основной группе 210 женщин, всем пациенткам выполнялось клиничко-лабораторное исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование.

Критерии включения: возраст 25–46 лет; не менее двух неудачных циклов ЭКО в анамнезе; толщина эндометрия менее 7 мм в период имплантационного окна. Все больные подписали письменное информированное добровольное согласие.

Орошение эндометрия газовой смесью (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) в основной группе проводилось на 7,9,13 дни а УЗ– мониторинг с измерением толщины эндометрия на 9, 13, 13и 15 дни менструального цикла..

Техника орошения эндометрия представляет собой введение в полость матки через внутриматочный катетер газовой смеси (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) из баллончика под давлением 1,3 атм в объеме 40 мл. Газовая смесь воздействовала на эндометрий, благодаря чему происходило усиление кровоснабжения в слизистой полости матки и стимуляция роста эндометрия.

Статистическая обработка полученных данных: для определение различий по толщине эндометрия в исследуемой и контрольной группах применяли метод сравнения параметров по Стьюденту с использованием статистической программы Jmp. Разницу считали значимой при  $p < 0,05$ .

### Результаты

В основной группе до начала процедуры орошения эндометрия толщина последнего варьировала от 2,7мм до 6,8 мм (  $4,71 \pm 0,98$  мм). После проведения трех орошений (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) толщина эндометрия в данной группе составила в среднем  $9,18 \pm 1,23$  мм (от 6,5 до 12,8мм). В контрольной группе женщин (30 человек), на 7 день менструального цикла толщина эндометрия составляла 3.2–5,7мм. На 9 день -роста эндометрия не происходило а к 15 дню толщина эндометрия варьировалась от 4.6 до 6,8мм.

### Заключение

Применение процедуры орошения газовой смесью «тонкого» эндометрия показало, что наблюдается существенный рост эндометрия к концу периода проведения лечения. Метод можно рекомендовать для подготовки женщин к переносам эмбрионов при неуспешных попытках ЭКО, причиной которых явилось нарушение имплантации, обусловленное «тонким» эндометрием.



## Раздел 3

# Акушерство

### СРОКИ НАСТУПЛЕНИЯ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ ПОСЛЕ ПРЕДГЕСТАЦИОННОЙ ИММУНОЦИТОТЕРАПИИ

Сарибегова В.А., Тетрашвили Н.К., Вторушина В.В.,  
Агаджанова А.А., Кречетова Л.В.

г. Москва

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» им. акад. В.И. Кулакова»  
Минздрава РФ

#### Актуальность

Терапия пациенток с идиопатическим привычным выкидышем остается одной из наиболее актуальных и дискуссионных в современном акушерстве. Процедура иммуноцитотерапии (ИЦТ) – иммунизация женщин аллогенными клетками партнера – один из используемых методов лечения аллоиммунного привычного выкидыша.

#### Цель

Оценить течение и исходы беременностей в 2 группах женщин, которым в предгестационной подготовке проводили ИЦТ, как монотерапию, в зависимости от сроков наступления беременности от момента иммунизации.

#### Материалы и методы

Ретроспективно были проанализированы течение и исходы беременностей в группах женщин, получавших в предгестационной подготовке ИЦТ как монотерапию. Иммунизацию проводили аллогенными клетками партнера дважды с интервалом в один месяц на 5-9 день менструального цикла. При этом, пациенткам внутривенно вводили 50 млн клеток лейкоцитарной взвеси партнера в ладонную поверхность предплечья в 10–12 точек.

#### Результаты

Беременность за период до 6 месяцев после иммунизации наступила у 20 (47%) женщин (группа I), у 23 (53%) женщин (группа II), беременность



наступила после 6 месяцев после иммунизации. В группе I угроза прерывания беременности на ранних сроках наблюдалась у 13 (61,9%) женщин. В группе II угроза выкидыша до 12 недель была у 11 (45,8%) женщин. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности в обеих группах потребовалась в одинаковом процентном соотношении (33,3%). Антианемическая терапия в группе I проводилась у 3 (14,3%), в группе II у 4 (16,7%) беременных. Угроза позднего выкидыша в сроках от 12 до 22 недель в группе I наблюдалась в 4 (19,1%), в группе II в 2 (8,3%) случаях, проводилась терапия направленная на пролонгирование беременности. У 1 беременной в группе II в одном случае наблюдалась плацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода. Угроза ранних преждевременных родов в сроках от 23 до 28 недель в группе I наблюдалась у 4 (19,1%), в группе II у 2 (8,3%) беременных. Угроза преждевременных родов в сроках от 29 до 36 недель в группе I составила 5%, в группе II 12,5%. Проанализированы исходы беременностей в обеих группах: неразвивающаяся беременность в группе I отмечена в 3 (14,3%) в группе II в 4 (16,7%) наблюдения, с аномальным кариотипом. В группе I потребовалось 1 прерывание беременности по медицинским показаниям в связи с множественными пороками развития плода. Самопроизвольное прерывание беременности в сроке 16–17 недель в группе II произошло в двух (8,3%) случаях в виду излития околоплодных вод. Преждевременные роды в группе I произошли у двух женщин (9,5%), в группе II – у пяти женщин (20,8%). Своевременными родами в группе I закончилась беременность у 15 (71,4%) женщин, в 5 случаях родоразрешение путем операции кесарево сечение, в группе II своевременные роды произошли у 13 (54,2%) женщин, в 3 случаях проведено кесарево сечение в виду совокупности показаний со стороны здоровья матери и по показаниям со стороны плода. Самопроизвольные роды через естественные родовые пути в обеих группах протекали без особенностей. Таким образом, не отмечено достоверных различий между группами в частоте осложнений и исходах беременностей в зависимости от сроков наступления беременности после ИЦТ.

### **Заключение**

Вне зависимости от срока наступления беременности после проведения ИЦТ, как монотерапии в программе предгестационной подготовки, течение и исходы беременностей достоверно не отличались.



## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ, ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ

Андреева М.В., Фетисова Е.С.

г. Волгоград  
Волгоградский государственный медицинский университет

### Актуальность

Психозэмоциональное состояние (ПЭС) женщины во время беременности имеет важную медицинскую и социальную значимость. В период беременности женщина испытывает так называемый «стресс ожидания», проявляющийся характерными изменениями в ПЭС, в частности повышением уровня тревожности и снижением механизмов адаптации. Во время беременности в организме происходят изменения, отражающие особенности адаптации организма к новым условиям существования, связанные с развитием плода. Эмоциональное состояние женщины, психологический комфорт в семье являются факторами сохранения здоровья матери и формирования здоровья ребенка.

### Цель

Оценить особенности психозэмоционального статуса беременных, жительниц юга России.

### Материалы и методы

Базой для исследования явились городские женские консультации юга России. Все беременные, участвующие в исследовании, наблюдались участковыми акушерами-гинекологами. Для определения ПЭС беременных использовались индивидуальные беседы, анкетирование, тестирование. Статистическая обработка материалов проводилась с помощью стандартной компьютерной программы Excel.

### Результаты

По возрасту беременные распределились следующим образом: до 20 лет их было 12%, от 20 до 26 лет – 29,6%, от 26 до 30 лет – 34,7%, старше 30 лет – 23,7%. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам проводится, как известно, на занятиях в школе матерей. Но, по данным нашего исследования, эти занятия посещало всего 45,9% беременных, находящихся на диспансерном учете. Среди посещавших школу матерей были преимущественно первородящие. Подготовка к родам уделяли большее внимание беременные с высшим образованием.

Проведенное исследования показало, что показателями, позволяющими оценить ПЭС беременных, являются степень тревожности и нервно-психического напряжения.

В эмоциональной сфере обследованных беременных существенно изменилось состояние тревожности, проявляющееся в склонности женщин часто переживать сильную тревогу по отношению к своему состоянию здоровья и течению



нию беременности. Нами установлено, что 64,8% обследованных находились в состоянии нервно-психического напряжения и тревоги. При этом у 25,7% женщин наблюдался высокий уровень тревоги, у 38,9% – высокий уровень нервно-психического напряжения. Высокий уровень тревожности у беременной способствует восприятию ею большинства ситуаций как угрожающих, что отрицательно сказывается на процессе вынашивания беременности. Это подтверждается полученными нами данными о высокой частоте угрожающего самопроизвольного выкидыша, выявленного более чем у половины обследованных.

### **Заключение**

Следовательно, для улучшения ПЭС всем беременным необходимо посещать школу матерей с целью физиопсихопрофилактической подготовки к родам. Кроме того, психологи в женских консультациях должны проводить индивидуальную работу с беременными, требующими коррекции ПЭС.

---

## **ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

**Арушанова А.Г., Курчакова Т.А., Меджидова М.К., Кокоева Д.Н.,  
Тютюнник В.Л.**

г. Москва

ФГБУ «НЦАГиП» им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава РФ

### **Актуальность**

Проблема преждевременных родов (ПР) в современном акушерстве продолжает оставаться актуальной и нерешенной. Это обусловлено тем, что ПР остаются ведущей причиной неблагоприятных перинатальных исходов.

Немаловажным в развитии воспалительного ответа имеет взаимосвязь микробиоценоза влагалища, локального и врожденного иммунитета, изучение которых поможет уточнить молекулярно-биологические аспекты патогенеза ПР, и позволит прогнозировать развитие патологических процессов с разработкой системы профилактических мероприятий для улучшения перинатальных исходов.

### **Цель**

Разработка тест-системы для прогноза реализации ПР, основанной на профиле экспрессии генов в клетках соскоба из цервикального канала у беременных с угрожающими ПР.



### Материалы и методы

Обследованы 125 женщин в возрасте от 19 до 40 лет с угрожающими ПР до развития регулярной родовой деятельности. Группу 1 составили 46 беременных, родивших в сроках от 22 до 36 недель в течение 7 дней после проведения обследования. Группу 2 – 79 случаев угрожающих ПР с последующим родоразрешением в доношенном сроке беременности. У всех пациенток проанализирована структура микробиоценоза влагалища методом фемофлор и определение соотношений уровней мРНК генов TLR4, CD68, TNF, GATA3, IL1b, IL10, IL18, TNFa, TLR4, B2M в цервикальном канале методом ПЦР в режиме реального времени с обратной транскрипцией. Полученные результаты были проанализированы с применением бинарной логистической регрессии.

### Результаты

Выявлено достоверное снижение уровня экспрессии мРНК гена TLR4 ( $p < 0,05$ ) при развитии ПР. С помощью бинарной логистической регрессии была построена математическая модель, определяющая вероятность развития ПР на основании уровня экспрессии генов TLR4 и IL10. При вероятности большей или равной 15% ожидается развитие ПР в ближайшие 7 дней. Площадь под ROC-кривой составила 0,822,  $p = 0,01$ , чувствительность и специфичность в точке отсечки составили 100 и 57% соответственно.

### Заключение

Соотношение уровней мРНК генов TLR4/IL10 может быть использовано в качестве предиктора развития ПР.

Данная тест-система позволяет проводить оценку рисков при угрожающих ПР и прогнозировать их реализацию в ближайшие 7 дней, позволяя своевременно оказать полный комплекс лечебно-профилактических мероприятий у данной когорты пациенток и пролонгировать беременность на срок более 48 ч. В этот временной отрезок возможно проведение полного курса профилактики респираторного дистресс-синдрома плода, что позволит улучшить перинатальные исходы.

---

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Брега Н.И., Михалчан Л.С.

г. Кишинев

Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану

### Актуальность

Актуальность темы: многоплодная беременность представляет большой интерес в связи с частыми осложнениями со стороны матери и плода и высокой заболеваемостью, которая продолжает расти, в результате применения вспомо-



гательных репродуктивных технологий. Течение беременности на фоне многоплодия осложняется фето-плацентарной недостаточностью, угрозой прерывания беременности, внутриутробной задержкой роста плода. Дородовое наблюдение, мониторинг внутриутробного состояния плода, профилактика возникновения патологических состояний, позволяют дифференцированно подходить к проведению беременности и родам при многоплодной беременности с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

### **Цель**

Оределить особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности.

### **Материалы и методы**

Были проанализированы ретроспективно 110 случаев близнецов, родившейся в течение 2011 года в ГКБ №.1 г. Кишинев, (Молдова). Анамнестические данные беременных женщин были получены в результате исследования перинатальных стационарных карточек.

Критерии включения в исследовании: женщины с двух-плодной беременностью и гестационный возраст 22 – 40 недель.

### **Результаты**

Из общего числа проанализированных женщин с двух-плодной беременностью средний возраст составил 31 – 40 лет (45,0%). Экстракорпоральное оплодотворение было проведено в 42,7% (47 женщин) женщин в этом возрасте.

Течение настоящей беременности осложнилось угрозой преждевременных родов – 35,0%, патологией околоплодных вод – 17%, гипертензивными состояниями – 29,5% в 3,6% – отмечался синдром фето – фетальной трансфузии. В 2 случаях при многоплодной беременности наступила антенатальная гибель 1 плода при монохориальной двойне, произошли преждевременные роды 1 живым плодом, при бихориональной – 2 плод родился в срок.

В нашем исследовании течение родов осложнилось: ранним излитием околоплодных вод в 63,6%, преждевременными родами в 48,1% случаев, аномалиями родовой деятельности (I, II слабость родовых сил) в 15,0% случаев, выпадением петель пуповины в 1,8% случаев.

Роды закончились через естественные родовые пути в 52,6% случаев, кесарево сечения проведено в 47,4% случаев, из них в 75,0% в срочном порядке, в 25,0% – в плановом порядке. Перинатальная смертность составила 45,5%, дети родились с оценкой 7 – 10 баллов по шкале Апгар в 79,0% случаев.

### **Заключение**

- Таким образом, современная тактика и опыт антенатального наблюдения и ведения позволяет расширить круг пациенток с благоприятным доношением при многоплодной беременности.
- Современные аспекты решения вопроса о методе родоразрешения, должны основываться на комплексной оценке показаний: монозиготность,



расположение в матке, состояние внутриутробного развития, сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии.

## ВЫБОР СРОКОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Буштырева И.О., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Гали М.А.,  
Шахбазова Е.В.

г. Ростов-на-Дону  
ФГБОУ ВО РостГМУ, Кафедра акушерства и гинекологии №4, Россия, г. Ростов-на-Дону, ГБУ РО  
«Перинатальный центр»

### Актуальность

Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) остается актуальной проблемой для современного акушерства и перинатологии и является одной из наиболее распространенных причин перинатальной смертности после недоношенности. Вопрос выбора метода и срока родоразрешения беременных женщин со ЗВУР остается крайне важным, так как баланс между оптимальным ростом и зрелостью плода имеет первостепенное значение для постнатального роста и развития (С. Lees, et al. The Lancet, 2015).

### Цель

Целью исследования явилась оценка эффективности выбора срока родоразрешения беременных со ЗВУР плода с учетом доплерометрических показателей кровотока в артерии пуповины и венозном протоке.

### Материалы и методы

Проанализировано 42 случая родоразрешения пациенток со ЗВУР. В 1-ю группу вошел 21 случай беременностей на фоне ЗВУР в 2015 г. (при определении показаний к родоразрешению учитывали параметры кровотока в артерии пуповины); во 2-ю группу – 21 случай родоразрешения у плодов со ЗВУР в 2016 г. (учитывали параметры кровотока в артерии пуповины и в венозном протоке – депрессия волны А до уровня изолинии или ниже).

### Результаты

Все женщины были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Средний срок гестации на момент родоразрешения в 1-й группе был 33,4 [33,0; 33,6] нед, во 2-й – 34,1 [34,0; 34,3] нед ( $p > 0,05$ ). Средняя масса тела детей при рождении в 1-й группе составила  $1633 \pm 192$  г, во 2-й –  $1636 \pm 259$  г ( $p > 0,05$ ).

При анализе показателей ДПМ накануне родоразрешения отмечено, что пульсационный индекс (PI) в артерии пуповины в 1-й группе составил 1,1 [0,88; 1,2], во 2-й – 1,21 [1,2; 1,34] ( $p < 0,05$ ), причем в 5 случаях (23,8%) во 2-й группе



отмечался нулевой диастолический кровоток. PI в средней мозговой артерии статистически значимо не отличался между группами: в 1-й он был на уровне 1,4 [1,3; 1,6], во 2-й – 1,45 [1,4; 1,6] ( $p > 0,05$ ). Short-term variation по данным КТГ-мониторинга (менее чем за 24 ч. до родоразрешения) в 1-й группе составил 2,14 [1,69; 2,71] мсек, что статистически значимо отличалось от значений во 2-й группе – 3,1 [2,5; 3,5] мсек ( $p < 0,05$ ).

По шкале Апгар группы статистически значимо не отличались как на 1-ой, так и на 5-й минутах жизни: 1-я группа – 6 [5; 6] и 6 [6; 6] баллов; 2-я группа – 6 [5; 7] и 6 [6; 7] баллов ( $p > 0,05$ ). Средняя оценка по шкале КШОНН (В.А. Буштырев, 2005) в 1-й группе при рождении составила 6 [6; 7] баллов, на 1-е сутки – 6 [5; 7] баллов; во 2-й группе при рождении – 6 [5; 7] баллов, на 1-е сутки – 5 [4; 5] баллов ( $p > 0,05$ ). Оценка по шкале Даунс как в 1-й так и во 2-й группах составила 4 [3; 4] балла ( $p > 0,05$ ). При этом дыхательная поддержка (СРАР) в 1-й группе потребовалась 6 новорожденным (29%), тогда как во 2-й группе – всего 2 (9,5%) ( $p < 0,01$ ). Пребывание в отделении патологии новорожденных в 1-й группе составило 29 [22; 38] дней, что было больше, чем у детей 2-й группы – 19 [17; 29] дней; однако данная разница не была статистически значимой ( $p > 0,05$ ).

### Заключение

Таким образом, учет доплерометрических параметров кровотока в венозном протоке плода со ЗВУР позволяет оптимизировать сроки родоразрешения (дольше пролонгировать беременность на фоне плацентарных нарушений и тем самым повысить зрелость плода): во 2-й группе при менее благоприятных показателях пуповинного кровотока накануне родоразрешения не было выявлено разницы в параметрах мозгового кровотока и отмечалась статистически значимо более выраженная вариабельность сердечного ритма (что свидетельствует о менее выраженном ацидозе). При этом меньшему количеству детей 2-й группы понадобилась дыхательная поддержка и меньше была длительность стационарного лечения.



## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЭНДОМЕТРИТОВ

Волчок Н.В., Иссарь Н.В., Карпучок А.В., Горностай Н.В.,  
Дражина О.Г.

г. Минск

УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

### Актуальность

Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания являются медицинской и социальной проблемой. Одна из наиболее распространенных форм этих заболеваний – послеродовый эндометрит.

### Цель

Определить ценность данных ультразвукового исследования в послеродовом периоде для прогнозирования развития послеродовых эндометритов.

### Материалы и методы

На базе родильного дома было обследовано 88 женщин. Первую группу составили 45 родильниц с неосложненным течением послеродового периода (у них отсутствовали жалобы, были нормальные показатели общего анализа крови, нормальные данные УЗИ органов малого таза). Во вторую группу вошли 43 родильницы с донозологическими формами ранних послеродовых осложнений со стороны матки, установленных по данным ультразвукового исследования органов малого таза. Всем родильницам было проведено ультразвуковое исследование и взят посев из полости матки на 3 сутки после родов.

### Результаты

Результат «посев роста не дал» был у 5 (11%) родильниц в 1 группе, у 2 (5%,  $p > 0,05$ ) во 2 группе. Положительный результат посева был у 40 (89%) родильниц в 1 группе, у 41 (95%,  $p > 0,05$ ) во 2 группе.

Титры высеваемой микрофлоры больше 104 были в 27 (68%) посевах в 1 группе и в 34 (82%,  $p > 0,05$ ) посевах во 2 группе. Была высеяна флора у родильниц в 1 группе: у 12 (30%) – *Enterococcus faecalis*, у 12 (30%) – *Escherichia coli*, у 6 (15%) – *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus*, у 3 (8%) – *Staphylococcus saprophyticus*, у 2 (5%) – *Streptococcus agalactiae*, остальные микроорганизмы – *Neisseria* sp., *Citrobacter freundii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Candida* sp. – по 1 (3%) случаю. Микрофлора у родильниц во 2 группе в значимом титре была высеяна: у 20 (49%) – *Enterococcus faecalis*, у 10 (24%) – *Escherichia coli*, у 5 (12%) – *Staphylococcus aureus*, у 4 (10%) – *Streptococcus agalactiae* у 3 (7%) – *Staphylococcus saprophyticus* и *Klebsiella pneumoniae*, у 2 (5%) – *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterobacter cloacae*, остальные микроорганизмы – *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter lwoffii*, *Proteus mirabilis* – по 1 (2%) случаю.



Высеяна флора в титре меньше 104 у 13 (33%) пациенток 1 группы (*Enterococcus faecalis* -4, *Staphylococcus epidermidis* - 4, *Staphylococcus saprophyticus* - 1, *Neisseria sp.* - 1) и у 7 (17%) женщин 2 группы (*Enterococcus faecalis* - 3, *Staphylococcus saprophyticus* - 1, *Staphylococcus aureus* - 2, *Acinetobacter baumannii* - 1).

В дальнейшем развился послеродовой эндометрит у одной пациентки из первой группы. Во 2 группе послеродовых эндометритов не было.

### **Заключение**

Обсемененность матки различной микрофлорой в значимых титрах может быть пусковым механизмом к развитию ранних послеродовых осложнений со стороны матки. Выявление их по данным ультразвукового исследования и проведение адекватного ведения способствует профилактике послеродовых эндометритов. Однако, данные ультразвукового исследования органов малого таза на 3 сутки после родов являются критериями диагностики донозологических форм ранних послеродовых осложнений и не могут быть использованы для прогноза развития послеродового эндометрита.

---

## **БЫСТРЫЕ ТЕСТЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИГЕНОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПНЕВМОНИЙ**

**Дробченко С.Н.\* , Рищук С.В.\*\* , Марголин О\*\*\***

г. Санкт-Петербург

ЗАО Биоград\*, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова\*\*, Alere Inc.\*\*\*

### **Актуальность**

Пневмония рассматривается как фактор повышенного риска для развития многих осложнений беременности и родов. Дифференциальная диагностика пневмококковой и легионеллезной пневмонии имеет особое значение, поскольку эти инфекции, обладая схожими клиническими симптомами, требуют различных схем антибиотикотерапии. Экспертами ВОЗ, Европейской рабочей группой приняты стандарты, согласно которым диагноз «легионеллез» или «пневмококк» считается установленным: при определении растворимого антигена возбудителя в моче ИХА методом. Метод включен в руководства по пневмонии: Америки, Британии, Бразилии, Франции, Европы, Швеции, Испании, Канады и сегодня в стандарты, утвержденные в России (Методические указания МУК 4.2.3115-13 Лабораторная диагностика внебольничных пневмоний)

### **Цель**

Оценка качественных характеристик ИХА тестов Бинакс на клинических образцах



### Материалы и методы

Быстрые ИХА тесты Бинакс, производства Alere Inc., США, позволяют выявлять антигены *Legionella pneumophila* и *Streptococcus pneumoniae* в моче пациента. Они также предоставляют возможность определения пневмококковых менингитов при тестировании СМЖ. Метод основан на взаимодействии кроличьих антител к возбудителю, нанесенных на мембрану с растворимым антигеном возбудителя, выделяемым с мочой. Состав набора Бинакс: 22 Тест-кассеты в форме открывающейся книжки, Реагент А – 1 флакон-капельница, 22 Тампона на палочке для отбора образца мочи, Положительный и Отрицательный контрольный тампоны. Исследования клинического материала на наличие антигена возбудителя пневмонии проводили в соответствии с Методическими рекомендациями № 01/14633–8–34 и МР 3.3.1.0027–11. Тампон на палочке, входящий в состав набора, погружали в образец исследуемой мочи, вынимали и помещали в лунку книжки-кассеты, добавляли реагент из прилагающейся капельницы и закрывали книжку. Результаты учитывали через 15 минут. Положительный результат включал появление двух окрашенных линий: в зоне чтения результата и контрольной линии, отрицательный результат давал только одну окрашенную контрольную линию.

### Результаты

В отличие от культурального метода антибиотикотерапия, начатая до проведения теста Бинакс, не влияет на его результат. Для оценки быстрого теста Binax NOW *Legionella* использовали 300 замороженных архивных образцов мочи пациентов. Сто из этих пациентов были положительны на инфекцию *Legionella pneumophila* серогруппы 1, что было определено с помощью культурального метода и прямой иммунофлуоресценции. Чувствительность теста BinaxNOW® *Legionella* составила 95%, специфичность – 95%. Тест BinaxNOW® *Streptococcus pneumoniae* оценивали на образцах мочи от 35 пациентов, которых пневмококковая пневмония была подтверждена выявлением пневмококка из крови в культуре, и от 338 предположительно отрицательных на *S. pneumoniae* пациентов, собранные в трех различных клиниках. Чувствительность составила 86%, специфичность – 94%.

### Заключение

Высокая чувствительность, специфичность и быстрый результат тестов Бинакс позволяют использовать антибиотики узкого спектра действия и быть уверенным в результатах лечения. В настоящее время в более 90% случаях окончательный диагноз пневмококковой инфекции в мире устанавливается данным методом. Во время эпидемий гриппа риск развития пневмонии у беременных увеличивается. Тесты Бинакс для экспресс-диагностики гриппа А и В, РС-вируса, стрептококка А также могут помочь в ранней дифференциальной диагностике инфекций дыхательных путей и незамедлительно принять решение о лечении



## ДЕТЕРМИН КОМБО – ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НОВОГО 4-ГО ПОКОЛЕНИЯ

Дробченко С.Н., Марголин О.

г. Санкт-Петербург  
ЗАО Биоград

### Актуальность

Тесты 3-его поколения, к которому относятся большинство выпускаемых экспресс-тестов, не позволяют определять раннюю стадию инфицирования ВИЧ, так называемый период серонегативного окна. Именно на эту стадию приходится пик концентрации вируса в крови, когда организм еще не выработал антитела к вирусу. Поэтому вероятность передачи ВИЧ-инфекции на этой стадии выше, чем на последующих этапах, до развития выраженной иммуносупрессии. Инновационные тесты на ВИЧ 4-го поколения – экспресс-тест Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo (Япония) определяют наличие, как антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2, так и антигена р24 ВИЧ.

### Цель

В данной работе описаны результаты исследования образцов сероконверсионных панелей первыми в мире экспресс-тестами 4-го поколения Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo.

### Материалы и методы

Тесты производятся на заводе в Японии корпорацией Alere. Тесты выпускаются в формате тест-карт – по 10 тест-полосок. Каждая тест-полоска упакована в легко снимаемую перед тестированием защитную фольгу. Одношаговая процедура при использовании сыворотки/плазмы крови, или двухшаговая процедура при использовании цельной крови позволяют визуально определить результат через 20 мин. Отличительная особенность тестов Детермин-конъюгат коллоидного селена, что обеспечивает лучшую окраску и устойчивость линий результата по сравнению с использованием коллоидного золота в ИХА тестах других производителей. Исследования были проведены на сероконверсионной панели: панель Zepmetrix (BCP) 6246, США и 33 панели ВВИ, США. Для проведения анализа отделяли одну тест-полоску от тест-карты, удаляли защитную фольгу с тест-полоски и наносили 50 мкл образца панели. Результат проявлялся в виде окрашенных полос в зоне результата через 20 минут. Во всех образцах появлялась контрольная полоса.

### Результаты

На панели BCP 6246 тест Детермин Комбо сначала определял наличие антигена р24, при этом полоса антигена выявлялась слабой, затем интенсивность полосы антигена росла (15,16 образец) и, начиная с 16 образца, появлялась слабая полоса антител. Далее интенсивность полосы антител возрастала, а полоса антигена исчезала полностью. Тесты 3-го поколения на данной панели определяли ВИЧ, начиная с 16 образца, когда появлялась слабая полоса анти-



тел. Тесты 3-го поколения не определяли ВИЧ-положительные образцы 14 и 15, на которые приходится наибольшая концентрация вируса в крови. На образцах данной панели применение теста 4-го поколения позволило выявить ВИЧ на 7 дней раньше.

На 10 панелях ВВИ тест Детермин Комбо определял ВИЧ инфекцию, начиная с одного и того же образца, что и тест 3-го поколения и на 23 панелях опережал тест 3-го поколения на 2–20 дней.

### **Заключение**

Тесты Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo способны выявлять ВИЧ-инфекцию на ранней стадии, опережая тесты 3-го поколения на 2–20 дней. Тест дифференцирует выявление антигена p24 и антител к ВИЧ в одном анализе, что позволяет определить статус каждого из маркеров. Высокое значение PPV тестов Детермин позволяет быть уверенным в полученном положительном результате и избежать неоправданного назначения терапии для профилактики вертикальной передачи ВИЧ. Для выявления антител к ВИЧ широко используется Determine™ HIV-1/2, для определения антигена вируса гепатита В – Determine HBsAg, для выявления антител к антигенам *Treponema pallidum* используется Determine Syphilis TP.

Тесты Детермин зарегистрированы Росздравнадзором, имеют CE-марку, разрешены FDA для использования в США. 56% от объема закупок Глобального фонда и 87% закупок ВОЗ составляют экспресс-тесты Детермин.

---

## **ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИИ У РОДИЛЬНИЦ, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ НАСТУПИЛА ПОСЛЕ ЭКО И ПЭ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ**

**Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.**

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,

Москва Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ», Москва

### **Актуальность**

В настоящее время общепризнано, что лактационная функция является гормонзависящим процессом. У женщин с беременностью, наступившей после ЭКО и ПЭ наблюдается высокая частота оперативных родов, что несомненно отражается на лактационной функции, которая как правило значительно ниже после оперативных родов чем после самопроизвольных.



## Цель

Оценить особенности лактации у рожениц, беременность которых наступила после ЭКО и ПЭ, в зависимости от формы бесплодия и метода родоразрешения.

## Материалы и методы

Проведена оценка послеродового периода у 120 рожениц с одноплодной беременностью. Женщины разделены на 2 клинические группы: I группу составили женщины (n=72) с одноплодной беременностью наступившей в результате ЭКО и ПЭ., которая в дальнейшем разделена на 3 подгруппы в зависимости от формы бесплодия. I1 подгруппа (n=35) включены женщины с трубно-перитонеальной формой бесплодия, I2 (n=19) – женщины с эндокринной формой бесплодия, I3 (n=18) – женщины с мужским бесплодием. II группу – контрольную, составили женщины с одноплодной самостоятельно наступившей беременностью (n=48). Определение среднесуточного количества молока проводилось на 3–5-е сутки и оценивалось методом взвешивания новорожденного до и после кормления.

## Результаты

У рожениц с ЭКО и ПЭ после самопроизвольных родов (n=19) в I1 и I2 подгруппах отмечались низкие показатели лактации ( $575 \pm 61,2$ мл и  $564 \pm 62,1$ мл) по сравнению со II клинической группой ( $659,1 \pm 54,2$  мл). Среднесуточное количество молока у женщин с эндокринной формой бесплодия на 14%, было снижено по отношению к контрольной группе. Нарушение лактационной функции в виде гипогалактии было отмечено в 36,84% случаев. В I1 (24,75%) подгруппе отмечалось значительное повышение числа пациенток с гипогалактией I степени (дефицит молока не более 25%). Кроме того, в I2 клинической подгруппе отмечалось значительное повышение доли пациенток с гипогалактией II степени (20%), по сравнению со II исследуемой группой (2,7%). Во второй группе гипогалактия I степени отмечалась в 5,41% случаев, гипогалактия II степени в 2,7% случаев. При оценке состояния лактации после оперативных родов (n=53) у женщин с эндокринным бесплодием отмечалось значительное снижение показателя лактации ( $527 \pm 65,6$ мл) по сравнению со II клинической группой ( $605,1 \pm 49,8$ мл). Среднесуточное количество молока в I2 исследуемой подгруппе на 15,4% меньше, чем в контрольной группе. Нарушение лактационной функции в виде гипогалактии было выявлено в 71,7% случаев в I группе, а в контрольной группе – 40% ( $p < 0,05$ ). Гипогалактия I степени составила 26,94% в I1 подгруппе, 17,65% во I2 и 30% в I3 подгруппе женщин. В подгруппах I2 (23,53%) и I3 (30%) отмечалось значительное снижение количества пациенток с нормальной лактацией в сравнении с исследуемой группой (60%). Агалактия отмечалась у 1 (5,88%) женщины с эндокринным бесплодием.

## Заключение

Значительное их снижение лактации отмечено у пациенток с беременностью наступившей после ЭКО и ПЭ и родоразрешенных путем операции кеса-



рево сечение. В зависимости от формы бесплодия самые низкие показатели лактации отмечались в подгруппе с эндокринным бесплодием. Самая высокая лактационная функция была отмечена в подгруппе женщин с мужским бесплодием после самопроизвольных родов. Исходя из вышеизложенного следует, что у женщин с беременностью, наступившей после ЭКО и ПЭ независимо от этиологической причины бесплодия, лактационная функция значительно ниже после оперативных родов, чем после самопроизвольных родов.

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКО И ПЭ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,

Москва Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ»

### Актуальность

Оценка показателей деятельности плацентарной системы играет очень важную роль в прогнозировании перинатальных исходов. Ведущим методом оценки состояния фетоплацентарного комплекса, в настоящее время является ультразвуковая и доплерометрическая диагностика.

### Цель

Изучить особенности состояния плацентарной системы при беременности, наступившей после ЭКО и ПЭ для прогнозирования развития фетоплацентарной недостаточности, в зависимости от формы бесплодия.

### Материалы и методы

Для выполнения поставленной цели было проведено ультразвуковое и доплерометрическое исследование состояния плаценты в сроках 34–37 недель беременности у 120 женщин с одноплодной беременностью. Так же женщины были разделены на 2 клинические группы: I группу составили женщины (n=72) с одноплодной беременностью, наступившей в результате ЭКО и ПЭ. В свою очередь I клиническая группа была разделена на 3 подгруппы в зависимости от этиологического фактора бесплодия. В I1 подгруппу (n=35) включены женщины с трубно-перитонеальной формой бесплодия, во I2 подгруппу (n=19) – женщины с эндокринной формой бесплодия, в I3 подгруппу (n=18) – женщины с мужским фактором бесплодия.



II группу – контрольную, составили женщины с одноплодной самостоятельно наступившей беременностью ( $n=48$ ).

### Результаты

При оценке фетометрических показателей плодов полученные результаты демонстрировали, что задержка роста плода (ЗРП) как признак плацентарной недостаточности, достоверно чаще выявлялась в группе женщин с беременностью, наступившей после ЭКО и ПЭ. Осложнение беременности в виде ЗРП достоверно чаще диагностирована у женщин I группы, и составило 50%, тогда как во II исследуемой группе ЗРП была выявлена только в 10,4% случаев ( $p<0,05$ ). При анализе ЗРП в подгруппах (I1 – 51,4%, I2 – 57,9%, I3 – 38,9%), встречалась достоверно чаще чем во II исследуемой группе (10,4% случаев) ( $p<0,05$ ). Показатель в подгруппе пациенток с мужским фактором бесплодия был значительно ниже (38,9%) среди остальных подгрупп. ЗРП I степени в I1, I2 и I3 подгруппах составила 55,6%, 45,5% и 57,1% соответственно, что было достоверно реже частоты данного осложнения во II исследуемой группе (10,4% случаев). ЗРП II степени в I2 (45,5%), I3 (42,9%) подгруппах встречалась достоверно чаще по отношению к группе контроля (20%). ЗРП III степени встречалась только в I1 (16,7%), I2 (9,1%) подгруппах. Проведена оценка степени зрелости плаценты по P.A. Grannum в 34–37 недель беременности. Преждевременное старение плаценты (III степени зрелости) встречалось статистически значимо чаще, у женщин I-й группы, чем в контрольной и составила 25% в I группе и 3,6% во II клинической группе ( $p<0,05$ ). В подгруппе женщин с бесплодием, наступившим вследствие трубно-перитонеального фактора, частота преждевременного старения плаценты составила 28,6%, тогда как у женщин с мужским фактором бесплодия она отмечена в 11,1% случаев. При оценке частоты встречаемости кист и кальцинатов плаценты достоверно чаще данная патология встречалась у женщин I клинической группы и составила в I1 подгруппе -11,43%, во I2 – 10,53%, в I3 подгруппе – 5,56% случаев. Частота кальцинатов по данным УЗИ в I группе составила 9,7% случаев. При этом в контрольной группе данная патология плаценты встречалась лишь в 8,33% случаев.

### Заключение

У пациенток, беременность которых наступила вследствие ЭКО и ПЭ с эндокринным и трубно-перитонеальным факторами бесплодия, отмечена высокая частота маркеров плацентарной недостаточности, как со стороны плода так и со стороны плаценты.



## ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА: ЛЕЧЕНИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ, СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Каде С.Р., Тхатль С.К., Лебедеико Е.С.

г. Краснодар  
ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, ГБУЗ ККБ №2

### Актуальность

К сожалению, в век развития инновационных технологий в медицине и методов профилактики, диагностики и лечения резус-конфликтной беременности, проблема гемолитической болезни плода (ГБП) остается актуальной. Изучение патогенетических основ заболевания у плода с различной степенью тяжести гемолитической болезни, а также своевременная диагностика внутриутробного страдания плода представляет большой научный и практический интерес. Безусловным достижением является внедрение в практику внутриутробной трансфузии эритроцитарной массы плоду, которое позволяет путем поддержания гемоглобина и гематокрита плода на достаточно высоком уровне пролонгировать беременность до состояния его жизнеспособности.

### Цель

Целью исследования явилась, оценка эффективности кордоцентеза как основной диагностической и лечебной инвазивной процедуры при резус-конфликтной беременности; оценить перинатальные исходы.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 117 историй родов беременных с резус-сенсбилизацией, которым был проведен кордоцентез с внутриутробным переливанием эритроцитарной массы, на базе ПЦ ККБ №2 г.Краснодара за период 2014–2016 годов, с последующей статистической обработкой полученных результатов.

### Результаты

Результаты оценки предыдущих беременностей и родов: у 100% женщин–повторная беременность, из которых 80% приходится на 4–9 беременность; у 80%–повторные роды. Лечебно-диагностический кордоцентез у 64% беременных проводилась неоднократно (2–4 раза). Результаты анализа перинатальных исходов: зафиксировано 3 случая антенатальной гибели плода на сроках 26–32 недели, что составляет 2,5% беременностей; 58% (66 беременных)–родоразрешены на сроке 34–35 недель, из них 60% (40 беременных)– консервативно, 26 беременных– оперативно (кесарево сечение); 42% (48 беременных) родоразрешены на сроках 36–37 недель–консервативным путем. Средний вес новорожденных 2243 гр, оценка по шкале Апгар на 1 минуте  $5,44 \pm 1,12$ , на 5 минуте  $5,9 \pm 1,06$  балла.

Возраст женщин в среднем 32 года; 50% женщин находятся в повторном браке; у 60% среднее образование; 47% не состоят в браке; 68% не работают;



у 82% зарегистрированы в анамнезе аборт в сроках более 6–7 недель; у 100% женщин не проводилась иммунизация антирезусным иммуноглобулином. Кордоцентез с внутриутробным переливанием эритроцитарной массы как основной метод лечения ГБП подтвердил свою эффективность на протяжении последних лет. 72% беременных резус конфликтной беременностью были не осведомлены о риске развития данной патологии и методах ее профилактики, 28% в силу отсутствия материальных возможностей не смогли провести профилактику в предыдущие беременности.

### **Заключение**

Проведение внутрисосудистого переливания крови плоду позволило пролонгировать беременность до 32 недель у 90% пациенток с ГБП и, тем самым, способствовало предотвращению рождения глубоко недоношенных детей. Проведение в\утробной гемотрансфузии привело к уменьшению частоты и кратности операции ОЗПК и новорожденным с ГБН. При своевременном родоразрешении и адекватном применении методов высокотехнологичной помощи как во внутриутробном периоде, так и постнатально, возможно в 88% случаях сохранить жизнь новорожденному при удовлетворительных показателях физического и нервно-психического развития. Решение проблемы заболеваемости ГБН – эффективные профилактические мероприятия: осведомленность населения, доступность препаратов антирезусного иммуноглобулина.

---

## **ПРИЧИНЫ УГРОЖАЮЩЕЙ АСФИКСИИ ПЛОДА В РОДАХ**

**Камалян С.А., Хворостухина Н.Ф., Бебешко О.И., Новичков Д.А.**

г. Саратов  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

### **Актуальность**

Основная задача современного акушерства – рождение здорового ребенка, а также снижение показателей перинатальной смертности (ПС) и заболеваемости детей. В России показатель ПС в 2014 г. составил 8,81%, при этом удельный вес мертворождений достигал 6,02%. В структуре причин перинатальной смертности лидирующие позиции занимают гипоксия плода и асфиксия новорожденного – 84,9%.

### **Цель**

Изучить основные причины возникновения угрожающей асфиксии плода в родах.



### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 20 истории родов, осложнившихся развитием острой гипоксии плода (ОГП), по данным Перинатального Центра ГУЗ Саратовской ГКБ №8. Обследование беременных проводилось согласно приказа № 572н. Для оценки состояния плода использованы УЗИ с доплерометрией, кардиотокографическое исследование (КТГ), определение лактата в крови из подлежащей головке плода. Статистическая обработка данных проведена с использованием программ Statgraphics, разработанного фирмой «STSC Inc.»

### Результаты

Первые роды от первой беременности предстояли у 40% женщин (n=8). Среди осложнений течения беременности отмечены: угроза прерывания в различные сроки гестации (25%), анемия (15%). Нарушения маточно-плацентарного кровотока Ia степени прослежены у 5 беременных (25%), а задержка роста плода I степени выявлена у 1 (5%).

Анализ течения родового акта показал высокую частоту аномалий сократительной деятельности матки (60%). Патологическое окрашивание околоплодных вод (зеленые, мекониальные) выявлено в 40% наблюдений. Признаки интранатальной гипоксии плода по КТГ диагностированы в I периоде родов – у 15, во II периоде – у 5 пациенток. Показанием для экстренного завершения родового акта с использованием вакуум-системы «Kiwi» явились полученные дополнительно результаты исследования уровня лактата крови 4,8–5,2 ммоль/л (n=4). Удельный вес консервативных родов составил 25% (n=5), а оперативные пособия использованы в 95% наблюдений (кесарево сечение – 75%; вакуум-экстракция плода – 20%).

Родилось 20 живых доношенных детей весом от 2630 до 4200 г. При оценке состояния новорожденных асфиксия легкой степени (6–7 баллов по Апгар) констатирована у 8 (40%), умеренная асфиксия (4–5 б) – у 10 (50%), тяжелая асфиксия (1–3 б) – у 2 (10%). Анализ возможных причин возникновения интранатальной гипоксии и асфиксии при рождении показал, что в 9 наблюдениях имело место тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода (45%), абсолютная короткость пуповины зафиксирована в 2 случаях (10%), истинный узел пуповины – в 1 (5%), тощая пуповина и краевое прикрепление ее – в 2 (10%), разрыв пуповинных сосудов – в 1 (5%). И только в 5 наблюдениях (25%) в этой группе отмечены патологические изменения в плаценте (тощая плацента, наличие петрификатов в ткани плаценты).

Результаты гистологического исследования последов позволили установить признаки субкомпенсированной недостаточности плаценты у 6 пациенток (30%).

При обследовании новорожденных церебральная ишемия была диагностирована у 95% (n=19), респираторный дистресс-синдром – у 5%, внутрижелудочковые кровоизлияния – у 5%, кефалогематомы и натальная цервикальная травма – у 10%.



### **Заключение**

Основными причинами угрожающей асфиксии плода в родах являются патология длины пуповины и аномалии ее прикрепления (75%), что осложняет течение родового акта, увеличивает удельный вес применения оперативных пособий в экстренном порядке (95%) и приводит к повышению перинатальной заболеваемости в этой группе доношенных новорожденных.

---

## **ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ ВЫСОКОГО РИСКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Кокая И.Ю., Котомина Т.С., Томакян Р.Г., Романова А.В.**

г. Москва  
ГБУЗ «ГКБ №52 ДМЗ»

### **Актуальность**

Проблема внутриутробной инфекции (ВУИ) является одной из ведущих в акушерской практике, следствием чего может стать нарушение развития плода и рождения больного ребенка. В структуре перинатальных потерь внутриутробные инфекции составляют более 30%.

### **Цель**

Ретроспективно оценить течение беременности, родов и состояние новорожденных с установленным диагнозом ВУИ, дать характеристику функционального состояния фетоплацентарной системы, провести анализ эффективности комплексной терапии урогенитальной инфекции во время беременности.

### **Материалы и методы**

Обследованы 100 беременных, роды которых закончились рождением детей с ВУИ. 50 беременных (50%) получали соответствующую лечебную терапию выявленной урогенитальной инфекции. Вторая половина беременных (50%) с выявленной урогенитальной инфекцией по разным причинам лечения не получала.

Применялись бактериоскопия мазка, посевы и исследование методом ПЦР отделяемого из цервикального канала, иммуноферментный анализ, эхография плода с доплерометрией.

### **Результаты**

Согласно данным микробиологических исследований у всех обследуемых беременных выявлены следующие показатели: при бактериоскопии – повышенное содержание лейкоцитов у 100 беременных (100%), наличие кокко-



вой флоры – в 95%, грибковой флоры – в 87%. В результате бактериологического исследования были обнаружены анаэробные бактерии в диагностически значимых титрах в 74%, аэробные бактерии – в 30%. По данным ПЦР материала из цервикального канала обнаружены ВПГ 1 и 2 типов у 40 беременных (40%), ЦМВ – в 10%, хламидии – в 21%. По результатам ИФА крови исследуемых беременных обнаружены специфические антитела к ВПГ 1 и 2 типов у 60 беременных (60%), к ЦМВ – у 12%.

Специфическую терапию урогенитальной инфекции проводили в первой группе беременных во II и III триместрах. Для оценки эффективности проводимой терапии были сопоставлены результаты клинического течения беременности и исходов родов.

У беременных второй группы, не получавших специфического лечения по поводу выявленной урогенитальной инфекции во II триместре, в 8 случаях (16%) произошел поздний самопроизвольный выкидыш, в 2 случаях (4%) – преждевременные роды. У беременных первой группы преждевременные роды произошли лишь в 2 случаях (4%).

У 40 беременных второй группы (80%) III триместр беременности осложнился развитием плацентарной недостаточности, причем субкомпенсированная форма имела место у 32 беременных из 40 (80%). В первой группе явления плацентарной недостаточности развились у 40 беременных (80%), однако в 95% плацентарная недостаточность имела компенсированную форму, и лишь в 5% – была диагностирована субкомпенсированная форма.

Своевременные роды произошли в первой группе в 96%, во второй – в 80%. Средняя масса плодов значительно отличалась по группам: в первой – 3200г, во второй – 2800г. Оценка по шкале Апгар в обеих группах была приблизительно одинакова. Однако частота морфофункциональной незрелости преобладала во второй группе (45% против 20%). Тяжелые клинические формы ВУИ были выявлены у новорожденных от первой группы в 4 случаях (8%), у новорожденных от второй группы в 13 случаях (31%).

## Заключение

Наличие у матери урогенитальной инфекции является фактором высокого риска возможности инфицирования плода. Специфическую терапию урогенитальной инфекции следует начинать во II триместре и продолжать в III триместре при необходимости. Это позволит снизить частоту осложнений течения беременности и тяжесть ВУИ у новорожденных, улучшить перинатальные исходы.



## ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА НАЛОЖЕНИЯ МАТОЧНЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ШВОВ ПРИ АТОНИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ: НАШ ОПЫТ

Котельников А.В., Шейко А.С.

г. Краснодар  
МБУЗ Роддом

### Актуальность

Одним из этапов оказания помощи при акушерских гипо- и атонических кровотечениях является хирургический гемостаз как этап, предваряющий «шаг отчаяния» – органоуносящую операцию гистерэктомии.

### Цель

Задачей данного исследования являлся анализ ближайших и отдаленных последствий для менструальной и фертильной функций у пациенток, подвергшихся хирургическому лечению в виде наложения компрессионных швов на матку по оригинальной методике.

### Материалы и методы

Исследование проводилось в 2013–2016 гг. на базе ОАФ № 2 МБУЗ Роддом г. Краснодара. Объектом исследования являлись 17 пациенток, у которых в связи с неэффективностью стандартной консервативной терапии гипо- или атонического кровотечения во время операции кесарева сечения нами была применена оригинальная методика (Котельников А.В, Колесниченко Г.Н., 2014), являющаяся дальнейшим развитием ранее описанных в литературе способов компрессии матки (Hacketal A. et al., 2008, Курцер М.А., Лукашина М.В., 2009).

### Результаты

Как показал наш опыт, для достижения гемостатического эффекта нет необходимости в наложении 6–16 (Hacketal A. et al., 2008) или 5–15 (Курцер М.А., Лукашина М.В., 2009) швов. Вполне достаточно наложения 7 простых отдельных сквозных горизонтально расположенных швов, сгруппированных в 3 равноудаленные горизонтальные линии, которыми прошивают матку насквозь, начиная от дна, что приводит к равномерному прилеганию стенок матки друг к другу и стягиванию матки в целом. Осуществляемая при этом ассистентом бимануальная компрессия матки в вентро-дорзальном направлении с усилием, достаточным для тампонады кровоточащих сосудов, является обязательным компонентом методики.

Данная методика была успешно применена нами у 17 пациенток, гемостатический эффект был достигнут во всех случаях. Средний возраст пациенток составил  $27,4 \pm 2,5$  лет, первобеременных, как и первородящих, было 82,35%. Плановым кесарево сечение было в 23,5%, экстренным – в 76,5% случаев. Средняя масса плода составила  $3695,9 \pm 360,5$  грамм с разбросом от 2780 до 5600 грамм, средняя кровопотеря –  $1029,4 \pm 108,7$  с разбросом от 800 до 1500 мл (при  $p = 0,05$ ).



Ведение родильниц в послеродовом периоде проводилось стандартно, течение послеродового периода не отличалось какими-либо специфическими особенностями. Все пациентки в удовлетворительном состоянии были выписаны домой, средний послеоперационный койко-день –  $6,7 \pm 0,5$  дня. Произведенное через 1,5–2 месяца у 15 пациенток контрольное УЗИ матки не выявило каких-либо отклонений от нормы.

При катamnестическом анализе 14 пациенток исследуемой группы выяснено, что у 12 пациенток возобновление менструальной функции наступило через  $7,42 \pm 2,04$  мес., 2 пациентки находятся в состоянии лактационной аменореи. У 2 пациенток в желаемое для них время самостоятельно наступили беременности, из них у одной беременность завершилась рождением здорового доношенного ребенка в 2017 году, другая пациентка на настоящий момент находится в III триместре нормально протекающей беременности. Ни у одной из 12 менструирующих пациенток вторичного бесплодия нет. У остальных 3 пациенток исследуемой группы катamnез выяснить не удалось в силу различных причин.

### **Заключение**

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что используемая нами методика наложения компрессионных маточных швов при а- и гипотонических кровотечениях является простой и надежной альтернативой гистерэктомии и не имеет отрицательных последствий для менструальной и фертильной функции женщины.

---

## **ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. ПОДСЧЕТ ТРОМБОЦИТОВ РУЧНЫМ И АВТОМАТИЧЕСКИМ СПОСОБАМИ**

**Котомина Т.С., Кокая И.Ю., Томакян Р.Г.**

г. Москва  
ГБУЗ «ГКБ №52 ДМЗ»

### **Актуальность**

Во время беременности тромбоцитопения – это нередкая патология. Для выработки тактики наблюдения и лечения необходимо знать точный уровень тромбоцитов в крови. На сегодняшний день используют два метода подсчета тромбоцитов в крови: определение на автоматическом анализаторе или ручной подсчет. Автоматические счетчики позволяют получать достаточно надежные результаты. Однако во время ручного подсчета тромбоцитов по Фонио исключается псевдотромбоцитопения – ложное снижение уровня клеток, которое встречается в случае склеивания тромбоцитов между собой или наличия гигантских клеток.



### **Цель**

Анализ результатов определения уровня тромбоцитов у беременных с тромбоцитопениями, полученных автоматическим анализатором и путем ручного подсчета тромбоцитов по Фонио.

### **Материалы и методы**

Проведено обследование 75 беременных с тромбоцитопенией, которые, в зависимости от степени тромбоцитопении, были поделены на 3 группы. Беременным производился забор крови одновременно в 2 пробирки. В первом случае уровень тромбоцитов определялся на автоматическом анализаторе, во втором – вручную врачом-лаборантом.

### **Результаты**

В первой группе – 52 (70%) беременные – уровень тромбоцитов крови, определенных анализатором, находился в пределах  $100\text{--}150 \times 10^9/\text{л}$  (среднее арифметическое –  $143 \times 10^9/\text{л}$ ). При подсчете тромбоцитов по Фонио в 100% результаты превышали результаты, полученные анализатором. Среднее значение уровня тромбоцитов по Фонио составил  $171 \times 10^9/\text{л}$ . Разница между результатами исследований варьировала в пределах 1–45%. В среднем разница между результатами составила 24%.

Во второй группе – 15 (20%) случаев, когда уровень тромбоцитов крови, определенных анализатором, находился в пределах  $50\text{--}99 \times 10^9/\text{л}$ , выявлены аналогичные результаты: при подсчете тромбоцитов по Фонио в 100% результаты превышали результаты, полученные анализатором (средние арифметические составили  $99 \times 10^9/\text{л}$  и  $66 \times 10^9/\text{л}$  соответственно). Разница между результатами исследований варьировала в пределах 7–48% и в среднем составила 30%.

В третьей группе, в которую вошли 8 (10%) случаях уровень тромбоцитов крови которых, определенных анализатором, находился в пределах  $1\text{--}50 \times 10^9/\text{л}$ , при подсчете тромбоцитов по Фонио в 100% результаты превышали результаты, полученные анализатором (средние арифметические –  $57 \times 10^9/\text{л}$  и  $27 \times 10^9/\text{л}$  соответственно). Разница между результатами исследований варьировала в пределах 17–62% и в среднем составила 49%.

### **Заключение**

Таким образом, установлено, что при подсчете тромбоцитов по Фонио результат всегда превосходит уровень тромбоцитов, подсчитанный анализатором. При этом выявлена закономерность, что чем ниже уровень тромбоцитов в крови, тем большая разница между результатами подсчета тромбоцитов вручную и автоматически.

Следовательно, во всех случаях, когда выявлена тромбоцитопения, всегда необходимо производить количественный подсчет тромбоцитов методом Фонио для получения более достоверных результатов.



## ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ СО ШВАМИ НА ПРОМЕЖНОСТИ: БОЛЕУТОЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ

Кубицкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

г. Москва  
ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова

### Актуальность

Программа послеродовой реабилитации родильниц со швами на промежности предусматривает включение в комплекс лечебно – профилактических мероприятий ряда физиотерапевтических методов, способствующих стимуляции репарации и профилактики послеоперационных осложнений. Среди них наибольшего внимания заслуживает применение низкоинтенсивного лазерного излучения.

### Цель

Оценить клиническую эффективность использования лазеротерапии у пациенток со швами на промежности в раннем послеродовом периоде.

### Материалы и методы

Было проведено обследование и лечение 46 родильниц в возрасте от 22 до 43 лет со швами на промежности после родов. Все пациентки в послеродовом периоде получили стандартную медикаментозную терапию. Методом рандомизации все пациентки рандомизированы в 2 группы, по 32 человека в каждой. В лечебную программу пациенток I группы включили ЛТ на область швов промежности в интенсивном (2 раза) режиме воздействия, общим курсом 6 процедур. II группа родильниц указанных воздействий не получали. Критериями объективизации эффективности лечения служили общее состояние родильницы и альгометрия в области послеоперационной раны, проведенная на основании медико-психологического тестирования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения.

### Результаты

Все обследуемые предъявляли жалобы на боли в области послеоперационных швов на промежности. ЛТ никаких негативных реакций у больных не вызвала. Общее состояние у всех обследуемых было удовлетворительным. Все женщины выписаны из стационара на 3–4 сут после родов с первичным заживлением швов на промежности.

Показатели ВАШ в 1 сут после родов в обеих сравниваемых группах были статистически однородны ( $p > 0,05$ ) и составили  $2,6 \pm 0,2$  и  $2,4 \pm 0,1$  балла соответственно. На 2 сут лечения у пациенток II группы уровень интенсивности боли по ВАШ составил  $1,8 \pm 0,1$  баллов при коэффициенте обезболивающего действия (КОД) –  $0,31 \pm 0,02$ , а у больных I группы с ЛТ –  $0,8 \pm 0,2$  баллов с КОД –  $0,73 \pm 0,02$ , что в 1-м случае соответствовало минимальному болеутоляющему эффекту, а во 2-м – выраженному. На 3 сут лечения у пациен-



ток II группы уровень интенсивности боли составил  $1,0 \pm 0,04$  баллов с КОД, равном  $0,62 \pm 0,01$ , что соответствовало болеутолению средней выраженности. И только на 4 сут лечения у пациенток II группы без ЛТ уровень интенсивности боли составил  $0,7 \pm 0,03$  баллов с КОД, равном  $0,073 \pm 0,01$ , что соответствовало болеутолению средней выраженности в 1-м случае и выраженному – во 2-м.

Итак, лазерное воздействие обеспечивает полное болеутоление в области послеоперационной раны на 2 сут раньше, чем при традиционной антибиотикопрофилактике. Такой эффект у пациенток I группы связан с локальным интенсивным действием ЛТ, обеспечивающей более быстрое восстановление травмированных тканей, что препятствует формированию хронического болевого симптома и является обоснованным фактором лечения.

### **Заключение**

Таким образом, ЛТ в комплексе лечебно-профилактических мероприятий в послеродовом периоде у женщин со швами на промежности является обоснованной и целесообразной.

---

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

**Курчакова Т.А., Володина М.А., Арушанова А.Г., Меджидова М.К., Кокоева Д.Н.**

г. Москва  
НЦАГиП им. В.И. Кулакова

### **Актуальность**

На сегодняшний день известно, что роль пускового механизма при реализации преждевременных родов (ПР) выполняет инфекционный фактор бактериального, вирусного и грибкового происхождения. При этом наблюдается нарушение механизмов активации фагоцитов и развитие системного воспалительного ответа. Развитие инфекционно-воспалительных изменений в организме беременной протекает на фоне транзитного снижения активности антиоксидантных систем, приводящего к накоплению продуктов перекисного окисления липидов и к модификации структуры белков. На начальной стадии патологического процесса происходит накопление в периферической крови матери продуктов распада клеток и внутриклеточных органелл трофобласта. Определение маркеров воспаления в периферической крови матери позволит проводить своевременную диагностику, профилактические и лечебные мероприятия в отношении перинатальных осложнений.



### **Цель**

Определить диагностическую значимость сочетанного определения уровня малонового диальдегида и активности каталазы в периферической крови беременных при реализованных и/или угрожающих ПР.

### **Материалы и методы**

Обследовано 112 женщин в возрасте от 19 до 40 лет. Группу I составили 36 беременных, родивших в сроках от 22 до 36 недель беременности в течение 7 дней после обследования. В группу II вошли 42 женщины с угрозой ПР и последующим родоразрешением в доношенном сроке беременности. Группу III составили 34 условно здоровых беременных, родоразрешенных в срок. У всех пациенток в плазме крови определяли содержание маркера перекисного окисления липидов – малонового диальдегида (МДА) и активность каталазы.

### **Результаты**

При сравнении двух групп с преждевременными родами (ПР) было выявлено, что в плазме пациенток с угрозой ПР, которым удалось пролонгировать беременность до доношенного срока активность каталазы была достоверно выше по сравнению с женщинами, у которых ПР реализовались. Уровень МДА в плазме крови не различался между обследованными группами пациенток.

### **Заключение**

Полученные данные указывают на системный характер компенсаторных реакций организма беременной, направленных на снижение уровня продукции активных форм кислорода ферментами антиоксидантной защиты при угрожающих ПР. Более низкий уровень каталазной активности в крови беременных с реализовавшимися ПР указывает на истощение адаптационных ресурсов матери и, возможно, плода.

---

## **ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ БИОСУБСТРАТАХ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Малышкина А.И., Парейшвили В.В., Вахромеев А.П.,  
Ситникова О.Г., Кузьменко Г.Н.**

г. Иваново  
ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России

### **Актуальность**

Дефицит магния ассоциирован с комплексом патологических состояний у беременных, нарушением развития плода, осложнённым течением периода



новорожденности (Фофанова И.Ю., 2013; Громова О.А. и соавт., 2014). Особый интерес магний представляет как физиологический фактор синтеза коллагена (Шилов А.М. и соавт. 2010). Диагноз дефицита магния устанавливается клинически, но полное представление о магниевом статусе даёт количественное определение магния в различных биосубстратах.

### Цель

Целью настоящего исследования явилось изучение референтных значений уровня магния в сыворотке крови, эритроцитах беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (нДСТ) и гомогенатах тканей плодных оболочек при преждевременных родах у них в 22–36 недель беременности.

### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 130 беременных женщин, обследованных в сроке гестации 22–36 недель. I группу составили 50 пациенток с нДСТ и дородовым излитием околоплодных вод, II – 50 женщин с нДСТ без дородового излития околоплодных вод. В группу сравнения вошли 30 соматически здоровых женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами в связи с инфицированием околоплодных оболочек. Группы были сопоставимы по возрасту и социальным характеристикам. Уровень магния в сыворотке периферической венозной крови и в эритроцитах определяли на биохимическом анализаторе Sat – 450 (Италия) с использованием реактивов «BIOLABO» (Франция). Содержание ионов магния в гомогенате ткани околоплодных оболочек исследовали реактивами «BIOLABO» (Франция). Полученные результаты обрабатывали с использованием стандартного пакета программ Statistica 6.0, предварительно определяя тип вариационного ряда. Данные представляли в виде медианы и интерквартильного интервала (ME [Q25; Q75]). Статистически значимыми были различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты

Уровень магния в сыворотке крови у беременных с нДСТ составлял  $0,76 \pm 0,02$  ммоль/л и достоверно отличался от показателей группы сравнения ( $0,82 \pm 0,02$ ;  $p < 0,02$ ). Уровень магния в эритроцитах не отличался у женщин I и II основных групп, однако, был достоверно ниже чем в группе соматически здоровых женщин (магний у пациенток с нДСТ –  $1,60 \pm 0,05$  ммоль/л; в группе сравнения –  $1,92 \pm 0,07$ ;  $p < 0,001$ ). Содержание магния в гомогенате ткани плодных оболочек у женщин с нДСТ было достоверно ниже по сравнению с группой сравнения (магний у пациенток с нДСТ –  $12,88 \pm 1,08$  мкг/г, в группе сравнения –  $22,54 \pm 2,72$ ;  $p < 0,001$ ). Показатели магния в гомогенате ткани плодных оболочек были достоверно выше у женщин с нДСТ без дородового излития околоплодных вод по сравнению с пациентками, имевшими нДСТ и дородовое излитие околоплодных вод (I группа –  $10,28 \pm 1,27$  мкг/г; II группа –  $15,48 \pm 1,38$ ;  $p < 0,02$ ).



### **Заключение**

Таким образом, дефицит магния в сыворотке крови, эритроцитах и гомогенате ткани плодных оболочек свидетельствует о влиянии концентрации магния на течение гестационного периода у женщин с нДСТ и даёт врачу важную информацию о разработке стратегии ведения беременности у указанного контингента пациенток.

---

## **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

**Малышкина А.И., Фетисова И.Н., Жолобов Ю.Н., Назарова А.О.,  
Назаров С.Б., Фетисов Н.С.**

г. Иваново  
ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России

### **Актуальность**

Развитие современных методов исследования позволило существенно расширить представление о наследственном генезе осложненного течения беременности и преждевременных родов (Макацария А.Д., 2007, Айламазян Э.К., 2011, И.Н. Фетисова с соавт., 2014).

### **Цель**

Целью настоящего исследования явилось изучение полиморфизма генов, ассоциированных с риском развития тромбофилии (Тр) и артериальной гипертензии (АГ), у женщин с угрожающими преждевременными родами в популяции Ивановской области.

### **Материалы и методы**

Обследовано 176 беременных женщин в сроках гестации 22–36 недель. Основную группу составили 103 пациентки с клиническими признаками угрожающих преждевременных родов (ПР), которые были разделены на 2 подгруппы: 53 женщины, родившие своевременно (1 подгруппа); 50 женщин с ПР до 37 недель гестации. Контрольную группу составили 73 женщины с неосложненной беременностью и своевременными родами. У всех пациенток методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени было проведено исследование полиморфизма генов AGT T704C (rs699), AGT C521T (rs4762), AGTR1 A1166C (rs5186), AGTR2 G1675A (rs1403543), CYP11B2 C(-344)T (rs1799998), F2 G20210A (rs1799963), F5 G1691F (rs6025), F7 G10976A (rs6046), F13A1 G9T (rs5985), FGB G(-455)A (rs1800790), PAI-1 5G(-675)4G (rs1799889), ITGA2 C807T (rs1126643), ITGB3 T1565C (rs5918). Статистический анализ проводили с использованием программы Statistica 10.0.



## Результаты

Показано, что пациентки с угрожающими и реализовавшимися ПР достоверно чаще, чем женщины контроля являются носительницами неблагоприятных полиморфных вариантов в гене ангиотензиногена. Так, генотип AGT 704 Т/С и AGT 704С/С был выявлен у 86,00% женщин, родивших преждевременно, и 69,44% женщин контроля ( $p=0,034$ ,  $OR=2,70$  [1,05–6,94]). Генотип AGT 521С/Т и AGT 521Т/Т определялся у 20,55% женщин контрольной, 34,31% пациенток основной группы ( $p=0,047$ ,  $OR=2,02$  [1,004–4,07]) и 38,00% женщин 2-ой подгруппы ( $p=0,034$ ,  $OR=2,37$  [1,06–5,30]).

Частота встречаемости аллеля F13A1 Т в контрольной группе была достоверно выше, чем у пациенток с угрожающими ПР (38,36 и 25,24% соответственно,  $p=0,015$ ;  $OR=0,54$  [0,34–0,86]) и у пациенток с реализовавшимися ПР (38,36 и 23,00% соответственно,  $p=0,015$ ,  $OR=0,48$  [0,27–0,85]). При наличии в генотипе аллеля F13A1 Т изменяется способность белка «сшивать» фибриновые мономеры, вследствие чего фибриновые сгустки становятся более тонкими и нестабильными, что способствует уменьшению тромбообразования и, следовательно, уменьшению тромбофилических осложнений беременности.

Выявлено, что суммарное гомо- и гетерозиготное носительство неблагоприятного аллеля PAI-1–675 4G при угрозе досрочного прерывания беременности существенно превышает таковое при физиологическом течении беременности (85,14 и 71,43% в основной и контрольной группах соответственно,  $p=0,029$ ,  $OR=2,29$  [1,08–4,89]). У носителей аллеля 4G концентрация ингибитора активатора плазминогена I типа выше, чем у носителей аллеля 5G, что приводит к повышению риска тромбообразования (Kohler H.P., 2000; Ma Z., 2009).

## Заключение

Таким образом, показано, что фактором риска преждевременных родов является присутствие в генотипе женщины негативных полиморфизмов в генах ангиотензиногена, серпина, фактора свертывания крови 13. Данные особенности генотипа определяют повышенный риск развития тромбофилических и гипертензивных осложнений беременности, способствуют нарушению маточно-плацентарного кровообращения и развитию угрозы прерывания беременности.



## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Мантрова Д.А., Ананьев Е.В., Ганичкина М.Б., Хачатурян А.А.,  
Климанцев И.В.

г. Москва

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

### Актуальность

В настоящее время одной из проблем современной перинатологии является высокая частота неонатальной заболеваемости и смертности. Известно, что более 60% перинатальной патологии возникает в антенатальном периоде, при этом одной из основных причин ее развития является плацентарная недостаточность (ПН). К основным клиническим проявлениям ПН относятся задержка роста плода (ЗРП), его гипоксия и гипотрофия.

### Цель

Прогнозирование задержки роста плода у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (нДСТ).

### Материалы и методы

Был проведен анализ акушерско-гинекологического и соматического здоровья женщин, наблюдавшихся и родоразрешенных в ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. У пациенток всех групп были изучены полиморфизмы генов CoLIII, CoLIV, CoLV, VEGFA, MMP-2 и MMP-9, MTGFR, IL1b, IL6, IL10, ESR1. Статистическая обработка полученных результатов была проведена при помощи программного пакета «SPSS Statistics 17.0 forWindows». В группу I были включены пациентки с фенотипическими признаками нДСТ от 6 баллов и более и ЗРП – 100 пациенток. В группу II – 100 пациенток с нДСТ от 6 баллов и более и без признаков ЗРП. В группу III – 51 беременная с признаками ЗРП и без признаков нДСТ (менее 6 баллов). В группу IV (контрольную) включены 100 беременных без признаков нДСТ и ЗРП.

### Результаты

Возраст беременных, включенных в исследование, колебался от 18 до 45 лет и составил в среднем  $29,1 \pm 1,2$ ,  $27,6 \pm 1,6$ ,  $30,9 \pm 0,9$ ,  $29,0 \pm 0,8$  лет соответственно по группам. У пациенток группы I среди соматических заболеваний превалировал пролапс митрального клапана 19,2% (OR=0,5; CI=0,2–0,8), варикозная болезнь 20,2% (OR=0,5; CI=0,3–0,8), миопия с астигматизмом 19,2% (OR=0,5; CI=0,3–0,9), остеохондроз 31,0% (OR=1,5; CI=1,3–1,8), сколиоз 49% (OR=0,16; CI=0,04–0,58). Среди гинекологических заболеваний в данной группе пациенток, чаще встречалась дисфункция яичников 7% (OR=2,6; CI=1,1–6,4).

У пациенток с выраженной нДСТ обнаружено статистически значимые различия по распределению аллелей IL6: -174 G>C и ESR1 в зависимости от наличия ЗРП. Генотипическая частота аллеля C, IL6 и аллеля G гена ESR1, которые



ассоциированы с сильным воспалительным ответом, была выше у пациенток с ЗРП. Следует отметить, что без недифференцированной дисплазии соединительной ткани таких различий не наблюдалось. По-видимому, нДСТ является модификатором для реализации генетической предрасположенности к ЗРП при данных полиморфизмах. Было изучено распределение полиморфизма гена VEGFA: A>C и установлено, что у пациенток с наличием ЗРП частота встречаемости генотипа A/A была достоверно выше, чем в группах без ЗРП вне зависимости от степени выраженности нДСТ. Распределение генотипов VEGFA: -2578 A>C

При изучении полиморфизма гена MTHFR (677 C>T) при сочетании ЗРП с недифференцированной дисплазией соединительной ткани частота встречаемости аллеля C была статистически значимо ниже, чем в остальных исследуемых группах, а генотип C/C не был выявлен ни у одной пациентки. Вышеуказанное обосновывает целесообразность применения фолиевой кислоты у пациенток группы риска по развитию ЗРП.

### **Заключение**

Развитие ЗРП у женщин с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани ассоциировано с полиморфизмом генов провоспалительных цитокинов IL6: -174 G>C, IL1B аллеля -31T генотип T/T, эстрогенового рецептора альфа ESR1: -351G>A, MTHFR: 677 C>T, VEGFA: -2578 A>C.6.

---

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Мендус Е.В., Иванова О.Ю.**

г. Курск  
Курский государственный медицинский университет

### **Актуальность**

Физиологическое течение беременности определяется комплексом генетических, средовых, иммунологических, гормональных факторов. Своевременное выявление изменений биохимических маркеров беременности позволяет врачу сформировать группу риска беременных женщин с вероятной хромосомной патологией плода.

### **Цель**

Изучение биохимических предикторов физиологического течения беременности.



## Материалы и методы

Анализ 30 историй родов за 2016 г. в ОБУЗ «КГКРД» у женщин с физиологическим течением беременности и родов, родившие здоровых и доношенных детей.

Нами проводилось клинико-anamnestическое обследование беременных, анализ особенностей течения беременности и родов, оценка биохимической функции трофобласта путем определения уровня ХГЧ и РАРР-А, анализ результатов морфологического исследования плацента, статистическая обработка материала.

## Результаты

Полученные анамнестические данные показали, что большинство женщин являются повторнородящими (66,6%). В анамнезе повторнобеременных имеются самопроизвольные выкидыши, замершие беременности, медицинские аборт в 10% случаев.

Из осложнений первого триместра следует отметить токсикоз легкой степени (3,3%), и по данным УЗИ краевое предлежание хориона (30%). Во втором триместре беременности была диагностирована низкая плацентация (26,6%), многоводие (16,6%). Третий триместр осложнился анемией легкой степени и отеками беременных у 13% женщин.

Роды у всех женщин проходили *pervias naturales*, в срок. Дети родились без признаков гипоксии.

Анализ доплерометрического исследования в третьем триместре выявил, что показатели индекса резистентности средней мозговой артерии, маточных артерий и артерии пуповины входили в пределы 50% процентиля.

В ходе первого скрининга было выявлено, что среднее значение ХГЧ составило  $1,19 \pm 0,056$  Мом, РАРР-А  $-1,099 \pm 0,48$  Мом, что соответствует референтным значениям. Однако, абсолютная норма ХГЧ была зарегистрирована у половины обследуемых, и составила  $1,17 \pm 0,55$  Мом, у оставшейся половины значение ХГЧ находилось на верхней границе нормы  $- 1,95 \pm 0,15$  Мом (23,3%), и на нижней  $- 0,46 \pm 0,125$  Мом (23,3%).

При оценке результатов морфологического исследования плацент были выявлены следующие данные – в 100% преобладали ворсины зрелого типа. В большинстве случаев компенсаторные механизмы были выражены по смешанному типу (23,3%), по сосудистому в 16,6%, по клеточному в 6,66% и в 13,3% они не были выражены.

Однако, несмотря на благоприятное течение беременности и родов в структуре плацент все же имелись инфаркты и очаговые кровоизлияния в 10% случаев, внеплацентарный амнионит в 13,3%, отложение материнского и плодового фибриноида в 3,33%, дефицит терминальных ветвей в 6,6%.

Следует отметить, что нарушения гистоструктуры материнской части плаценты в виде псевдоинфарктов (42,9%), очаговых кровоизлияний (57,1%), внеплацентарного амнионита (42,9%) наблюдались преимущественно у тех женщин, которые, при проведении первого скрининга имели значения ХГЧ и РАРР-А в пределах нижней границы нормы, а у женщин которые имели значения ХГЧ и РАРР-Р в пределах верхней границы нормы, чаще в структуре



плаценты наблюдались очаговые кровоизлияния (42,9%) и дефицит терминальных ветвей (28,6%).

### **Заключение**

Таким образом, проведение первого пренатального скрининга дает нам возможность не только определить риск развития хромосомных болезней, но и в перспективе может использоваться как прогностический маркер недостаточности плаценты и соответственно ряда плацентозависимых осложнений беременности.

---

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Михалчан Л.С., Брега Н.И.**

г. Кишинев

Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану

### **Актуальность**

Инфекции мочевыводящих путей в связи с высокой заболеваемостью у беременных, являются сегодня важной проблемой для акушерства и неонатологии. В последние годы распространенность этой патологии имеет тенденцию к росту заболеваемости матери и плода, что ведет к осложнениям во время беременности и в послеродовом периоде.

Урогенитальная патология беременных, в основном, является реактивацией хронической инфекции мочевыводящих путей в детском возрасте. Активация воспалительного процесса происходит во время полового созревания и в репродуктивном периоде. Во время беременности происходят гормональные и анатомические модификации, которые в сочетании с плохой гигиеной, увеличивают частоту инфекции мочевыводящих путей.

Несмотря на различные исследования, инфекции мочевыводящих путей во время беременности остаются наиболее частой патологией во время беременности.

### **Цель**

Целью нашего исследования было оценить клинические особенности течения беременности, факторы риска и осложнения у матери и плода в связи с инфекцией мочевыводящих путей у беременных.

### **Материалы и методы**

Нами проведено ретроспективное исследование 549 беременных женщин, госпитализированных с диагнозом инфекции мочевыводящих путей. База исследования Городская Клиническая Больница № 1, мун. Кишинэу. Период исследования 2014 год. Диагноз инфекций мочевыводящих путей был установлен



на основе: анамнеза, клинической картины, клинических и лабораторных данных, оценке осложнений инфекции мочевыводящих путей.

### Результаты

Из 549 беременных женщин, 433 беременных ( $78,8 \pm 1,74\%$ ) были госпитализированы с диагнозом хронический пиелонефрит в стадии обострения, 30 беременных ( $5,5 \pm 0,97\%$ ) хронический латентный пиелонефрит, 60 беременных ( $10,9 \pm 1,33\%$ ) – с бессимптомной бактериурией, цистит у 26 беременных ( $4,8 \pm 0,91\%$ ).

При изучении влияния на беременность мочевой инфекции выяснили: у 100 беременных ( $18,2 \pm 1,65\%$  случаев), инфекции мочевыводящих путей не повлияли на исходы беременности, в 160 случаях ( $29,1 \pm 1,94\%$ ), беременность развивалась с угрозой преждевременных родов, у 143 беременных ( $26,1 \pm 1,87\%$ ) с угрозой выкидыша, в 33 случаях ( $6,1 \pm 1,02\%$ ) внутриутробное замедление роста плода и в 33 случаях ( $6,1 \pm 1,02\%$ ) беременность осложнилась преждевременным разрывом амниотических мембран. У 67 беременных женщин ( $6,7 \pm 1,07\%$ ), произошли преждевременные роды, в 23 случаях ( $1,6 \pm 0,54\%$ ), беременность закончилась абортom, в 10 случаях ( $1,8 \pm 0,57\%$ ), диагностировался поли- / олигоамниос.

### Заключение

По итогам исследования выделяем следующие выводы:

1. Воздействие инфекции мочевыводящих путей во время беременности может существенно повлиять на состояние матери и плода.
2. В большинстве случаев инфекция мочевых путей является причиной высокого уровня преждевременных родов или выкидыша во втором триместре беременности.
3. Течение беременности и развитие плода во многом зависит от тяжести инфекции.

Правильная тактика лечения инфекции мочевыводящих путей при беременности улучшает индекс материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.



## ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Пароконная А.А., Нечушкин М.И., Кравченко Д.Н.,  
Кампова-Полевая Е.Б.

г. Москва  
ФГБУ «РОНЦ им. Блохина» Минздрава России

### Актуальность

Проводимая адъювантная химиотерапия при раке молочной железы (РМЖ) уменьшает число фертильных больных, тем не менее до 11% молодых женщин имеют беременность после перенесенного лечения. В связи с ростом подобных наблюдений вопросу безопасности беременности и родов после перенесенного рака молочной железы в последние годы уделяется чрезвычайно пристальное внимание.

### Цель

Изучить течение и прогноз рака молочной железы при наступлении последующей беременности после лечения.

### Материалы и методы

Исследование основано на изучении 339 архивных материалов ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» с 1964 по 2015 гг. Исследуемая группа состояла из 71 наблюдения. Больные из группы имели последующие беременности после лечения РМЖ. Контрольная группа из 268 больных составлена из пациенток репродуктивного возраста с аналогичными стадиями заболевания и сроками наблюдения, однако не имевшими беременности после лечения. Средний возраст больных  $31,6 \pm 4,9$  г. Медиана времени наблюдения 72 мес. Беременность после лечения прервали на различных сроках 50,7% больных. Беременность завершена родами у 46,5%. 74,6% имели одну беременность после перенесенного лечения. 21,1% имели 2 беременности, 4,2% – более двух беременностей. 93% больных получили комбинированное или комплексное лечение. В 7% лечение было незавершено или выполнено нерадикально. В 8,5% беременность наступила на фоне проводимого лечения.

### Результаты

За время наблюдения метастазы и рецидивы наблюдались у 35,8% больных из исследуемой группы и у 32,8% больных из контрольной группы. При анализе результатов 5-летней безрецидивной и общей выживаемости статистически значимых различий в двух группах не получено:  $69,0 \pm 5,9\%$  и  $80,3 \pm 5,1\%$  в исследуемой группе,  $67,4 \pm 3,3\%$  и  $84,3 \pm 2,6\%$  – в контрольной. Таким образом, наступившая беременность после лечения рака молочной железы не ухудшила прогноз заболевания. У больных с гормонопозитивными опухолями наступившая беременность также не влияла на прогноз, не снижая показатели выживаемости. Отмечается достоверное увеличение общей выжи-



ваемости в группе больных с завершённой родами беременностью по сравнению с прогнозом больных, прервавших беременность на различных сроках. Установлено, что ухудшение прогноза связано с наступлением беременности во временной интервал до 2-х лет. В анамнезе 22 пациенток из исследования заболевание было диагностировано либо во время беременности, либо в течение 1-го года после завершения беременности, либо на фоне лактации. В этих случаях последующая беременность достоверно снижала выживаемость пациенток.

### **Заключение**

Современные исследования, посвященные изучению вопроса возможной беременности после лечения рака, а также первое Российское исследование демонстрируют, что последующая беременность не ухудшает прогноз и не отягощает течение рака молочной железы, однако планирование ее возможно в определенные сроки после лечения при отсутствии признаков заболевания и факторов неблагоприятного прогноза.

---

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ НЕПРЕРЫВНЫХ ШВОВ С КРЕСТООБРАЗНЫМ ХОДОМ НИТИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

**Рыжков В.В., Хажбиев А.А.**

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии ФДПО

### **Актуальность**

Операция кесарево сечение (КС) стала сегодня самой распространенной операцией, проводимой в акушерской практике. Повышающаяся частота оперативных родоразрешений приводит к пропорциональному увеличению послеоперационных инфекционных заболеваний. Самой частой и тяжело поддающейся контролю патологией является перитонит вследствие несостоятельности швов на матке.

### **Цель**

Оптимизация методики выполнения операции КС для снижения количества ГСО и улучшения течения послеоперационного периода путем применения объемных непрерывных швов с крестообразным ходом нитей при ушивании раны нижнего сегмента матки.



## Материалы и методы

В основу исследования положены результаты клинического исследования 60 рожениц, родоразрешенных путем операции КС. В исследование были включены женщины, родоразрешенные впервые путем операции КС в плановом или экстренном порядке, сопоставимые по возрасту, паритету, социальному статусу, соматическим и гинекологическим заболеваниям, показаниям к операции. Критериями исключения явились: вагинальные роды и повторные операции КС. В зависимости от техники зашивания раны нижнего сегмента матки, пациентки были разделены на две группы. У женщин первой группы ( $n=30$ ) использовали объемный непрерывных швов с крестообразным ходом нити. В группе сравнения (II;  $n=30$ ) применялся шов по Шмидену. В обеих группах использовались синтетические рассасывающиеся шовные материалы (ВИКРИЛ).

## Результаты

Результаты исследования показали, что у пациенток обеих групп операция КС выполнялась в 50% случаев в плановом порядке и столько же в экстренном. Показаниями к плановым операциям являлись: рубец на матке ( $n=14$ ; 46,7%), возраст в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией ( $n=14$ ; 46,7%), тазовое предлежание ( $n=2$ ; 6,6%). В экстренном порядке КС проводилось по поводу анатомического и функционально узкого таза ( $n=8$ ; 26,8%), аномалии родовой деятельности ( $n=10$ ; 33,3%), тяжелой преэклампсии ( $n=4$ ; 13,3%), острой внутриутробной гипоксии плода ( $n=4$ ; 13,3%), крупных размеров плода ( $n=4$ ; 13,3%).

Длительность операции КС достоверно отличалась и составила в I группе  $39,5 \pm 2,0$  мин., во II группе  $43,8 \pm 1,7$  мин. ( $p < 0,05$ ).

Общий объем кровопотери при экстренных и плановых операциях в I и во II группе составил  $610 \pm 21,3$  и  $706,7 \pm 34,9$  мл. соответственно ( $p < 0,05$ ).

Анализ течения послеоперационного периода показал, что у пациенток основной группы воспалительных заболеваний матки в послеоперационном периоде выявлено не было. В группе сравнения у 4 пациенток (13,2%) был диагностирован эндомиометрит. Тяжелых ГСО в исследуемых группах выявлено не было.

Длительность пребывания в стационаре при плановых операциях составила в основной группе  $5,8 \pm 0,3$  и  $6,6 \pm 0,3$  дней в группе сравнения ( $p > 0,05$ ). При экстренных операциях средняя длительность одной госпитализации составляла в первой группе  $6,6 \pm 0,4$  и  $9,4 \pm 0,9$  дней во второй ( $p < 0,01$ ). Общая длительность пребывания в стационаре при плановых и экстренных операциях КС в основной группе составила  $6,3 \pm 0,3$  и  $8,0 \pm 0,5$  дней в группе сравнения ( $p < 0,01$ ).

## Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют констатировать эффективность использования объемных непрерывных швов с крестообразным ходом нити при ушивании раны нижнего сегмента матки в плане снижения количества ГСО после операции КС. Приведенная методика способствует



уменьшению длительности операции, снижению интраоперационной кровопотери, сроков пребывания пациенток в стационаре, уменьшает риск развития ГСО, снижает экономические потери лечебных учреждений.

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ

Сагамонова К.Ю., Заварзин П.Ж., Казанцева Т.А., Золотых О.С.,  
Арабаджан С.М., Токарева В.В., Пивоварчик С.Н.

г. Ростов-на-Дону  
ГБУ РО Перинатальный центр

### **Актуальность**

Коррекция нарушений гемостаза во время беременности является чрезвычайно актуальной задачей сохранения беременности. Высокий уровень антифосфолипидных антител (АФА) является важным механизмом в структуре репродуктивных потерь. В литературе имеются данные об эффективности использования метода плазмафереза, позволяющего существенно снизить уровень АФА.

### **Цель**

Оценка эффективности метода плазмафереза у беременных с высоким уровнем антифосфолипидных антител.

### **Материалы и методы**

Исследования проводились у 77 беременных на разных сроках беременности (18–28 недель). Возраст беременных от 22 до 38 лет. Основным показанием для назначения сеансов плазмафереза являлось повышение уровня АФА (антикардиолипиновые антитела классов IgG и/или IgM) крови при повторном обследовании, а также отсутствие эффекта от проводимой комплексной терапии (фраксипарин, клексан). Курс лечения состоял из 3–5 сеансов плазмафереза, объем плазмозамещения составлял 30% объема циркулирующей крови. Плазмозамещение осуществлялось раствором стерофундина. Операцию плазмафереза проводили на аппарате «Haemonetics». Осложнений при проведении сеансов плазмафереза не отмечалось.

### **Результаты**

Анализ проведенных исследований показал, что у всех беременных наряду с высоким уровнем АФА наблюдалось повышение агрегационной активности тромбоцитов и числа тромбоцитов, повышение уровня фибриногена, гиперкоагуляция, а также повышены маркеры тромбофилии (Д-димер) и продукты деградации фибрина/фибриногена. После проведения сеансов плазмафереза



наблюдалось снижение уровня АФА, фибриногена и Д-димера, причем у 65 – после 3 сеансов, а у 12 – потребовалось проведение 5 сеансов плазмафереза. Необходимо отметить, что по ходу беременности требуется внимательный контроль и проведение превентивных сеансов плазмафереза при малейшей тенденции к нарастанию титра АФА. К концу беременности у всех обследуемых отмечался уровень АФА в пределах допустимых значений. При этом удалось пролонгировать беременность у всех обследуемых.

### **Заключение**

Проведенные исследования позволяют отметить высокую эффективность метода плазмафереза, который способствует снижению уровня АФА до нормальных величин и коррекции параметров гемостаза.

---

## **ИСХОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ СРЕДИ ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С ВЫРАЖЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

**Салов И.А., Михайлова Ю.В., Суворова Г.С.**

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

### **Актуальность**

Актуальность проблемы ожирения в акушерстве обосновывается высокой частотой акушерских и перинатальных осложнений. Однако, анализ литературы выявил противоречия в результатах исследования, возможно, из-за различий дизайна или критериев включения в исследования.

### **Цель**

Целью работы являлось сравнение рисков осложненных родов, кесарева сечения, материнской и неонатальной заболеваемости у перво- и повторнородящих женщин с выраженным ожирением.

### **Материалы и методы**

Проведено ретроспективное популяционное когортное исследование исходов родов у пациенток с выраженным ожирением (исходный ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup>) за 5-летний период с 2012–2016 гг, включающее анализ историй родов 346 беременных с одноплодной беременностью, из них 161 – первородящих и 185 – повторнородящих. Группы исследования были сопоставимы по возрасту, соматической патологии, акушерско-гинекологическому анамнезу, течению гестации. Проведен анализ методов родоразрешения в группах и структуры осложнений родов и послеродового периода. Проводилось вычисление значений отношения шансов (OR) с их 95% доверительными интервалами



(95% CI) и показателя частоты осложнений в родах. Также выполнялся многофакторный статистический анализ, включая кластерный анализ, линейную и нелинейную регрессию, статистический контроль качества с применением контрольных графиков.

### Результаты

Показатель частоты осложнений в родах у повторнородящих был значительно меньше и составил 26,5%, а в группе первородящих пациенток – 40,2% ( $p < 0,001$ ). Это было связано с достоверно большей частотой нарушения сократительной деятельности матки и акушерского травматизма. Частота геморрагических и инфекционных осложнений была сопоставимой. Повторнородящие имели меньший риск кесарева сечения – OR 0,73 [95% CI 0,65 – 0,83] и оперативных влагалищных родов OR 0,87 [95% CI 0,78 – 0,97] в сравнении с первородящими. Вместе с этим, первородящие имели повышенный риск более длительного пребывания в стационаре и для влагалищных родов и для кесарева сечения – 1,34 [95% CI 1,20 – 1,49] и – 1,71 [95% CI 1,38 – 2,12], соответственно, без существенной разницы в показаниях для кесарева сечения и других показателей материнской заболеваемости. Повторнородящие имели повышенный риск преждевременных родов – 2,11 [95% CI 1,79 – 2,48], при этом риски рождения плодов низкого веса в группах достоверно не различались, OR для повторнородящих составил 0,97 [95% CI 0,48 – 1,77], для первородящих – 1,18 [95% CI 0,78 – 1,84]. Среди перинатальных осложнений по рискам достоверно различались только неврологические расстройства у новорожденных. Риск этого осложнения в группе первородящих был значительно выше – OR составил 1,97 [95% CI 1,49 – 2,64], что повлияло на продолжительность пребывания новорожденного в стационаре – 1,68 [95% CI 1,34 – 2,08].

### Заключение

Таким образом, повторнородящие с выраженным ожирением имеют сниженный риск преждевременных родов, патологических родов и кесарева сечения, акушерского травматизма, длительного пребывания в стационаре и неврологических расстройств у новорожденного в сравнении с первородящими.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛАЦЕНТА-ОПОСРЕДОВАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ НИЗКОГО РИСКА

Салов И.А., Суворова Г.С., Михайлова Ю.В.

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,  
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

### Актуальность

Патология плаценты является причиной таких осложнений беременности как задержка роста плода, преждевременные роды, преждевременная отслойка плаценты и преэклампсия. Эти осложнения являются основными причинами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Наследственная тромбофилия – один из существенных факторов риска развития плацентарной дисфункции. Предполагалось, что применение низкомолекулярных гепаринов (НМГ) снизит риск развития плацента-опосредованных осложнений во время беременности у данной категории пациенток. Тем не менее, анализ литературы выявил существенные противоречия в результатах исследования.

### Цель

Целью работы являлась оценка эффективности низкомолекулярных гепаринов в профилактике плацента-опосредованных осложнений у беременных с наследственной тромбофилией низкого риска.

### Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование течения беременности и исходов родов за 5-летний период с 2012–2016 гг, включающее анализ историй родов 3997 родильниц. У 314 (7,86%) пациенток были выявлены генетические полиморфизмы системы свертывания крови. Тромбофилия высокого риска диагностирована у 18 пациенток (0,45%). Семейный и собственный тромботический анамнез был отягощен у 11 беременных (63,6% и 33,4%). Тромбофилия низкого риска была выявлена у 296 беременных (7,4% от общего числа беременных). Беременные, которым в течение I триместра проводилась терапия НМГ в профилактических дозировках, составили основную группу (n = 158). Группу сравнения – оставшиеся 138 беременных с тромбофилией, которым НМГ не вводился. Группы исследования были сопоставимы по возрасту, соматической патологии, акушерско-гинекологическому анамнезу, характеру генетических полиморфизмов, а также продолжительности, кратности и дозам введения НМГ. В качестве НМГ у всех пациенток использовался отечественный эноксапарин натрия – Эниксум® (СОТЕКС ЗАО, Россия). Осуществлялся анализ межгрупповых различий частоты самопроизвольного аборта, замер-



шей беременности, развития задержки роста плода, преждевременных родов, преждевременной отслойки плаценты и преэклампсии. При оценке эффективности НМГ в профилактике плацента-опосредованных осложнений беременности использовались показатели: абсолютного риска (EER – абсолютный риск в основной группе, CER – абсолютный риск в контрольной группе), относительного риска (RR с их 95% доверительными интервалами), стандартных ошибок относительного риска (S), снижения относительного риска (RRR), разности риска (RD), числа больных, которых необходимо лечить (NNT), чувствительности (Se) и специфичности (Sp).

### Результаты

Проведенный анализ выявил, что применение Эниксума у пациенток с тромбофилией низкого риска снижает частоту плацента-опосредованных осложнений незначительно – 26/158 (16,5%) по сравнению с результатами группы сравнения – 24/138 (17,4%). RR составил 0,71 [95% ДИ: 0,43–1,19,  $p > 0.05$ ], S – 0,26, RRR – 0,28, RD – 0,056, NNT – 17,73, Se – 0,449, Sp – 0,449. При этом отслойка хориона с формированием ретрохориальной гематомы в основной группе наблюдалось на 4,1% чаще (21,5%), чем в группе сравнения (17,4% случаев), что также оказалось статистически незначимым (RR – 1,24 [95% ДИ: 0,77–1,98,  $p > 0.05$ ]).

### Заключение

Таким образом, применение НМГ у пациенток с тромбофилией низкого риска для профилактики плацента-опосредованных осложнений беременности не эффективно, но и не увеличивает риск ретрохориальной гематомы на ранних сроках гестации.

---

## К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МАТКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Синчихин С.П., Сарбасова А.Е., Мамиев О.Б., Степанян Л.В.

г. Астрахань  
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

### Актуальность

Акушерские кровотечения представляют собой известную опасность для здоровья и жизни женщины. В настоящее время, частота встречаемости патологической кровопотери в родах и послеродовом периоде не имеет заметного уменьшения. Поэтому разработка новых способов снижения периперационной кровопотери является актуальной задачей современного акушерства.



### **Цель**

Оценить эффективность разработанного способа уменьшения кровопотери при операции кесарево сечение.

### **Материалы и методы**

Для упрощения технических приёмов для временного уменьшения кровоснабжения оперируемого органа, нами разработан «Способ снижения кровопотери при операции кесарево сечение» (приоритет № 2015157272 (088382) от 30.12.15 г.): во время абдоминального родоразрешения после хирургического разреза на матке, извлечения плода и последа к области перешейка матки с захватом её связок и проходящих в них сосудов, подводят пластиковую затягивающую петлю с замком, которую накладывают ниже разреза на матке, туго затягивают и фиксируют в замке, затем зашивают операционную рану на матке, после чего пластиковую петлю срезают ножницами и извлекают.

Ушивание хирургического разреза на матке происходит в искусственно созданном «сухом» операционном поле, после контроля гемостаза пластиковую петлю пересекают и удаляют.

Для оценки эффективности разработанного способа обследовано 80 беременных, а в последующем родильниц, которые были разделены на две группы: 1-я группа – 40 пациенток, которым проводилась операция кесарево сечение с временной ишемией матки согласно разработанному способу; 2-я группа – 40 пациенток, которым абдоминальное родоразрешение проводилось без сдавления основных сосудов, кровоснабжающих матку. Все пациентки имели близкую клиническую картину, а операции проводились одной хирургической бригадой. Все пациентки, вошедшие в данный раздел исследования, не имели каких-либо изменений со стороны показателей системы гемостаза.

### **Результаты**

Количество интраоперационной прямой кровопотери в 1-й группе составило 45% (400–500 мл) по сравнению со 2-й группой (750–950 мл). Количество послеоперационной непрямой кровопотери у пациенток сравниваемых групп было одинаковым и составило 50–90 мл. Анализ изменений гемограммы и гемостазиограммы также свидетельствовали о меньшей интраоперационной кровопотере у пациенток 1-й группы.

УЗИ кровотока в маточных и яичниковых сосудах в первые трое суток после операции не выявило отличий от ДМП пациенток 2 группы после кесарева сечения. Это является косвенным подтверждением атравматичности механического, интраоперационного временного сдавления пластиковой петлей магистральных сосудов, кровоснабжающих матку.

### **Заключение**

Клиническая эффективность, безопасного и технически несложного способа хирургической деваскуляризации послеродовой матки достигается:

– снижение общей интраоперационной кровопотери в 1,5–2 раза и предупреждение развития маточного кровотечения;



- профилактика осложнений, связанных с повышенной кровопотерей родильниц;
- быстрое восстановление общего состояния пациентки в послеоперационном периоде;
- ограничение расхода лекарственных препаратов за счет предотвращения периоперационных осложнений;
- сокращение сроков пребывания пациентки в стационаре.

---

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ (АМТ) В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Скопец В.В.<sup>1,2</sup>, Шабанова Н.Е.<sup>1,2</sup>, Ни О.Г.<sup>1</sup>, Очаковская И.Н.<sup>1,2</sup>, Чернобай Е.Г.<sup>1</sup>

г. Краснодар  
1 ГБУЗ «ККБ №2», г. Краснодара, 2 ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

### **Актуальность**

В настоящее время рациональное применение антимикробных препаратов (АМП) остается одним из важных условий обеспечения качества медицинской помощи при лечении не только жизнеугрожающих инфекций, вызванных нозокомиальной флорой, но и внебольничной.

### **Цель**

Оценить эффективность внедрения протоколов АМТ, направленных на снижение потребления АМП с целью сдерживания роста антибиотикорезистентности в Перинатальном центре.

### **Материалы и методы**

В ноябре 2014 года на основании микробиологического мониторинга были пересмотрены и утверждены протоколы периоперационной антибиотикопрофилактики и стартовой эмпирической АМТ для Перинатального центра ГБУЗ «ККБ №2» г.Краснодара. В новых схемах было введено ограничение показаний для длительного назначения АМП и исключены из схем терапии антисинегнойные карбапенемы с заменой на эртапенем. Единственным показанием к проведению АМТ осталось наличие подтвержденной бактериальной инфекции. При других состояниях, таких как кесарево сечение по поводу тяжелой преэклампсии при отсутствии инфекции, наложение швов при глубоких разрывах влагалища, ручное обследование полости матки, безводный периоде более 12 часов, кровопотеря 1000 мл и более, рекомендовано проводить периоперационную антибиотикопрофилактику. Оценку фармакоэкономической эффективности



АМТ до и после внедрения протоколов рассчитывали в средних дневных дозах DDD (defined daily dose) на 100 койко-дней общего и структурного потребления АМП. Проанализировано потребление за одинаковые периоды 2014 и 2015 гг. по общему потреблению АМП, использованию препаратов стартовой терапии и антисинегнойных карбапенемов.

### Результаты

В результате проведенного анализа получены следующие данные: общее потребление АМП в 2014г. составило 23,57, а в 2015г. – 20,56 (DDDs/100 койко-дней), соответственно. Использование АМП, применяемых в качестве стартовой эмпирической АМТ в представленных периодах также имело тенденцию к снижению 9,95 и 6,10 (DDDs/100 койко-дней). Потребление карбапенемов с антисинегнойной активностью в 2014 г. составило 0,37 и снизилось до 0,25 (DDDs/100 койко-дней) в 2015 году за счет отсутствия данных препаратов в протоколах АМТ. Все проанализированные показатели через 1 год после внедрения протоколов периоперационной профилактики и стартовой АМТ имели тенденцию к снижению.

### Заключение

Таким образом, внедрение протоколов периоперационной профилактики и стартовой эмпирической АМТ позволило сократить потребление АМП в Перинатальном центре. Рациональное использование АМП, в том числе антисинегнойных карбапенемов, приводит к уменьшению экономических затрат и снижению роста резистентной флоры.

---

## РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ (СКАТ) В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ГБУЗ «ККБ №2» Г. КРАСНОДАРА

Скопец В.В.<sup>1,2</sup>, Шабанова Н.Е.<sup>1,2</sup>, Ни О.Г.<sup>1</sup>, Очаковская И.Н.<sup>1,2</sup>,  
Чернобай Е.Г.<sup>1</sup>

г. Краснодар

1 ГБУЗ «ККБ №2», г. Краснодара, 2 ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

### Актуальность

В настоящее время неадекватная эмпирическая антимикробная терапия (АМТ) является одной из главных причин увеличения длительности госпитализации, а также затрат на лечение и повышения смертности от тяжелых инфекций. По данным большого количества национальных и международных исследований улучшить клинические исходы пациентов с инфекцией и снизить стоимость лечения позволит внедрение протоколов эмпирической АМТ, осно-



ванных на данных локального микробиологического мониторинга и антибиотикорезистентности.

### **Цель**

Оценить эффективность внедрения протокола эмпирической АМТ и периоперационной профилактики в Перинатальном центре.

### **Материалы и методы**

В ноябре 2014 года в рамках реализации СКАТ в Перинатальном центре ГБУЗ «ККБ №2» г.Краснодара был внедрен протокол эмпирической АМТ и периоперационной профилактики. Протокол был разработан на основании микробиологического пейзажа Перинатального центра и составлены схемы АМТ с учетом стратификации пациентов и риска полирезистентных возбудителей. Нами были пересмотрены и изменены показания к АМТ и периоперационной профилактике. Единственным показанием к проведению АМТ оставили наличие подтвержденной бактериальной инфекции. Периоперационную профилактику рекомендовали проводить при следующих ситуациях: кесаревом сечении по поводу тяжелой преэклампсии при отсутствии инфекции, наложении швов при глубоких разрывах влагалища, ручном обследовании полости матки, безводном периоде более 12 часов, кровопотере 1000 мл и более. Ранее при всех перечисленных состояниях проводилась АМТ. Из схем терапии исключили антисинегнойные карбапенемы с заменой их на эртапенем. Сравнивали период до внедрения протокола (2014 год) и после внедрения (2016 год) по количеству инфекционных осложнений при кесаревом сечении. Данные 2015 года для оценки динамики не учитывались, его считали переходным периодом внедрения.

### **Результаты**

По статистическим данным в 2014 году количество кесаревых сечений от общего количества родов составило 26%, а в 2016 – 24,6% соответственно. При этом расхождение швов после кесарева сечения в анализируемых периодах составило менее 0,04% и 0,02%, соответственно. Еще к одному из осложнений в послеродовом периоде относится лохиометра. В представленных периодах частота встречаемости данного осложнения составила 4,1% и 3,7% от общего количества родов. Полученные данные дают возможность сделать вывод о том, что пересмотр показаний для проведения АМТ и периоперационной профилактики с уменьшением количества антибиотико-дней не повлиял на количество инфекционных осложнений.

### **Заключение**

Таким образом, проведенный анализ показал, что внедрение стратификации пациентов по риску выделения резистентной флоры и внедрение протокола АМТ позволяет оптимизировать эмпирическую АМТ и периоперационную профилактику без увеличения количества инфекционных осложнений при уменьшении антибиотико-дней терапии. Внедрение принципов рациональной АМТ целесообразно как с экологической, так и с экономической точки зрения.



## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, ИМЕЮЩИХ РАЗНЫЙ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЙ СТАТУС

Стебло Е.И., Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Могилина М.Н.

г. Новороссийск  
Перинатальный центр г. Новороссийск

### Актуальность

Беременность у женщин с ожирением связана с рядом материнских и перинатальных рисков. Частота этих рисков увеличиваются в зависимости от выраженности ожирения.

### Цель

Изучить соматометрический статус и его влияние на репродуктивное здоровье и гормональный статус пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

### Материалы и методы

Проведен анализ репродуктивного здоровья у 44 пациенток с неразвивающейся беременностью. В зависимости от веса они были разделены на две группы: I группа (ИМТ 19,0–24,9 кг/м<sup>2</sup>) 28 пациенток (63,6%) и II группа (ИМТ 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup>) 16 пациенток (36,4%). Средний возраст обследованных I группы составил  $31,82 \pm 0,67$  года (от 26 лет до 41 года), II группы –  $32,94 \pm 0,71$  года (от 22 до 41 года). По специально разработанной карте обследования изучались анамнестические данные, состояние репродуктивного здоровья.

### Результаты

Возраст наступления менархе среди обследованных I группы составил  $12,7 \pm 0,7$  лет (от 11 до 15 лет).

Во II группе менархе наступило позже почти на шесть месяцев –  $13,2 \pm 0,8$  лет (от 12 до 16 лет).

В I группе пациенток с нарушением менструальной функции оказалось 4 человека (14,3%) – олигоаменорей, с сохраненной менструальной функцией было 24 пациентки (85,7%). Во II группе менструальная функция была сохранена у 15 человек, что составило 93,7%; у одной пациентки наблюдалась олигоаменорея, что составило 6,3%.

Выявлена достоверная разница в числе самопроизвольных абортов между группами: в I группе частота прерывания составила  $1,4 \pm 0,7$  раза, а во II группе  $3,2 \pm 1,1$  раза (чаще во II группе в 2,3 раза).

Изучение гинекологической заболеваемости показало: в I группе хронический сальпингофорит был выявлен у одной пациентки (3,57%), миома матки у 2-х (7,1%), эндометриоз тазовой брюшины также у 2 пациенток (7,1%), как и киста яичника (2 пациентки – 7,1%), эктопия шейки матки была у 1 паци-



ентки (3,57%), вагинит также у 1 пациентки (3,57%), нарушение менструальной функции было выявлено у 4-х (14,3%).

Во II группе: миома матки была у 2 пациенток (12,5%), аденомиоз – у 1-ой (6,25%), эндометриоз тазовой брюшины – у 1 пациентки (6,25%), хронический-сальпингоофорит – у 2 пациенток (12,5%), эктопия шейки матки у 1 пациентки (6,25%), нарушение менструальной функции также у 1(6,25%).

Особой разницы в частоте гинекологической патологии нами не выявлено: в I группе она составила 46,4%, а во II-ой 50,0%.

Гормональные нарушения были связаны с повышением пролактина во II группе пациенток, что составило  $629 \pm 27,0$  мкМЕ/мл, а в I группе уровень пролактина составил  $414 \pm 32,0$  мкМЕ/мл. Пролактин в обеих группах был выше нормы, и между группами разница составила 52%. Также отмечено повышение тестостерона у пациенток II группы –  $2,09 \pm 0,19$  нг/мл, в сравнении с показателями пациенток I группы –  $1,56 \pm 0,13$  нг/мл, что связано с развитием инсулинорезистентности (ИР). Выявлено снижение прогестерона во II группе у пациенток с ожирением –  $11,30 \pm 1,12$  нмоль/л, при этом в I группе уровень прогестерона составил  $30,82 \pm 2,11$  нмоль/л.

### **Заключение**

Отличий в частоте гинекологической заболеваемости, состояний МЦ между группами выявлено не было. Выявлена достоверная разница в частоте самопроизвольного прерывания беременности (в 2,3 раза чаще в группе с ожирением). У пациенток с ожирением причиной высокой частоты потерь беременности являются гормональные факторы. Жировая ткань является местом периферического синтеза многих гормонов, ее избыточное содержание связано с метаболическими нарушениями, приводя к ухудшению провоспалительного статуса и увеличивая частоту невынашивания беременности.

---

## **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ БЕЗВОДНЫМ ПРОМЕЖУТКОМ**

**Степанова Н.Н., Хворостухина Н.Ф., Мамедова Г.Э.**

г. Саратов  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

### **Актуальность**

Преждевременные роды (ПР) остаются одной из актуальных проблем акушерства и неонатологии, в связи с высокими показателями перинатальной заболеваемости и смертности недоношенных детей. В настоящее время продолжают дискуссии о выборе акушерской тактики при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО), частота которого достигает 38–51% от общего числа всех ПР. Согласно клиническому протоколу ведения преждев-



ременных родов при сроках гестации 22–34 недели и ПРПО следует придерживаться выжидательной тактики, с проведением токолитической, антибактериальной терапии (АБТ) и профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода.

### **Цель**

Изучить влияние длительного безводного промежутка на перинатальные исходы при ПР.

### **Материалы и методы**

Проведено изучение особенностей течения и исходов ПР на базе Перинатального Центра ГУЗ Саратовской ГКБ №8. Основную группу составили пациентки с ПР в сроки гестации 22–37 нед, с безводным промежутком (БП) более 12 час (n=24). Группу сравнения – женщины с ПР и безводным промежутком менее 12 час (n=60). Обследование и лечение беременных проводилось согласно приказа № 572н. Статистическая обработка проведена с использованием программ Statgraphics, разработанного фирмой «STSC Inc.»

### **Результаты**

Возраст пациенток с ПР варьировал от 18 до 42 лет. Первые роды предстояли 41,7% женщин (n=10) основной группы, 45% – в группе сравнения (n=27). В зависимости от срока гестации распределение ПР в группах произошло следующим образом: в основной группе ПР в период 22–27 нед – у 4 женщин (16,7%), 28–33 нед – у 4 (16,7%), 34–37 нед – у 16 (66,6%); в группе сравнения 15% (n=9), 30% (n=18) и 55% (n=33), соответственно.

Удельный вес консервативных родов в основной группе составил 87,5% (n=21), в группе сравнения – 38,3% (n=23). При этом длительность БП в основной группе варьировала от 15 часов до 39 суток на фоне проведения стандартных лечебных мероприятий и контроля лабораторных показателей. Развитие активной родовой деятельности в обеих группах лишь в единичных случаях осложнялось дискоординацией маточных сокращений. Признаки хориоамнионита констатированы в основной группе в 37,5% наблюдений (n=9), а в группе сравнения – в 6,7% (n=4). Показаниями для операции кесарева сечения являлись: сочетание активной родовой деятельности при наличии рубца на матке или кровотечения при частичном предлежании плаценты.

Анализ течения послеродового периода показал более высокую частоту осложнений в основной группе. Удельный вес субинволюции матки составил 4,2%, послеродового эндометрита – 4,2%, позднего гипотонического кровотечения – 8,3%. В одном наблюдении в связи с генерализацией гнойно-септической инфекции (ГСИ) была выполнена гистерэктомия. В группе сравнения частота субинволюции матки и гипотонического кровотечения была меньше в 2,5 раза, в сравнении с аналогичными осложнениями в основной группе. Необходимо отметить, что всем женщинам основной группы проводилась АБТ, а в группе сравнения – только у 31 (51,7%).

При обследовании новорожденных церебральная ишемия была диагностирована в основной группе в 100% случаев, в группе сравнения – в 75%;



РДС, в 16,7% и 33,3%, соответственно. Внутриутробные пневмонии выявлены у 12,5% новорожденных основной группы и у 5% – группы сравнения. Внутрижелудочковые кровоизлияния констатированы только в основной группе (12,5%; n=3).

### **Заключение**

ПР с длительным БП являются не только фактором риска развития ГСИ в родах и послеродовом периоде, но и способствуют увеличению в 2,5 раза частоты реализации инфекции у новорожденных.

---

## **РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ МАЛОВОДИЯ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Сулейманова И.Г., Мирошкина Е.Ф., Алиева И.Д.**

г. Махачкала

ГБУ РД Женская консультация №2

### **Актуальность**

Влияние бактериальной и вирусной инфекций на течение беременности и исходы родов представляет актуальную медицинскую и социальную проблему, что обусловлено высокой частотой этих инфекций и неблагоприятных исходов для плода и новорожденного.

### **Цель**

выявить влияние инфекции на течение беременности и исходов родов при маловодии.

### **Материалы и методы**

Проведен сравнительный анализ течения беременности и родов у 77 беременных с маловодием и 69 беременных с нормальным количеством околоплодных вод. Количество околоплодных вод определяли на основании вычисления индекса амниотической жидкости по J.Phean и соавт. с учетом показателей ИАЖ и клинических данных

Крайне неблагоприятным прогностическим признаком было развитие маловодия во втором триместре беременности. У 3 пациенток с маловодием, выявленным до 26–27 недель, беременности закончилась преждевременным прерыванием беременности с перинатальной потерей плодов. Учитывались данные УЗИ: фетометрия, размеры плаценты, ее толщина, дегенеративные изменения, степень зрелости плаценты, доплерометрия. Частота маловодия по данным литературы колеблется от 0,6 до 5,9%, по женской консультации №2 она составляет 3,7%.



## Результаты

В результате, обращает на себя внимание высокий инфекционный индекс у беременных обеих групп. Простудные заболевания одинаково часто были у всех беременных. TORCH-инфекции отмечены у 32,2% и 13,5% беременных соответственно. Воспалительные гинекологические заболевания, такие как хронически й эндометрит и сальпингит были соответственно у 11,3% и 5,4% беременных, кольпит-у 26,3% и 20,0%. Достоверное различие имело место по частоте ЗППП-65,7% и 22,9% женщин соответственно. Эти данные нельзя исключить при оценке инфекционного фактора в развитии маловодия. В подавляющем большинстве случаев отсутствовали сведения о лечении выявленной инфекции, что свидетельствует о неподготовленности женщин к беременности. По данным акушерского анамнеза, самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды были значительно чаще у женщин с маловодием, патология вод и ВПР плода в анамнезе были выявлены только у пациенток основной группы: 5,2% и 3,9% соответственно. Течение беременности при маловодии характеризовалось значительной частотой осложнений. В подавляющем большинстве случаев у пациенток с маловодием (86,8%) течение беременности осложнилось первичной инфекцией, либо обострением хронической. Чаще встречались сочетания общей и урогенитальной инфекции. Угроза прерывания беременности при маловодии составляла 67,0%, во второй группе - 22,9%. Рецидивы угрозы с неоднократной госпитализацией были отмечены у каждой третьей пациентки с маловодием. 2-я и 3-я степени ЗВРП были выявлены у всех плодов при средней и тяжелой степенях маловодия, при легкой форме-у 69,8%, рано выявлялась ХПН. Признаки инфекционного поражения плаценты наблюдались у 42,0% пациенток с маловодием.

## Заключение

Необходимо своевременно проводить санацию при выявлении генитальной и экстрагенитальной инфекции, при втором УЗИ скрининге (18–21 нед) обязательно проводить определение количества околоплодных вод, выявлять ранние признаки ФПН и ЗВУР плода; наиболее достоверным критерием оценки тяжести состояния внутриутробного плода является доплерометрия. Медикаментозная терапия и наблюдение в динамике за состоянием внутриутробного плода позволяют своевременно родоразрешить беременную и снизить перинатальную заболеваемость и смертность.



## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ИНФЕКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Сулейманова И.Г., Мирошкина Е.Ф., Кочкарева С.

г. Махачкала  
ГБУ РД Женская консультация №2

### Актуальность

Несмотря на большое количество научных исследований, посвященных проблемам заболеваний органов мочевыделительной системы, вопросы лечебной и диагностической тактики при инфекционном процессе единственной почки у беременных остаются актуальными.

### Цель

Изучение частоты возникновения, особенностей проявления пиелонефрита у женщин с единственной функционирующей почкой, его влияния на течение и исходы беременности.

### Материалы и методы

39 беременных женщин с аплазией почки, с нефрэктомией по поводу различных заболеваний, с первично или вторично сморщенной почкой (выделительная функция которой составляла менее 5% от нормы). Всем пациенткам проводилось лабораторное исследование анализов крови и мочи, проба Ничепоренко, бактериологический анализ мочи с учетом чувствительности флоры к антибактериальным препаратам, ультразвуковое сканирование мочевыводительной системы, исследование функциональной способности почки.

Ретроспективный анамнез: 52 женщины имели в анамнезе 57 беременностей, 31 (59,6%) из которых были прерваны по медицинским показаниям в связи с обострением хронического пиелонефрита единственной почки.

### Результаты

Наличие пиелонефрита выявлялось у 77,8% женщин. Обострение заболевания наблюдалось в 60% случаев, из них у 16,7% дважды. При обследовании в динамике беременности выявлено, что наиболее часто обострение хронического пиелонефрита было в 2 и 3 триместрах беременности. При сравнении частоты возникновения различных обострений у беременности женщин с отсутствием заболеваний единственной почки и хроническим пиелонефритом выявлено, что при наличии инфекции почки в два раза возрастала частота преждевременных родов и оперативного родоразрешения. Внутриутробное инфицирование плода наблюдалось почти у каждого третьего плода, причем при обострении пиелонефрита у матери в течение беременности - в 45,7%, а при ремиссии заболевания - в 12,5%. При отсутствии воспалительного процесса в единственной почке инфицирование плода отмечалось всего у 4,8% детей. Было выявлено, что обострение пиелонефрита в 1 триместре беременности



приводило к возникновению внутриутробной инфекции плода в 100% случаев, в то время как в 2 и 3 триместрах-36,4% и 38,1% соответственно.

### **Заключение**

Наличие инфекционного процесса в единственной функционирующей почке значительно осложняет течение и исходы беременности, повышает перинатальную заболеваемость.

---

## **ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ**

**Ташухожяева Д.Т., Салов И.А., Маршалов Д.В.**

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Кафедра акушерства  
и гинекологии лечебного факультета

### **Актуальность**

Внедрение вспомогательных репродуктивных технологий в повседневную клиническую практику привело к увеличению числа индуцированных беременностей, течение которых сопряжено с широким спектром осложнений на протяжении всего периода гестации. Основной спектр осложнений связан с синдромом гиперстимуляции яичников (СГЯ). СГЯ сопряжен с высоким риском репродуктивных потерь. Согласно современным данным, каждая пятая индуцированная беременность прерывается в сроке до 20 недель, каждая третья – заканчивается преждевременными родами в сроке от 24 до 36 недель. Данные об изменениях маточной гемодинамики при СГЯ в литературе отсутствуют.

### **Цель**

Целью нашего исследования явилась комплексная оценка гемодинамики матки у пациенток с различной степенью тяжести синдрома гиперстимуляции яичников.

### **Материалы и методы**

Материал исследования: обследовано 67 пациенток, разделенных на четыре группы: 1-я группа включала относительно здоровых беременных при сроке 6–8 недель гестации (n = 20), 2-я – пациенток с СГЯ легкой формы (n = 20), 3-я – с умеренным СГЯ (n = 20) и 4-я – с тяжелой формой СГЯ (n = 7). Все пациентки в анамнезе не имели родов, воспалительных заболеваний органов малого таза, миомы матки. У всех пациенток 2–4 групп диагностирован ранний СГЯ. Исследования проведены в 5–6 недель беременности. С помощью спектральной доплерографии в каждой из маточной артерии автоматически



получали максимальную, минимальную и среднюю скорости кровотока ( $V_{max}$ ,  $V_{min}$ ,  $V_{med}$ ), пульсационный индекс (PI), и индекс резистентности (IR). Для расчета объемного кровотока ( $V_{vol}$ ) использовали формулу:  $V_{vol} = A \times V_{med}$ , где  $A$  – площадь сечения сосуда. Для определения матки использовали показатель – индекс артериальной перфузии (ИАП) по формуле:  $ИАП = (V_{vol} \text{ правой маточной артерии} + V_{vol} \text{ левой маточной артерии}) / V \text{ матки}$ . Индекс артериальной перфузии (ИАП) отражает количество поступающей в матку крови по обеим маточным артериям за 1 с на 1 см<sup>3</sup> миометрия. ИАП свидетельствует о росте кровенаполнения матки. При статистической обработке использовали пакет программ STATISTICA (StatSoft Inc., США, версия 10.0). Уровень значимости для проверки статистических гипотез на достоверность различия был принят равным 0,05.

### Результаты

Результаты исследования: Среди обследованных пациенток индексы периферического сопротивления (PI и IR) в обеих маточных артериях снижались в соответствие с тяжестью СГЯ. При сравнении показателей здоровых беременных и пациенток с СГЯ выявлена достоверная разница ( $p < 0,05$ ) обоих индексов. IR:  $0,58 \pm 0,06$  vs  $0,66 \pm 0,03$  vs  $0,79 \pm 0,04$  vs  $0,87 \pm 0,06$ , соответственно. Обращала внимание зависимость снижения  $V_{min}$  от тяжести СГЯ. Коэффициент корреляции –  $-0,74$ . Объемный кровоток по мере утяжеления СГЯ достоверно снижался в каждой из маточных артерий ( $p < 0,05$ ). Средние значения  $V_{vol}$  в группах составили:  $154,5 \pm 5,4$  мл/с vs  $138,1 \pm 7,8$  мл/с vs  $47,3 \pm 4,2$  мл/с vs  $43,7 \pm 1,6$  мл/с, соответственно. В среднем ИАП составлял:  $1,01 \pm 0,01$  с-1 vs  $0,91 \pm 0,01$  с-1 vs  $0,31 \pm 0,01$  с-1 vs  $0,29 \pm 0,01$  с-1, соответственно ( $p < 0,05$ ).

### Заключение

Таким образом, у пациенток с СГЯ отмечается снижение маточного кровотока, что может привести к нарушениям процесса имплантации, опосредующих в дальнейшем функциональную неполноценность фетоплацентарного комплекса. Выраженность нарушений маточной гемодинамики коррелирует с тяжестью СГЯ.



## ПОКАЗАТЕЛИ ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОАНТИТЕЛ У МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Хмельницкая А.В.

г. Москва

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Москва, Россия

### Актуальность

При длительном воздействии вредных факторов среды химической или инфекционной природы на организм женщины, происходят стойкие нарушения функций ее иммунной системы, что может стать причиной неврологических, соматических или эндокринных нарушений во время беременности у плода и ребенка. Определенные иммунные изменения, индуцированные до наступления беременности или возникшие в первой половине беременности, часто становятся причинами развития нарушений, которые могут привести к формированию расстройства аутистического спектра (РАС) у ребенка. Такие иммунные изменения можно выявлять с помощью анализа сдвигов в сывороточном содержании определенных аутоантител у женщин, планирующих беременность и прогнозировать риски неврологических нарушений у будущего ребенка с целью их коррекции.

### Цель

Целью исследования являлась оценка диагностических и прогностических возможностей определения сывороточных аутоантител для выявления женщин групп риска по рождению ребенка с РАС.

### Материалы и методы

Было обследовано 70 пациенток, родивших детей с РАС и 30 женщин, родивших детей без нейропатологии, в возрасте от 25 до 35 лет ( $M = 30,0 \pm 1,5$  лет), а также их дети – 70 с диагностированным РАС и характерной клинической симптоматикой (мальчики  $n=52$  и девочки  $n=18$ ) и 30 здоровых детей.

Для исследования использовали свежеполученные образцы сывороток крови, хранившихся не более 2 суток при температуре 1...4 оС. Иммунохимический анализ проводили с помощью тест-набора ЭЛИ-Висцеро-Тест (используемый для анализа изменений в сывороточном содержании ряда естественных аутоантител) согласно инструкции производителя («Иммункулус», Москва, Россия).

### Результаты

В профилях сывороточной иммунореактивности матерей, родивших детей с РАС, часто выявлялись аномалии, ассоциированные с маркерами анти-фосфолипидного синдрома – ауто-АТ к beta2-GPI – почти в 40% наблюдений против 7% женщин, родивших здоровых детей, а у самих детей с РАС аномалии



ауто-АТ к dsDNA, который является компонентом ядерных клеток (его избыток в циркуляции указывает на активацию процессов апоптоза и индуцирует выработку анти-ДНК антител) – в 31% наблюдений (у детей без нейропатологии аномалии, ассоциированные ауто-АТ к dsDNA выявлялись в 12% наблюдений). Эти данные свидетельствуют о повышенной частоте нарушений иммунно-воспалительного характера у матерей и их детей с РАС. Аномалии, ассоциированные с ауто-АТ к GaMS-02 (желудок) и ScM (толстый кишечник) были выявлены только у женщин, родивших детей с РАС – 21% и 29% соответственно; аномалии, ассоциированные с ауто-АТ к ItM-07 (тонкий кишечник) – у 23%, против 3% женщин, родивших здоровых детей.

Помимо того, у 33% матерей определяются аномалии иммунореактивности, ассоциированные с ауто-АТ к Spr-06, против 10% матерей здоровых детей (маркер эндометрита и иммунно-воспалительных процессов в других органах малого таза).

### **Заключение**

Предполагается, что разработка специализированных иммунохимических методов анализа профилей сывороточной иммунореактивности уже в скором времени сможет стать основой для организации широкого скрининга женщин, планирующих беременность, с целью выявления нарушений со стороны иммунной системы и их коррекции.

---

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТУБЕРОЗНОМ СКЛЕРОЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

**Турлупова Т.И., Салов И.А., Паршин А.В.**

г. Саратов  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

### **Актуальность**

Туберозный склероз – генетически гетерогенное заболевание, характеризующееся поражениями нервной системы, костей, органов зрения и внутренних органов с образованием гемартом. Частота заболевания составляет 10–14 на 100 000 населения. Характеризуется высокой ранней детской смертностью и снижением продолжительности жизни у взрослых. Наследуется по аутосомно-доминантному типу.

### **Цель**

Целью публикации является представление редкого случая сочетания беременности и туберозного склероза при типичных полиорганных изменениях у матери и характерной патологии у ее потомства.



### Материалы и методы

Пациентка 28 лет госпитализирована при сроке гестации 17 недель с жалобами на одышку при легкой физической нагрузке, эпизоды сердцебиения, слабость, тяжесть в животе. О беременности до последнего времени не знала. Обратилась к терапевту в связи с ухудшением состояния. При осмотре гинекологом выявлена беременность. Беременность вторая. 4 года назад были роды плодом массой 2550 г. при сроке гестации 35–36 недель. В 3-х летнем возрасте у ребенка диагностирована эпилепсия, предположительно обусловленная туберозным склерозом. Диагноз «Туберозный склероз» самой беременной был выставлен в детстве – заболевание проявлялось высыпаниями на коже лица. Системной терапии не получала.

### Результаты

В стационаре состояние пациентки расценено как средне тяжелое. Обращали на себя внимание агрессивность и негативное отношение к проводимому обследованию и лечению, что свойственно больным с туберозным склерозом. Имелись участки гиперемии кожи с элементами в виде множественных бугорков в форме «бабочки» на щеках и участки депигментации кожи живота. Диагностирован порок сердца и сердечная недостаточность. В верхних отделах брюшной полости определялись два безболезненных объемных образования без четких контуров, диаметром до 10 см, исходящих из почек. При обследовании (УЗИ, КТГ, МРТ) выявлены ангиомиолипомы печени, мультифакальная пневмокистозная гиперплазия легких, стеноз аортального клапана, легочная гипертензия, очаговые образования в корковом веществе головного мозга, множественные мелкие очаги кальцификации в позвонках. Почки представлены неоднородной массой без четких контуров размерами 108\*117\*186 мм справа и 114\*87\*183 мм слева. Образования состоят из жировой, мышечной и соединительной ткани с кистозными включениями. Чашечно-лоханочная система четко не дифференцируется. Офтальмологом в парамакулярной области сетчатки обнаружено опухолевидное образование. При УЗИ плода выявлены множественные неоплазмы в правом желудочке сердца с фиксацией на МЖП и створке ТК. При лабораторном обследовании – анемия тяжелой степени, нарушение функции почек и печени умеренной степени. Выставлен клинический диагноз «Туберозный склероз с поражением клапанного аппарата сердца, поражением почек, печени, головного мозга, лёгких, позвоночника. Беременность 18 недель».

### Заключение

В связи с высоким риском прогрессирования почечной, печеночной и сердечной недостаточности беременность прервана путем операции малого кесарева сечения. Течение операции и послеоперационного периода гладкое. Выписана в стабильном состоянии с рекомендацией обследования и лечения в клинике урологии. Снижение функции почек у таких больных чаще выявляется в 3–4 декадах жизни, терминальная хроническая почечная недостаточность развивается редко.



## УРОВЕНЬ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Тютюнник Н.В., Харченко Д.К., Красный А.М., Ховхаева П.А.,  
Кан Н.Е.

Город: Москва

Место работы: НЦАГиП им. В.И. Кулакова

### Актуальность

Известно, что в течение нормальной беременности наблюдается значительное повышение маркеров окислительного стресса, который связан с развитием осложнений беременности таких, как преэклампсия, задержка роста плода и др. Кроме того, была доказана роль окислительного стресса в сосудистой дисфункции плаценты. Доказана ключевая роль плаценты в предохранении плода от негативного воздействия окислительного стресса, возникающего в крови матери во время беременности. Основным продуцентами активных форм кислорода (АФК) являются нейтрофилы, которые способны к поглощению кислорода (респираторному взрыву) с образованием супероксид-аниона кислорода и его производных путем немитохондриальной активации многокомпонентного белкового комплекса НАДФН-оксидазы. Известно, что во время беременности нейтрофилы подвергаются деактивации, и во время «респираторного взрыва» вырабатывается сниженное количество АФК. Однако при преэклампсии деактивации нейтрофилов не происходит. Исследование активности ферментов нейтрализующих АФК в крови показали, что у женщин с преэклампсией активность фермента супероксиддисмутазы (SOD), дисмутирующего супероксидные радикалы, снижена по сравнению с нормой. При этом ферменты разрушающие перекись водорода (каталаза, глутатионпероксидаза и глутатионредуктаза) имеют повышенную активность при ПЭ.

Ранее при исследовании плаценты было обнаружено, что при преэклампсии в плаценте выражены процессы апоптоза, приводящие к нарушению целостности сосудистой части плаценты, на фоне компенсирующего возрастания уровня экспрессии антиоксидантных ферментов глутатионпероксидазы GPX1 и глутатионредуктазы GSR.

### Цель

Определить уровень активных форм кислорода и антиоксидантной защиты в крови женщин при преэклампсии и физиологической беременности.

### Материалы и методы

В исследование было включено 29 женщин. Из них 10 беременных с тяжелой или умеренной преэклампсией, 11 пациенток с физиологически протекающей беременностью и 8 здоровых небеременных женщин. Уровень активных форм кислорода и антиоксидантной защиты был определен при помощи прибора FORM 3000 с использованием наборов FORT, FORD (Каллегари, Италия).



### **Результаты**

Установлено, что уровень активных форм кислорода (АФК) при физиологически протекающей беременности к III триместру беременности повышается в 2,2 раза. В группе с преэклампсией средние значения АФК были выше в 1,3 раза по сравнению с нормой, но не имели статистически значимых различий. Также не имели значимых различий группы по уровню антиоксидантной защиты. В группе с преэклампсией уровень АФК коррелировал с относительным количеством нейтрофилов и белка в моче, а уровень антиоксидантной защиты имел отрицательную корреляцию с ферментами АЛТ и АСТ.

### **Заключение**

Установленная обратная корреляция между снижением уровня антиоксидантов и увеличением содержания ферментов АЛТ и АСТ указывает на роль антиоксидантов в предохранении клеток от цитолиза во время беременности. Выявленная взаимосвязь между ростом уровня АФК с содержанием белка в моче и, соответственно, тяжестью преэклампсии обосновывает возможность использования определения уровня окислительного стресса в крови беременных женщин для оценки степени тяжести преэклампсии.

---

## **СПОНТАННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РАДИКАЛОВ КИСЛОРОДА В ПРОБАХ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

**Харченко Д.К., Тютюнник Н.В., Асташкин Е.И., Орехова Н.С.,  
Новикова А.Н.**

г. Москва  
НЦАГиП им. В.И. Кулакова

### **Актуальность**

Преэклампсия (ПЭ) возникает в 2–8% беременностей и остается ведущей причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Радикалы кислорода играют важную роль во внутриклеточной сигнализации, выступая в качестве вторичных мессенджеров. Однако, увеличение их уровня выше критического, сопровождается формированием состояния оксидативного стресса, которое приводит к разрушению всех видов макромолекул и последующей гибели клеток различных органов и тканей. В последнее время было предположено, что неадекватно высокие уровни радикалов кислорода, генерируемые при преэклампсии, вызывают нарушение расслабления периферических резистентных сосудов и вносят существенный вклад в развитие повышения артериального давления при данной патологии.



### **Цель**

Изучить спонтанную генерацию радикалов кислорода фагоцитами крови у нормально беременных женщин и женщин с преэклампсией.

### **Материалы и методы**

Проведено изучение 39 образцов крови беременных женщин в третьем триместре, и 8 с преэклампсией. Периферическую кровь нормально беременных женщин и беременных женщин с преэклампсией забирали из локтевой вены в пластиковые пробирки, содержащие гепарин (30 МЕ/мл). К пробам крови (объемом 50–100 мкл) добавляли люцигенин (конечная концентрация 30 мкМ). Спонтанное и индуцированное стандартными стимуляторами образование радикалов кислорода регистрировали на хемилюминометре «Биотокс»-7. Образование супероксид анионов ( $O_2^-$ ) регистрировали в непрерывном режиме и выражали в количестве импульсов в сек, а также оценивали по интегральным значениям хемилюминесценции (светосумма за 10 сек). Статистическая обработка результатов проводилась с применением программы Sigma Plot.

### **Результаты**

При физиологической беременности при длительной инкубации пробы крови происходит активация праймированных клеток с насыщением на 15–20 мин. Затем стимуляция образования радикалов кислорода носит монотонный характер и развивается с постоянной скоростью. Аналогичные данные получены и на образцах крови пациенток с ПЭ. Следует отметить, что наблюдается похожие формы кривых при ПЭ. Однако «спонтанное» образование радикалов кислорода праймированными фагоцитами крови в несколько раз выше при ПЭ. Кроме того, амплитуды генерации радикалов кислорода во вторую фазу достоверно выше в образцах крови при преэклампсии. На основании этих результатов предположено, что в основе преэклампсии лежит неадекватная (экстремальная) форма системного воспаления, проявляющаяся в чрезмерной генерации радикалов кислорода фагоцитами крови, которые не только повреждают клетки, в том числе матки и плаценты, но и участвуют в таких патологических процессах, как увеличение артериального давления и цитотоксического действия на почки, вызывающего альбуминурию.

### **Заключение**

В крови беременных женщин увеличено содержание преактивированных фагоцитов, о чем свидетельствует «спонтанное» образование радикалов кислорода в пробах крови. Предположено, что высокие уровни активных форм кислорода блокируют дефосфорилирование легких цепей миозина, что способствует спазму резистентных сосудов, ответственных за увеличение артериального давления при преэклампсии.



## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Хачатурян А.А., Мантрова Д.А., Ганичкина М.Б., Хачатрян З.В.

г. Москва

ФГБУ «НЦАГиП им. Академика В.И. Кулакова» Минздрава России

### Актуальность

Согласно современным представлениям, ЗРП оказывает влияние не только на внутриутробное состояние плода, но и на последующее развитие ребёнка, и во многом определяет уровень его здоровья на протяжении последующей жизни. Известно, что ЗРП ассоциирован с ростом заболеваемости новорожденных и имеет непосредственную связь с такими перинатальными осложнениями, как преждевременные роды, антенатальная гибель плода, смерть в неонатальном периоде, а также патологическими состояниями в старшем возрасте, как ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет II типа и др. Одним из самых часто встречающихся осложнений раннего неонатального периода у новорождённых с задержкой внутриутробного развития является врождённая инфекция. Расширение диагностических возможностей путем внедрения молекулярно-генетического исследования у данного контингента пациентов будет способствовать разработке эффективных методов профилактики и своевременного лечения.

### Цель

Определение полиморфизма генов цитокинов у беременных с задержкой роста плода и их новорождённых с последующей реализацией у них врождённой инфекции.

### Материалы и методы

Проведено проспективное обследование 196 пар «мать-новорождённый», выполненное в ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

Все пациентки были разделены на две группы. В I группу были включены 86 пациенток с ЗРП, во II – 110 пациенток без ЗРП. Был проведен стандартный набор обследований и молекулярно-генетическое исследование цельной и пуповинной крови матери и новорожденного. Получено письменное информированное согласие на включение в научное исследование. После родоразрешения, в зависимости от исхода беременности, пациентки I и II групп были разделены на подгруппы. В подгруппы 1А (n=50, ВУИ с ЗРП) и 2А (n=36, ВУИ без ЗРП) вошли пациентки с ВУИ у новорожденных, развившейся в раннем неонатальном периоде и подтвержденной при клинико-лабораторном обследовании. В подгруппы 1Б (n=36, ЗРП без ВУИ) и 2Б (n=74, без ЗРП и без ВУИ) – без реализации ВУИ у новорожденного. К легкой форме ВУИ относили гнойный конъюнктивит, везикулопустулез, к тяжелой – пневмонию, сепсис. Статистическая обработка полученных результатов была проведена на персональном компьютере при помощи программного пакета «SPSS Statistics



17.0 for Windows». Для определения статистической значимости различий применялись точный двухсторонний критерий Фишера и U-тест Манна-Уитни для несвязанных совокупностей. Отношение шансов (OR) приведено с 95% доверительным интервалом (CI).

### Результаты

Ранняя диагностика задержки роста плода очень важна для прогнозирования риска развития таких серьезных осложнений для новорожденного, как ретинопатия новорожденных и внутрижелудочковые кровотечения.

Факторами риска развития внутриутробной инфекции при ЗРП являются: наличие хронического пиелонефрита (24,2%, OR=6,4 (2,0–20,2),  $p=0,001$ ), хронического цистита (30,6%, OR=3,5 (1,0–11,8),  $p=0,04$ ) и самопроизвольных выкидышей в анамнезе (19,2%, OR=7,7 (2,2–27,3),  $p=0,0003$ ), многоводие (19,4%, OR=4,7 (1,2–18,1),  $p=0,02$ ) во время данной беременности.

Наличие генотипа А/А полиморфизма гена IL10: -592 А>С у ребенка ассоциируется с повышением вероятности ВУИ при задержке роста плода и хронической гипоксии во время беременности (OR=18.9 (1,7–215,2),  $p=0,031$ ).

### Заключение

Исследование позволяет использовать у беременных с ЗРП клинические предикторы для выявления группы высокого риска реализации ВУИ с последующим проведением генетического скрининга среди их новорождённых.

---

## ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Хворостухина Н.Ф., Салов И.А.

г. Саратов  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

### Актуальность

Сочетание беременности и острого панкреатита (ОП) осложняется в 58% наблюдений преждевременными родами (ПР), что непосредственно отражается на динамике показателей перинатальной смертности (ПС).

### Цель

Цель исследования: повышение эффективности лечебных мероприятий у беременных с ОП для снижения акушерских осложнений и перинатальных потерь.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 127 беременных с ОП, получавших лечение на базе ГУЗ «Саратовская ГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева» за период



с 1992 по 2014 гг. В основной группе (n=43) к общепринятому лечению ОП были дополнительно включены: дискретный плазмаферез (ПЛ) на 1 и 3 сутки от начала терапии, микронизированный прогестерон 200 мг в сутки, интравагинально (патент на изобретение № 2535108 от 08.10.2014 г.). В группе сравнения (n=84) назначалась стандартная терапия ОП. Контрольная группа (n=30) представлена здоровыми беременными. Обследование проводили в соответствии со стандартами, дополнительно исследовали параметры гемодинамики в маточных артериях, концентрации пролактина (ПР), эстрадиола (Э), дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС), прогестерона (П), кортизола (К), трофобластического бета-1-гликопротеина (ТБГ) и плацентоспецифического альфа-1-микроглобулина (ПАМГ-1) в сыворотке крови беременных. Статистическая обработка проведена с помощью программ «Excel MS Office Professional» и «Statistica 6.0».

### Результаты

Изучение гормонального фона показало достоверное возрастание ПР, К, ДЭАС (в 1,5 – 1,8 раза) при сочетании беременности и ОП на фоне снижения П, Э (в 1,3 раза) по отношению к контрольной группе. Снижение П и Э у беременных с ОП связано с нарушением синтеза гормонов в плаценте в виду формирования плацентарной недостаточности (ПН), что подтверждается разнонаправленными изменениями в синтезе ТБГ и ПАМГ-1 (снижением ТБГ – в 1,3 раза и увеличением ПАМГ-1 – в 1,9 раза). Кроме того, развитие ОП при беременности сопровождалось изменениями маточно-плацентарного кровотока: СДО увеличивалось в 1,3 раза, ПИ – в 1,4 раза и ИР – в 1,3 раза. В группе сравнения на 4–5-е сутки выявлено резкое снижение ПР (в 1,9 раза), на фоне увеличения общего К (в 2 раза) и ДЭАС (в 1,6–1,7 раза), что можно объяснить возрастанием фетальных кортикостероидов в условиях прогрессирования ПН и гипоксии плода. Дальнейшее повышение К и ДЭАС на 7–10-е сутки совпало со снижением П (в 1,6 раза) и увеличением Э (в 1,7 раза). Использование стандартных подходов при лечении беременных с ОП привело к формированию хронической ПН в 78,8% и осложнялось острой ПН в 21,2% наблюдений. Кроме того, в группе сравнения частота самопроизвольного выкидыша составила 11,9%, неразвивающейся беременности – 29,8%, ПР – 60,7%, что способствовало повышению ПС (до 281,3%) и удельному весу общих репродуктивных потерь (до 45,2%). Установлено, что дополнительное включение дискретного ПЛ и препаратов прогестерона способствуют коррекции гормональных, гемодинамических нарушений в системе «мать-плацента-плод», предотвращая прогрессирование ПН и негативные последствия для развития плода.

### Заключение

Применение разработанного способа позволяет сократить частоту угрожающего прерывания беременности при развитии ОП – в 3 раза; уменьшить число ПР – в 13 раз, а показатели ПС свести до нуля.



## РОЛЬ ВАЗОКОНСТРИКТОРОВ И ВАЗОДИЛАТАТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Хлестова Г.В., Романов А.Ю., Баев О.Р., Низяева Н.В., Колодько В.Г.,  
Иванец Т.Ю., Муллабаева С.М., Щеголев А.И.

г. Москва  
НЦАГиП имени В.И. Кулакова

### Актуальность

Развитие беременности нередко осложняется разнообразными патологическими процессами и заболеваниями как со стороны матери, так и со стороны плода. К одному из наиболее грозных можно отнести преэклампсию. Преэклампсия (ПЭ) – это мультисистемное патологическое состояние, развивающееся при беременности, клинические признаки которого манифестируют после 20-й недели гестации.

Повышение артериального давления является ведущим в генезе преэклампсии. Одной из наиболее значимых систем организма человека, отвечающей за повышение сосудистого тонуса и регуляцию артериального давления, является ренин – ангиотензиновая система. Известно, что Ang (1–8) обладает свойствами мощного вазоконстриктора, в то время как Ang (1–7) имеет вазодилатирующие свойства.

### Цель

исследования: изучить значение вазоконстриктора Ang (1–8) и вазодилатора Ang (1–7) и ренина в генезе преэклампсии.

### Материалы и методы

В основу работы положен анализ уровня ренина, Ang (1–8) и Ang (1–7) в образцах плазмы крови, полученной от 59 беременных, репродуктивного возраста, 32–39 недель гестации, из которых у 29 пациенток диагностирована ПЭ, 30 родильниц с физиологическим течением беременности составили группу контроля.

Определение маркеров проводили методом количественного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием наборов Renin (active) ELISA (IBL International GmbH, Германия), Angiotensin 1–7 (Ang1–7) (Cloud-Clone Corp., США), Human ANGI II EIA (RayBiotech, Inc., США).

Критерии включения пациенток в группу с ПЭ: повышение артериального давления выше 140/90 мм. рт. ст. и протеинурия более 0,3 г в сутки. Показаниями для операции кесарева сечения в группу контроля явились: рубец на матке после ранее выполненной операции, миопия тяжёлой степени, анатомически узкий таз. Критерии исключения для всех групп: тяжёлая экстрагенитальная патология, состояние после трансплантации внутренних органов, онкологические заболевания в анамнезе, сахарный диабет, тяжёлая патология плода, врождённые пороки развития плода. Статистическая обработка полученных данных проведена в пакете программ «Statistica for Windows v. 10». Различия оценивались как статистически значимые при  $p \leq 0,05$ .



### **Результаты**

В результате исследования было отмечено, что при ПЭ уровень экспрессии Ang (1–8) составил  $19,40 \pm 2,594$  пг/мл, а Ang (1–7)  $385,1 \pm 18,65$  пг/мл. В то же время при физиологически протекающей беременности Ang (1–8) показал значения  $14,74 \pm 1,877$  пг/мл, ( $p=0,0232$ ), а концентрация Ang (1–7) была  $390,7 \pm 13,86$  пг/мл, соответственно.

Уровень ренина в группе ПЭ по сравнению с физиологическим течением беременности не показал значимых отличий ( $p>0,05$ ).

### **Заключение**

Таким образом, повышение вазоконстрикторов и относительное снижение вазодилататоров при ПЭ может явиться важным патогенетическим звеном в генезе заболевания.

---

## **СПОСОБ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЯТРОГЕННЫХ РАЗРЫВОВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФЕТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Шнейдерман М.Г., Фатхудинов Т.Х., Костюков К.В., Арутюнян И.В., Шмаков Р.Г.**

г. Москва  
ФГБУ НЦАГиП Минздрава России

### **Актуальность**

Настоящее исследование направлено на решение проблемы ятрогенных разрывов околоплодных оболочек при фетоскопических внутриутробных вмешательствах, которые происходят от 6 до 45% случаев. Поскольку фетоскопический доступ связан с применением троакара и пункцией амниотического пузыря плода, то частые осложнения этой процедуры заключаются в преждевременном излитии амниотической жидкости и прерывании беременности.

### **Цель**

Разработка методики безопасной и эффективной герметизации плодных оболочек при фетоскопии, позволяющей уменьшить частоту ятрогенных осложнений при внутриутробных вмешательствах.

### **Материалы и методы**

В НЦАГиП им. В.И.Кулакова разработаны амниотический катетер, герметик и методика герметизации плодных оболочек. Тканевый герметик получают из компонентов крови матери и представляет собой плазму, обогащенную тромбоцитами (PRP), которую возможно вводить инъекционно в область дефекта плодного пузыря в виде геля. PRP и активатор дегрануляции тромбоцитов вводят последовательно в течении 30 секунд через сконструированный



амниотический катетер непосредственно в область дефекта, что обеспечивает эффективную герметизацию отверстия с внутренней и наружной поверхности плодных оболочек. Это позволяет безопасно удалить троакар и катетер из амниотической полости.

### **Результаты**

Разработанная методика апробирована в эксперименте *in vitro* на воспроизведенном троакаром дефекте эксплантата амниотической оболочки. Амниотический катетер проводили через троакар в полость «экспериментального амниотического пузыря» и с помощью раздувания баллончика округлой или полулунной формы на проксимальном конце устройства, прижимали его к плодным оболочкам обеспечивая локальное введение тканевого герметика. Методика обеспечивала герметичное закрытие дефекта, исключая вытекание амниотической жидкости. Инкубация герметизированного эксплантата амниотической оболочки при 37С в амниотической жидкости в течение суток продемонстрировала стабильность такой герметизации.

### **Заключение**

Разработанный амниотический катетер позволяет локально вводить отверждаемый тканевый герметик и обеспечивать закрытие ятрогенного дефекта плодных оболочек.

---

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО, СРЕДНЕГО И НИЗКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Шпилюк М.А., Баландина А.Н., Кольцова Е.М., Грищук К.И.,  
Безнощенко О.С., Пырегов А.В., Атауллаханов Ф.И., Иванец Т.Ю.,  
Шмаков Р.Г.**

г. Москва

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России; 2 ФНКЦ «ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Москва, Россия

### **Актуальность**

Актуальность. Известно, что при беременности система гемостаза претерпевает серьезные изменения и в целом гемостаз сдвигается в сторону гиперкоагуляции, что в норме не приводит к тромботическим нарушениям. Однако при наличии у женщин дополнительных факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), риск развития тромбоза многократно возрас-



тает. На сегодняшний день многие врачи пользуются для выделения групп риска развития тромбозомболических осложнений балльными шкалами, разработанными на основе больших клинических исследований. Самой распространенной шкалой для оценки риска у женщин в раннем послеродовом периоде является шкала RCOG Green-top Guidelines №37a. Однако эта шкала учитывает только анамнестические данные, но не показатели системы гемостаза.

### **Цель**

Целью данного исследования явилось провести сравнительную оценку показателей гемостаза в дородовом и послеродовом периодах, у женщин родоразрешенных путем операции кесарева сечения в группах высокого, среднего и низкого риска ВТЭО.

### **Материалы и методы**

Материалы и методы. В исследование было включено 203 беременных женщины (возраст 21– 45 лет, медиана 32 года), для которых были проведены анализы системы гемостаза (тромбодинамика, тромбоэластометрия, активированное частичное протромбиновое время (АЧТВ), протромбин по Квику, концентрация фибриногена и D-димеров) в 4 точках: непосредственно до кесарева сечения (1), через 3–5 часов (2), на 2 (3) и 4 (4) суток после операции кесарева сечения. Для всех женщин, участвовавших в исследовании, была проведена оценка риска ВТЭО согласно шкале RCOG Green-top Guidelines №37a. Степень риска развития ВТЭО определяли по сумме баллов. Так к группе низкого риска развития ВТЭО были отнесены 120 женщин, 46 были включены в группу умеренного риска и 37 – высокого и очень высокого риска.

### **Результаты**

Результаты. Никаких значимых различий в показателях тестов гемостаза до начала кесарева сечения между группами низкого, умеренного и высокого риска развития ВТЭО не было обнаружено. Аналогичные расчеты были произведены для точек 2, 3 и 4 и также не показали связи между тестами гемостаза и шкалой риска ВТЭО.

### **Заключение**

Таким образом, оценка степени риска развития ВТЭО у женщин в послеродовом периоде, полученная из анализа анамнестических данных и лабораторные анализы системы гемостаза, в целом дают различную картину состояния пациенток. То есть лабораторные тесты гемостаза могут нести дополнительную, не дублирующую, информацию о состоянии гемостаза конкретной пациентки.



## АДАПТАЦИОННО-РЕГУЛЯТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С ДОНОРСТВОМ ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ

Югина А.А., Абушкевич В.Г., Пенжоян Г.А.

г. Краснодар  
МБУЗ ГКБ №3

### Актуальность

Для обеспечения любой функции живого организма необходимы регуляторные механизмы. Для интегральной оценки регуляторно-адаптивного статуса человека может быть применена проба сердечно-дыхательного синхронизма, предложенная В.М. Покровским, широко применяемая для объективной интегральной оценки регуляторно-адаптивных возможностей в акушерстве и гинекологии.

### Цель

Оценить особенности регуляторно-адаптивных возможностей организма у беременных в I-II триместрах на основании пробы сердечно-дыхательного синхронизма.

### Материалы и методы

В проводимом исследовании женщины были распределены на три клинические группы. В основную группу были включены женщины с прогрессирующей беременностью после донорства ооцитов и эмбрионов (n=32). В группу сравнения – женщины с прогрессирующей беременностью после ЭКО без донорских программ (n=53). Группа контроля (n=50) была сформирована с включением условно здоровых женщин со спонтанно наступившей беременностью в естественном менструальном цикле. Проводилось общеклиническое обследование согласно Приказа Минздрава России от 12 ноября 2012г. № 572н, Федеральным клиническим рекомендациям «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения (протокол лечения)» от 16 мая 2016. Интегральная оценка регуляторно-адаптивного статуса беременной производилась на основании проведения пробы СДС. Проба выполнялась во II триместре беременности после получения информированного согласия женщины при отсутствии признаков субкомпенсации акушерской или экстрагенитальной патологии. Индекс регуляторно-адаптивного статуса определялся на основании следующих расчетов:  $ИРАС = ДС/ДлРмин.гр. \times 100$ , где ДС – диапазон синхронизации, ДлРмин. гр – длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона. Референтные значения ИАРС: при ИРАС более 100 – регуляторно-адаптивные возможности организма высокие, при 50–99 – хорошие, при 25–49 – удовлетворительные, при 10–24 – низкие, при менее 9 – неудовлетворительные.



### Результаты

Выяснилось, что ни у одной женщины индекс регуляторно-адаптивных возможностей организма не был менее 9. У женщин группы контроля, в отличие от женщин с ВРТ, ИАРС был расценен только в двух вариантах – «высокий» у 24% женщин и как «хороший» у 76% женщин.

У женщин I группы показатель ИАРС в диапазоне «хороший» был выявлен у 56% женщин, что было сопоставимо не только с III группой, но и со II группой 42%. ИАРС в диапазоне «удовлетворительно» был выявлен у 25% женщин, что было так же сопоставимо с результатами женщин II группы 32%. ИАРС в диапазоне «низкий» был выявлен только у женщин II группы в 4%.

Таким образом проба СДС выявила достоверные отличия в уровне ИАРС организма женщин II группы, которые в 4% были расценены, как низкие.

Во II триместре беременности были выявлены значительные изменения.

Так, выявлено достоверное уменьшение доли женщин с ИАРС в диапазоне более 100 в I группе (31%→9%,  $t=2.26$ ), во II группе (23%→4%,  $t=2.99$ ).

У женщин III группы достоверно увеличилось число женщин с диапазоном ИАРС 25–49 (0%→16%,  $t=3.09$ ).

Так же только у женщин II группы выявлены показатели ИАРС в диапазоне 10–24, отмечено достоверное увеличение доли женщин с подобными показателями (4%→15%,  $t=2.03$ ).

### Заключение

Применение пробы СДС позволяет объективно оценить интегральные регуляторно-адаптивные возможности организма. Согласно настоящего исследования было установлено, что ИАРС у женщин с донорством ооцитов и эмбрионов может не только не уступать, а превосходить значения у женщин с ЭКО без донорства яйцеклеток.

---

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ДОНОРСТВА ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ

Югина А.А., Новикова В.А., Хачак С.Н., Захарова Е.С., Мушенко О.В., Пенжоян Г.А.

г. Краснодар  
МБУЗ ГКБ №3

### Актуальность

Современные методы ВРТ имеют в своём арсенале использовать донорские программы. Появился термин – «third party reproduction» – репродукция с привлечением третьих лиц, которая помимо донорства гамет предполагает и суррогатное материнство.



## Цель

Оценить особенности течения беременности у женщин после донорства ооцитов и эмбрионов

## Материалы и методы

Проведено проспективное когортно-рандомизированное исследование по диагностике осложнений гестации в I-II триместрах беременности у женщин с донорством ооцитов и эмбрионов (ДО и Э). В I группу включены женщины с прогрессирующей беременностью после ДО и Э (n=32). Во II группу – женщины с прогрессирующей беременностью после ЭКО без ДО и Э (n=53). В III группу (n=50) условно здоровые женщины со спонтанно наступившей беременностью в естественном менструальном цикле.

## Результаты

Средний возраст женщин I группы составил  $32,34 \pm 3,92$  лет, II группы –  $32,89 \pm 5,19$  года ( $p > 0,05$ ). Возраст женщин I-II групп был выше, чем в III группе –  $32,58 \pm 4,65$  vs.  $25,20 \pm 2,09$  ( $p < 0,05$ ). Возраст донора яйцеклетки составил  $29,41 \pm 3,52$  год, что выше, чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ), но меньше, чем у женщин I группы ( $p < 0,05$ ). У женщин I группы частота первичного бесплодия была выше (72%,  $p < 0,05$ ), чем у женщин II группы (34%), количество попыток ЭКО было сопоставимо:  $2,74 \pm 0,3$  vs.  $2,22 \pm 0,27$ . В прекоцепционном периоде у женщин I-II групп в абсолютном числе случаев назначались гестагены, эстрогены, антитромбоцитарные дезагреганты, фолиевая кислота. В 25% у женщин с ВРТ назначались низкомолекулярные гепарины. В I триместре беременности у женщин I и II групп, в отличие от женщин III группы частота начавшегося самопроизвольного выкидыша, отслойки хориона, синдрома гиперстимуляции яичников лёгкой степени были сопоставимы как число потребовавшихся госпитализаций  $1,62 \pm 0,1$  vs.  $1,74 \pm 0,14$  дней ( $p > 0,05$ ). Во II триместре беременности угрожающий выкидыш диагностирован у всех женщин I-II групп, начавшийся выкидыш у 28% женщин I группы и 23% женщин II группы ( $p > 0,05$ ). ИЦН выявлена у 40% женщин II группы ( $p < 0,05$ ), и 6% в I группе. У женщин I группы коррекция ИЦН была эффективно произведена с использованием акушерского пессария. Во II группе у 19% был применен пессарий, у 21% накладывались швы на шейку матки. Срок беременности при диагностике ИЦН во II группе составил  $20,44 \pm 0,72$  недель (vs.  $17,5 \pm 2,5$  недель в I группе). В III триместре УЗИ-признаки хронической плацентарной недостаточности были у 38% женщин в I группе и 57% (женщин во II группе). Преэклампсия с ранним началом (6%) и тяжелым течением (10%) осложнила беременность только у женщин II группы. Через естественные родовые пути были родоразрешены все женщины III группы, 72% женщин I группы и 61% II группы. Достоверного отличия в продолжительности периодов родов, объёме кровопотери, особенностях послеродового периода не было. Для женщин I группы основным показанием к кесареву сечению явились маркеры хронической гипоксии плода при наличии маловодия в 22%, в 6% – настойчивое желание женщины с учётом её возраста, предстоящих первых родов при беременности с ДО и Э. В отличие



от женщин II группы, таких показаний, как косое положение плода, ПОНРП, предлежание плаценты, тяжелое течение преэклампсии, ПРПО, – не было.

### **Заключение**

При индивидуальной преконцепционной подготовке, своевременной диагностике осложнений гестации и их коррекции течение беременности у женщин с донорством ооцитов и эмбрионов может не отличаться от женщин с ЭКО без донорства яйцеклеток и от женщин с физиологически наступившей беременностью.

## **СПЕКТР МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТДЕЛЯЕМОГО ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ**

**Любасовская Л.А., Дубоделов Д.В., Родченко Ю.В., Муравьева В.В., Гордеев А.Б., Мелкумян А.Р., Кондрахин А.П., Карапетян Т.Э., Николаева Н.В., Шмаков Р.Г., Припутневич Т.В.**

ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия  
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

### **Цель**

Определить чувствительность этиологически значимых в акушерстве и гинекологии микроорганизмов к бета-лактамным антибиотикам, линкозамидам и макролидам.

### **Материалы и методы**

Проанализированы результаты определения чувствительности за 2016 год 1379 штаммов микроорганизмов (энтерококков, энтеробактерий, *Streptococcus agalactiae* (СГВ) и *Staphylococcus aureus*), полученных из отделяемого половых органов женщин акушерско-гинекологического стационара. Чувствительность определяли диско-диффузионным методом и на автоматическом бактериологическом анализаторе Vitec2compact.

### **Результаты**

Среди энтерококков абсолютно доминировал вид *E. faecalis*, сохраняющий 100% чувствительность к ампициллину, при этом крайне низкой (97% устойчивых изолятов) оказалась чувствительность к клиндамицину. Среди энтеробактерий доминирует *E. coli* – 73%, реже выделяли *Klebsiella spp.* – 16,5% (преоб-



ладает вид *K.pneumoniae*), *Proteus* spp. – 5% (*P.mirabilis*, *P.vulgaris*, *M.morganii*), *Enterobacter* spp. – 4,5% (*E. cloacae*). Устойчивость энтеробактерий к цефалоспорином III–IV поколения составила 17,7% (включая продуценты БЛРС), к защищенным пенициллинам (амоксциллин/клавуланат) – 26,4%, к аминогликозидам (гентамицин) – 8,5%. Среди СГВ, устойчивых к пенициллинам изолятов не обнаружено, высеваемость клиндамицин-устойчивых изолятов 26%, эритромицин-устойчивых – 17%. Среди *S.aureus*, метициллин-резистентных – 9%, устойчивых к клиндамицину изолятов не обнаружено.

### **Выводы**

Для терапии инфекций, вызванных энтеробактериями в акушерстве и гинекологии цефалоспорины III–IV поколения и защищенные пенициллины могут быть не эффективны в четверти случаев комбинация их с аминогликозидами может расширить спектр чувствительности. При лечении инфекций, вызванных грамположительными кокками, пенициллины остаются препаратами выбора. Клиндамицин имеет высокую активность только в отношении *S.aureus*, лечение и профилактика СГВ инфекций требует предварительного тестирования на чувствительность, а лечение инфекций, вызванных *E.faecalis*, клиндамицином не целесообразно.

---

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПРЕГРАВИДАРНУЮ ПОДГОТОВКУ И ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ УТРОЖЕСТАН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРИСТАН)**

**Манухин И.Б.**

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

### **Актуальность**

Несмотря на успехи современной медицины в лечении невынашивания беременности, привычный выкидыш продолжает оставаться серьезной социальной проблемой. Установлено, что риск повторной потери беременности после первого выкидыша составляет 13–17% (соответствует частоте спорадического выкидыша в популяции), тогда как после 2 предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38%. Многие специалисты, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время считают, что при 2 последова-



тельных выкидышах следует отнести супружескую пару к категории привычного невынашивания беременности с последующим обязательным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности. Наиболее значима прогестероновая поддержка в период прегравидарной подготовки. Рутинный прием прогестерона во вторую фазу менструального цикла до наступления беременности и на протяжении беременности после зачатия рекомендуется всем женщинам с привычным выкидышем. Данный вопрос является одним из наиболее обсуждаемым в научном мире и представляет собой огромный научный и клинический интерес.

### Цель

Оценить течение первой половины беременности (до 22 недель 0 дней) на фоне применения препарата Утрожестан у женщин с привычным выкидышем, получавших и не получавших прегравидарную подготовку препаратом Утрожестан

### Материалы и методы

В промежуточный анализ были включены данные 345 (из 800 запланированных) женщин с диагнозом привычный выкидыш (2 и более последовательных прерываний беременности в анамнезе). Из них 150 (группа 1) получали прегравидарную подготовку препаратом Утрожестан до зачатия в лютеиновой фазе менструального цикла и в течение беременности, 195 беременных (группа 2) начали прием препарата Утрожестан только после клинического подтверждения наступления беременности. Все женщины наблюдались до 22 недель 0 дней беременности. В ходе исследования оценивалось течение текущей беременности: применение дополнительных лекарственных средств, наличие осложнений, госпитализации, а также их продолжительность. Все выполняемые медицинские исследования и процедуры являлись рутинными в установленной клинической практике. Статистический анализ данных выполнялся с использованием программы IBM SPSS 23.

### Результаты

Средний возраст женщин в обеих группах составил  $30,7 \pm 0,2$  лет ( $p > 0,05$ ). При проведении анализа данных методами описательной статистики было выявлено, что пациентки группы 2 имели большую массу тела, а также существенно больше вредных привычек (курение) и меньший материальный доход по сравнению с группой 1 ( $p < 0,05$ ). Кроме этого пациентки 2 группы существенно реже проходили медико-лабораторное и генетическое обследование на выявление возможных причин привычного невынашивания ( $p < 0,05$ ). Таким образом, отсутствие прегравидарной подготовки микронизированным прогестероном у женщин с привычным невынашиванием беременности можно связать с более низким социально-экономическим статусом, а также меньшей заинтересованностью в текущей беременности по сравнению с пациентками группы 1. Основным критерием эффективности проводимой терапии являлось пролонгирование текущей беременности до срока 22 недель 0 дней. В группе 1 (прошедших прегравидарную подготовку препаратом Утрожестан) частота



прерываний беременности составила 4,7%, тогда как в группе 2 (начавших прием Утрожестана только после клинического подтверждения наступления беременности) – 9,2% ( $p=0,106$ ). Продолжение данного исследования до включения всех запланированных 800 пациентов позволит с высокой достоверной точностью оценить эффективность проводимой терапии на прегравидарном этапе. Однако, на данный момент отмечается тренд снижения количества прерываний беременности в группе с проведенной прегравидарной подготовкой препаратом Утрожестан.

### **Заключение**

Промежуточные результаты проводимого исследования Тристан свидетельствуют о тенденции к улучшению течения гестации у пациенток с привычным невынашиванием беременности, прошедших прегравидарную подготовку препаратом Утрожестан. Для получения данных большей статистической достоверности необходимо дальнейшее продолжение данного исследования.



## Раздел 4

# Онкогинекология

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Аветян Л.Т.<sup>1</sup>, Шестакова О.В.<sup>1</sup>, Тетелютин Ф.К.<sup>2</sup>

г. Ижевск  
Аспирант

### Актуальность

В настоящее время рак шейки матки занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире. Ежегодно регистрируется около 500 тысяч случаев рака шейки матки. Следует указать, что рак шейки матки занимает первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. На сегодняшний день рак шейки матки зарегистрирован у каждой второй женщины моложе 35 лет. Поэтому своевременная диагностика и лечение предраковых заболеваний шейки матки является важнейшей задачей акушер-гинеколога на амбулаторном этапе.

### Цель

Целью настоящего исследования явился анализ ведения женщин с диспластическими процессами шейки матки в амбулаторных условиях.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 156 амбулаторных карт пациенток, у которых выявлены дисплазии шейки матки разных степеней выраженности в возрасте от 20 до 81 года, за период с 2014–2016 гг.

### Результаты

Средний возраст женщин с диагностированной дисплазией составил 30+4,7 лет. Обращает на себя внимание высокое число 51 (69,8%) женщин активного репродуктивного возраста. Клинически у 63 женщин (86,3%) визуально шейка матки была интактна. По социальному положению преобладало число служащих – 44 (60,2%), неработающих – 29 (39,8%), из них пенсионеров – 8 (27,5%).



Средний возраст наступления менархе  $12,3 \pm 1,2$  года, поздняя менархе выявлено у 3 (4,1%). Следует отметить, что каждая вторая женщина 39 (53,4%), начала половую жизнь в подростковом возрасте до 18 лет. Обращает внимание высокое число половых партнеров от 3 до 10 у 29 (39,7%) женщин. Анализ гендерной функции показал, что на одну женщину приходилось  $5,3 + 1,2$  беременностей, из них на роды –  $2,1 + 0,7$ ; аборт –  $3,2 + 0,9$ . Контрацепцию использовали 45 (61,6%) женщин, из них каждая вторая использовала «прерванный» половой акт, каждая третья – барьерные методы контрацепции. Среди гинекологических заболеваний преобладают сальпингофориты, у каждой второй диагностирована миома матки, у каждой третьей – эрозия шейки матки, у каждой пятой – вагинит. Обследование на ИППП было проведено у 51 (69,8%) женщины, из них только каждая вторая обследована на все типы ВПЧ. Каждая пятая женщина обследована на ИППП методом ПЦР. Следует отметить, что у каждой второй диагностирована CIN II, у каждой третьей CIN I и CIN II в равной пропорции. Кольпоскопия проведена всем женщинам с выявленной дисплазией шейки матки. Обращает на себя внимание высокое число плоскоклеточного интраэпителиального поражения высокой степени выраженности у 27 (36,9%), плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени выраженности – у 22 (30,1%), кольпоскопия без атипичных кольпоскопических картин – у 24 (33%) женщин. Проведено гистологическое обследование биоптата шейки матки у 51 (37,2%) женщинам, тк у них диагностировано сочетание цитологических заключений CIN II, CIN III с аномальными кольпоскопическими картинами. Всем женщинам проведена противовоспалительная терапия, направленную на тот возбудитель, который был выявлен у каждой женщины. Диатермоэлектроэксцизия шейки матки проведена – 2 (2,7%), лазерная вапоризация – 4 (5,4%), РВ эксцизия – 1 (1,3%) женщинам.

### Заключение

Дисплазия шейки матки независимо от степени выраженности является предраковым заболеванием и индекс малигнизации может достигать 50%, поэтому своевременные профилактические осмотры женщин – это профилактика рака шейки матки.



## МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «БЕЛАЯ РОЗА» – ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Черниченко И.И., Геращенко Я.Л., Миронова А.В.

г. Санкт-Петербург

### Актуальность

Увеличивающаяся частота выявления онкологических заболеваний во всем мире и, в том числе, репродуктивных органов, обусловили необходимость обращения более пристального внимания на их раннюю диагностику.

За последнее 3 года уже в двенадцати городах Российской Федерации (Санкт-Петербург, Москва, Архангельск, Северодвинск, Оренбург, Кемерово, Благовещенск, Владивосток, Южно-Сахалинск, Якутск, Мурманск, Уфа) работают 15 медицинских центров женского здоровья «Белая роза», специализирующиеся на раннем выявлении онкологических заболеваний репродуктивных органов у женщин. История создания благотворительных медицинских учреждений женского здоровья «Белая роза» очень интересна. Учреждения организованы по типу подобного рода заведения в Греции. Так, на полуострове Халкидики в городе Ормилия, рядом с монастырём Симонапетра, уже более 27 лет успешно работает Центр духовной и социальной помощи «Ормилия». Основная медицинская забота «Ормилии» – выявление онкологических заболеваний молочных желёз и шейки матки – самых распространённых женских онкологических заболеваний. Опыт «Ормилии» решено было воплотить в 2011 г., создав первое подобное заведение в России – медицинское учреждение «Белая роза» в Санкт-Петербурге.

### Цель

Главная задача медицинских учреждений «Белая роза» – сделать обследование доступным и не занимающим много времени. Женщина посещает медицинское учреждение два раза. Первичный приём включает посещение гинеколога (с выполнением кольпоскопии, забором мазков на онкоцитологию, забором крови на онкомаркёры), посещение онколога-маммолога, выполнение маммографии и УЗИ молочных желёз и органов малого таза, а также другие дополнительные обследования по показаниям. Повторное посещение включает УЗИ (если не выполнено во время первого посещения), повторные приёмы маммолога и гинеколога.

### Материалы и методы

Неоспоримым доказательством необходимости создания учреждений подобного типа является опыт работы медицинского учреждения «Белая роза» в Санкт-Петербурге, который функционирует уже более 5 лет. Так, за период существования данного учреждения было обследовано более 120 000 женщин



(11 931 – в 2012 г., 16 866 – в 2013 г., 22 416 – в 2014 г. и 26101 – в 2015 г. и 41675 – в 2016 г.).

За период работы медицинского учреждения «Белая роза» (Санкт-Петербург) диагностировано 786 онкологических заболевания молочных желёз (210 – в 2012 г., 118 – в 2013 г., 227 – в 2014 г. и 121 – в 2015 г. и 110 – в 2016 г.) и 353 онкологических гинекологических заболевания (82 – в 2012 г., 65 – в 2013 г., 49 – в 2014 г. и 78 – в 2015 г. и 79 – в 2016 г.). Все женщины своевременно направлены для дальнейшего лечения в профильные медицинские учреждения страны.

### **Результаты**

Кроме того, следует отметить, что у более чем 60% обследованных женщин в Медицинском учреждении «Белая роза», помимо выявления онкологической патологии, диагностирована различная «фоновая» патология в связи с чем они своевременно направлены на лечение или выделены в группы риска для дальнейшего наблюдения.

### **Заключение**

Таким образом, эффективность Медицинского учреждения «Белая роза» (Санкт-Петербург) определяет реалии выявления злокачественных образований репродуктивных органов у женщин Российской Федерации и свидетельствует о целесообразности их создания. Следовательно, полученные результаты свидетельствуют о том, что существует потребность оздания подобных медицинских учреждений в системе государственного здравоохранения России.



## Раздел 5

# Общественное здравоохранение

---

### МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Исакова П.В.**

г. Грозный  
Министерство здравоохранения Чеченской Республики

#### **Актуальность**

Совершенствование методов укрепления здоровья детей и женщины-матери является одной из наиболее актуальных и социально значимых проблем современной системы здравоохранения, основным направлением социальной политики любого государства, в том числе и Российской Федерации (РФ). Именно эти группы населения представляют собой репродуктивный и трудовой потенциал, определяющий в будущем уровень благосостояния общества. Младенческая смертность, по рекомендациям ВОЗ, является индикатором социального благополучия, санитарных условий, эффективности профилактической службы в отношении женщин репродуктивного возраста и новорожденных, уровня развития здравоохранения общества. В настоящее время в мире ежегодно около восьми миллионов новорожденных детей умирают от предотвратимых причин, и более трехсот тысяч женщин погибают от осложнений беременности и родов.

#### **Цель**

Обзор литературных источников по распространенности, структуре и анализу факторов риска младенческой смертности в Российской Федерации и мире.

#### **Материалы и методы**

Поиск литературных источников проводился в электронных медицинских базах Pubmed, Scopus, Ebscohost, Medline, КиберЛенинка, Google Academy,



eLIBRARY.RU, системе «Research Gate». Глубина поиска составила 15 лет: с 2001 по 2016 годы.

### **Результаты**

Проведен обзор литературных источников по распространенности, структуре и анализу факторов риска младенческой смертности в Российской Федерации и мире. Дана оценка демографической ситуации, региональных закономерностей и особенностей формирования младенческой смертности в Российской Федерации. Проведен анализ факторов, влияющих на показатели младенческой смертности.

### **Заключение**

Младенческую смертность можно считать показателем, характеризующим состояние здоровья и социальные условия жизни общества в целом. Литературные данные свидетельствуют о тенденции к снижению смертности детей первого года жизни в РФ на протяжении последних двух десятилетий (в 2015 году коэффициент достиг уровня европейских стран), однако проблема до настоящего времени остается актуальной в связи с ее высокой социальной и экономической значимостью.

Учитывая, что младенческая смертность в России характеризуется существенными региональными различиями, связанными с климатическими, географическими особенностями территорий, удаленностью от перинатальных центров, социально-экономическими условиями, наличием экологических факторов риска, этническими и культурными особенностями образа жизни населения, необходимо совершенствовать систему обеспечения этапного оказания медицинской помощи беременным женщинам, в период родов и новорожденным на всех территориях страны. Повышение доступности медицинской помощи возможно на основе развития дистанционного консультирования и мониторинга беременных женщин, организации выездных акушерских бригад с включением анестезиологов-реаниматоров, обязательного внедрения в практическую деятельность клинических протоколов и клинических рекомендаций.

Формирование и реализация эффективных методов контроля состояния здоровья детей первого года жизни, разработка и внедрение современных технологий реанимации и интенсивной терапии новорожденных, совершенствование системы медицинского патронажа детей первого года жизни являются основными направлениями организационной работы по снижению показателей младенческой смертности и решению демографических проблем в стране на современном этапе.



## СТРУКТУРА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Исакова П.В.**

г. Грозный

Министерство здравоохранения Чеченской Республики

### **Актуальность**

Модернизация отечественной системы здравоохранения, нацеленная на повышение качества и доступности медицинской помощи населению и особенно улучшению качества охраны здоровья матери и ребенка, потребовала пересмотра критериев оценки качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений, проведения углубленного анализа причин материнской и младенческой смертности, что повлекло за собой внедрение новых региональных организационно-функциональных моделей медицинской помощи населению.

### **Цель**

Научно-методическое обоснование разработки и внедрения мероприятий по организационно-правовому обеспечению снижения показателя младенческой смертности в Чеченской Республике посредством повышения качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям первого года жизни.

### **Материалы и методы**

В процессе настоящего исследования одним из важнейших показателей состояния здоровья и уровня жизни населения Чеченской республики был определен показатель младенческой смертности.

Младенческая смертность (смертность среди детей младше одного года) рассматривалась также как один из ключевых показателей качества функционирования системы здравоохранения в республике.

### **Результаты**

Было установлено, что за анализируемый период 2007–2015гг в структуре показателя младенческой смертности в Чеченской Республике превалировала доля ранней неонатальной смертности, которая составила в 2007 г. 57,06%, в 2010 увеличилась в 1,13 раз и составила 64,24%, в 2012 г. существенно не изменилась и составила 64,02%, в 2015 г показатель доли ранней неонатальной смертности снизился и составил 53,58%. Данный факт и обусловил в большей степени снижение в 2015 году младенческой смертности в целом по региону.

Наряду с этим, удельный вес постнеонатальной смертности в структуре младенческой смертности снизился в 2,3 раза в 2012 году до 15,98% с уровня 2007 г -37,06%. Однако, в 2015 г доля умерших детей от 28 дней до 1 года увеличилась до 29,16%.



### Заключение

Стратегически важным выводом является тот факт, что наибольшее число умерших младенцев сгруппировалось в колонке ранней неонатальной смертности, сохраняя и увеличивая долю более чем на 60% на весь период 2007–2015 годов и связанное с этим влияние перинатальных факторов на жизнеспособность младенцев. Данный вывод свидетельствует о необходимости принятия управленческих и организационных решений именно в период беременности, усилив контроль за качеством и своевременностью исполнения федерального протокола за ведением женщин в период беременности. Также приоритетным в снижении показателя младенческой смертности является повышение качества, доступности оказываемой медицинской помощи в родильных отделениях, отделениях реанимации новорожденных. Особенности и проблемы, имеющиеся в службе родовспоможения и детства системы здравоохранения Чеченской Республики, усложнили решение указанных выше двух основных задач и потребовали мноуровневого взаимодействия различных структур власти – медицинских работников, представителей муниципальных органов власти и религиозных представителей.

---

## ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Мокрушина О.Г., Разумовский А.Ю., Юдина Е.В., Левитская М.В.

г. Москва

РНМУ им. Н.И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова

### Актуальность

Улучшение лечения детей с врожденными пороками развития возможно при взаимодействии всех звеньев перинатальной медицины. Наиболее значимыми из них являются: антенатальная диагностика, постнатальная верификация порока, выбор наиболее оптимальных методов и сроков хирургической коррекции порока, послеоперационная реабилитация и специализированное наблюдение за пациентом.

### Цель

улучшение качества антенатальной диагностики при выявлении аномалий развития у плода. Проведен анализ обследования и консультаций 2926 беременных женщин с выявленными аномалиями развития у плода, обратившихся в ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова за период с 2010 по 2016г.

### Материалы и методы

Проанализировав результаты обследования, мы получили следующие результаты: всего проведено 3091 консультации, первичная консультация проведена 2926 беременной женщине, повторная консультация потребова-



лась в 676 случаях (21,9%). В 1492 случае (51%) консультации выполнены при совместном консультировании врача-эксперта УЗИ диагностики и детского хирурга. Средний гестационный срок при обращении составил  $26,32 \pm 3,95$  (min 12,5; max 39,4) недели. В то время, как сроки выявления врожденных пороков развития у плода составили  $22,05 \pm 4,50$  (min 12,3 max 36,8). Следует отметить, что только 32% беременных обратились на консультацию до 22 недели гестации.

## Результаты

В результате первичной консультации у 3% плодов выявлены пороки развития, не подлежащие хирургическому лечению. У 7% плодов уже при первичной консультации исключены хирургические аномалии. У 3% процентов плодов мы принципиально изменили диагноз при первичной консультации. У 39% плодов выявлены пороки, которые в постнатальном периоде могут привести к развитию жизнеугрожаемого состояния. Сюда относятся пороки передней брюшной стенки: гастрошизис и омфалоцеле, кишечная непроходимость, пороки легких, сопровождающиеся признаками внутри грудного напряжения и дыхательной недостаточности, диафрагмальная грыжа, атрезия пищевода, двухсторонние обструктивное поражение почек, инфравезикальная обструкция, тератома крестцово-копчиковой области, гемангиомы и лимфангиомы больших размеров или нарушающие функцию жизненно важных органов. У остальных 48% плодов выявленная патология не являлась показанием для экстренного перевода в специализированное учреждение, поскольку не влияла на общее состояние новорожденного в постнатальном периоде. Не во всех случаях первичная консультация является завершающим этапом диагностики и прогнозированием постнатального состояния будущего ребенка. Такое наблюдение необходимо при сомнительных признаках порока, а так же при некоторых аномалиях, имеющих тенденцию к изменению в процессе роста плода, или при выявлении поздних фетопатий.

## Заключение

Наибольшей проблемой при проведении дородовой консультации является то обстоятельство, что наш пациент – плод, хирург консультирует результаты УЗИ, а не пациента. Поэтому качество пренатальной УЗИ диагностики определяет качество пренатального консультирования, которое, в свою очередь, влияет на формирование диагноза, тактики ведения беременности, родоразрешения и постнатального состояния. Разработанная и внедренная в клинике модель пренатального консультирования позволяет с большой долей вероятности прогнозировать: возможность проведения хирургической коррекции выявленного порока, постнатальное состояние ребенка, сроки выполнения оперативного вмешательства, качество жизни и социальную адаптацию ребенка в обществе.



## РАЗРАБОТКА И ВАЛИДАЦИЯ ОПРОСНИКА ИЗУЧЕНИЯ ОЖИДАНИЙ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТЕЛЬНО УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Письменная Т.В., Шувалова М.П., Буняева Е.С.

г. Москва

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика  
В.И. Кулакова» Минздрава России

### Актуальность

Пациент-ориентированность медицинских организаций приобретает первостепенное значение в современном здравоохранении и нуждается в методической оценке на регулярной основе. Своевременная адаптация сервиса к нуждам своих потребителей и ведение мониторинга пациент-ориентированности учреждений родовспоможения может способствовать конкурентному преимуществу на рынке медицинских услуг.

### Цель

Разработка и валидация опросника изучения ожиданий беременных относительно условий пребывания в акушерском стационаре.

### Материалы и методы

Опросник предназначен для последующей комплексной оценки пациент-ориентированности учреждений родовспоможения. В наблюдательном исследовании, которое проводилось в акушерском стационаре, на первом этапе участвовало 400 респондентов с целью определения ключевых предпочтений (медиана возраста – 31 год, интерквартильный интервал – 28–35 лет, диапазон – 25–45 лет).

На втором этапе был разработан общий дизайн анкеты на основании сведений, полученных на первом этапе, и литературных данных. Основная часть опросника состояла из вопросов, охватывающих основные компоненты пациент-ориентированности медицинской среды: уважение человеческого достоинства, конфиденциальность, приватность, эмпатия и компетентность медицинского персонала, незамедлительность оказания медицинских услуг, информирование, комфортабельность, возможность выбора и участия в принятии решений. На данном этапе проводилось интервьюирование пациентов, а также сбор экспертного мнения специалистов в области акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии-реаниматологии и организации здравоохранения и общественного здоровья для определения содержательной достоверности контента. На третьем этапе было проведено пилотное анонимное анкетирование. В основной части опросника респонденты оценивали свои будущие ожидания от пребывания в данной медицинской организации в баллах от 1 (минимальный) до 5 (максимальный). Во второй части оценивалась личная значимость перечисленных в первой части аспектов организации



медицинской помощи в баллах от 1 до 5. В заключительной части опросника была дана медико-социальная характеристика респондентов.

Вся полученная информация являлась полностью конфиденциальной и собиралась после получения устного информированного добровольного согласия пациентки.

### **Результаты**

Опросник был понятен респондентам, так как вопросы были короткими и простыми в формулировках, а также прошли смысловую адаптацию. Среднее время заполнения опросника составило 9 минут.

На основании 60 анкет (медиана возраста – 30 лет, интерквартильный интервал – 28–34 года, диапазон – 23–41 лет) была выполнена корректировка вопросов с учётом комментариев каждого респондента. Вопрос считался валидным, если по нему не было замечаний в отношении формулировки, и он не вызывал затруднения при ответе.

В результате 8 вопросов были исключены, 8 – изменены в формулировках и 35 – без изменений вошли в итоговую версию опросника.

При изучении надёжности опросника методом оценки внутреннего постоянства выделенных групп аспектов пребывания получены значения  $\alpha$ -коэффициента Кронбаха  $> 0,8$ , что характеризует удовлетворительную надёжность инструмента.

### **Заключение**

Разработанная версия опросника содержит 43 вопроса и является валидным и надёжным инструментом оценки ожиданий беременных от пребывания в акушерском стационаре.



## Раздел 6

# Неонатология и педиатрия

### РАННЯЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

**Бокерия Е.Л., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Никифоров Д.В.,  
Беришвили Д.О.**

ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава РФ»  
Москва, Российская Федерация

Современные технологии пренатальной диагностики позволяют определять нарушения ритма и проводимости еще до рождения ребенка.

#### **Цель работы**

Оптимизировать тактику лечения новорожденных с критическим нарушением ритма сердца и проводимости в условиях перинатального центра.

#### **Актуальность**

Своевременное направление женщины в перинатальный центр, позволяет обеспечить полный комплекс диагностических и лечебных мероприятий для ребенка на месте и исключить транспортировку.

В 2016 году в НЦ «Акушерства, гинекологии и перинатологии им В.И. Кулакова» в отделение хирургии новорожденных поступило 3-е детей с критическим нарушением ритма.

В первом и втором случаях это атриовентрикулярные блокады, диагностированные на сроке 30 недель и 21–22 недели беременности. У пациенток исключены аутоиммунные причины кардиальной патологии у плодов (анти-Ro и анти-LA антитела отрицательные). На 34 недели гестации в связи с прогрессирующим ухудшением показателей кровотока у первого плода, обусловленного закрытием овального окна, было выполнено экстренное оперативное родоразрешение. На момент рождения ЧСС=60 в минуту. По Апгар 7/8 баллов. По данным ЭКГ полная атриовентрикулярная блокада, наджелудочковая экстрасистолия.



систолия по типу бигемении. Второго ребенка родился на 37 недели гестации путем самопроизвольных родов. По Апгар 8/8 баллов. По данным ЭКГ AV-ритм с обратным распространением возбуждения на предсердия. В дооперационном периоде оба ребенка потребовали проведение кардиотонической терапии. Операция по имплантации искусственного водителя ритма была проведена через 27 и 40 часов после рождения под сочетанной анестезией. Первый ребенок был выписан на 14 сутки жизни/13 послеоперационные в удовлетворительном состоянии. Катамнез ребенка составил 8 месяцев, в течение которого состояние остается стабильным, психо-моторное развитие соответствует возрасту. Второму ребенку в послеоперационном периоде в связи с низкой фракцией выброса, выраженной дилатацией полостей и дефектом межпредсердной перегородки проводилась терапия дигоксином. Учитывая нарастание гипертрофии миокарда обоих желудочков с 9 п/о суток ребенку был назначен атенолол. Пациент был выписан на 27 сутки жизни/25 послеоперационные в удовлетворительном состоянии на фоне приема Атенолола. Катамнез составил 4 месяца, состояние остается стабильным

У 3-го ребенка трепетание предсердий (ЧС предсердий 450–500, ЧС желудочков 230–250) было диагностировано на 31 недели беременности. Учитывая отсутствие неиммунной водянки плода, стабильные показатели доплерометрии плода и КТГ, от назначения дигоксина трансплацентарно решено было воздержаться, проводился еженедельный контроль показателей (ЭХО-КГ плода, доплерометрия). Роды путем операции кесарево сечение на 38–39 неделе беременности. При рождении сохранялось трепетание предсердий, ЧСС=200–250 в минуту. По Апгар 8/9 баллов. На 2-е сутки жизни выполнена однократная дефибриляция разрядом 5 Дж. На момент проведения кардиоверсии ЧСС ребенка 265 в минуту. После дефибриляции восстановлен синусовый ритм с ЧСС 122 в минуту. Дополнительной медикаментозной антиаритмической терапии не требовалось. Ребенок был выписан на 15 сутки жизни/13 после кардиоверсии в удовлетворительном состоянии. Катамнез составил 4 месяца, состояние удовлетворительное, сохраняется синусовый ритм

## Выводы

Своевременное направление беременной женщины в перинатальный центр позволяет провести более полную диагностику, динамическое наблюдение и принятие решения о необходимости терапии, сроках и способах родоразрешения, обеспечить готовность реанимационной бригады к приему ребенка, провести обследование ребенка после рождения в кратчайшие сроки и начать медикаментозную поддержку в рамках подготовки к основному этапу лечения. Своевременное информирование кардиохирургической бригады позволяет сократить длительность дооперационного периода и избежать транспортировки ребенка в другой стационар.



## АНАЛИЗ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ИХ СТРУКТУРЫ В КРАЕВОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Данильченко И.М., Белоброва О.В., Соболев К.В., Светличная О.В.

г. Краснодар  
ГБУЗ ДККБ КПЦ

### Актуальность

В настоящее время врожденные пороки сердца составляют одну треть от всех врождённых пороков развития и являются одной из основных причин младенческой смертности. За последние два года число новорождённых с данной патологией, родившихся в перинатальном центре стабильно занимает 2-е место после врождённых пороков развития мочевыделительной системы (ВПР МВС). Мы решили проанализировать структуру выявляемости и эффективность пренатальной диагностики врождённых пороков сердца (ВПС).

### Цель

Установить эффективность пренатальной диагностики ВПС и их структуру в Краевом перинатальном центре (КПЦ).

### Материалы и методы

Нами были обследованы дети, рождённые в КПЦ за период с января 2016 года по январь 2017 с диагнозом ВПС.

### Результаты

Из 149 детей, рождённых в КПЦ за год с диагнозом ВПС, 30% детей родились в тяжёлом состоянии и потребовали перевода в реанимацию из родильного зала. Из них 54% были переведены в Государственное Учреждение Здравоохранения Краснодарского края «Краевая клиническая больница №4– Центр грудной хирургии» для экстренного хирургического лечения. Среди нозологий преобладали такие пороки как: коарктация аорты 25%, транспозиция магистральных сосудов (ТМС) 11%, единый желудочек (ЕЖ) 9%, атриовентрикулярный канал (АВК) и атрезия легочной артерии 6%, критический стеноз аорты и гипоплазия левых отделов сердца в 4% случаев. Впервые выявлены критические ВПС были в 11% случаев.

В 75% случаев антенатально ВПС не были выявлены, из них 82%-дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) мышечный, 15%-другие ВПС: подаортальный ДМЖП, общий артериальный ствол (ОАС), двухстворчатый аортальный клапан,

У 7% детей диагноз ВПС, выставленный внутриутробно, не подтвердился.

Среди детей, находившихся в отделении новорождённых (ОН) с диагнозом ВПС, выявлены следующие закономерности:

1. Из всех детей с ВПС 47% были мальчики, 53% девочки.
2. 5% детей с ВПС были недоношенными и 95%-доношенными.



3. Совпадение диагноза выставленного внутриутробно и постнатально произошло в 52%.

4. Воздействие вредных факторов в первую половину беременности было выявлено у 31% женщин ( 94% из них – инфекционные заболевания).

5. Распределение ВПС по частоте встречаемости:

ДМЖП -75%; АВК 6%; Тетрада Фалло 5%; Двустворчатый аортальный клапан 4%; Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) -3%; Декстракардия, стеноз аорты, аномалия Эбштейна, атрезия легочной артерии, ЕЖС – по 1%.

6. Среди детей с ДМЖП, находившихся на совместном пребывании с матерью, у 60% была проведена электрокардиография (ЭКГ) на базе ОН. В 100% случаев результат ЭКГ оказалась не информативным для диагностики ВПС.

### **Заключение**

1) Антенатальная диагностика позволяет своевременно выявить основную массу критических ВПС, требующих экстренного лечения, что позволяет оказывать таким детям своевременную квалифицированную медицинскую помощь.

2) Такие пороки как ДМЖП мышечный диагностируются антенатально крайне редко.

3) При пороках сердца, не требующих хирургической коррекции в раннем неонатальном периоде, существенных изменений на ЭКГ не было выявлено.

Учитывая высокий процент впервые выявленных ВПС постнатально, целесообразно рекомендовать проведение скринингового обследования эхокардиографии (ЭХОКГ) на этапе родильного дома.

---

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ В «КРАЕВОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ» ГБУЗ «ДЕТСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

**Данильченко И.М., Москаленко Е.А., Соболев К.В., Белоброва О.В.,  
Дудина Л.Г.**

г. Краснодар  
ГБУЗ ДККБ, ОН

### **Актуальность**

В настоящее время врожденные пороки развития мочевыделительной системы (ВПС МВС). стабильно занимают 1-е место в структуре врождённых пороков развития перинатального центра . Мы решили проанализировать структуру пороков и эффективность пренатальной диагностики пороков.



## Цель

Анализ структуры ВПР МВС в ПЦ, их связь с воздействием инфекционных агентов на плод во время беременности.

## Материалы и методы

Анализ проведён за 1год работы ПЦ (с января 2016 по январь 2017). Родилось 7423 ребенка, 6,1% -новорождённые с ВПР, из которых 24,2% – дети с ВПР МВС. Определялась структура и частота встречаемости ВПР МВС, анализировалась течение беременности, качество пренатальной диагностики.

## Результаты

ВПР МВС у новорожденных стабильно занимают первое место среди всех диагностированных пороков.

Из 110 новорожденных с ВПР МВС 63,6% составили мальчики и 36,4% девочки.

Большинство ВПР МВС было обнаружено впервые в сроке гестации 21 неделя – 13,6% и 32 недели 14,5%. Самый ранний срок обнаружения 17 недель – 0,9%, самый поздний 40 недель – 0,9%. У 4% детей порок развития антенатально не был диагностирован.

Аномалия подтвердилась в 61% случаев, расхождение диагнозов наблюдалось в 32% случаях. У 10% детей, обследованных внутриутробно, была обнаружена пиелозктазия, а при УЗ – диагностике после рождения выявлен гидронефроз. Не диагностированными внутриуробно оказалось 7% ( у детей был выявлен гидронефроз) .

Из 110 женщин беременность протекала без особенностей – 24,5%. У 36,4% женщин воздействие инфекционного агента отмечено в 1ой половине беременности, 9,1% во 2ой половине, 30% женщин и в 1ой, и во 2ой половине беременности.

Среди ВПР МВС ведущее место занимает гидронефроз – 50%. В 87% случаев имел место односторонний процесс, в 13% – двусторонний. На втором месте кистозные аномалии почек 14,1%. Третье место разделили мегауретер и агенезия почки по 5,1%. Тазовая дистопия была обнаружена у 2,5% детей. На пятом месте уретероцеле (1,2%). Гипоплазия и аплазия почки встречаются в 0,6% случаев (шестое место).

1.8% детей потребовали экстренного перевода в хирургическое отделение для проведения пункционной нефростомии.

У 20,9% детей отмечены сочетанные пороки МВС: гидронефроз и мегауретер 30,7%, 26,1% – гидронефроз и кистозные изменения в почках.

## Заключение

1)Рождение детей с ВПР в условиях ПЦ,расположенного на территории Детской краевой клинической больницы,позволяет проводить им своевременную диагностику и, при необходимости, экстренную хирургическую помощь.

2) Новорождённым, не требующим экстренной хирургической помощи, проводится квалифицированная консультация краевых специалистов-урологов с определением сроков хирургической коррекции.



3) Наиболее распространённым среди ВПР МВС является гидронефротическая трансформация почек и кистозные аномалии почек.

4) Наличие инфекционной патологии у женщины во время беременности является предрасполагающим фактором формирования ВПР почек

Заключение: учитывая высокий процент рождения детей с пороками развития мочевыделительной системы у женщин, перенесших инфекционные заболевания во время беременности целесообразно проводить скрининговое УЗИ почек таким детям.

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА И ЭТИЛОВОГО СПИРТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КАЧЕСТВЕ АНТИСЕПТИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ионов О.В., Никитина И.В., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н.,  
Ленюшкина А.А., Любасовская Л.А., Родченко Ю.В.,  
Припутневич Т.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

### Актуальность

Совершенствование технологий выхаживания недоношенных новорожденных в последние годы способствовало повышению показателей выживаемости среди детей данной категории до 90 и более процентов. В силу ряда причин недоношенные дети, в особенности с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении (ОНМТ и ЭНМТ) являются наиболее сложной и уязвимой категорией пациентов. У таких детей не развиты иммунологическая память и способность к формированию специфических антител, поскольку развитие плода в условиях отсутствия антигенной стимуляции обуславливает значительную незрелость адаптивного звена неонатальной иммунной системы. У недоношенных детей имеется незрелость факторов иммунной защиты, несовершенство фагоцитарного звена, снижение способности к продукции активных форм кислорода и кислородных радикалов. В процессе лечения и выхаживания возникает необходимость выполнения многих инвазивных процедур: пункций центральных и периферических вен, длительного проведения инфузионной терапии и парентерального питания. Указанные факторы создают серьезные предпосылки для развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

### Цель исследования

Провести оценку эффективности 0,05% водного раствора хлоргексидина биглюконата в сравнении с 70% раствором этилового спирта в качестве анти-



септиков, используемых для обработки кожи при катетеризации центральных вен у новорожденных, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТН).

### Материал и методы

В ходе проспективного исследования изучены результаты микробиологических анализов посевов 103 образцов соскобов с поверхности кожи у 74 новорожденных, находившихся на лечении в ОРИТН в период с января 2015 года по июнь 2016 года и потребовавших в ходе лечения катетеризации центральных вен.

### Результаты

Из 103 выполненных микробиологических исследований соскобов с поверхности кожи в 36 случаях (35,0%) получен рост условно-патогенных микроорганизмов. В 32 из 36 случаев антисептическая обработка кожи перед катетеризацией центральных вен производилась 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата, в остальных 4 случаях – 70% раствором этилового спирта. Установлено, что 0,05% водный раствор хлоргексидина биглюконата, является менее эффективным антисептическим средством по сравнению с 70% раствором этилового спирта. Использование 0,05% водного раствора хлоргексидина биглюконата в процессе катетеризации центральных вен может являться одной из возможных причин развития катетер-ассоциированных инфекций (КАИ) у новорожденных, находящихся на лечении в ОРИТН.

В настоящее время основными факторами, способствующими снижению частоты КАИ, являются в первую очередь: наличие единых клинических протоколов по постановке и уходу за сосудистыми катетерами, использование эффективных растворов антисептиков, современная антибиотикополитика в ОРИТН, использование бактериальных фильтров, сокращение длительности проведения парентерального питания наряду с активной поддержкой грудного вскармливания.

В ОРИТН ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в настоящее время также проводится изучение антисептической эффективности раствора октенидина гидрохлорида+феноксизанола (октенисепт) в сравнении с 70% раствором этилового спирта при катетеризации центральных и периферических вен у новорожденных, в том числе у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении. Дальнейшее исследование позволит дать ответ на вопрос о том, какой же из антисептиков является наиболее эффективным, универсальным и может быть рекомендован для использования у новорожденных детей любого гестационного возраста.



## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ К ИНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Крючко Д.С., Донников А.Е., Байбарина Е.Н., Никитина И.В.,  
Ионов О.В.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика  
В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

### Введение

Артериальная гипотензия (АГ) является частой проблемой в ОРИТН. Частота этого состояния – 16–52%. Используются различные терапевтические стратегии, включая объемную нагрузку, инотропную терапию (чаще всего – джопамин), кортикостероиды. Однако есть группа новорожденных, которые требуют больших доз и более продолжительной инотропной терапии в сравнении с детьми сопоставимого гестационного возраста и клинического состояния. Целью нашего исследования была оценка молекулярно-генетических маркеров устойчивости к терапии артериальной гипотензии у новорожденных допамином.

### Материалы и методы

Критерии включения: Недоношенные дети с артериальной гипотензией (Среднее АД < ГВ в неделях), получившие терапию допамином. Критерии исключения: Врожденные аномалии, очевидные признаки гиповолемии и шока. Оценивалась эффективность терапии (нормализация АД (срАД ≥ ГВ)), общая продолжительность потребности в инотропной поддержке и общая доза полученного допамина. Методом ПЦР определялся полиморфизм генов, доказанно ассоциированных с артериальной гипертензией (ACE:287bp Ins>Del; ADD1:1378G>T(Gly460Trp); AGT:704(803)T>C(Met235Thr); AGT:521C>T(Thr174Met); AGTR1:1166A>C; AGTR2:1675G>A; CYP11B2:-344C>T; GNB3:825C>T(Ser275Ser); NOS3: -786T>C; NOS3:894G>T(Glu298Asp); EDN1 :G>T(Lys198Asn);ADRA2A:1291C>G;ADRB2:79C>G(Gln27Glu);PRCP:449A>C(Asp112Glu);MMP9:-1562C>T) и полиморфизм генов, ассоциированных с экспрессией допаминовых и серотониновых рецепторов (HTR1A-1019(1016) C>G;HTR2A102C>T (S34S); SLC6A2-182 T>C; DRD2C32806TC>T(Glu713Lys); DRD3C>T(Gly9Ser);DRD4 C-521T C>T).

### Результаты

В исследование в соответствии с критериями был включен 51 новорожденный. Полиморфизм генов интерпретировался в зависимости от ответа на терапию. Общая доза допамина составила 360–329820 мкг/кг (Ме-13740 мкг/кг), общая продолжительность – 3–720 ч (Ме-67ч). Новорожденные были разделены на две группы: с низкой толерантностью, общая доза ниже, чем 13740 мкг/кг (n=26) и высокой толерантностью, доза выше, чем 13740 мкг/кг (n=25). Вес при рождении в группах был соответственно 1570±731г и 1597±770г



( $p=0,698$ ), Гестационный возраст соответственно  $31,3 \pm 3,4$  нед и  $30,6 \pm 3,8$  нед ( $p=0,49$ ). Генотипы 1378G>T в ADD1(rs4961), -1291C>G в ADRA2A(rs1800544), -182T>C в SLC6A2(rs2242446) and 287bp Ins>Del в ACE(rs4340) были ассоциированы с высокой устойчивостью к допамину ( $p=0.039, p=0.00054, p=0.026, p=0.024$ ). Созданная математическая модель позволила оценить предсказательную способность определения маркеров повышенной устойчивости к терапии артериальной гипотонии (чувствительность – 88%, специфичность 94%).

### Выводы

Определение полиморфизма генов ADD1, ADRA2A, SLC6A2 and ACE могут быть предикторами высокой устойчивости к терапии допамином у новорожденных с артериальной гипотонией. Учитывая, что данный полиморфизм ассоциирован с развитием артериальной гипертонии у взрослых, можно предположить, что высокая устойчивость к терапии допамином у новорожденных может быть характерна для людей с высоким риском развития артериальной гипертонии в дальнейшем.

## ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ ДЕТЯМ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Лоскутова С.А.<sup>1</sup>, Пекарева Н.А.<sup>2</sup>, Никулина А.Б.<sup>3</sup>

Новосибирский государственный медицинский университет  
ФГБУ «научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ГБУЗ НСО Новосибирская областная клиническая больница

За период с 2007 г по 2016 г. в различных Федеральных учреждениях страны, за рубежом, а в последние годы на территории Новосибирской области детям было выполнено 32 трансплантации органов. При этом 20 больным (11 мальчиков и 9 девочек) трансплантация печени, 11 больным (7 мальчиков и 4 девочек) трансплантация почки, одной девочке пересадка сердца.

Средний возраст больных, к моменту проведения трансплантации печени, составил  $2,3 \pm 8$  мес., при этом 13 детям в возрасте до года (min – 4 месяца), 2 больных – от года до двух лет, 1 пациент – 6-лет и 2 больных 8–9 лет. Поводом для проведения трансплантации печени у всех больных стал цирроз печени, у 9 пациентов в исходе билиарной атрезии, у 4 – ЦМВ-гепатита, у 3 – болезни Кароли, у 2 – криптогенного цирроза, у 1 – острого гепатита, у 1 пациента – синдрома Криглера-Найяра II типа. Трансплантация от родственного донора была проведена – 19 пациентам, 1 трансплантация от трупного донора, методом split – трансплантации. Одному пациенту проведена комплексная трансплантация «печень+почка». На базе ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» проведено



9 оперативных вмешательств, на территории ГБУЗ НСО ГНОКБ 10 трансплантаций, в Бельгийской клинике Сан Люк – 1 вмешательство. За 10 летний период наблюдения было зарегистрировано 2 летальных исхода. У больного в возрасте 2,5 лет, через 20 месяцев после трансплантации, на фоне нормальных функциональных показателей, развилось инфекционное осложнение. У 7 летнего больного через 8 месяцев после родственной трансплантации печени, в результате рецидива исходного заболевания печени (первичный билиарный цирроз). Ни одному из пациентов с билиарной атрезией не была проведена операция по Касаи.

Всего было проведено 11 трансплантаций почек: 8 родственной донорской почкой и 3 трансплантации кадаверной почки. В 2016 г. данный вид ЗПТ стал осуществляться в Новосибирской области и проведен 6 из 11 больным (родственная – 5 пациентам, кадаверная – 1 пациенту). Хотелось отметить, что у 5 этих пациентов трансплантации впервые не предшествовала диализная терапия. Средний возраст больных составил  $8,9 \pm 1,4$  лет (min – 2 года, max – 14 лет). Причиной терминальной стадии почечной недостаточности в 4 случаях послужил САКУТ – синдром, в 3 случаях – гипоплазия почек, в 2 случаях ауто-сомно-рецессивная поликистозная болезнь почек, у 1 – вторичное сморщивание почек вследствие нарушения функции тазовых органов, у 1 больного синдром «сливового живота». Через 3 месяца после трансплантации почки на фоне развития инфекционного осложнения умер 1 из 11 пациентов.

Трансплантация сердца была выполнена 2-х летней девочке по поводу развившейся идиопатической кардиомиопатии, в итальянской клинике г.Бергамо. Через 3 года больная умерла от терминальной ХПН в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И Шумакова».

Таким образом, в настоящее время на территории Новосибирской области детям осуществляется трансплантация печени и почек, как родственная, так и трупная. Трансплантация органов чаще проводится мальчикам, пересадка печени потребовалась больным в более ранние сроки жизни.



## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ И РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Макиева М.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г., Тимофеева Л.А., Цой Т.А.,  
Артамкина Е.И.

Проблема увеличения частоты онкологических заболеваний, в группе женщин репродуктивного возраста, является одной из наиболее актуальных как в современной онкологии, так и в акушерстве. В 2016 году в отделении новорожденных ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Минздрава России проведено исследование, целью которого была сравнительная оценка состояния здоровья детей, родившихся у матерей с онкологическими заболеваниями в зависимости от тактики лечения женщин. В проспективное когортное исследование было включено 64 новорожденных ребенка у матерей с онкозаболеваниями, рожденных с 2012 по 2016 годы, дети были разделены на подгруппы: с проведением химиотерапии матерям во время беременности и без проведения. В результате исследования не обнаружено статистически значимых различий между группами по срокам родоразрешения, антропометрическим показателям. Не было выявлено врожденных пороков развития, независимо от вида онкологического заболевания и от того получала мать химиотерапию или нет. Тяжесть состояния детей была связана с морфо-функциональной незрелостью на фоне недоношенности. В большинстве случаев преждевременное родоразрешение женщин было связано с необходимостью проведения более «агрессивной терапии» онкологического заболевания.

Проблема увеличения частоты онкологических заболеваний, в группе женщин репродуктивного возраста, является одной из наиболее актуальных как в современной онкологии, так и в акушерстве. Состояние здоровья новорожденных у женщин с онкологическими заболеваниями представляет безусловный научный и клинический интерес.

### Цель исследования

В 2016 году в отделении новорожденных ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России проведено исследование, целью которого была сравнительная оценка состояния здоровья детей, родившихся у матерей с онкологическими заболеваниями в зависимости от тактики лечения женщин.

### Материалы и методы исследования

В проспективное когортное исследование было включено 64 новорожденных ребенка у матерей с онкозаболеваниями, рожденных с 2012 по 2016 год. Новорожденные были разделены на 2 группы: первую группу составили дети у матерей с раком молочной железы, которые в свою очередь подразделены в зависимости от проведения химиотерапии матери во время беременности



и без химиотерапии. Во вторую группу включены 17 детей у матерей с гемобластозами, которые также были подразделены на подгруппы: с проведением химиотерапии и без проведения химиотерапии.

### Полученные результаты

В большинстве случаев показанием к преждевременному родоразрешению являлось прогрессирующее онкологическое заболевание у беременной и необходимость проведения более агрессивной терапии женщине, а не показания со стороны плода. При оценке массо-ростовых показателей новорожденных выявлено, что все дети в подгруппах были сопоставимы по данным показателям. Также не было выявлено различий в оценках по шкале Апгар на первой и пятой минутах. По данным проведенного исследования респираторный дистресс-синдром, транзиторное тахипноэ новорожденных, анемия, внутрижелудочковые кровоизлияния, гипербилирубинемия, функционирующие фетальные коммуникации встречались с одинаковой частотой как в подгруппе детей, матери которых получали так и не получали химиотерапию во время беременности. В подгруппе детей с проведением химиотерапии во время беременности не отмечалось депрессии ростков кроветворения и соответственно выраженных гематологических нарушений. Также хотелось бы отметить, что ни в одном случае у новорожденных не выявлено врожденных пороков развития.

### Заключение

В результате исследования не обнаружено статистически значимых различий между группами по срокам родоразрешения, антропометрическим показателям. Не было выявлено врожденных пороков развития, независимо от вида онкологического заболевания и от того получала мать химиотерапию или нет. Тяжесть состояния детей была связана с морфо-функциональной незрелостью на фоне недоношенности.

---

## СОСТАВ ТЕЛА И УРОВЕНЬ ЭНДОТОКСИНА В КРОВИ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Маркелова М.М., Рюмина И.И., Салахов И.М., Нароган М.В.

1 Отделение Патологии Новорожденных и Недоношенных Детей Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им.Кулакова, Москва, Россия

2 Лаборатория Системной Эндотоксинемии и Шока Института Общей Патологии и Патофизиологии, Москва, Россия

### Введение

В настоящее время известно, что жировая ткань продуцирует факторы воспаления, вероятно вследствие повышенной концентрации эндотоксина (ЭТ). Целью настоящего исследования явилось сравнение состава тела недоношенных детей при достижении постменструального возраста доношенных



с составом тела доношенных новорожденных, а также оценка корреляции между содержанием жира в организме и уровнем ЭТ в плазме крови.

### Методы

Поперечное исследование включило 314 недоношенных и 386 доношенных детей. Был оценен состав тела с использованием воздушзамещающей плетизмографии в постменструальном возрасте 37–42 недели. У 44 детей определялась концентрация ЭТ методом микро-ЛАЛ-теста.

### Результаты

Содержание жира в организме было тем выше, тем ниже был гестационный возраст исследуемых (табл.1), процент жира у детей, рожденных в 32 неделе гестации и менее был значимо выше, чем у доношенных детей ( $p=0,000001$ ), тогда как состав тела детей с гестационным возрастом 33 недели и более не отличался от такового у доношенных новорожденных. У детей с концентрацией ЭТ 0,6–0,9 EU/ml процент жира был значимо выше, чем у детей с концентрацией ЭТ 1,2–4,8 EU/ml ( $15,2 \pm 2,38\%$  против  $10 \pm 0,37\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ).

Таблица. Состав тела, измеренные в постменструальном возрасте 37–42 недели ( $n = 700$ ) у детей, родившихся на 26–42 неделях беременности

ГВ, нед.	N	Возраст, нед	ПМВ, нед.	Жир, %	Жир, гр	Масса тела, гр	Длина тела, см
26,4 ± 0,1	39	12,6 ± 0,2	39	18,42±0,8	478 ± 34	2499 ± 0,1	45,6 ± 0,44
28,7 ± 0,1	34	10,3 ± 0,3	39	17,96±0,9	466 ± 37	2516 ± 0,12	46,4 ± 0,63
30,2 ± 0,1	33	8,6 ± 0,3	39	16,63±0,7	410 ± 33	2381 ± 0,1	46 ± 0,48
31,2 ± 0,1	20	7,8 ± 0,4	39	15,89±0,9	364 ± 38	2232 ± 0,13	44,7 ± 0,85
32	32	6,2 ± 0,2	38	17,02±0,8	416 ± 27	2422 ± 0,09	46,1 ± 0,56
33	33	5,2 ± 0,2	38	13,58±0,74	311 ± 27	2225 ± 0,11	44,5 ± 0,71
34	20	3,8 ± 0,2	38	10,7±0,9	268 ± 27	2452 ± 0,08	46,8 ± 0,57
35	33	3,1 ± 0,2	38	10,78±0,7	276 ± 23	2493 ± 0,09	47,2 ± 0,68
36,1	70	2,1 ± 0,1	38	9,72±0,5	254 ± 16	2557 ± 0,06	48,1 ± 0,31
38,9	386	0,9	40	12,27±0,3	438 ± 12	3412 ± 0,04	51,9 ± 0,16

### Выводы

Постнатальное увеличение жировой ткани у недоношенных детей с гестационным возрастом до 33 недель является более выраженным, чем внутриутробное увеличение жира у доношенных новорожденных. Концентрация ЭТ в крови обратно пропорциональна содержанию жира, что косвенно указывает на способность жировой ткани депонировать ЭТ. Таким образом, липолиз может приводить к выраженному увеличению ЭТ детей, рожденных с гестационным возрастом 32 недели и менее.



## ВЫБОР БЕЗОПАСНОГО МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Маркова О.Ю., Байбарина Е.Н., Болмасова А.В., Ионов О.В., Балашова Е.Н.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Гипергликемия связана с повышенной заболеваемостью, в том числе возникновением внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) и ретинопатии, а также смертностью, особенно у детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении. Существуют два принципиальных подхода к коррекции гипергликемии у недоношенных детей, получающих внутривенную дотацию глюкозы. Первый – снижение скорости поступления глюкозы. Однако это является краткосрочным решением, поскольку снижение дотации приводит к уменьшению калоража. Второй метод – инсулинотерапия. Вместе с тем, показано, что ранняя инсулинотерапия ассоциируется с более высоким риском развития гипогликемий. Цель. Определить безопасный алгоритм терапии гипергликемии у детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении. Объем и методы исследования. Обследован 81 новорожденный с эпизодами гипергликемии (из них 38 детей с ЭНМТ, 43 детей с ОНМТ при рождении), находившийся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГБУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» с января 2012 года по январь 2014 года. Всем детям определялся уровень глюкозы в капиллярной крови с помощью анализатора глюкозы крови. При проведении полного и частичного парентерального питания измерение гликемии проводилось каждые 6 часов, далее 2 раза в сутки. Определение глюкозурии производилось с помощью тест-полосок при гипергликемии более 10 ммоль/л. Гипергликемией считалась двукратное повышение уровня глюкозы крови  $> 8,0$  ммоль/л, с интервалом 4 часа. Ретроспективно, в зависимости от выбора алгоритма терапии, дети были разделены на две группы: I группа – новорожденные, для лечения гипергликемии которым снижалась скорость поступления глюкозы ( $n=37$ ), II группа – дети, для лечения гипергликемии которым проводилась инсулинотерапия ( $n=44$ ). Результаты. При оценке демографических показателей было выявлено, что во II группе гестационный возраст (группа I - 30 недель [29; 31] против группа II - 28 недель [26; 29,5],  $p = 0,000043$ ) и масса тела при рождении (группа I - 1255 гр [990; 1420] против группа II - 967,5 гр [800; 1150],  $p = 0,000333$ ) были значительно ниже, чем в I группе. Частота врожденного сепсиса была достоверно выше во II группе (4/37 (10,81%) в I группе против 18/44 (40,9%) во II группе,  $p = 0,0022$ ). Тем не менее, различий в тяжести состояния новорожденных в 1 сутки жизни (оценка по шкале NEOMOD), случаях детей малых к сроку гестации выявлено не было. При оценки неблагоприятных исходов во II группе было выявлено статистически значимое повышение частоты некротизирующего энтероколита (18/44 (40,9%) против 7/37 (18,92%) соответственно,  $p=0,0281$ ), бронхоле-



гочной дисплазии (20/44 (45,45%) против 7/37 (18,91%),  $p=0,0104$ ), ВЖК I-IV степени (25/44 (56,82%) против 11/37 (29,73%),  $p=0,0128$ ), случаев смерти (12/44 (27,3%), в I группе случаев смерти выявлено не было), по сравнению с I группой. Различий в частоте ретинопатии недоношенных, перивентрикулярной лейкомаляции, снижения слуха выявлено не было. При проведении сравнительного анализа использования двух методик лечения гипергликемии, эффективными оказались обе. Однако во II группе было выявлено осложнение в виде эпизодов гипогликемии у 17 новорожденных (38,64%), в I группе эпизодов гипогликемии зарегистрировано не было. Длительность инсулинотерапии во II группе составила 55,25 часов [21;159,25]. При оценки калоража на 7 сутки жизни, было выявлено достоверно низкие значения в группе с использованием инсулина (группа I – 86,6 ккал/кг/сут [73; 100,4] против группа II– 70 ккал/кг/сут [62,3; 84],  $p=0,000815$ ). Выводы. В группе с использованием инсулина выявлены дети достоверно более незрелые, с более низкой массой тела при рождении, что обуславливает преобладание неблагоприятных исходов. Для оценки долгосрочного прогноза необходимы дальнейшие проспективные исследования. Учитывая высокий процент гипогликемий при использовании инсулина, а также высокую резистентность к инсулину у глубоко недоношенных детей, по данным исследований, необходимо более тщательное титрование скорости инфузии инсулина для поддержания целевых значений глюкозы крови. Потребление калорий на 7 сутки жизни было значительно ниже во II группе, несмотря на инсулинотерапию. В результате чего, предполагаем, что гипергликемия играет важную роль в ограничении потребления калорий.

## СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МАТЕРЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩИМИ РОДАМИ

Морозова Н.Я., Шпилюк М.А., Безнощенко О.С., Кречетова Л.В.,  
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Виноградова М.А.,  
Дегтярев Д.Н.

г. Москва

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

### Актуальность

Система гемостаза новорожденного претерпевает быстрые и значительные изменения, которые, являясь физиологическими, могут усугубляться на фоне самых различных заболеваний и способствовать развитию у части новорожденных тромбо-геморрагических осложнений.



## Цель

Оценить состояние системы гемостаза у здоровых доношенных новорожденных первых 10 суток жизни у соматически здоровых матерей с физиологически протекающими родами.

## Материалы и методы

В исследование включено 29 доношенных детей, рожденных в срок. Медиана возраста матерей обследованных детей – 30 лет. Женщины были соматически здоровы; беременность протекала физиологически. Роды у 21 женщины произошли через естественные родовые пути, у 8 женщин путем плановой операции кесарева сечения по поводу рубца на матке. Медиана гестационного возраста на момент рождения – 39 недель. Роды и послеродовой период: без осложнений. Медиана оценки по шкале Апгар детей на 1-ой минуте – 8 баллов, на 5-ой минуте – 9 баллов. Медиана массы тела на момент рождения – 3470г. Образцы крови на исследование гемостаза брались на 2–10 сутки жизни при наличии показаний к биохимическому исследованию крови на билирубин для исключения патологической гипербилирубинемии. С исследовательской целью оценка гемостаза проводилась у 22 детей однократно, у 7 – повторно. Оценивали коагуляционные тесты (концентрация фибриногена, АЧТВ, протромбин по Квику (%), уровень D-димера, активности Антитромбин III и Протеин C), тромбоэластометрию на приборе ROTEM (модуль – NATEM), тромбодинамику на диагностической лабораторной системе «Регистратор Тромбодинамики Т-2» (ООО Гемакор, Россия). За нормы принимались референтные интервалы для взрослых.

## Результаты

В ходе исследования были получены следующие результаты для стандартных коагуляционных тестов: концентрация фибриногена составила  $4,45 \pm 2,00$  г/л (норма 2.8–4.4 г/л), АЧТВ –  $42,4 \pm 18,32$  сек (норма 27–35 сек), протромбин по Квику –  $93,0 \pm 35,8\%$  (норма 92–112%), уровень D-Димера –  $2393 \pm 2071$  мкг/л (норма 0–550 мкг/л), активность антитромбина III –  $75,4 \pm 28,2\%$  (норма 75–125%), активность протеина Си –  $36,6 \pm 15,8\%$  (норма 70–140%); для параметров тромбоэластометрии СТ (время коагуляции) –  $984 \pm 496$  сек (норма 575–891 сек), CFT (время формирования сгустка) –  $303 \pm 240$  сек (норма 164–430 сек), угол  $\alpha$  –  $46,3 \pm 190$  (норма 32–600), MCF (максимальная амплитуда) –  $52,9 \pm 15,8$  мм (норма 39–65 мм); для параметров тромбодинамики V (скорость роста сгустка) –  $35,7 \pm 14$  мкм/мин (норма 20–29 мкм/мин), Vi (начальная скорость роста сгустка) –  $67,2 \pm 9,6$  мкм/мин (норма 38–56 мкм/мин), Vs (стационарная скорость сгустка) –  $34,33 \pm 1,86$  мкм/мин (норма 20–29 мкм/мин), Tlag (время задержки) –  $0,76 \pm 0,16$  мин (норма 0,6–1,5 мин). Наличие спонтанных сгустков наблюдалось в 51% случаев. Далее дети были разделены на 2 группы, в зависимости от возраста: со 2 по 4 (I группа) и с 5 по 10 (II группа) суток жизни. Выявлены достоверные различия для показателей активности антитромбина III ( $68,98 \pm 14,64$  против  $79,91 \pm 32,16\%$  при  $p=0,0213$ ) и протеина C ( $33,12 \pm 14,58$  против  $39,15 \pm 15,12\%$  при  $p=0,0441$ ). Показатели остальных тестов в двух группах значимо не менялись.



### **Заключение**

Таким образом, у здоровых доношенных новорожденных первых 10 суток жизни была выявлена тромбогенная направленность системы гемостаза, что при наличии дополнительных факторов риска может привести к развитию тромботических осложнений. Необходимо проведение дальнейших исследований указанного возрастного периода.

---

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И., Туманова У.Н., Балашов И.,  
Прохин А.В., Козлова А.В., Александрова Н.В.**

г. Москва

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Одним из приоритетных направлений современной неонатальной хирургии является внедрение в клиническую практику эндоскопических методов коррекции врожденных пороков развития (ВПР). Эндоскопические операции прочно вошли в жизнь неонатальных хирургов, однако объемы полостей новорожденного пациента крайне малы, установка инструментов требует особой тщательности для обеспечения наилучшего доступа к зоне интереса без ограничения движений.

### **Цель работы**

Проанализировать современные возможности эндоскопической хирургии в неонатологии на базе отделения хирургии новорожденных ФГБУ «НЦАГиП им. В.И.Кулакова» Минздрава России (далее Центр), определить перечень ВПР, требующих применения экспертно-справочной системы анализа визуальных изображений зоны хирургического интереса и оценить эффективность предоперационного планирования в лечении отдельных заболеваний.

### **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ 1359 историй болезни новорожденных хирургического профиля и 1178 неонатальных хирургических вмешательств за период 2010–2016 годы, отбор и программная обработка 317 серий изображений компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) пациентов с ВПР легких и мочевых путей.

### **Результаты**

Количество новорожденных, получающих лечение в хирургическом отделении Центра, ежегодно растет – со 148 пациентов в 2010 году до 247 детей в 2016, а хирургическая активность возросла почти вдвое – со 118 до 207 опера-



ций соответственно. Частота выявления пороков органов и систем за указанный период: мочевыводящих путей (30%), диафрагмы и передней брюшной стенки (26%), желудочно-кишечного тракта (22%), легких (9%) и врожденные объемные образования различной локализации (13%). Доля эндоскопических операций выросла с 11% в 2010 году до 59% в 2016 году, за счет внедрения миниинвазивных операций в урологии, торакальной и абдоминальной хирургии. Анализ проводимых хирургических вмешательств показал, что предоперационное применение экспертно-справочной системы и объемное моделирование зоны патологического очага наиболее востребованы в области торакальной хирургии врожденных пороков развития легкого, при удалении объемных образований различной локализации и в реконструктивных операциях аномалий почек. Программная обработка изображений КТ (204 серии пороков легочной ткани и нормы) и МРТ (113 серий пороков мочевых путей и нормы) на основании математического анализа объема пораженной ткани, распространенности патологического процесса и степени обструкции дыхательных и мочевых путей позволил определить показания к хирургическому вмешательству в неонатальном периоде. Топическая диагностика питающих патологические участки сосудов и зон сужения мочевыводящих путей ускорила интраоперационный поиск соответствующих объектов и сократила длительность хирургического вмешательства.

### **Заключение**

Благодаря миниинвазивным вмешательствам в настоящее время доступно выполнение многих реконструктивных операций в раннем возрасте, что позволяет своевременно восстанавливать работу органов и систем и использовать их резервные возможности для достижения лучшего функционального результата. Предварительное планирование оперативного вмешательства с применением современного аппаратно-программного комплекса для обработки и анализа визуальных изображений улучшает ориентирование в зоне интереса и ускоряет принятие интраоперационных решений, что сокращает продолжительность операции.

Работа выполнена при финансовой поддержке государства в лице Минобрнауки России (Соглашение о предоставлении субсидии от 03.10.2016 г. №14.607.21.0162, идентификатор соглашения RFMEFI60716X0162).



## ФЕРРОТЕРАПИЯ И РОЛЬ ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Котик И.Е.

«ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава Российской Федерации

### Введение

Недоношенные дети с ОНМТ и ЭНМТ составляют группу риска по развитию железодефицитной анемии вследствие нарушения запаса железа на момент преждевременного рождения и высоких потребностей, связанных с быстрыми темпами догоняющего роста. В последние годы, благодаря дотации фортификатора появилась возможность естественного вскармливания недоношенного ребенка с учетом его потребностей. Ферротерапия является обязательным компонентом коррекции анемии недоношенного ребенка, однако по обобщенным данным литературы ее продолжительность является дискуссионной, наряду с этим отмечена огромная роль адекватного вскармливания и своевременного введения продуктов прикорма.

### Цель исследования

Оценить частоту развития анемии у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ в зависимости от вида вскармливания в течение 9 месяцев скорректированного возраста (СВ).

### Объекты и методы исследования

Ретроспективное исследование 100 недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении в течение 9 месяцев СВ, рожденных в 2013–2016 гг. Оценивался клинический анализ крови в возрастных группах: 1–2 мес.; 4,5–6,5 мес.; 7–9 мес. СВ. В зависимости от вида вскармливания в возрасте 1–2 мес. СВ дети разделены на 3 группы: 1 группа (n=16) – получала грудное молоко, из них без фортификатора 75% и с фортификатором 25%; 2 группа (n=44) – искусственное вскармливание проводилось пре-формулой с последующим переходом на адаптированную смесь; 3 группа (n=40) – смешанное вскармливание. Всем детям при развитии анемии проводилась ферротерапия. Анализировались сроки введения продуктов прикорма. Для определения статистического значения разницы между показателем гемоглобина и видом вскармливания проводился логистический регрессионный анализ.

### Результаты

Средний гестационный возраст детей составлял 29+2 недели, вес при рождении 1136+276 г; длина 37+3,8 см, данные показатели были сопоставимы в 3 группах. У 97% детей в течение первого месяца жизни на госпитальном этапе отмечалась анемия, которая потребовала гемотрансфузий у 19%, 37% и 40%, эритропозтина у 81%, 56% и 69% и препаратов железа 88%, 93% и 86% соответственно у детей 1, 2 и 3 групп. В возрасте 2 мес. СВ ранняя анемия недоношенных (РАН) 1–2 ст. отмечалась чаще у детей 3 группы (64%), чем



у детей 1 группы (47%) ( $p=0,001$ ) и детей 2 группы (у 41%) ( $p < 0,001$ ) на фоне приема препаратов железа у всех детей. В возрасте 4,5–6,5 мес. СВ поздняя анемия недоношенных (ПАН) 1–2 ст. отмечалась у 33% детей 1 группы (все получали грудное молоко б/фортификатора) и 15% в 3 группе на фоне приема препаратов железа. Прикорм введен у 100% и 70% соответственно в 1 и 3 группах. ПАН 1 ст. у детей 2 группы отмечалась у 6% на фоне приема препаратов железа и введения прикорма у 97%. В возрасте 7–9 мес. СВ ПАН 1 ст. отмечалась чаще в 1 группе (50%), все получали грудное молоко б/фортификатора и 17% из них получали ферротерапию, чем у детей 3 группы (20%) без лечения препаратами железа ( $p=0,001$ ). Прикорм получали все дети 1 и 3 групп. У детей 2 группы ни у одного ребенка не выявлена ПАН ( $p < 0,001$ ), никто не получал препаратов железа в профилактической дозе и прикорм введен у 98%.

### **Заключение**

В возрасте 1–2 месяцев СВ РАН достоверно чаще встречалась при смешанном вскармливании. В возрасте 4,5–6,5 мес. СВ более часто ПАН отмечалась при грудном вскармливании, однако достоверной разницы между группами не выявлено. В возрасте 7–9 мес. СВ достоверно чаще ПАН развивается у детей, получавших грудное молоко без фортификатора по сравнению с детьми находящимися на искусственном или смешанном вскармливании. Введение прикорма является дополнительным источником железа, однако при грудном вскармливании ферротерапия в возрасте 7–9 мес. СВ часто необходима.

---

## **АНАЛИЗ РАБОТЫ РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА НЕОНАТАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**

**Сушков В.Г., Небрат Л.С., Нестерова А.Б., Запорожец Н.Н.**

г. Краснодар  
ГБУЗ ДККБ

### **Актуальность**

Создание и функционирование реанимационно-консультативных центров на базе учреждений 3 уровня различного профиля обеспечивает улучшение качества оказания медицинской помощи, снижение уровня смертности. Строительство Перинатальных центров позволило оказывать высоко-технологичную помощь женщинам в родах и новорожденным. Приказ Минздрава России от 01.11.2012г № 572 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования репродуктивных технологий)» регламентирует функции Перинатального центра.



## Цель

Анализ функционирования реанимационно-консультативного центра неонатального профиля на территории Краснодарского края.

## Материалы и методы

Решено рассмотреть результаты работы РКЦ, находящего на базе отделения реанимации для новорожденных (ОРИТН №2) Перинатального центра г. Краснодара при ДККБ. Проанализированы отчеты за 5 лет с 2012г по 2016г включительно. За этот период первичных обращений было зарегистрировано 4959. На дистанционном интенсивном наблюдении (ДИН) находилось в среднем ежегодно 990 новорожденных, отмечается снижение (на18%) количества первичных обращений, в 2016году– 820. Необходимостью для постановки на учет в РКЦ была в большинстве случаев дыхательная недостаточность, развившаяся с рождения или позже, выявленные врожденные пороки сердца, хирургическая патология, недоношенность и другие патологические состояния новорожденных. Из состоящих на ДИН 65% детей находились на ИВЛ(в среднем 648 больных в год), с инотропной поддержкой 18,6% (185 детей за год). Новорожденные, находящиеся в крайне тяжелом состоянии, в экстренном порядке консультируются неонатологами РКЦ на месте пребывания больного, за 5 лет проведено 797 консультаций, (в среднем 160 в год). За последние годы количество консультаций увеличилось, 200 консультаций– в 2016г. Важным звеном в работе РКЦ неонатального профиля является помощь в диагностике ВПС у новорожденных, постановка их на учет в РКЦ ЦГХ, коррекция дооперационной терапии и экстренная перегоспитализация в кардиоцентр. Межгоспитальных транспортировок в различные стационары города проведено 3625, ( в среднем  $725 \pm 28$  за год), как плановых, так и экстренных. Причинами экстренной перегоспитализации были, а именно: 1) выявленная хирургическая патология, 2) диагностированные врожденные пороки сердца (транспортировка проводилась по согласованию с ЦГХ), 3) затруднения в проведении ИВЛ в учреждениях 1 и 2 уровня, 4) выхаживание глубоко недоношенных детей в условиях специализированного отделения.

С 2013г в работе ОЭПКМП стала использоваться санитарно-авиационная техника, первая эвакуация новорожденного на вертолете проведена 09.02.2013, всего выполнено 65 вылетов, из них 4 консультации, в остальных случаях межгоспитальная транспортировка. Введение маршрутизации беременных в соответствии с приказом Минздрава России №572 заметно снизил рождение детей с врожденной патологией в районах края, а следовательно постепенно снижается и необходимость перетранспортировки больного ребенка в профильный стационар.

## Результаты

Напряженный ритм работы РКЦ, экстренный выезд медицинских бригад обеспечивает своевременную, квалифицированную помощь даже в отдаленных медицинских учреждениях края, а как результат устойчиво низкие показатели ранней неонатальной смертности (1,6%).



### **Заключение**

Приведенные данные свидетельствуют о том, что работа реанимационно-консультативного центра востребована, эффективна и требует дальнейшего развития.

---

## **ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

**Ушакова Л.В., Тебердиева С.О., Дегтярев Д.Н., Подуровская Ю.Л.,  
Буров А.А., Амирханова Д.Ю.**

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва Россия

### **Актуальность**

Современные успехи реаниматологии, неонатологии и детской хирургии в последние десятилетия определили возможность оказания неотложной помощи новорожденным детям с тяжелыми врожденными пороками развития. Тяжесть состояния таких детей при рождении зачастую обусловлена сердечно-легочной недостаточностью, типом врожденного порока развития, нестабильной гемодинамикой, повышая тем самым риск перинатального поражения ЦНС.

### **Цель исследования**

Оценка функционального состояния головного мозга новорожденных детей с врожденными пороками внутренних органов в периоперационном периоде. Определить частоту и характер поражений головного мозга, определяющих транзиторные и необратимые поражения функции ЦНС с учетом типа врожденного порока развития.

### **Методы**

Ретроспективно проанализировано 243 истории болезни детей с врожденными пороками развития внутренних органов. Все дети были рождены в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России, в период с 14 января 2014 года по 23 февраля 2015 года. В общей сложности около 16% (n=38) детей испытывали асфиксию средней степени тяжести при рождении, 0.8% (n=2) тяжелую степень асфиксии. Более 80% детей требовали хирургической коррекции врожденных пороков развития (n=197), из которых 19% (n=39) детей нуждались в экстренной хирургической помощи в течение первых суток жизни.



Результаты исследования: из 243 пациентов у 42% (n=102) в периоперационном периоде были изменения в неврологическом статусе. Основными проявлениями перинатального поражения ЦНС явились: синдром угнетения (33%, n=34), изменение мышечного тонуса, умеренные двигательные нарушения (58%, n=59), судорожный синдром (6%, n=6). Чаще всего нарушения функции ЦНС гипоксически-ишемического генеза были ассоциированы с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ) в сочетании с высокой легочной гипертензией, длительной ИВЛ. Длительное персистирование высокого давления в легочной артерии, снижение скоростей потока в верхней полой вене, синусах и базальных венах мозга является фактором риска развития венозных тромбозов, ВЖК различной степени тяжести и, как следствие, неврологических осложнений. При детальном анализе детей с ВДГ (n=18, 7,5%) 39% этих детей имели осложнения в виде ВЖК 2 степени, у 4 пациентов (22%) имели прогрессивный постгеморрагический характер на фоне хронической гипоксии и потребовали VP-шунтирования; 35% детей имели расширение наружных ликворных пространств, у 16% (n=3) был выявлен ЦВТ.

Вторыми по частоте неврологических осложнений были такие пороки развития, как гастрошизис и омфалоцеле с висцеро-абдоминальной диспропорцией.

### **Вывод**

В результате комплексного неврологического и клинико-инструментального обследования детей с врожденными пороками внутренних органов у 40% (n=102/243) выявлены изменения в неврологическом статусе, которые в большинстве случаев имели транзиторный характер (54%), 38,2% детей не имели отклонений в неврологическом статусе. Однако 7,8% (n=8) детей имели стойкие изменения функции ЦНС, обусловленные структурными изменениями вещества мозга гипоксически-ишемического генеза в сочетании с ВЖК 2 степени, и преобладали в группе детей с врожденной диафрагмальной грыжей.

---

## **РЕФЕРЕНСНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГРАММЫ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА**

**Юршина М.В., Караваева А.Л., Тимофеева Л.А.**

Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Показатели гемограммы в раннем неонатальном периоде являются одним из наиболее доступных методов оценки состояния новорожденного у матерей с факторами инфекционного риска. Динамика уровня лейкоцитов в перифе-



рической крови у новорожденных в первые несколько дней после рождения очень существенна. Однако до настоящего времени нет единых нормативных показателей уровня лейкоцитов и нейтрофилов у доношенных новорожденных первых трех суток. По данным литературы колебания в пределах нормальных значений числа нейтрофилов и лейкоцитов отличаются у различных авторов. Так диапазон колебаний лейкоцитов составляет  $10,0-30,0 \times 10^9/\text{л}$ , по данным Clinical Hematology (Griffin P. Rodgers, Neal. S. Young, 2013).

### **Цель исследования**

Определение референсных показателей уровня лейкоцитов и нейтрофилов у доношенных новорожденных детей первых 3-х суток жизни, с учетом факторов перинатального риска по реализации инфекционных осложнений.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ показателей уровня лейкоцитов и нейтрофилов в периферической крови у 1000 доношенных новорожденных от матерей с отягощенным соматическим, акушерско-гинекологическим и инфекционным анамнезом, находившихся в раннем неонатальном периоде под наблюдением в ФГБУ НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Минздрава России в период с 2012 по 2016гг. Новорожденные были доношенными, сроком гестации 37–40 недель. У новорожденных исследуемой группы период ранней неонатальной адаптации протекал неосложненно, все дети были выписаны домой. Контроль клинического анализа периферической крови производился на вторые сутки жизни в качестве скринингового метода на анализаторе Sysmex XS 800i.

### **Полученные результаты**

Колебания уровня лейкоцитов составили  $7,58-30,71 \times 10^9/\text{л}$ . Средние показатели лейкоцитов  $18,93 \pm 8,68 \times 10^9/\text{л}$ . Таким образом, у большинства новорожденных на вторые сутки жизни колебания уровня лейкоцитов находились в пределах  $10,25 - 27,6 \times 10^9/\text{л}$ .

Для определения групп риска был вычислен также перцентильный коридор уровня лейкоцитов: 10-й перцентиль –  $13,55 \times 10^9/\text{л}$  и 90-й перцентиль  $25,00 \times 10^9/\text{л}$ .

Колебания уровня нейтрофилов в исследуемые сроки составили  $1,081 \times 10^9/\text{л} - 22,38 \times 10^9/\text{л}$ . Средние значения уровня нейтрофилов  $11,23 \pm 6,86 \times 10^9/\text{л}$ . Колебания уровня нейтрофилов у большинства новорожденных находились в пределах  $4,34 - 18,0 \times 10^9/\text{л}$ . Перцентильный коридор для показателей нейтрофилов на вторые сутки жизни: 10-й перцентиль –  $6,94 \times 10^9/\text{л}$ , 90-й перцентиль  $15,70 \times 10^9/\text{л}$ .

### **Заключение**

Полученные нами данные во многом совпадают с данными отечественной и зарубежной литературы. Так, колебания уровня лейкоцитов у здоровых доношенных новорожденных младенцев находились в пределах  $7,5-30,7 \times 10^9/\text{л}$ , колебания показателей нейтрофилов  $1,0-22,3 \times 10^9/\text{л}$ .



Однако, учитывая высокий риск реализации внутриутробной инфекции у новорожденных от матерей с отягощенным соматическим, акушерско-гинекологическим и инфекционным анамнезом, осложненным течением беременности, показатели, превышающие значения  $\pm 2\sigma$ , требуют контроля. За показатели возрастной нормы, не требующие контроля в динамике, учитывая удовлетворительное состояние новорожденных, рекомендовано принимать значения уровня лейкоцитов  $10,25 - 27,6 \times 10^9/\text{л}$ , значения уровня нейтрофилов  $4,34 - 18,0 \times 10^9/\text{л}$ . Значения, превышающие или находящиеся ниже приведенных диапазонов, требуют более пристального наблюдения за состоянием новорожденного и контроля гемограммы в динамике.

### Резюме

Показатели гемограммы являются доступным методом оценки состояния новорожденных, и могут использоваться в качестве скринингового метода у детей группы инфекционного риска. При выявлении в гемограмме изменений уровня лейкоцитов и нейтрофилов, превышающие или находящиеся ниже приведенных диапазонов (лейкоциты  $10,25 - 27,6 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилы  $4,34 - 18,0 \times 10^9/\text{л}$ ), требуют более пристального наблюдения за состоянием новорожденного и контроля гемограммы в динамике.



# Содержание

## Раздел 1

# Гинекология

---

**3 ЭНДОМЕТРИОЗ ЯИЧНИКОВ.  
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ**

*Аржаева И.А., Салов И.А.*

---

**4 СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТАМИ**

*Басова Т.А., Салов И.А., Турлупова Т.И.*

---

**6 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
НАЧАВШЕГОСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО  
ВЫКИДЫША У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА**

*Басова Т.А., Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В.*

---

**8 ОСОБЕННОСТИ НОРМОЦЕНОЗА СЛИЗИСТОЙ  
ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Батыров З.К., Уварова Е.В., Кумыкова З.Х., Хащенко Е.П.,  
Латыпова Н.Х., Киселева И.А., Донников А.Е.*

---

**9 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ  
ПАЦИЕНТОК С ЛАТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ  
ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Боровиков И.О., Горинг Х.И., Галустян М.В.*



**11 СОНОЭЛАСТОГРАФИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОМ  
БЕСПЛОДИИ**

*Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.*

**12 НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТ В КОМПЛЕКСНОМ  
ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА**

*Венгеренко М.Э., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В.,  
Артюшков В.В., Жуйко А.А.*

**13 ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ  
ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ  
КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.*

**15 НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ  
ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИИ**

*Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.*

**16 ЛАКТОФЕРРИН И РОМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ  
ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ  
И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ**

*Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.*

**18 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО  
ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА,  
СОДЕРЖАЩЕГО ЭСТРАДИОЛА ВАЛЕРАТ  
/ ДИЕНОГЕСТ (Е2V / DNG), У ЖЕНЩИН  
С МЕНОРРАГИЕЙ**

*Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А.,  
Абакарова П.Р., Назарова Н.М.*



**19 РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ**

*Жуйко А.А., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В., Артюшков В.В., Венгеренко М.Э.*

**21 ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

*Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Франкевич В.Е., Некрасова М.Е., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Бржозовский А.Г., Стародубцева Н.Л., Асатурова А.В.*

**22 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА КОРРЕКЦИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

*Карагезян К.М., Салов И.А.*

**23 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРА VEGF В ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ У ПАЦИЕНТОК С АДЕНОМИОЗОМ**

*Куценко И.И., Симовоник А.Н., Кравцова Е.И., Томина О.В.*

**25 РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЛАГАЛИЩА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Мокрушина О.Г., Щапов Н.Ф., Левитская М.В., Шумихин В.С.*



**26** **БИОБАНКИНГ БИОЛОГИЧЕСКИХ  
МАТЕРИАЛОВ В ПРОВЕДЕНИИ  
ПРЕЦИЗИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**

*Муллабаева С.М., Донников А.Е., Трофимов Д.Ю., Ибрагимов Р.Р.,  
Павлович С.В., Сухих Г.Т.*

**28** **ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА  
ВЛАГАЛИЩА ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-  
ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ  
В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ  
РЕГИОНЕ**

*Нурхасимова Р.Г., Кушкарова А.А., Раманова С.Т.,  
Турманбаева А.А., Ибраева Д.Е., Аязбеков А.К.*

**29** **ОЦЕНКА КЛЕТОЧНО-ИНЖЕНЕРНЫХ  
ФАСЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ  
И БИОНЕДЕГРАДИРУЕМЫХ ИМПЛАНТАТОВ,  
ИСПОЛЗУЕМЫХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ  
ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСОВ ГЕНИТАЛИЙ**

*Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С.,  
Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Крашенинников М.Е.*

**31** **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ «МАЛЫХ» ФОРМ  
ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ  
ВПЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН**

*Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.*

**32** **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО  
ГЕМОСТАТИКА «ГЕМОБЛОК» ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОПУХОЛИ ШЕЙКИ  
МАТКИ**

*Ташухожаева Д.Т., Салов И.А., Маршалов Д.В.*



**33 ЖЕНСКОЕ ЛИБИДО В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.  
ВРАЧЕБНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ**

*Федорова А.И.*

**35 ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПО МОЛЕКУЛЯРНОМУ ПРОФИЛЮ ТКАНЕЙ  
И БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ МЕТОДОМ  
МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ**

*Франкевич В.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Бугрова А.Е.,  
Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Назарова Н.М.*

**36 РОЛЬ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ  
ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СИНДРОМЕ  
ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

*Хурасева А.Б., Медведева И.Н., Святченко К.С., Бирюкова Т.А.*

**37 АЛЬТЕРНАТИВА В ЛЕЧЕНИИ  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИСБИОТИЧЕСКИХ  
ПРОЦЕССОВ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЖЕНСКИХ  
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

*Черниченко И.И., Хаджиева Э.Д.*

**39 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА  
ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ  
С ТРОМБОФИЛИЕЙ, У ЖИТЕЛЬНИЦ  
КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Шостак Д.П., Пашов А.И., Гончаров А.И.*

**40 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ  
УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА**

*Эседова А.Э., Акаева Ф.С., Идрисова М.А., Хабибулаева Л.М.*



**42 ВАГИНАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ  
ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ  
ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ**

*Эседова А.Э., Идрисова М.А., Апандиева М.М., Меджидова А.М.*

**Раздел 2**

**Репродуктология**

**44 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТОКОЛОВ  
СТИМУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ  
В РАЗЛИЧНЫЕ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО  
ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ  
ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ**

*Богатырева Х.А., Мишиева Н.Г., Мартазанова Б.А., Лапина В.С.,  
Абубакиров А.Н., Королькова А.И.*

**46 ЗАВИСИМОСТЬ ТОЛЩИНЫ  
ЭНДОМЕТРИЯ ОТ УРОВНЯ СТЕРОИДНЫХ  
ГОРМОНОВ У ПАЦИЕНТОК ПРОГРАММ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ**

*Гвоздева А.Д., Афян А.И., Абдурахманова Н.Ф., Долгушина Н.В.*



**47 КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ  
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО  
СКРИНИНГА В ПРОГРАММАХ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК ПОЗДНЕГО  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Ильина Е.О., Коротченко О.Е.,  
Панченко В.А., Торсян А.О.*

**48 ВЛИЯНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ  
И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ  
НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ БЕСПЛОДИЯ  
НА УСПЕШНОСТЬ ПОПЫТОК ЭКО И ПЭ**

*Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Овешникова Т.З., Азоева Э.Л.,  
Григорян К.В.*

**50 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО  
ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У ПАЦИЕНТОК  
С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ  
И БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ**

*Коротченко О.Е., Сыркашева А.Г., Долгушина Н.В., Шуклина Д.А.,  
Довгань А.А.*

**51 КОМПЛЕКСНАЯ ПРЕДГРАВИДАРНАЯ  
ПОДГОТОВКА У ПАЦИЕНТОК  
С АДЕНОМИОЗОМ И НЕУДАЧНЫМИ  
ПОПЫТКАМИ ЭКО**

*Куценко И.И., Авакимян В.А., Кравцова Е.И., Потапова И.А.*

**53 РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ПРОГРАММ ВРТ**

*Пархоменко А.А., Десяткова Н.В., Пащенко А.А., Долгушина Н.В.*



**54 ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА  
НА ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ  
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Понизовкина А.И., Сыркашева А.Г., Васильченко Н.В., Долгушина Н.В.*

**55 ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ  
ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЫ  
И ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ  
В СПЕРМАТОЗОИДАХ ЧЕЛОВЕКА**

*Романов А.Ю.<sup>1</sup>, Макарова Н.П.<sup>1</sup>, Сыркашева А.Г.<sup>1</sup>, Понизовкина А.И.<sup>2</sup>,  
Красный А.М.<sup>1</sup>.*

**57 ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ  
ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ  
ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ  
ЯИЧНИКОВ**

*Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Арабаджан С.М.,  
Пивоварчик С.Н., Токарева В.В.*

**58 НЕГОРМОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ  
ТОНКОГО ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ  
К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО**

*Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Бурдули А.Г., Абубакиров А.Н.,  
Куземин А.А., Мишиева Н.Г., Магомадова М.У., Павлович С.В.*



## Раздел 3

# Акушерство

**60 СРОКИ НАСТУПЛЕНИЯ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ  
БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ  
ВЫКИДЫШЕМ ПОСЛЕ ПРЕДГЕСТАЦИОННОЙ  
ИММУНОЦИТОТЕРАПИИ**

*Сарибегова В.А., Тетрашвили Н.К., Вторушина В.В.,  
Агаджанова А.А., Кречетова Л.В.*

**62 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ, ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА  
РОССИИ**

*Андреева М.В., Фетисова Е.С.*

**63 ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА  
ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

*Арушанова А.Г., Курчакова Т.А., Меджидова М.К., Кокоева Д.Н.,  
Тютюнник В.Л.*

**64 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ  
БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

*Брега Н.И., Михалчан Л.С.*

**66 ВЫБОР СРОКОВ РОДРАЗРЕШЕНИЯ  
У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ  
ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА**

*Буштырева И.О., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Гали М.А.,  
Шахбазова Е.В.*



**68 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ  
ЭНДОМЕТРИТОВ**

*Волчок Н.В., Иссарь Н.В., Карпучок А.В.,  
Горностай Н.В., Дражина О.Г.*

**69 БЫСТРЫЕ ТЕСТЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ  
АНТИГЕНОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПНЕВМОНИЙ**

*Дробченко С.Н.\*, Рищук С.В.\*\*, Марголин О\*\*\**

**71 ДЕТЕРМИН КОМБО – ЭКСПРЕСС-ТЕСТ  
НОВОГО 4-ГО ПОКОЛЕНИЯ**

*Дробченко С.Н., Марголин О.*

**72 ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИИ У РОДИЛЬНИЦ,  
БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ НАСТУПИЛА  
ПОСЛЕ ЭКО И ПЭ, В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ**

*Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.*

**74 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ  
И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ  
ПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН  
С БЕРЕМЕННОСТЬЮ НАСТУПИВШЕЙ  
ПОСЛЕ ЭКО И ПЭ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ  
ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.*

**76 ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА:  
ЛЕЧЕНИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ,  
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ**

*Каде С.Р., Тхатль С.К., Лебеденко Е.С.*

**77 ПРИЧИНЫ УГРОЖАЮЩЕЙ АСФИКСИИ  
ПЛОДА В РОДАХ**

*Камалян С.А., Хворостухина Н.Ф., Бебешко О.И., Новичков Д.А.*



**79 ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ ВЫСОКОГО РИСКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кокая И.Ю., Котомина Т.С., Томакян Р.Г., Романова А.В.*

**81 ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА НАЛОЖЕНИЯ МАТОЧНЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ШВОВ ПРИ АТОНИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ: НАШ ОПЫТ**

*Котельников А.В., Шейко А.С.*

**82 ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. ПОДСЧЕТ ТРОМБОЦИТОВ РУЧНЫМ И АВТОМАТИЧЕСКИМ СПОСОБАМИ**

*Котомина Т.С., Кокая И.Ю., Томакян Р.Г.*

**84 ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ СО ШВАМИ НА ПРОМЕЖНОСТИ: БОЛЕУТОЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ**

*Кубицкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.*

**85 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

*Курчакова Т.А., Володина М.А., Арушанова А.Г., Меджидова М.К., Кокоева Д.Н.*

**86 ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ БИОСУБСТРАТАХ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Мальшикина А.И., Парейшвили В.В., Вахромеев А.П., Ситникова О.Г., Кузьменко Г.Н.*



**88 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

*Малышкина А.И., Фетисова И.Н., Жолобов Ю.Н., Назарова А.О.,  
Назаров С.Б., Фетисов Н.С.*

**90 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ  
РОСТА ПЛОДА**

*Мантрова Д.А., Ананьев Е.В., Ганичкина М.Б., Хачатурян А.А.,  
Климанцев И.В.*

**91 БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ  
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ**

*Мендус Е.В., Иванова О.Ю.*

**93 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИЙ  
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ**

*Михалчан Л.С., Брега Н.И.*

**95 ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ПРИ НАСТУПЛЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ  
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ**

*Пароконная А.А., Нечушкин М.И., Кравченко Д.Н.,  
Кампова-Полевая Е.Б.*

**96 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ  
НЕПРЕРЫВНЫХ ШВОВ С КРЕСТООБРАЗНЫМ  
ХОДОМ НИТИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ  
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

*Рыжков В.В., Хажбиев А.А.*



**98 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ**

*Сагамонова К.Ю., Заварзин П.Ж., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Арабаджан С.М., Токарева В.В., Пивоварчик С.Н.*

**99 ИСХОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ СРЕДИ ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С ВЫРАЖЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Салов И.А., Михайлова Ю.В., Суворова Г.С.*

**101 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛАЦЕНТА-ОПОСРЕДОВАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ НИЗКОГО РИСКА**

*Салов И.А., Суворова Г.С., Михайлова Ю.В.*

**102 К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МАТКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

*Синчихин С.П., Сарбасова А.Е., Мамиев О.Б., Степанян Л.В.*

**104 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ (АМТ) В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**

*Скопец В.В.<sup>1,2</sup>, Шабанова Н.Е.<sup>1,2</sup>, Ни О.Г.<sup>1</sup>, Очаковская И.Н.<sup>1,2</sup>, Чернобай Е.Г.<sup>1</sup>*

**105 РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ (СКАТ) В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ГБУЗ «ККБ №2» Г. КРАСНОДАРА**

*Скопец В.В.<sup>1,2</sup>, Шабанова Н.Е.<sup>1,2</sup>, Ни О.Г.<sup>1</sup>, Очаковская И.Н.<sup>1,2</sup>, Чернобай Е.Г.<sup>1</sup>*



**107 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, ИМЕЮЩИХ РАЗНЫЙ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЙ СТАТУС**

*Стебло Е.И., Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Могилина М.Н.*

**108 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ БЕЗВОДНЫМ ПРОМЕЖУТКОМ**

*Степанова Н.Н., Хворостухина Н.Ф., Мамедова Г.Э.*

**110 РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ МАЛОВОДИЯ У БЕРЕМЕННЫХ**

*Сулейманова И.Г., Мирошкина Е.Ф., Алиева И.Д.*

**112 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ИНФЕКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ**

*Сулейманова И.Г., Мирошкина Е.Ф., Кочкарева С.*

**113 ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ**

*Ташухожаева Д.Т., Салов И.А., Маршалов Д.В.*

**115 ПОКАЗАТЕЛИ ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОАНТИТЕЛ У МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Хмельницкая А.В.*

**116 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТУБЕРОЗНОМ СКЛЕРОЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

*Турлупова Т.И., Салов И.А., Паршин А.В.*



**118 УРОВЕНЬ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Тютюнник Н.В., Харченко Д.К., Красный А.М., Ховхаева П.А., Кан Н.Е.*

**119 СПОНТАННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РАДИКАЛОВ КИСЛОРОДА В ПРОБАХ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Харченко Д.К., Тютюнник Н.В., Асташкин Е.И., Орехова Н.С., Новикова А.Н.*

**121 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА**

*Хачатурян А.А., Мантрова Д.А., Ганичкина М.Б., Хачатрян З.В.*

**122 ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ**

*Хворостухина Н.Ф., Салов И.А.*

**124 РОЛЬ ВАЗОКОНСТРИКТОРОВ И ВАЗОДИЛАТАТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Хлестова Г.В., Романов А.Ю., Баев О.Р., Низяева Н.В., Колодько В.Г., Иванец Т.Ю., Муллабаева С.М., Щеголев А.И.*

**125 СПОСОБ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЯТРОГЕННЫХ РАЗРЫВОВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФЕТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*Шнейдерман М.Г., Фатхудинов Т.Х., Костюков К.В., Арутюнян И.В., Шмаков Р.Г.*



**126 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО, СРЕДНЕГО И НИЗКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Шпилюк М.А., Баландина А.Н., Кольцова Е.М., Грищук К.И.,  
Безнощенко О.С., Пырегов А.В., Атауллаханов Ф.И., Иванец Т.Ю.,  
Шмаков Р.Г.*

**128 АДАПТАЦИОННО-РЕГУЛЯТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С ДОНОРСТВОМ ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ**

*Югина А.А., Абушкевич В.Г., Пенжоян Г.А.*

**129 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ДОНОРСТВА ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ**

*Югина А.А., Новикова В.А., Хачак С.Н., Захарова Е.С., Мушенко О.В.,  
Пенжоян Г.А.*

**131 СПЕКТР МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТДЕЛЯЕМОГО ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ**

*Любасовская Л.А., Дубоделов Д.В., Родченко Ю.В., Муравьева В.В.,  
Гордеев А.Б., Мелкумян А.Р., Кондрахин А.П., Карапетян Т.Э.,  
Николаева Н.В., Шмаков Р.Г., Припутневич Т.В.*



- 132 ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПРЕГРАВИДАРНУЮ ПОДГОТОВКУ И ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ УТРОЖЕСТАН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРИСТАН)**

*Манухин И.Б.*

## **Раздел 4**

# **Онкогинекология**

- 135 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

*Аветян Л.Т.<sup>1</sup>, Шестакова О.В.<sup>1</sup>, Тетелютина Ф.К.<sup>2</sup>*

- 137 МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «БЕЛАЯ РОЗА» – ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН**

*Черниченко И.И., Геращенко Я.Л., Миронова А.В.*



## Раздел 5

# Общественное здравоохранение

---

### 139 МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Исакова П.В.*

---

### 141 СТРУКТУРА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Исакова П.В.*

---

### 142 ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

*Мокрушина О.Г., Разумовский А.Ю., Юдина Е.В., Левитская М.В.*

---

### 144 РАЗРАБОТКА И ВАЛИДАЦИЯ ОПРОСНИКА ИЗУЧЕНИЯ ОЖИДАНИЙ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТЕЛЬНО УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Письменская Т.В., Шувалова М.П., Буняева Е.С.*



## Раздел 6

# Неонатология и педиатрия

---

**146 РАННЯЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Бокерия Е.Л., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Никифоров Д.В.,  
Беришвили Д.О.*

---

**148 АНАЛИЗ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ИХ СТРУКТУРЫ В КРАЕВОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**

*Данильченко И.М., Белоброва О.В., Соболев К.В., Светличная О.В.*

---

**149 АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ В «КРАЕВОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ» ГБУЗ «ДЕТСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

*Данильченко И.М., Москаленко Е.А., Соболев К.В.,  
Белоброва О.В., Дудина Л.Г.*



**151 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА  
БИГЛЮКОНАТА И ЭТИЛОВОГО СПИРТА  
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КАЧЕСТВЕ  
АНТИСЕПТИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Ионов О.В., Никитина И.В., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н.,  
Ленюшкина А.А., Любасовская Л.А., Родченко Ю.В.,  
Припутневич Т.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н.*

**153 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ  
ПРЕДИКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ  
К ИНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ  
У НОВОРОЖДЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПОТЕНЗИЕЙ**

*Крючко Д.С., Донников А.Е., Байбарина Е.Н.,  
Никитина И.В., Ионов О.В.*

**154 ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ ДЕТЯМ  
НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ  
ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД**

*Лоскутова С.А.<sup>1</sup>, Пекарева Н.А.<sup>2</sup>, Никулина А.Б.<sup>3</sup>*

**156 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ  
С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ И РАКОМ МОЛОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Макиева М.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г., Тимофеева Л.А.,  
Цой Т.А., Артамкина Е.И.*

**157 СОСТАВ ТЕЛА И УРОВЕНЬ ЭНДОТОКСИНА  
В КРОВИ У ДОНОШЕННЫХ  
И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Маркелова М.М., Рюмина И.И., Салахов И.М., Нароган М.В.*



**159 ВЫБОР БЕЗОПАСНОГО МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**

*Маркова О.Ю., Байбарина Е.Н., Болмасова А.В., Ионов О.В., Балашова Е.Н.*

**160 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МАТЕРЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩИМИ РОДАМИ**

*Морозова Н.Я., Шпилюк М.А., Безнощенко О.С., Кречетова Л.В., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Виноградова М.А., Дегтярев Д.Н.*

**162 ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И., Туманова У.Н., Балашов И., Прохин А.В., Козлова А.В., Александрова Н.В.*

**164 ФЕРРОТЕРАПИЯ И РОЛЬ ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ**

*Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Котик И.Е.*

**165 АНАЛИЗ РАБОТЫ РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА НЕОНАТАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**

*Сушков В.Г., Небрат Л.С., Нестерова А.Б., Запорожец Н.Н.*

**167 ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

*Ушакова Л.В., Тебердиева С.О., Дегтярев Д.Н., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Амирханова Д.Ю.*



**Х** ЮБИЛЕЙНЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ  
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
ФОРУМ

**Мать и Дитя**

В начало

Содержание

Список авторов

---

**168 РЕФЕРЕНСНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ГЕМОГРАММЫ У ДОНОШЕННЫХ  
НОВОРОЖДЕННЫХ С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ  
ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА**

*Юршина М.В., Каравеева А.Л., Тимофеева Л.А.*



## Список авторов

*Аветян Л.Т.<sup>1</sup>, Шестакова О.В.<sup>1</sup>, Тетелютина Ф.К.<sup>2</sup>*

*Андреева М.В., Фетисова Е.С.*

*Аржаева И.А., Салов И.А.*

*Арушанова А.Г., Курчакова Т.А., Меджидова М.К.,  
Кокоева Д.Н., Тютюнник В.Л.*

*Басова Т.А., Салов И.А., Турлупова Т.И.*

*Басова Т.А., Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В.*

*Батыров З.К., Уварова Е.В., Кумыкова З.Х., Хащенко Е.П.,  
Латыпова Н.Х., Киселева И.А., Донников А.Е.*

*Богатырева Х.А., Мишиева Н.Г., Мартазанова Б.А.,  
Лапина В.С., Абубакиров А.Н., Королькова А.И.*

*Бокерия Е.Л., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Никифоров Д.В.,  
Беришвили Д.О.*

*Боровиков И.О., Горинг Х.И., Галустян М.В.*

*Брега Н.И., Михалчан Л.С.*

*Буштырева И.О., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Гали М.А.,  
Шахбазова Е.В.*

*Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.*

*Венгеренко М.Э., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В.,  
Артюшков В.В., Жуйко А.А.*

*Волчок Н.В., Иссарь Н.В., Карпучок А.В.,  
Горностай Н.В., Дражина О.Г.*



*Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.*

*Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.*

*Гвоздева А.Д., Афян А.И., Абдурахманова Н.Ф., Долгушина Н.В.*

*Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.*

*Данильченко И.М., Белоброва О.В., Соболев К.В., Светличная О.В.*

*Данильченко И.М., Москаленко Е.А.,  
Соболев К.В., Белоброва О.В., Дудина Л.Г.*

*Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н.,  
Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Назарова Н.М.*

*Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Ильина Е.О., Коротченко О.Е.,  
Панченко В.А., Торосян А.О.*

*Дробченко С.Н., Марголин О.*

*Дробченко С.Н.\* , Рищук С.В.\*\* , Марголин О\*\*\**

*Жуйко А.А., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В.,  
Артюшков В.В., Венгеренко М.Э.*

*Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Франкевич В.Е.,  
Некрасова М.Е., Бугрова А.Е., Кононихин А.С.,  
Бржозовский А.Г., Стародубцева Н.Л., Асатурова А.В.*

*Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.*

*Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З.*

*Иакашвили С.Н., Самчук П.М., Овешникова Т.З., Азоева Э.Л.,  
Григорян К.В.*

*Ионов О.В., Никитина И.В., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н.,  
Ленюшкина А.А., Любасовская Л.А., Родченко Ю.В.,  
Припутневич Т.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н.*

*Исакова П.В.*



*Исакова П.В.*

*Каде С.Р., Тхатль С.К., Лебеденко Е.С.*

*Камалян С.А., Хворостухина Н.Ф., Бебешко О.И., Новичков Д.А.*

*Карагезян К.М., Салов И.А.*

*Кокая И.Ю., Котомина Т.С., Томакян Р.Г., Романова А.В.*

*Коротченко О.Е., Сыркашева А.Г.,  
Долгушина Н.В., Шуклина Д.А., Довгань А.А.*

*Котельников А.В., Шейко А.С.*

*Котомина Т.С., Кокая И.Ю., Томакян Р.Г.*

*Крючко Д.С., Донников А.Е., Байбарина Е.Н.,  
Никитина И.В., Ионов О.В.*

*Кубицкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.*

*Курчакова Т.А., Володина М.А., Арушанова А.Г.,  
Меджидова М.К., Кокоева Д.Н.*

*Куценко И.И., Авакимян В.А., Кравцова Е.И., Потапова И.А.*

*Куценко И.И., Симовоник А.Н., Кравцова Е.И., Томина О.В.*

*Лоскутова С.А.<sup>1</sup>, Пекарева Н.А.<sup>2</sup>, Никулина А.Б.<sup>3</sup>*

*Любасовская Л.А., Дубоделов Д.В., Родченко Ю.В., Муравьева В.В.,  
Гордеев А.Б., Мелкумян А.Р., Кондрахин А.П., Карапетян Т.Э.,  
Николаева Н.В., Шмаков Р.Г., Припутневич Т.В.*

*Макиева М.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г.,  
Тимофеева Л.А., Цой Т.А., Артамкина Е.И.*

*Мальшикина А.И., Парейшвили В.В., Вахромеев А.П.,  
Ситникова О.Г., Кузьменко Г.Н.*

*Мальшикина А.И., Фетисова И.Н., Жолобов Ю.Н.,  
Назарова А.О., Назаров С.Б., Фетисов Н.С.*



*Мантрова Д.А., Ананьев Е.В., Ганичкина М.Б.,  
Хачатурян А.А., Климанцев И.В.*

*Манухин И.Б.*

*Маркелова М.М., Рюмина И.И., Салахов И.М., Нароган М.В.*

*Маркова О.Ю., Байбарина Е.Н.,  
Болмасова А.В., Ионов О.В., Балашова Е.Н.*

*Мендус Е.В., Иванова О.Ю.*

*Михалчан Л.С., Брега Н.И.*

*Мокрушина О.Г., Разумовский А.Ю., Юдина Е.В., Левитская М.В.*

*Мокрушина О.Г., Щапов Н.Ф., Левитская М.В., Шумихин В.С.*

*Морозова Н.Я., Шпилюк М.А., Безнощенко О.С.,  
Кречетова Л.В., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л.,  
Буров А.А., Виноградова М.А., Дегтярев Д.Н.*

*Муллабаева С.М., Донников А.Е.,  
Трофимов Д.Ю., Ибрагимов Р.Р., Павлович С.В., Сухих Г.Т.*

*Нурхасимова Р.Г., Кушкарова А.А., Раманова С.Т.,  
Турманбаева А.А., Ибраева Д.Е., Аязбеков А.К.*

*Пароконная А.А., Нечушкин М.И., Кравченко Д.Н.,  
Кампова-Полевая Е.Б.*

*Пархоменко А.А., Десяткова Н.В.,  
Пащенко А.А., Долгушина Н.В.*

*Письменская Т.В., Шувалова М.П., Буняева Е.С.*

*Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И., Туманова У.Н., Балашов И.,  
Прохин А.В., Козлова А.В., Александрова Н.В.*

*Понизовкина А.И., Сыркашева А.Г., Васильченко Н.В.,  
Долгушина Н.В.*



*Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Котик И.Е.*

*Романов А.Ю.<sup>1</sup>, Макарова Н.П.<sup>1</sup>, Сыркашева А.Г.<sup>1</sup>,  
Понизовкина А.И.<sup>2</sup>, Красный А.М.<sup>1</sup>.*

*Рыжков В.В., Хажбиев А.А.*

*Сагамонова К.Ю., Заварзин П.Ж.,  
Казанцева Т.А., Золотых О.С., Арабаджан С.М.,  
Токарева В.В., Пивоварчик С.Н.*

*Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Золотых О.С.,  
Арабаджан С.М., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В.*

*Салов И.А., Михайлова Ю.В., Суворова Г.С.*

*Салов И.А., Суворова Г.С., Михайлова Ю.В.*

*Сарибегова В.А., Тетруашвили Н.К.,  
Вторушина В.В., Агаджанова А.А., Кречетова Л.В.*

*Синчихин С.П., Сарбасова А.Е., Мамиев О.Б., Степанян Л.В.*

*Скопец В.В.<sup>1,2</sup>, Шабанова Н.Е.<sup>1,2</sup>, Ни О.Г.<sup>1</sup>,  
Очаковская И.Н.<sup>1,2</sup>, Чернобай Е.Г.<sup>1</sup>*

*Скопец В.В.<sup>1,2</sup>, Шабанова Н.Е.<sup>1,2</sup>, Ни О.Г.<sup>1</sup>,  
Очаковская И.Н.<sup>1,2</sup>, Чернобай Е.Г.<sup>1</sup>*

*Стебло Е.И., Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Могилина М.Н.*

*Степанова Н.Н., Хворостухина Н.Ф., Мамедова Г.Э.*

*Сулейманова И.Г., Мирошкина Е.Ф., Алиева И.Д.*

*Сулейманова И.Г., Мирошкина Е.Ф., Кочкарева С.*

*Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Лյондуп А.В., Александров Л.С.,  
Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Крашенинников М.Е.*

*Сушков В.Г., Небрат Л.С., Нестерова А.Б., Запорожец Н.Н.*



*Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.*

*Ташухожоева Д.Т., Салов И.А., Маршалов Д.В.*

*Ташухожоева Д.Т., Салов И.А., Маршалов Д.В.*

*Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Хмельницкая А.В.*

*Турлупова Т.И., Салов И.А., Паршин А.В.*

*Тютюнник Н.В., Харченко Д.К., Красный А.М., Ховхаева П.А.,  
Кан Н.Е.*

*Ушакова Л.В., Тебердиева С.О., Дегтярев Д.Н.,  
Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Амирханова Д.Ю.*

*Федорова А.И.*

*Франкевич В.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Бугрова А.Е.,  
Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Назарова Н.М.*

*Харченко Д.К., Тютюнник Н.В.,  
Асташкин Е.И., Орехова Н.С., Новикова А.Н.*

*Хачатурян А.А., Мантрова Д.А.,  
Ганичкина М.Б., Хачатрян З.В.*

*Хворостухина Н.Ф., Салов И.А.*

*Хлестова Г.В., Романов А.Ю., Баев О.Р.,  
Низяева Н.В., Колодько В.Г., Иванец Т.Ю.,  
Муллабаева С.М., Щеголев А.И.*

*Хурасева А.Б., Медведева И.Н., Святченко К.С., Бирюкова Т.А.*

*Черниченко И.И., Геращенко Я.Л., Миронова А.В.*

*Черниченко И.И., Хаджиева Э.Д.*

*Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Бурдули А.Г.,  
Абубакиров А.Н., Куземин А.А., Мишиева Н.Г.,  
Магомадова М.У., Павлович С.В.*



*Шнейдерман М.Г., Фатхудинов Т.Х., Костюков К.В.,  
Арутюнян И.В., Шмаков Р.Г.*

*Шостак Д.П., Пашов А.И., Гончаров А.И.*

*Шпилюк М.А., Баландина А.Н., Кольцова Е.М., Грищук К.И.,  
Безнощенко О.С., Пырегов А.В., Атауллаханов Ф.И., Иванец Т.Ю.,  
Шмаков Р.Г.*

*Эседова А.Э., Акаева Ф.С., Идрисова М.А., Хабибулаева Л.М.*

*Эседова А.Э., Идрисова М.А., Апандиева М.М., Меджидова А.М.*

*Югина А.А., Абушкевич В.Г., Пенжоян Г.А.*

*Югина А.А., Новикова В.А., Хачак С.Н., Захарова Е.С.,  
Мушенко О.В., Пенжоян Г.А.*

*Юршина М.В., Караваева А.Л., Тимофеева Л.А.*

ИЗОПРИНОЗИН. Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. Торговое наименование препарата: ИЗОПРИНОЗИН. Международное непатентованное или группировочное название: ИЗОПРИНОЗИН. Форма выпуска: Таблетки, 500 мг. Страна-производитель: Франция. Код АТХ: J050B05. Показания к применению: лечение первичной и рецидивирующей папилломы человека (ВПЧ), вызванной вирусом папилломы человека (ВПЧ) 6 и 11 типов. Противопоказания: беременность, кормящие женщины, детский возраст до 3 лет (масса тела до 15,20 кг). Способ применения и дозы (попал на перфорацию): таблетки принимают внутрь после еды, запивая небольшим количеством воды. Рекомендуемая доза взрослым и детям с 3 лет (масса тела от 15-20 кг) составляет 50 мг/кг в сутки, разделенная на 3-4 приема. Взрослым – по 6-8 таблеток в сутки. Дети – по 120 мг/кг в 5-7 мг/кг в сутки. При приеме препарата необходимо соблюдать осторожность при приеме алкоголя. При приеме препарата необходимо соблюдать осторожность при приеме алкоголя. При приеме препарата необходимо соблюдать осторожность при приеме алкоголя.

## ЖЕНЩИНА НЕ МОЖЕТ НЕ ЗАКОНЧИТЬ МАКИЯЖ! А ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?



**ПАЦИЕНТКИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ!**  
Полный курс **Изопринозина** помогает избавиться от вируса папилломы человека и осложнений ПВИ.\*

## ИЗОПРИНОЗИН. ЗАВЕРШЕННЫЙ ОБРАЗ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ

ДОВОДИТЕ  
ДО КОНЦА!

20 лет в России.  
Улучшите здоровье  
людей, ми болелом  
их счастьем!

Высокая приверженность терапии папилломавирусной инфекции – необходимый фактор достижения желаемого эффекта терапии. // Женская консультация. – 2014. – №3. – С. 22.

\*Хракин А.А. Возможна ли радикальная иммунотерапия больных с инфекциями, передаваемыми половым путем? // Consilium Medicum. – 2015. – №6. – Т. 17. – С. 61-66.

\*Снижает риск развития и рецидива дисплазии шейки матки и риск малигнизации патологического процесса.

За дополнительной информацией обращайтесь: Общество с ограниченной ответственностью «Тева», Россия, 119309, Москва, ул. Валуевая, в. 35 | Тел. +7 495 6442234 | Факс +7 495 6442235/36 | www.teva.ru  
ISPR.RU-00180-POK-PHARM-14022018 реклама

TEVA

## МОДЭЛЛЬ ПЬЮР

Устраняет проблемы с кожей и волосами<sup>1</sup> изнутри<sup>2-4</sup>

## МОДЭЛЛЬ ТРЕНД

Препятствует образованию отеков и набору веса<sup>5-6</sup>

# МОДЭЛЛЬ®

## МОДЭЛЛЬ ЛИБЕРА

Сокращает количество менструаций до 4 раз в год<sup>8</sup>

## МОДЭЛЛЬ МАМ

Не влияет на лактацию и развитие ребенка<sup>9-11</sup>

## МОДЭЛЛЬ ПРО

Способствует восстановлению репродуктивного здоровья<sup>12-13</sup>

# МОДЭЛЛЬ®

## Уникальная коллекция контрацептивов\*



Краткая информация из инструкции по применению лекарственных препаратов МОДЭЛЛЬ ПЬЮР, МОДЭЛЛЬ ПРО, МОДЭЛЛЬ ТРЕНД, МОДЭЛЛЬ МАМ, МОДЭЛЛЬ ЛИБЕРА. **Регистрационный номер:** ЛСР-001278/09, ЛП-002882/12, ЛП-002915/12, ЛП-003921/12. Торговое название: МОДЭЛЛЬ ПЬЮР, МОДЭЛЛЬ ПРО, МОДЭЛЛЬ ТРЕНД, МОДЭЛЛЬ МАМ, МОДЭЛЛЬ ЛИБЕРА. **Международное непатентованное название:** ципротерон+этинистерадол, дроспиренон + этинистерадол<sup>12</sup>, дезогестрел<sup>13</sup>, левоноргестрел + этинистерадол и этинистерадол [анборг]. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые оболочкой<sup>14</sup>, таблетки, покрытые пленочной оболочкой<sup>15</sup>, набор таблеток, покрытых пленочной оболочкой<sup>16</sup>. **Фармакотерапевтическая группа:** комбинированное контрацептивное средство (эстроген + андроген), контрацептивное средство комбинированное (эстроген + гестаген)<sup>17</sup>, гестаген<sup>18</sup>. **Показания к применению:** контрацепция<sup>19,20</sup>, контрацепция у женщин с заболеваниями эндокринной системы, лечение андрогензависимых заболеваний (состояний) у женщин (вульгарные угри (acne vulgaris), акне vulgaris, себорея, андрогенетическая алопеция, гирсутизм), контрацепция и лечение угревой сыпи средней тяжести (acne vulgaris), контрацепция и лечение тяжелой формы ПМС. **Противопоказания:** тромбозы<sup>21</sup> и тромбоэмболии<sup>22</sup>, наличие в данный момент венозной тромбоземии<sup>23</sup>, состояние, предшествующее тромбозу<sup>24</sup>, выявленная предрасположенность к венозному или артериальному тромбозу<sup>25</sup>, гипертензия<sup>26</sup>, мигрень с очаговыми неврологическими симптомами<sup>27</sup>, сахарный диабет с осложнениями<sup>28,29</sup>, множественные или выраженные факторы риска венозного или артериального тромбоза<sup>30</sup>, неконтролируемая артериальная гипертензия<sup>31</sup>, пикреат с выраженной гипертриглицеридемией<sup>32,33</sup>, печеночная недостаточность<sup>34,35</sup> и тяжелые заболевания печени<sup>36,37</sup>, опухоли печени<sup>38,39</sup>, выявленные гормонозависимые злокачественные заболевания<sup>40,41</sup> и опухоли<sup>42</sup> или подозрение на них<sup>43,44</sup>, вагинальное кровотечение неизвестного генеза<sup>45,46</sup>, беременность или подозрение на нее<sup>47,48</sup>, период грудного вскармливания<sup>49,50</sup>, повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата<sup>51,52</sup>, непереносимость лактозы<sup>53,54</sup>, галактозия, дефицит лактазы<sup>55,56</sup>, сахарный/галактоземия<sup>57,58</sup>, глюкозо-6-фосфатная дефицитность<sup>59,60</sup>, тяжелая и/или острая почечная недостаточность<sup>61</sup>, надпочечниковая недостаточность, возраст до 18 лет, одновременное применение с препаратами замедляющей/ускоряющей период постменопаузы<sup>62</sup>. **Полная информация — см. инструкцию по применению.** **Побочное действие:** наиболее частыми побочными эффектами были: тошнота<sup>63</sup>, боли в животе<sup>64</sup>, боли в спине<sup>65</sup>, увеличение массы тела<sup>66</sup>, головная боль<sup>67,68</sup>, мигрень<sup>69</sup>, депрессия<sup>70</sup>, эмоциональная лабильность, диспаритет<sup>71</sup> и подавление настроения, снижение либидо<sup>72</sup>, боль в молочных железах<sup>73</sup>, нагрубание<sup>74</sup> и повышенная чувствительность молочной железы<sup>75</sup>, нарушения менструального цикла<sup>76</sup>, ациклические кровотечения<sup>77</sup> и кровянистые выделения<sup>78</sup>, нерегулярные маточные кровотечения<sup>79</sup>, отсутствие менструальноподобного кровотечения<sup>80</sup>, аменорея<sup>81</sup>, метроррагия<sup>82</sup>, болезненные менструальноподобные кровянистые выделения/кровотечения<sup>83</sup>, боли, кандидозный вульвовагинит<sup>84</sup>, грибовые инфекции<sup>85</sup>, зуд<sup>86</sup>, вагинальный зуд<sup>87</sup>, зуд<sup>88</sup>, изжога<sup>89</sup>, метеоризм<sup>90</sup>. **Полная информация — см. инструкцию по применению.** **Срок годности:** 3 года. Не применять по истечении срока годности<sup>91</sup>. **Условия отпуска из аптеки:** по рецепту<sup>92,93</sup>. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению. А. МОДЭЛЛЬ ПЬЮР, В. МОДЭЛЛЬ ПРО, С. МОДЭЛЛЬ ТРЕНД, Д. МОДЭЛЛЬ МАМ, Е. МОДЭЛЛЬ ЛИБЕРА. Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Не для передачи пациентам и посетителям аптек. Единственная линия контрацептивов в РФ под одним эзотимическим брендом. Единственная линейка контрацептивов в РФ, в составе которой одновременно препараты с МНД дезогестрел 0,075 мг, ципротерон 2 мг + этинистерадол 0,035 мг, дроспиренон 3 мг + этинистерадол 0,03 мг, дроспиренон 3 мг + этинистерадол 0,02 мг, левоноргестрел 0,01 мг + этинистерадол 0,02 мг и этинистерадол 0,01 мг, <http://gfs.com/med/gf.ru/> 23.03.2017, 1. Справедливо для женщин с влечениями гиперандрогении. 2. Прием лекарственных средств. 3. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ ПЬЮР. 4. Аудиник С. et al. *Спассай Глас Юналл*. 1990; 27(6):392-402. 5. Задержка жидкости в предменструальный период. 6. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ ТРЕНД. 7. Первый препарат на российском рынке, который содержит 84 таблетки с 20 мг этинистерадола и 100 мг левоноргестрела в 7 таблетках и 10 мг этинистерадола для непрерывного режима приема в течение 91 дня. <http://gfs.com/med/gf.ru/> 22.11.2016. 8. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ ЛИБЕРА. 9. Оценка роста, физического и психомоторного развития не выявила каких-либо различий у детей, чьи матери принимали дезогестрел, с мальчиками, чьи матери использовали негормональный метод контрацепции (медные внутриматочные спирали)<sup>94</sup>. Тем не менее, необходимо тщательно наблюдать за развитием и ростом грудного ребенка, мать которого принимает препарат<sup>95</sup>. 10. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ МАМ. 11. *Winnafordt Rl*. Et al. *BJOG*. 2001; 108:1174-80. 12. Не является показанием к применению. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ ПРО у женщин, принимающих комбинированные пероральные контрацептивные препараты (КОК), менструальный цикл становится более регулярным, реже наблюдаются более частые менструации, уменьшается интенсивность менструальноподобного кровотечения, в результате чего снижается риск железодефицитной анемии<sup>96</sup>. 13. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ ПРО. За дополнительной информацией обращаться: Общество с ограниченной ответственностью «Гевак Россия», 115054, Москва, ул. Валуева, д. 35. Тел. +74956442234, Факс +74956442235, [www.gevak.ru](http://www.gevak.ru), МММ-РУ-00228-00К-РНАМ РЕЦЕПТАМА



Подари свет жизни



На правах рекламы

# дюфастон®

дидрогестерон

**ДЮФАСТОН®**, таблетки покрытые оболочкой, 10 мг МНН: дидрогестерон. **Регистрационный номер:** П N011987/01. **Показания к применению:** Состояния, характеризующиеся дефицитом прогестерона: эндометриоз; бесплодие, обусловленное недостаточностью лютеиновой фазы; угрожающий аборт; привычный выкидыш; предменструальный синдром; дисменорея; нерегулярные менструации; вторичная amenoreя; дисфункциональные маточные кровотечения. Заместительная гормональная терапия для нейтрализации пролиферативного действия эстрогенов на эндометрий в рамках ЗГТ у женщин с расстройствами, обусловленными естественной или хирургической менопаузой при интактной матке. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к дидрогестерону или другим компонентам препарата. Диагностированные или подозреваемые прогестагензависимые новообразования (например, менингиома. Кровотечения из влагалища неясной этиологии. Нарушения функции печени, обусловленные острыми или хроническими заболеваниями печени в настоящее время или в анамнезе (до нормализации показателей функциональных проб печени). Злокачественные опухоли печени в настоящее время или в анамнезе. Непереносимость лактозы, недостаточность лактазы, синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы. Период грудного вскармливания. Порфирия, в настоящее время или в анамнезе. Возраст до 18 лет, в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности у девочек-подростков младше 18 лет. При комбинации с эстрогенами: При применении по показанию заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Нелеченная гиперплазия эндометрия. Артериальные и венозные тромбозы, тромбозы в настоящее время или в анамнезе (в том числе тромбоз глубоких вен, тромбозы легочной артерии, инфаркт миокарда, тромбозы, цереброваскулярные нарушения по геморрагическому и ишемическому типу). Выявленная предрасположенность к венозному или артериальному тромбозу (резистентность к активированному протеину С, гипергомоцистеинемия, дефицит антитромбина III, дефицит протеина S, дефицит протеина Z, антифосфолипидные антитела (антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт). **С осторожностью:** депрессия, в настоящее время или в анамнезе; состояние, ранее появившееся или обострявшееся во время предшествующей беременности или предыдущего приема половых гормонов, такие как: холестатическая желтуха, герпес во время беременности, тяжелый кожный зуд, отосклероз. При применении дидрогестерона в комбинации с эстрогенами необходимо соблюдать осторожность при наличии факторов риска развития тромбозов/эмболий, таких как: стенокардия, длительная иммобилизация, тяжелые формы ожирения (индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>), пожилой возраст, обширные хирургические вмешательства, системная красная волчанка, рак, у пациенток, получающих антикоагулянтную терапию; с эндометриозом, миомой матки, наличием гиперплазии эндометрия в анамнезе; артериальной гипертензией, бронхитом, астмой, эпилепсией, мигренью или тяжелой головной болью в анамнезе; желчнокаменной болезнью, хронической почечной недостаточностью, при наличии в анамнезе факторов риска развития эстрогензависимых опухолей (например, родственный 1-ой линии родства с раком молочной железы). **Применение во время беременности и в период грудного вскармливания:** Препарат может применяться во время беременности (см. раздел «Показания к применению»). Грудное вскармливание во время приема препарата Дюфастон® не рекомендуется. **Способ применения и дозы:** Препарат принимают внутрь. Эндометриоз: по 10 мг 2-3 раза в день с 5-го по 25-й день менструального цикла или непрерывно. Бесплодие (обусловленное лютеиновой недостаточностью): по 10 мг в день с 14-го по 25-й день цикла. Лечение следует проводить непрерывно в течение как минимум 6-ти, следующих друг за другом циклов. В первые месяцы беременности рекомендовано продолжать лечение по схеме, описанной при привычном выкидыше. Угрожающий аборт: 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов. Привычный выкидыш: по 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности, с последующим постепенным снижением дозы. Предменструальный синдром: по 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день менструального цикла. Дисменорея: по 10 мг 2 раза в день с 5-го по 25-й день менструального цикла. Нерегулярные менструации: по 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день менструального цикла. Вторичная amenoreя: эстрогенный препарат 1 раз в день с 1-го по 25-й день цикла вместе с 10 мг препарата Дюфастон® 2 раза в день с 11-го по 25-й день менструального цикла. Дисфункциональные маточные кровотечения (для остановки кровотечения): по 10 мг 2 раза в день в течение 5 или 7 дней. Дисфункциональные маточные кровотечения (для предупреждения кровотечения): по 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день менструального цикла. ЗГТ в сочетании с эстрогенами: При непрерывном последовательном режиме - по 10 мг дидрогестерона в день в течение 14-ти последовательных дней в рамках 28-дневного цикла. При циклической схеме терапии (когда эстрогены применяются 21-дневными курсами с 7-дневными перерывами) - по 10 мг дидрогестерона в день в течение последних 12-14 дней приема эстрогенов. Если пациентка пропустила прием таблетки, ее необходимо принять, как можно раньше, в течение 12 часов после обычного времени приема. Если прошло более 12 часов продолжайте принимать не следует, а на следующий день необходимо принять таблетку в обычное время. Пропуск приема препарата может увеличивать вероятность «прорывного» кровотечения или «мажущих» кровянистых выделений. Если биопсия или ультразвуковое исследование свидетельствуют о недостаточной реакции на прогестагенный препарат, ступенчатая доза дидрогестерона должна быть увеличена до 20 мг. Применение дидрогестерона до менархе не показано. Безопасность и эффективность дидрогестерона у девочек-подростков в возрасте от 12 до 18 лет не установлена. Имеющиеся в настоящее время ограниченные данные не позволяют давать рекомендации по режиму дозирования у пациенток данной возрастной группы. **Побочное действие:** головная боль/мигрень, тошнота, нарушение менструального цикла, болезненность/чувствительность молочных желез. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению.** **Передозировка:** Данные о случаях передозировки препаратом ограничены. Теоретически возможны клинические проявления передозировки препарата: тошнота, рвота, головокружение и сонливость. Специфический антидот отсутствует, лечение должно быть симптоматическим. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Метаболизм дидрогестерона и ДГД может ускоряться при совместном применении веществ, являющихся индукторами ферментов системы цитохрома 450, таких как противосудорожные препараты (например, фенобарбитал, фенитоин, карбамазепин), антибактериальные и противовирусные препараты (например, рифампицин, рифабутин, невирапин, эфавиренз) и препараты растительного происхождения, содержащие, например, зверобой/подорожник/Ритовирин и нефлидин, известные как сильные ингибиторы ферментов системы цитохрома, при совместном применении со стероидами, напротив, обладают ферментингибирующими свойствами. С клинической точки зрения, усиление метаболизма дидрогестерона может снизить его эффективность. Результаты исследований in vitro показывают, что дидрогестерон и ДГД в клинически значимых концентрациях не ингибируют или не ингибируют ферменты системы цитохрома, которые метаболизируют лекарственные препараты. **Особые указания:** Перед началом лечения препаратом Дюфастон® при аномальных маточных кровотечениях необходимо выяснить причину кровотечения. При продолжительном применении препарата рекомендуется периодические осмотры врача-гинеколога, частота которых устанавливается индивидуально, но не реже 1-го раза в полгода. В первые месяцы лечения аномальных маточных кровотечений могут возникнуть «прорывные» кровотечения или «мажущие» кровянистые выделения. Если «прорывные» кровотечения или «мажущие» кровянистые выделения возникают после некоторого периода приема препарата или продолжают после курса лечения, следует обратиться к лечащему врачу и провести соответствующее дополнительное обследование, при необходимости сделать биопсию эндометрия с целью исключения новообразований в эндометрии. В случае назначения дидрогестерона в комбинации с эстрогенами с целью заместительной гормональной терапии (ЗГТ) следует внимательно ознакомиться с противопоказаниями и особыми указаниями, связанными с применением эстрогенов. **Срок годности:** 5 лет. **Условия отпуска:** по рецепту. \*Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению. СИП от 12.01.2017 на основании ИМП от 16.12.2016

125171, Москва, Ленинградское шоссе, дом 16а, строение 1, бизнес-центр «Метрополис»  
Тел.: +7 (495) 258 42 80, Факс: +7 (495) 258 42 81  
www.abbott-russia.ru

RUDES170113 30.01.2017

**Abbott**  
A Promise for Life