



БЮЛЛЕТЕНЬ

ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова

приложение

октябрь 2011

ТЕЗИСЫ

**VI Междисциплинарной конференции
по акушерству, перинатологии,
неонатологии «Здоровая женщина –
здоровый новорожденный»**

**6–7 октября 2011 года
Санкт-Петербург**



БЮЛЛЕТЕНЬ

ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова

ТЕЗИСЫ

VI Междисциплинарной конференции
по акушерству, перинатологии,
неонатологии «Здоровая женщина –
здоровый новорожденный»

6–7 октября 2011 года
Санкт-Петербург

Конференция проходит при финансовой поддержке
Комитета по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург
2011

БЮЛЛЕТЕНЬ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА СЕРДЦА, КРОВИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ им. В.А. АЛМАЗОВА

Главный редактор

Е.В. Шляхто

Editor-in-Chief

E. Shlyakhto

Зам. главного редактора

А.О. Конради

М.А. Карпенко

Vice-editors

A. Konradi

M. Karpenko

Секретарь

Н.Г. Авдонина

Secretary

N. Avdonina

Члены редакционной коллегии

Е.И. Баранова (Санкт-Петербург)

Е.Р. Баранцевич (Санкт-Петербург)

В.А. Барт (Санкт-Петербург)

О.А. Беркович (Санкт-Петербург)

В.Н. Вавилов (Санкт-Петербург)

М.М. Галагудза (Санкт-Петербург)

Е.Н. Гринева (Санкт-Петербург)

М.Л. Гордеев (Санкт-Петербург)

И.Е. Зазерская (Санкт-Петербург)

А.Ю. Зарицкий (Санкт-Петербург)

Э.В. Земцовский (Санкт-Петербург)

Д.О. Иванов (Санкт-Петербург)

Т.Л. Каронова (Санкт-Петербург)

М.А. Карпенко (Санкт-Петербург)

А.А. Костарева (Санкт-Петербург)

Д.И. Курапеев (Санкт-Петербург)

О.М. Моисеева (Санкт-Петербург)

А.О. Недошивин (Санкт-Петербург)

А.В. Рудакова (Санкт-Петербург)

Г.Н. Салогуб (Санкт-Петербург)

В.Н. Солнцев (Санкт-Петербург)

Л.А. Сорокина (Санкт-Петербург)

В.А. Цырлин (Санкт-Петербург)

Editorial board

E. Baranova (St. Petersburg)

E. Barancevich (St. Petersburg)

V. Bart (St. Petersburg)

O. Berkovich (St. Petersburg)

V. Vavilov (St. Petersburg)

M. Galagudza (St. Petersburg)

E. Grineva (St. Petersburg)

M. Gordeev (St. Petersburg)

I. Zazerskaya (St. Petersburg)

A. Zaritskii (St. Petersburg)

E. Zemtsovskiy (St. Petersburg)

D. Ivanov (St. Petersburg)

T. Karonova (St. Petersburg)

M. Karpenko (St. Petersburg)

A. Kostareva (St. Petersburg)

D. Kurapeev (St. Petersburg)

O. Moiseeva (St. Petersburg)

A. Nedoshivin (St. Petersburg)

A. Rudakova (St. Petersburg)

G. Salogub (St. Petersburg)

V. Solntsev (St. Petersburg)

L. Sorokina (St. Petersburg)

V. Tsirlin (St. Petersburg)



Федеральный Центр
сердца, крови и эндокринологии
им. В. А. Алмазова

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Подача рукописей и переписка
с авторами, размещение рекламы
и подписка e-mail:
bulleten@almazovcentre.ru

Издательство:
«ФОНД ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»
Адрес: 194156, Санкт-Петербург, пр. Пархоменко,
д.15, лит.Б.
Телефоны издательства: (812) 702 37 16, 702 37 34

Тираж 1100 экз.

ISSN 2078–8150

Верстка
и оригинал макет

ООО „ИнфоРА“

Бюллетень зарегистрирован
в Государственном комитете РФ по печати.
Свидетельство о рег.
ПИ № ФС77–38713 от 22.01.2010 г.

Тематическая рассылка по специалистам.

Подписка по каталогу агентства "Роспечать"-
подписной индекс 57992

Все права защищены. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в бюллетене, допускается только с письменного разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ ПЛОДУ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА

Абдрахманова Л.Р., Терезулова Л.Е., Галимова И.Р.

ГАУЗ РКБ №1, ФПО КГМУ г. Казань

Внутриутробное переливание отмытых эритроцитов 0(I)Rh(-) плоду проводится с 2003г. на базе УЗИ и родильного отделения РКБ. Выполнено более 50 инвазивных манипуляций плодам у беременных с резус-иммунизацией и крайне отягощенным акушерским анамнезом. Наиболее эффективным данный метод лечения является в группе беременных с тяжелой анемической формой ГБП (в среднем Нв-4,8г/л, Vi-72 мкмоль/л). Осложнения при внутриутробном переливании крови плоду произошли у 5 беременных. У 3 беременных диагностирована внутриутробная гибель плода после 3-4 проведенных инвазивных манипуляций, у 1-новорожденный умер в раннем неонатальном периоде, у 1 беременной диагностирован хориоамнионит с последующей надвлагалищной ампутацией матки. Анализируя возможные причины данных осложнений, необходимо отметить, что практически у всех беременных развились ранние отечные формы ГБП на сроке 21-25 недель. У 2 беременных перерыв между предыдущими оперативными родами (на фоне резус-иммунизации и отслойки нормально расположенной плаценты) кесаревым сечением составил менее 1 года, причем у 1 беременной наблюдаемая беременность была 5, из них 4 кесаревых сечения-дети живы. У 2 плодов и 1 новорожденного при патолого-анатомическом исследовании наряду с признаками тяжелого эритробластоза отмечаются геморрагические осложнения в виде кровоизлияний в просвет альвеол, субэпидимальные кровоизлияния, нетравматические внутрижелудочковые кровоизлияния I степени.

КЛИНИКА И РЕГУЛЯЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Абрамченко В.В., Панкратова В.В., Бойко И.Н., Гусева Е.Н., Данилова Н.Р., Буйнова О.Е., Сикальчук О.Н.

*НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия.*

Цель работы состояла в изучении особенностей сократительной активности матки при преждевременных родах и разработки методов регуляции аномалий родовой деятельности адренергическими средствами (β -адреномиметиками) и блокаторами кальциевых каналов.

Материалы и методы исследования. В экспериментальных исследованиях было изучено влияние β -адреномиметика (гинипрала) и антагонистов кальция (верапамила) на сократительную деятельность миометрия крыс при раздельном и сочетанном введении препаратов. Опыты были поставлены на 73 интактных и беременных белых крысах на 18-й день беременности (экспериментальная модель преждевременных родов).

Поставлено 6 серий опытов. Дозы лекарств для крыс рассчитывали так, чтобы они были адекватны терапевтическим дозам в пересчете на 1 кг массы тела человека.

В основу клинического исследования положены наблюдения и анализ клинического течения преждевременных родов у 430 рожениц. Из них 230 составили основную группу, беременность у них закончилась спонтанными родами в сроки от 28-37 недель беременности на фоне регуляции родовой деятельности гинипралом и верапамилом. 200 рожениц в те же сроки беременности составили группу сравнения, где применялись традиционные методы коррекции родовых сил.

Изучение особенностей сократительной деятельности матки при преждевременных родах и оценку эффективности регуляции родовой деятельности проводили под контролем наружной и внутренней гистерографии.

В основной группе рожениц использовали β -адреномиметик гинипрал и производные фенилалкиламила – верапамил.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что при сочетанном введении β -адреномиметика и блокатора кальциевых каналов, обладающих различными механизмами действия, отмечается явление синергизма в отношении угнетающего эффекта на контрактильную активность миометрия. Это свойство комбинации препаратов представляет большой практический интерес, так как обосновывает перспективу применения их в уменьшенных дозах с ослаблением побочного действия, но с сохранением выраженного токолитического эффекта. Результаты экспериментальных исследований позволили обосновать применение комбинации гинипрала и верапамила в акушерской практике при лечении начавшихся преждевременных родов. Общая частота аномалий родовой деятельности составила 95,6%, из них слабость родовой деятельности была выявлена у 24,7% рожениц, дискоординированная родовой деятельности – у 40,7%, быстрые и стремительные роды – у 30,2%. Несвоевременное излитие вод отмечено у 54,2% беременных. Наши результаты согласуются с данными А.В.Михайлова (1999) о вы-

сокой частоте дискоординированных маточных сокращений при угрожающих преждевременных родах (99,8%). И в настоящее время методы комплексной терапии угрожающего прерывания беременности и регуляции сократительной деятельности матки при преждевременных родах далеко не всегда адаптированы к характеру нарушений и степени тяжести дискоординированных сокращений матки.

По данным кардиотокографии, информативными показателями для начавшихся преждевременных родов являются следующие: частота схваток – 2 и более за 10 минут, амплитуда маточных сокращений – более 15 мм рт.ст., продолжительность схваток – более 30 с. В дальнейшем, в процессе родов, характер маточной активности может измениться и приобрести характер быстрых или дискоординированных маточных сокращений. Показатели сократительной функции матки могут использоваться для диагностики угрожающих и начавшихся преждевременных родов, коррекции родовой деятельности и определения эффективности лечения. Высокая частота аномалий родовой деятельности при преждевременных родах диктует необходимость активного ведения родов в плане регуляции маточной активности. Особенно важен дифференцированный подход к лечению. С этой целью нами разработаны методы регуляции родовой деятельности с учетом вида аномалий.

При лечении первичной слабости родовой деятельности при преждевременных родах была разработана следующая методика. Комбинацию половины доз гинипрала (5 мкг) и верапамила (2,5 мг) растворяли в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводили путем внутривенной капельной инфузии, с оптимальной частотой 20-30 кап./мин. через 1 час после начала инфузии токолитиков, при продолжающейся слабости родовой деятельности проводилась стимуляция маточной активности окситоцином или простагландинами по общепринятой методике, под контролем кардиотокографии. Регуляция родовой деятельности по данной методике применялась у 55 рожениц основной группы, у 42 из них в дальнейшем проводилась стимуляция.

При таком подходе к лечению маточная активность повышается, преимущественно за счет увеличения длительности (с $66,3 \pm 1,8$ до $98,6 \pm 0,9$ с) и частоты схваток (интервалы между схватками уменьшались (со $100,4 \pm 4,8$ до $60,8 \pm 3,8$ с) ($p < 0,05$), амплитуда схваток изменялась незначительно и оставалась достаточно низкой на фоне родостимуляции, уменьшение общей продолжительности родов происходит за счет более быстрого раскрытия маточного зева, возможно, за счет спазмолитического эффекта указанных препаратов и изменения гемодинамики «рожающей» матки. В наших исследованиях скорость раскрытия маточного зева до родостимуляции составила $0,32 \pm 0,01$ см/ч, во время родостимуляции – $1,12 \pm 0,01$ см/ч.

В результате этого происходит плавное продвижение недоношенного плода по родовым путям. Кроме того, можно полагать, что при низкой амплитуде схватки и достаточном темпе раскрытия шейки матки нарушения маточно-плацентарного кровообращения будут менее выражены. При преждевременных родах, осложнившихся преждевременным или ранним излитием околоплодных вод, по мере нарастания безводного промежутка наблюдается большая продолжительность схваток, укорачивается средняя длительность пауз между схватками и незначительно возрастает интенсивность схваток. При спонтанном возникновении родовой деятельности мы начинали применение гинипрала и верапамила по этой же методике, но не ранее 4-6 часов безводного промежутка, так как через этот период времени, по данным токографии, отмечался дискоординированный тип маточных сокращений. В результате коррекции вдвое увеличивалось количество больших маточных сокращений, а количество малых, некоординированных сокращений уменьшалось вдвое, что указывало на довольно быструю нормализацию родовой деятельности.

При дискоординированной родовой деятельности у 92 рожениц, независимо от степени раскрытия маточного зева, применяли комбинацию гинипрала в половинной дозе – 5 мкг и верапамила в дозе 2,5 мг на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида, внутривенно капельно, с частотой введения 20 кап./мин. Данные наружной и внутренней гистерографии КТГ показали, что у всех рожениц через 10 минут от начала применения препаратов происходило снижение повышенного базального тонуса (с $6,6 \pm 0,7$ до $5,1 \pm 0,4$ мм рт.ст.), амплитуды маточных сокращений, уменьшение их продолжительности, урежение частоты сокращений матки (с $3,0 \pm 0,1$ до $1,6 \pm 0,1$), вплоть до полного их прекращения. Через 40-50 минут вновь возникали маточные сокращения, при этом важно подчеркнуть, что они уже носили координированный характер на фоне нормального базального тонуса матки.

При быстрых и стремительных преждевременных родах на фоне истмико-цервикальной недостаточности и при чрезмерной родовой деятельности имеет место более высокий базальный (основной) тонус матки на фоне сниженного общего внутриматочного давления, большей продолжительности схваток, а также систолы и диастолы схваток, что, очевидно, приводит к более быстрому течению родов. В этих случаях 69 роженицам мы назначали концентрат гинипрала в дозе 25 мкг на 20 мл физ.раствора, внутривенно, медленно, в течение 5-10 минут. В результате лечения увеличивалась общая продолжительность родов была в пределах физиологических колебаний: у первородящих она составила 7 ч 56 минут против 5 ч 30 мин в группе сравнения, у повторнородящих – соответственно 6 ч 32 мин против 4 ч 44 мин ($p < 0,01$).

В то же время отмечено уменьшение количества операций по поводу прогрессирующей гипоксии плода и по сочетанным показаниям в связи с экстрагенитальной патологией. В послеродовом периоде субинволюция матки была в 3 раза реже в основной группе, чем в группе сравнения.

Исход беременности для плода при преждевременных родах во многом определяется акушерской тактикой. По данным клиники и гистерографии, при нарушении сократительной деятельности матки особенно при появлении дискоординированной родовой деятельности, во всех случаях на кардиотокограмме имелись признаки нарушения жизнедеятельности плода. После введения гинипрала и верапамила на фоне сниженного базального тонуса матки показатели состояния плода нормализовались: увеличилась величина миокардиального рефлекса с $6,4 \pm 0,4$ до

15,6±1,1 в мин ($p<0,01$). Важным свидетельством улучшения жизнедеятельности плода можно считать появление акцелераций на схватку, составляющих в среднем 11,5±2,0 в мин ($p<0,01$) к 90-й минуте исследований, а также достоверное увеличение двигательной активности плода: число шевелений возрастало от 1,6±0,2 до 2,7±0,1 за 10 минут ($p<0,05$). По данным прямой электрокардиографии плода, применение гинипрала и верапамила приводило к нормализации положения плода сегмента ST, что, очевидно, связано с улучшением маточно-плацентарного кровотока и также с улучшением обменных процессов в миокарде плода за счет нормализации маточной активности, улучшения показателей гемодинамики матери и плода.

При анализе исхода преждевременных родов для плода и новорожденного в условиях регуляции родовой деятельности установлено, что случаев интранатальной смертности не наблюдалось и отмечено уменьшение количества рождений детей с асфиксией средней и тяжелой степени.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об эффективности применения гинипрала и верапамила при аномалиях родовой деятельности, что позволяет нормализовать сократительную функцию матки, приблизить преждевременные роды к более физиологическому течению и улучшить показатели состояния плода и новорожденного ребенка.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИНИПРАЛА И ИНСТЕНОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Абрамченко В.В., Субботина О.Ю., Сикальчук О.И., Панкратова В.В., Бойко И.Н., Гусева Е.Н., Буйнова О.Е., Данилова Н.Р., Дьяк Г.И.

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

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия.

Цель работы состояла в экспериментальном обосновании адренергических и вазоактивных средств для токолиза преждевременных родов.

Материал и методы исследования. Нами проведены экспериментальные исследования, которые выполнены на 40 белых половозрелых беременных крысах линии Вистар, массой 180-230 г, на модели преждевременных родов (16-18-й день беременности). опыты поставлены с целью изучения влияния вазоактивного и метаболически активного препарата инстенон и β -адреномиметика гинипрала на сократительную активность матки у беременных перед родами.

Дозы указанных препаратов, (инстенон, гинипрала) рассчитывали так, чтобы они были адекватны терапевтически дозам в пересчете на 1 кг массы тела беременных женщин.

Инстенон вводили внутривентриально в дозе 0,1 мл на животное. Гинипрал вводили в дозе 2,5 мкг/кг. Использовали также способ последовательного введения гинипрала и инстенон в тех же дозах.

Регистрацию биопотенциалов миометрии осуществляли с помощью 8-канального электроэнцефалографа фирмы «Galileo» в острых условиях эксперимента *in vivo* по методике, разработанной В.В.Корховым (1974).

Регистрация биопотенциалов миометрии является точным и информативным показателем сократительной деятельности матки. Электроды располагали униполярно, регистрирующий электрод из серебра вводили в рог матки в 1-1,5 см от перехода в шейку матки. Индифферентный стальной электрод вводили подкожно в лапку. Крыс наркотизировали оксибутиратом натрия и уретана. О моторной активности матки судили по амплитуде биопотенциалов миометрии (в мкВ) и по их частоте (за 20 с), которые регистрировали на 8-канальном электроэнцефалографе. Длительность эксперимента составляла 3 ч. Скорость движения ленты 7,5 мм/с.

При статистической обработке полученных результатов в группах подопытных животных учитывали физиологические колебания биопотенциалов миометрии у животных контрольной группы.

Результаты и их обсуждение. Исследования были проведены в 4 группах.

Крысы 1-й группы служили контролем и им вводили внутривентриально физиологический раствор. Животным 2-й группы вводили однократно внутривентриально инстенон в дозе 0,1 мл на животное. Крысам 3-й группы внутривентриально однократно вводили β -адреномиметик гинипрал.

Результаты показали, что инстенон в дозе, адекватной применяемой в клинике, уже через 10 мин после введения угнетает амплитуду биопотенциалов на 23,8% ($p<0,001$). Частота при этом не меняется. Значительное угнетение амплитуды и частоты биопотенциалов миометрии отмечается через 20, 30 и 40 мин после введения. Таким образом, по нашим данным, максимальное угнетение маточной активности при введении инстенон проявляется через 20-40 мин после его введения животным. Восстановление показателей амплитуды и частоты биопотенциалов до исходного уровня наступает на 60-й минуте от момента введения препарата.

Следовательно, инстенон проявляет токолитический эффект, зависящий, по-видимому, от действия этофиллина, входящего в состав препарата. Релаксирующее действие этофиллина на матку и сосуды сопряжено с увеличением содержания цАМФ в клетке в результате ингибирующего действия на фосфодиэстеразы цАМФ (Менгал Е.В., 2001). Известно, что увеличение содержания цАМФ в матке способствует ее релаксации, создающей физиологический по-

кой беременной матке (Абрамченко В.В., Капленко О.В., 2000).

В другой группе опытов крысам внутривенно однократно вводили гинипрал в дозе 2,5 мкг/кг. Действие его на биопотенциалы матки проявляется уже через 10 минут после введения и продолжается далее на протяжении 20-30 минут, причем отмечается угнетение как амплитуды, так и частоты биопотенциалов. Так, амплитуда биопотенциалов угнеталась через 10 минут на 26,9%, через 20 минут – на 23,8%, через 30 минут – на 20,4%. На 40-й минуте происходило восстановление величины амплитуды. Величины частоты биопотенциалов восстанавливались до исходного уровня к 60-й минуте. Полученные результаты подтверждают данные литературы о токолитическом действии гинипрала на миометрий человека. Эти данные указывают на тонусный и фазный принцип сокращения матки (Абрамченко В.В., 1996).

Вместе с тем, сравнительный анализ результатов исследований во 2-й и 3-й группах подопытных животных указывает на более продолжительное угнетающее действие инстенона на амплитуду биопотенциалов миометрия, чем ингибирующее действие гинипрала. Первое проявляется в течение 40 минут (после введения инстенона), второе – в течение 30 минут (после введения гинипрала).

В связи с этим крысам 4-й группы осуществляли последовательное введение гинипрала (2,5 мкг/кг) и инстенона (0,1 мл на животное) через 30 минут от начала опыта. Это последовательное комбинированное применение препаратов вызывало пролонгирование токолитического эффекта до 60 минут. К 90-й минуте величины амплитуды и частоты биопотенциалов достигали нормальных величин. Полученный результат, по-видимому, объясняется различными фармакодинамическими особенностями расслабляющего мускулатуру матки действия инстенона и гинипрала.

Заключение. В сравнительных исследованиях на крысах на модели преждевременных родов (16-18-й день беременности) в условиях *in vivo* показано, что инстенон (0,1 мл на животное) угнетает биоэлектрическую активность миометрия уже через 10 минут после внутривенного введения. Токолитический эффект продолжается 40 минут. Восстановление показателей амплитуды и частоты биопотенциалов до исходных величин наступает на 60-й минуте. Внутривенное введение гинипрала (2,5 мкг/кг) приводит к угнетению биоэлектрической активности через 10 минут, причем торможение амплитуды продолжается 30 минут, а частоты – 40 минут. Тем самым токолитический эффект гинипрала несколько уступает по продолжительности инстенону.

В опытах на беременных крысах на модели преждевременных родов (16-18-й день беременности) показано, что последовательное введение гинипрала и инстенона (с 30-й минуты) в тех же дозах обеспечивает более длительный (60 минут) и выраженный токолитический эффект в эксперименте. Полученный эффект, по-видимому, объясняется различными механизмами угнетающего действия гинипрала и инстенона на миометрий беременных крыс.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ДЛЯ АКУШЕРСТВА И НЕОНАТОЛОГИИ

Аврелькина Е.В., Перетятко Л.П.

*ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России,
г. Иваново, Российская Федерация.*

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) встречается с частотой один случай на 2-5 тысяч родов и относится к фактору высокого риска смерти детей, составляющей 70-90 %. Современная антенатальная диагностика ВДГ (УЗИ, КТ) диагностирует порок у плодов в поздние сроки развития. Ключевым фактором, определяющим выживаемость детей при ВДГ, является зрелость ткани легкого. Диагностированная легочная гипоплазия по УЗИ у эмбрионов и плодов, к сожалению, в настоящее время не корригируется. Считаем, что выявленные маркеры легочной гипоплазии, определяющие стадию и время повреждения легкого, имеют клиническую значимость. На сегодняшний день морфологических маркеров, диагностирующих гипоплазию легкого, не существует. Фрагменты легочной ткани исследовали иммуногистохимическими методиками с определением эпидермального (EGF), инсулиноподобного (IGF-1) и тромбоцитарного (PDGF) факторов роста у плодов и новорожденных 20-40 недель гестации с подтвержденным патологоанатомическим диагнозом ВДГ (I гр.), контролем служили объекты без пороков развития (II гр.). Полученные результаты свидетельствуют о диспропорции факторов в сторону достоверного снижения EGF и PDGF и увеличения IGF-1 по сравнению со II гр. На основании проведенных исследований сделан вывод об участии в патогенезе легочной гипоплазии, кроме общеизвестных, следующих факторов роста, IGF-1, EGF и PDGF. Диспропорция факторов, диагностированная в морфологическом субстрате легочной ткани, в сочетании с подобными изменениями в плазме в перспективе позволит использовать указанные факторы в качестве маркеров порока развития легких при ВДГ у плодов.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Адаева Е.Н., Румянцев Н.Ю., Вихтинская И.А., Рязанов В.В., Фокин В.А.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Для выбора тактики и своевременного лечения косолапости в клинической практике необходимо прямое отображение связочного аппарата и топографии костей стопы, которые в раннем детском возрасте имеют хрящевое строение.

Цель исследования. Ознакомить специалистов с возможностями МРТ в ранней диагностике причин врожденной косолапости.

Материалы и методы. Были обследованы 3 ребенка в возрасте 1, 5 месяцев и 5 лет с врожденной косолапостью тяжелой степени. МР-исследование проводили на аппарате 3 Тл («Siemens Trio», Германия) с использованием специализированных катушек с иммобилизацией исследуемой конечности гипсовой лангетой. Были получены T1-ВИ, T2-ВИ, T2* 3D GRE, а также PD-FS-ВИ в трех плоскостях (корональной, сагитальной и косоплантарной, проходящей через медиальную лодыжку, таранную и ладьевидную кости), с толщиной среза не более 3 мм.

Результаты. В одном случае определили дорзо-медиальное смещение ладьевидного хряща, таранной и пяточной костей, зону фиброзно-хрящевых изменений мягких тканей между хрящем медиальной лодыжки и ладьевидным хрящем. Во втором случае – смещение таранной кости кпереди, наличие фиброзных масс, соединяющих латеральную лодыжку и пяточный бугор, ротацию последнего кнаружи. В третьем – патологическую фиброзную ткань с участками обызвествления в проекции нижнего удерживателя сухожилий малоберцовых мышц, подвывих пяточной кости и деформация ее длинника, подвывих ладьевидного хряща, латеральное смещение кубовидного хряща.

Выводы. Применение МРТ позволило выявить объективные причины косолапости и топографическое соотношение костей стопы у всех обследованных пациентов, а также своевременно определить тактику лечения.

РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ НЕМАТОДОЗАМИ И ЛЯМБЛИОЗОМ

Азамова З.Ш., Куропатенко М.В.

НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. В современной литературе имеются немногочисленные работы, посвященные изучению влияния гельминтозов на состояние беременной женщины, в которых продемонстрировано, что наличие аскаридоза, токсокароза или лямблиоза у матери может стать причиной ухудшения течения беременности и родов. Так, А.К. Kreutner и соавт. (1981) на основе своих результатов утверждают, что лямблиоз во время беременности угрожает благополучию и матери, и плода. По данным Гасановой Т.А. (2006), у детей, рожденных женщинами, страдающими лямблиозом, в 1,6 раз чаще встречается перинатальная патология. Согласно литературным сведениям, у беременных женщин с гельминтозами чаще, чем у неинфицированных, встречаются такие осложнения, как преждевременное излитие околоплодных вод и преждевременные роды (Шехтман М.М. – 2003, Notes P.J. – 2004). Частота подобной патологии может быть значительной, так Shah O.J. (2005) показал, что у 7-10% беременных с аскаридозом роды наступают преждевременно.

Цель: изучение особенностей родов и перинатальных исходов у беременных женщин с распространенными нематодозами и лямблиозом.

Материалы и методы исследования: проведен анализ ряда показателей у беременных женщин, с манифестными формами аскаридоза, токсокароза и лямблиоза (51 чел.), с бессимптомными и с субклиническими формами аналогичных инфекций (49 чел.) и у беременных женщин без рассматриваемых инфекций (контроль – 239 чел.).

Анализировались характеристики родов: срочность родов, кровопотеря в родах, проведение акушерских пособий и оперативного родоразрешения. При ультразвуковом исследовании в каждом триместре оценивалось состояние плаценты, количество околоплодных вод, признаки угрозы прерывания беременности, биометрический профиль плода. Для оценки особенностей перинатальных исходов сравнивали частоту признаков перинатальной гипоксии плода, баллы по шкале Апгар, антропометрические показатели новорожденных, частоту задержки внутриутробного развития. Функциональное состояние плода с оценкой риска развития гипоксии проводилась методом кардиотокографии (КТГ). Оценивали также частоту наличия мекония в околоплодных водах, состояние плаценты, наличие обвития новорожденного пуповиной.

Результаты и обсуждение. При анализе срочности и своевременности родов в данном исследовании было выявлено, что преждевременные роды чаще встречались у беременных женщин с манифестными формами распространенных нематодозов и лямблиоза ($9,8 \pm 1,3\%$, $p < 0,01$), чем в группе контроля ($5,0 \pm 0,6\%$) и в группе с бессимптомными

формами рассматриваемых гельминтно-протозойных инфекций ($6,1 \pm 1,4\%$).

Аскаридоз сопровождается вегетотропным влиянием на организм беременной женщины, что способствует усилению тонуса матки и может приводить к преждевременным родам. Инвазирование матери токсокарами и лямблиями сопровождается наличием в ее организме нарушения метаболизма и хронической интоксикации продуктами жизнедеятельности паразитов, что может приводить к фето-плацентарной дисфункции, хронической гипоксии и нарушению развития плода (Н.А. Матвиенко, 2000; М.М. Шехтман, 2003).

Кроме того, было отмечено, что преждевременное излитие околоплодных вод в группе женщин с бессимптомными и субклиническими формами наблюдалось чаще ($46,9 \pm 1,1\%$, $p < 0,01$), чем в группе контроля ($35,6 \pm 0,5\%$) и в группе с манифестными формами инфекций ($37,3 \pm 1,1\%$). Удлинение безводного промежутка ведет к угрожающей гипоксии плода и увеличению риска внутриутробного инфицирования плода. В данной работе угрожающая гипоксия плода в родах встречалась в группе беременных женщин с манифестными формами рассматриваемых инфекций ($9,8 \pm 1,3\%$, $p < 0,01$) чаще, чем в группе контроля ($1,8 \pm 0,6\%$) и со сходной частотой у женщин с бессимптомными формами ($8,2 \pm 1,4\%$). Одним из признаков гипоксии плода является наличие мекония в околоплодных водах, который встречался в группе рожениц с манифестными формами ($17,7 \pm 1,3\%$, $p < 0,01$) и в группе женщин с бессимптомными формами ($18,4 \pm 1,3\%$, $p < 0,01$) чаще, чем в группе контроля ($7,1 \pm 1,7\%$). В свою очередь, перинатальная гипоксия может быть спровоцирована обвитием пуповины вокруг шеи плода, которое в данном исследовании встречалось почти в 5 раз чаще у рожениц с манифестными формами распространенных нематодозов и лямблиоза ($29,4 \pm 1,2\%$, $p < 0,01$), а в группе с бессимптомными формами в 1,5 раз чаще ($10,2 \pm 1,4\%$, $p < 0,01$), чем в группе контроля ($6,3 \pm 0,5\%$).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что наличие у беременных женщин распространенных нематодозов и лямблиоза приводит к увеличению риска преждевременных родов и возникновению неблагоприятных перинатальных исходов. Полученные результаты дают основание утверждать, что изучаемые паразитозы у беременных женщин являются фактором акушерского и перинатального риска. Так как антипаразитарное лечение может оказывать тератогенное действие, поэтому проведение терапии в период беременности нецелесообразно. С целью профилактики возникновения преждевременных родов и неблагоприятных перинатальных исходов необходимо обследовать женщин репродуктивного возраста и назначать им этиотропную терапию на предгравидарном этапе.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Акопова И.С., Новицкий И.А.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия.

Цель работы. Провести анализ этиологической структуры нозокомиальных инфекций новорожденных в акушерских стационарах Красноярского края за период 2005 - 2010 гг. и определить уровень резистентности к основным антимикробным препаратам.

Материалы и методы. Материалом для исследования являлось гнойное отделяемое от новорожденных с гнойно-септическими инфекциями. Изоляцию и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятым методом с использованием тест-систем («Ляхема», Чехия). Определение чувствительности к антибиотикам осуществляли диско-диффузным методом на среде Мюллер-Хинтон («Becton Dickinson», США) в соответствии с МУК 4.2.1890-04.

Результаты. За анализируемый период исследовано 85 штаммов микроорганизмов. Этиологическая структура представлена следующими возбудителями: *Staphylococcus aureus* ($41,17 \pm 1,03\%$), *S. epidermidis* ($25,88 \pm 1,03\%$), *S. haemolyticus* ($14,12 \pm 0,84\%$), *Escherichia coli* ($11,76 \pm 1,20\%$), *Pseudomonas aeruginosa* ($7,07 \pm 0,98\%$). Ассоциации *Staphylococcus spp.* с *Escherichia coli* высевались в 32% случаев, *S. aureus* с *P. aeruginosa* в 15% случаях. На долю метициллинрезистентных стафилококков приходится 38,8% штаммов. Выявлена высокая частота резистентности стафилококков к пенициллину (76,7%), цефотаксиму (36,8%). Отмечена высокая устойчивость *E. coli* к ампициллину (52,4%). *P. aeruginosa* 30,2% устойчивы к амикацину.

Выводы. Ведущим возбудителем при нозокомиальных гнойно-септических инфекциях новорожденных является *S. aureus*. При назначении эмпирической терапии необходимо учитывать большую вероятность выделения ассоциаций резистентных микроорганизмов.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОНОРОВ ОКСИДА АЗОТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Алимхаджиева М.А.

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова,
Санкт-Петербург, Россия.*

Преждевременные роды являются важной проблемой охраны здоровья матери и ребенка, поскольку определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности (Wilkins I., Creasy R., 1990; Кулаков В.И., 2002, Доброхотова Э.Ю. и соавторы, 2005.). На преждевременно родившихся детей приходится 5-12% всех новорожденных (Башмакова Н.В. и соавторы, 2004). Однако кажущийся небольшой процент досрочно родившихся детей формирует основную часть перинатальной (50-70%) и младенческой (40-60%) смертности (Шалина Р.И., 2003). Среди преждевременно родившихся детей остается высоким процент инвалидизирующих расстройств и, прежде всего, за счет перинатальных повреждений центральной нервной системы (Студеникин М.Я. и соавторы, 1993).

Основные причины преждевременных родов – внутриутробная инфекция, тяжёлые эндокринопатии, многоплодная беременность, осложнения беременности, требующие досрочного родоразрешения (отслойка плаценты, гестозы и др.).

В связи с этим фармакологическая регуляция сократительной функции матки и поиск новых путей коррекции осложнений беременности занимают особое положение в современном акушерстве.

В перспективе для токолиза может использоваться группа препаратов – органических нитросоединений. Способность экзогенного оксида азота (NO) расслаблять гладкомышечные клетки миометрия вызывает интерес к исследованию доноров NO как потенциальных токолитических средств. NO расслабляет гладкую мускулатуру матки, что поддерживает состояние покоя матки во время беременности. Эндотелин и NO, опосредованно, через простагландины, окситоцин и другие гормоны (Iorio R.D. и соавт., 1998), участвуют в аутокринной и паракринной регуляции активности миометрия. Считается, что увеличение уровня эстрогенов или прогестерон - эстрогенового соотношения является причиной подавления синтеза NO и цГМФ и ведет к устранению ингибирующего влияния NO и цГМФ на сократимость матки и инициирует родовую деятельность (Абрамченко В.В. и соавт., 1997). Во время беременности NO участвует в вазодилатации сосудов матери и повышении маточного и фетоплацентарного кровотока в зависимости от потребности плода. NO так же играет основную роль в регуляции фетоплацентарного сосудистого тонуса и является антиагрегантом тромбоцитов в маточно-плацентарном кровотоке (Bouga A.L.A. и соавт., 1994; Buttery L.D.K. и соавт., 1994).

Целью исследования явилось изучение влияния доноров оксида азота на пролонгирование беременности и исход беременности и родов для матери и плода.

Материалы и методы. Обследовано 107 женщин в III триместре беременности и в возрасте 27,1±0,56 года. Из них 77 беременных с гестозом легкой и средней степени тяжести (I и II группа) и нарушением гемодинамики плода I и II степени. Все пациентки были разделены на три группы: 1 группа (группа сравнения) – 37 беременные с гестозом и нарушением гемодинамики плода, получавшие стандартную терапию (магнезиальную терапию, спазмолитики, фитоуросептики, препараты, улучшающие почечный кровоток, гипотензивные препараты, антиагреганты, низкомолекулярные гепарины, а также препараты, улучшающие фетоплацентарный кровоток; 2 группа (основная группа) – 40 женщин с гестозом и нарушением гемодинамики плода I и II степени, получавшие стандартную терапию и изосорбида – 5 - мононитрат в дозе 40 мг на 2 приема (по 20 мг 2 раза в день); 3 группа (контрольная) – 30, с физиологическим течением беременности. В группе сравнения у 32 женщин отмечался гестоз легкой степени тяжести (86,5 %) и у 5 гестоз средней степени тяжести (13,5 %), а в основной у 37 беременных гестоз легкой степени (92,5 %) и у 3 гестоз средней степени тяжести (7,5 %). В группе сравнения у 28 беременных отмечалось нарушение гемодинамики плода I степени (75,7 %) и у 9 нарушение гемодинамики плода II степени (24,3 %), а в основной у 31 беременных нарушение гемодинамики плода I степени (77,5 %) и у 9 нарушение гемодинамики плода II степени (22,5 %).

Результаты. Анализ кривых скоростей кровотока в артерии пуповины показал снижение резистентности кровотока, после проведенной терапии, и в основной группе, и в группе сравнения. Однако достоверно более эффективной отмечена терапия с использованием донаторов оксида азота. После проведенной терапии: нормализация гемодинамических показателей отмечалась в 8 (21,6 %) случаях в группе сравнения и в 21 (52,5 %) в основной группе. Нарушение гемодинамики плода I степени в 14 случаях (37,8 %) в группе сравнения и в 15 (37,5 %) в основной группе. Нарушение гемодинамики плода II степени отмечалось в 11 случаях (29,7 %) в группе сравнения и в 3 (7,5 %) в основной группе. Критическое состояние гемодинамики плода зарегистрировано в 4 (10,8 %) случаях в группе сравнения и лишь в 1 (2,5 %) в основной группе. При анализе параметров кровотока в маточных артериях на фоне применения нитровазодилаторов отмечалась тенденция к снижению величины систоло-диастолического отношения и индекса резистентности. Однако не отмечалось достоверных изменений СДО и ИР ни в одной, ни в другой группе.

Анализ исходов беременности и родов показал, что в группе сравнения преждевременные роды отмечались в 12 случаях (38,7%), а срочные роды в 19 (61,3%), тогда как в основной группе в 5 (15,2%) и в 28 (84,8%) случаях соответственно. Выявлено, что родоразрешение через естественные родовые пути наблюдалось у 9 пациенток из группы сравнения (29%) и 20 из основной группы (60,6%). Оперативное родоразрешение проводилось у 22 пациенток (71%)

с традиционным лечением, в том числе 18 (58,1%) экстренных. Тогда, как в группе, получавших нитроглицерин 13 (39,4%) оперативных родоразрешений, в том числе 9 (27,3%) экстренных, что имеет достоверные отличия ($p=0,028$). Показаниями к кесареву сечению явились: в группе сравнения – в 8 случаях (36%) – ухудшение гемодинамики плода, в 6 случаях (27%) – нарастание клинических проявлений гестоза или отсутствие эффекта от проводимой терапии, и в 8 (36%) случаях – совокупность относительных показаний, тогда как в основной группе – в 1 случае (7,8%) – ухудшение гемодинамики плода, в 2 случаях (15,4%) – нарастание клинических проявлений гестоза или отсутствие эффекта от проводимой терапии и в 10 (76,9%) – совокупность относительных показаний.

Проведение клинической оценки новорожденных показало, что в группе сравнения масса новорожденных колебалась от 1400,0 гр до 3840,0 гр и в среднем составила $2488,71 \pm 112,07$ гр, а длина от 40,0 см до 53,0 см и в среднем составила $47,29 \pm 0,66$ см. В то время как в основной группе масса новорожденных колебалась от 1045,0 гр до 4400,0 гр и в среднем составила $2893,79 \pm 122,39$, а длина новорожденных от 36,0 см до 57,0 см и в среднем составила $48,85 \pm 0,74$ см. Также надо отметить, что в группе сравнения, рождение недоношенных детей наблюдалось в 10 случаях (32%), тогда как в основной – в 3 случаях (9,1%).

Оценка по шкале Апгар на 1 минуте после рождения в группе сравнения колебалась в пределах 5-8 баллов и составила $7,07 \pm 0,14$, тогда как в основной группе в пределах 5-8 баллов и составила $7,61 \pm 0,12$ балла. Оценка по шкале Апгар на 5 минуте после рождения в группе сравнения колебалась в пределах 6-8 баллов и составила $7,61 \pm 0,10$, тогда как в основной группе в пределах 6-9 баллов и составила $7,97 \pm 0,11$ балла. Таким образом, выявлено, что масса и длина новорожденных, а также оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минуте были достоверно выше в группе матерей, получавших нитроглицерин во время беременности. При этом асфиксия средней степени тяжести отмечалась в 6 случаях (19,35%) в группе сравнения и в 2 (6,16%) в основной группе. Асфиксия тяжелой степени не наблюдалась ни в одной группе.

Выводы. Отмечено уменьшение частоты преждевременного и оперативного родоразрешения, в том числе связанного с отсутствием эффекта от терапии гестоза и тенденцией к декомпенсации состояния плода. Таким образом, изосорбида-5-мононитрат, относящийся к донорам оксида азота, может быть рекомендован в целях профилактики преждевременных родов в комплексной терапии гестоза и нарушения гемодинамики плода.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕЛЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Артюшевская М.В.¹, Шишко Г.А.¹, Сержан Т.А.², Сапотницкий А.В.¹, Камалова О.И.³.

¹ Белорусская Медицинская Академия последипломного образования, кафедра неонатологии и медицинской генетики.

² Учреждение здравоохранения «Родильный дом Минской области».

³ Иностранное предприятие «Центральная медицинская компания». г. Минск, Республика Беларусь.

Цель: оптимизация лабораторной диагностики гемолитической болезни плода и новорожденного.

Материалы и методы. В УЗ «Родильный дом Минской области» (г. Минск) для определения группы крови и резус-принадлежности, постановки прямой и непрямой пробы Кумбса, фенотипирования эритроцитов по системе Резус, выявления подклассов IgG используются идентификационные гелевые ID-карты фирмы ДиаМед (Швейцария). Прямая проба Кумбса была проведена у 1 564 новорожденного. Положительная реакция была выявлена у 88 детей. Диагноз гемолитической болезни новорожденных (с иммунизацией по антигену D системы Резус) был подтвержден в 39 случаях. В остальных случаях иммунизация была связана с конфликтом по другим антигенам системы Резус, АВО и другим системам. У беременных женщин для оценки риска развития гемолитической болезни плода проводится определение подклассов IgG₁ и IgG₃.

Клиническое наблюдение. Пациентка К., пятая беременность, вторые роды. При обследовании в сроке гестации 38 недель выявлена группа крови O(I), резус принадлежность положительная, фенотип – CcDee, непрямая проба Кумбса положительная, в ID-картах DAT IgG₁/IgG₃ высокий риск развития гемолиза. При рождении у ребенка К. определена группа крови O(I), резус принадлежность положительная, прямая проба Кумбса положительная, фенотип – CcDee. На основании лабораторных данных ребенку был выставлен и подтвержден диагноз «Резус-иммунизация новорожденного (с,Е-антигены)».

Заключение. Обследование всех беременных женщин на выявление антител независимо от их резус-принадлежности является необходимым условием для своевременной диагностики резус-иммунизации.

Типирование эритроцитов по системе Резус, выявление антител к антигенам эритроцитов с определением их специфичности как у матери, так и у ребенка, обладает высокой информативностью для диагностики, оценки развития риска гемолитической болезни новорожденного и своевременного адекватного лечения данной патологии.

Проведение прямого антиглобулинового теста у всех новорожденных может быть рекомендовано для широкого внедрения в практику родовспомогательных учреждений.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Астафьев А. В.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Цель: обосновать возможность применения остеопатической манипуляционной терапии у новорожденных и детей раннего возраста с ГЭР в ОДХПР ПЦ на основании предыдущего опыта.

Материалы и методы: В 2011г. нами пролечено 12 детей (возраст от 0 до 2 мес.) с гастроэзофагеальным рефлюксом (RG-исследование). 5 детей с аспирационной пневмонией, 6 с дефицитом массы тела. ОМТ проводилась 1 раз в неделю в первый месяц жизни и 1 раз в две недели на втором и третьем месяце.

Результаты и обсуждения. У всех пациентов достигнуто купирование гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). В период 2006-2010гг. нами было пролечено 79 детей с ГЭРБ (возраст от 1 года до 18 лет; рефлюкс 3-4 ст.). Диагноз ГЭР выставлялся на основании ФЭГДС, рН-метрии и рентгеноконтрастного исследования пищевода. ОМТ проводилась у детей не имевших результатов фармакологической терапии, и проводилась в качестве монотерапии. С целью определения механизмов действия ОМТ проводились дополнительные методы исследования ЭЭГ, доплерография сосудов шеи и головного мозга, исследование гормонального статуса (иммуноферментный анализ). Применение остеопатической манипуляционной терапии (ОМТ), привело к достоверному ($p < 0,01$) уменьшению количества пациентов с ГЭР, потребовавших оперативной коррекции. Полученные данные также указывают на то, что ОМТ не только нормализует моторную функцию ($p < 0,01$) пищеводно-желудочно-дуоденальной зоны, нормализует структуру ее слизистой оболочки ($p < 0,05$), но и благоприятно влияет на цервико-цефальное кровообращение ($p < 0,01$), биоэлектрическую активность головного мозга ($p < 0,01$), гормональный статус (лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, кортизол – $p < 0,05$). Эти данные доказывают системность воздействия при ОМТ, а также демонстрирует, что ОМТ является наиболее физиологическим вариантом лечения, в том числе и в связи с ограниченностью возможностей фармакологической коррекции данной возрастной группы.

Вывод: При лечении гастроэзофагеального рефлюкса у новорожденных и детей раннего возраста в условиях ОДХПР ПЦ при отсутствии анатомических причин применение остеопатической манипуляционной терапии позволяет получить хороший клинический результат.

РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Баиндурашвили А.Г.¹, Голяна С.И.¹, Чухраева И.Ю.²

¹ ФГУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера Росмедтехнологии», Санкт-Петербург, Россия.

² ГОУ «СПб МАПО», Санкт-Петербург, Россия.

За период 2008-2009 г.г., по нашим данным, популяционная частота видимых врожденных пороков развития (ВПР) костно-мышечной системы (КМС) составила 0,47%, тогда как за период 2000-2004 г.г. она составляла 0,28%. Рост частоты ВПР КМС может объясняться как непосредственным ростом аномалий, так и большим вниманием к их регистрации.

Пренатальная эхография в диагностике ВПР КМС наиболее эффективна в отношении пороков дистальных сегментов конечностей, но и она составила лишь 11,6%. Таким образом, одной из задач организованного ортопедического скрининга новорожденных является ранняя диагностика имеющихся ВПР КМС, подлежащих хирургической коррекции и не диагностированных пренатально. Это позволит решить вопрос о дальнейшем оперативном лечении в оптимально ранние сроки, что особенно актуально при полисегментарном поражении, когда достижение желаемого результата возможно лишь при многоэтапных вмешательствах.

Анализ архивного материала 427 детей с ВПР КМС, прооперированных за 1994-2009 г.г. в возрасте с первых дней жизни до 9 месяцев на базе 1-й Городской больницы Санкт-Петербурга и ФГУ НИДОИ им. Г.И. Турнера, показал целесообразность ранней хирургической коррекции значимой части пороков. У преобладающего большинства прооперированных детей были отмечены хорошие ранние функциональные и анатомические результаты, а также положительные отдаленные исходы, что подтверждает правильность выбранного подхода.

Таким образом, накопленный к настоящему времени опыт в хирургической коррекции имеющихся ВПР КМС, появление новых медицинских технологий, развитие микрохирургии, высокий уровень анестезиологического обе-

спечения – все это позволяет не придерживаться выжидательной тактики в отношении подобных детей и обеспечить возможные восстановление функции и устранение косметического дефекта в оптимально ранние сроки до осознания ребенком своей неполноценности.

О ПРИМЕНЕНИИ УЛЬТРАЗВУКА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В УСЛОВИЯХ РОДДОМА

Баиндурашвили А.Г.¹, Чухраева И.Ю.²

¹ ФГУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера Росмедтехнологии», Санкт-Петербург, Россия.

² ГОУ «СПб МАПО», Санкт-Петербург, Россия.

На основе проведенного ортопедического скрининга у 1510 новорожденных нами установлено, что в структуре ортопедо-травматологической патологии лидирующими являлись: дисплазия тазобедренных суставов (ДТБС) – 0,57%, разнообразные формы кривошеи – 0,53%, видимые пороки развития костно-мышечной системы (КМС) – 0,47%. Применяемые статистические коэффициенты позволяют распространить полученные результаты на всю популяцию новорожденных г. Санкт-Петербурга за рассматриваемый период. Использование ультразвукографии (УСГ) тазобедренных суставов (ТБС) в оценке их состояния позволяет утверждать, что в 69,2% случаев уже с первых дней жизни отмечается их нормальное развитие, соответствующее типам Ia и Ib по Графу. Наблюдение в среднем в течение 2 лет не выявило в дальнейшем ни одного случая ДТБС. Кроме того, по нашим данным, нет четкой корреляции между клинической картиной ДТБС и результатами УСГ при первичном обследовании: процент несовпадений составил 41%, преимущественно в сторону гипердиагностики на основе только клинического осмотра.

Учитывая зависимость результатов ортопедического лечения ДТБС от сроков его начала, диагностика данной патологии должна быть максимально приближена к первым дням жизни ребенка. Низкая диагностическая точность используемых клинических симптомов диктует необходимость в обязательном порядке сочетать клинический скрининг с УСГ ТБС. Решить поставленную задачу возможно путем организации тотального ортопедического и УСГ скрининга новорожденных непосредственно в роддоме, так как амбулаторно на прием в возрасте 0-3 месяца, по нашим данным, попадает лишь 53% детей, что создает предпосылки для поздней диагностики ДТБС, пролонгирования сроков лечения и повышает процент неудовлетворительных результатов.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОРОСТЕНОЗА

Баиров А.Г., Листратов С.М., Баирова Т.В., Козлов В.П.

Санкт-Петербургская медицинская академия им. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия.

Санкт-Петербургская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия.

Детская городская больница № 2 им. святой Марии Магдалины, Санкт-Петербург, Россия.

Пилоростеноз относится к группе заболеваний, возникновение которых обусловлено сочетанием генетических и средовых факторов. Гипертрофия слюев привратника может быть связана как с недостатком развития иннервации в области привратника, так и с нарушениями моторной и трофической функции в результате дисбаланса вегетативной нервной системы в процессе родов. При этом происходит нарушение кровотока на уровне I-II шейных позвонков. Клиническая картина спазма – отека и гипертрофии слюев стенки привратника однотипна, поэтому выработан алгоритм, включающий проведение во время предоперационной подготовки УЗИ, при необходимости рентгенологического обследования и ФГДС.

В последние пять лет мы используем в комплексе интенсивной терапии критических состояний разного генеза кранеосакральный остеопатический метод. Кранеосакральная остеопатическая терапия позволяет восстановить дисбаланс вегетативной нервной системы, улучшить регулирующие нервные механизмы, уменьшить интенсивность стрессорной симпатoadrenalовой реакции и, тем самым, восстановить кровообращение в системе микроциркуляции поврежденного органа.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ результатов лечения пилоростеноза с использованием в предоперационной подготовке кранеосакрального метода остеопатической терапии.

Материалы и методы. Проанализированы 21 история болезни детей, поступивших с диагнозом пилоростеноз и находившихся на лечении в клинике. Возраст детей от 1 до 2 месяцев, у 18 – сопутствующая перинатальная энцефалопатия. У всех отмечена дегидратация II или III ст. с выраженными нарушениями обмена калия до $2,6 \pm 0,28$ ммоль/л; натрия – $132 \pm 2,05$ ммоль/л; гипопроотеинемией, дисфункцией печени и поджелудочной железы, гипотрофией II ст. У 5 пациентов с крайней степенью тяжести состояния и гипотрофией III-IV ст. – билирубин был более $136 \pm 10,1$ ммоль/л за счет непрямого, а у 2-х из них - коагулопатия потребления и панкреатит. Всем были поставлены показания к оперативному лечению. Проводилась общепринятая предоперационная подготовка в течение 36-48

часов, у 5 младенцев – 72 часа. Через 12 часов интенсивной терапии был проведен сеанс кранеосакральной терапии. При контрольном УЗИ (через 24 часа после сеанса) у 6 детей отмечено расширение пилорического канала с уменьшением толщины стенки пилорического отдела, остеопатическая терапия продолжена на фоне энтеральной регидратации и дозированного питания, эти дети получили ещё 2 сеанса остеопатической терапии (1 раз в сутки) и хирургическое лечение им не проводилось. 15 детям проведена операция по Фреде – Рамштедту, 10 пациентам через 2 часа после операции начато общепринятое дозированное витальное питание на фоне минимальной интенсивной терапии (инфузия + обезболивание) и они на 4-ые сутки были переведены в хирургическое отделение. 5 пациентов получали объёмную интенсивную терапию в течение 7 суток: коррекция КОС, водно-электролитного, белкового обменов, гепатопротная терапия и зондовое капельное питание с постепенным увеличением объёма вводимой смеси или грудного молока, с третьих суток – частичное парентеральное питание. Им через 12–24 часа после оперативного вмешательства в течение 7 дней было проведено 3 сеанса остеопатической терапии. На наш взгляд, включение в комплекс интенсивной терапии остеопатического лечения позволило быстрее стабилизировать состояние, более рано восстановить моторно-эвакуационную и трофическую функцию ЖКТ. Анализ историй болезни показал, что течение анестезиологического пособия и послеоперационный период у них протекал без осложнений, не смотря на крайнюю тяжесть состояния и истощение при поступлении.

Выводы: При многократных срыгиваниях и рвотах фонтаном раннее проведение УЗИ и остеопатической терапии позволяют не только провести дифференциальную диагностику, но и в ряде случаев, несмотря на подтверждении диагноза при первичном УЗИ, при положительной динамике течения заболевания в первые 3 суток, отказаться от оперативного вмешательства. Применение остеопатического метода в комплексе интенсивной терапии у младенцев в состоянии крайней степени тяжести позволяет быстрее стабилизировать микроциркуляторное кровообращение в поражённом органе, уменьшить фармакологическую агрессию объёмной интенсивной терапии. Метод остеопатической терапии требует высококвалифицированного клинического образования, профессионального владения навыками кранеосакральной терапии и, безусловно, дальнейшего его изучения.

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ (АРПР) И БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА (БГ) У ДЕТЕЙ

Баиров В.Г., Сухоцкая А.А., Щеголева Н.А., Хидиров А.Ф.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты первичных хирургических коррекций у детей с АРПР и БГ.

Обследовано 27 больных с нарушениями акта дефекации, первично оперированных в 1998-2008гг.: 15 детей с БГ и 12 детей с АРПР. Больным с БГ первично проводилась одно- (3) и двухэтапная (12) хирургическая коррекция: операция Дюамеля-Баирова – 8, Мартина – 1, Соаве – 5, Свенсона-Исакова – 1, из них 40% были в возрасте до 4 мес. Больным с АРПР первично проведены одно- (2) и двухэтапные (10) вмешательства: брюшно-промежностная проктопластика – 5, задне-сагитальная ректо-вагинопластика – 2, задне-сагитальная ректо-уретропластика – 4, передне-сагитальная ректо-вагинопластика – 1; из них 44% - в возрасте до 4 мес. Всем детям проведены повторные операции в возрасте от 1 года до 14 лет. Причины повторной хирургической коррекции при БГ: неполная резекция аганглионарного участка – 1, несостоятельность сфинктера – 3, стеноз коло(илео)ректального анастомоза – 8, шпора – 3. Причины повторных коррекций при АРПР: несостоятельность сфинктера – 3, повторное образование свища – 2, несостоятельность мышечного аппарата тазового дна – 8. Получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Выводы: Ранняя хирургическая коррекция АРПР и БГ (особенно в возрасте до 6 мес.) может явиться причиной неудовлетворительных результатов и потребовать проведения повторного оперативного лечения в отдаленном периоде.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА (ГЭР) У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА (АП)

Баиров В.Г., Щеголева Н.А., Сухоцкая А.А.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования – оценка эффективности диагностики ГЭР у детей, оперированных по поводу АП.

Обследовано 25 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет после коррекции АП (прямой анастомоз). Выделены 2 группы: I группа – 10 больных от 3 мес. до 3 лет с рецидивирующим стенозом анастомоза пищевода (РСАП), среди них у 4 – частые бронхолегочные заболевания (БЛЗ). II группа – 16 больных от 4,5 месяцев до 15 лет с частыми БЛЗ.

Методы обследования: рентгеноскопия пищевода и желудка с контрастом, ФЭГДС, у части детей – рН-метрия. По данным рентгеноскопии пищевода и желудка у всех детей выявлен ГЭР II-IV ст.: I ст. – 0 (0%), II ст. – 3 (12%), III ст. – 3 (12%), IV ст. – 19 (76%). У 56% детей с РСЗАП и у 87% детей с частыми БЛЗ рефлюкс был IV ст. По данным ФЭГДС у 13 (52%) детей с ГЭР рефлюкс-эзофагита не было. У остальных 12 (48%) детей с эзофагитом были выявлены лишь катаральные изменения (эзофагит I ст.). Из них у 11 (44%) – в сочетании с недостаточностью кардии. Рефлюкс-эзофагита II и III ст. не было ни у одного больного. По данным рН-метрии у всех детей подтвержден рефлюкс, но степень его не определена.

Выводы: Основными проявлениями ГЭР у детей с корригированной атрезией пищевода являются частые трахеобронхиты (21/25) и РСАП (9/25). Частота выявления ГЭР при рентгенологическом обследовании достоверно в 2 раза выше, чем при ФЭГДС. Обследование должно проводиться при первых проявлениях ГЭР.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА (ХОП) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Баиров В.Г., Салахов Э.С., Орлов А.Е., Сухоцкая А.А., Щеголева Н.А.

*ГОУ ДПО «СПб Медицинская Академия Последипломного Образования Росздрава», Санкт-Петербург, Россия.
Детская Городская Клиническая Больница № 5 имени Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Россия.
Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования – оценить результаты лечения ХОП у детей раннего возраста.

В период 2004-2009гг. с подозрением на ХОП поступило 739 детей до 3 лет. После первичной ФЭГДС ХОП подтвержден у 312 (42%) детей: ХОП I ст. – 61% (190), II-III ст. – 39% (122). Причины: щелочи – 24%, кислоты – 21%, KMnO₄ – 14%, батарейки – 12%. Гормональная терапия проводилась дексаметазоном 0,5-1 мг/кг/сутки 3 дня. Контроль ФЭГДС на 7-9 сутки. Для дифдиагностики II и III ст. ожога применяли метод эндоскопической ультрасонографии пищевода: ХОП II ст. – 91% (111), III ст. – 9% (11). Больным с ХОП II и III ст. проведена рентгеноскопия пищевода и желудка – гастроэзофагеальный рефлюкс II-III ст. выявлен у 99 (81%), всем проведена антирефлюксная терапия с хорошим результатом. С 10 по 20 сутки лечебно-диагностические манипуляции и бужирования не проводились. Контроль ФЭГДС – на 21 сутки. При II ст. ХОП рубцовых стриктур не было, при III ст. – сформировалась у 9 больных (84% из 11 больных с ХОП III ст., 2,9% из всех с ХОП). Больным с рубцовыми сужениями пищевода проводили 3-5 курсов бужирования по направляющей струне под контролем ЭОПа, назначали дексаметазон в течение 3 суток, антирефлюксную терапию. У всех больных – положительный результат. В одном наблюдении после ожога жидкостью «крот» – некроз стенки пищевода на протяжении 2/3 на 10 сутки, потребовавший срочной резекции пищевода с последующей трансплантацией.

Выводы: Применяемая тактика (дексаметазон, антирефлюксная терапия, соблюдение сроков манипуляций) позволяет снизить частоту образования рубцовых сужений пищевода и общую продолжительность лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Барановская Ю.П., Панова И.А.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России, г. Иваново, Российская Федерация.

Частота плацентарной недостаточности (ПН) при беременности по данным различных авторов составляет от 25% до 77,3%. Целью нашего исследования было выявить факторы риска развития данной патологии. Обследовано 98 беременных женщин с ПН (срок беременности 28-36 недель), контрольную группу составили 35 женщин без ПН. Критериями исключения: тяжелые формы экстрагенитальной патологии, гестоз. Расчет относительного риска производился на основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования женщин с помощью программ Open Epi ver.2.3.1. (Two by Two tables) и GenStat. Сравнимые группы практически не отличались по возрастному составу, профессиональной принадлежности. Из вредных привычек курение отмечалось у 29,59% группы с ПН против 2,86% в контроле (скорректированное ОШ 14,29; 95% ДИ 1,867-109,4, $p < 0,01$). У женщин с ПН среди гинекологических заболеваний достоверно чаще встречался эндометрит (25,51% против 2,86%; скорректированное ОШ 11,64; 95% ДИ 1,515-89,52, $p < 0,01$), аборт в анамнезе (37,76% против 14,29% скорректированное ОШ 3,639; 95% ДИ 1,298-10,2, $p < 0,05$). Беременность у пациенток с ПН чаще протекала на фоне угрозы прерывания в I триместре (55,1% против 28,57%, скорректированное ОШ 3,067, 95% ДИ 1,33-7,07), анемия (44,9% против 25,7%), (скорректированное ОШ 2,354, 95% ДИ 1-5,541, $p < 0,05$), ОРВИ во время беременности (60,2% против 34,29% скорректированное ОШ 2,9, 95% ДИ 1,294-6,496, $p < 0,01$). Таким образом, риск развития плацентарной недостаточности повышается в 14,29 раз у курящих женщин, в 11,64 раза у женщин с эндометритом в анамнезе, в 3,64 раза у женщин, имеющих аборт в анамнезе, в 3,1 раз у женщин, первый триместр беременности у которых протекал на фоне угрозы прерывания, в 2,9 раз у женщин перенесших ОРВИ во время беременности и в 2,35 раз у женщин с анемией во время данной беременности.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ

Батракова Т.В.², Васильев В.Е.¹, Ветров В.В.¹, Бараташвили Г.Г.¹, Антошина Т.А.², Пугина Н.В.²

¹ Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования – изучить результаты использования эфферентной терапии (ЭТ) у родильниц с гнойно-септическими осложнениями (ГСО).

Материалы и методы. Наблюдали 13 родильниц в возрасте 21–47 лет, из них 11 – после кесарева сечения, 2 – после самопроизвольных родов. В анамнезе у всех женщин имелись соматические и гинекологические заболевания, осложненное течение настоящей беременности и родов – преэклампсия, анемия, угроза выкидыша, аномалии родовых сил и др. У всех родильниц были следующие осложнения: лохиометра (5), нагноение и расхождение послеоперационного шва (7), инфильтрат молочных желез (1).

У 5 родильниц (1-я группа) с клинически выраженными общими и местными признаками воспаления в курсе традиционного лечения с 3–5 суток послеродового периода через день проводили 3–5 сеансов плазмафереза в сочетании с УФО крови. Остальным 8 родильницам (2-я группа) с местными проявлениями инфекции ежедневно проводили 5–7 процедур УФО крови.

Результаты. У всех пациенток отмечали быстрое купирование признаков воспаления, нормализацию инволюции матки, улучшение клинико-биохимических анализов крови и мочи, что позволило снизить курсовые дозы антибиотиков и сократить сроки пребывания женщин в стационаре. У всех была сохранена лактация. Средний койко-день в 1-й группе составил 10,5 дней, во 2-й – 8,8 дней, что соответственно на 4 и 2 дня короче, чем у аналогичных больных при традиционной терапии.

Вывод. Раннее и избирательное включение методов ЭТ в курс комплексного лечения родильниц с клинически значимыми проявлениями инфекции способствует профилактике развития тяжелых форм ГСО.

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ 1500 Г И ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Бенис Н.А., Самсонова Т.В.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравоохранения России, г. Иваново, Россия.

Цель работы: установить особенности психомоторного развития недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении и перинатальным гипоксическим поражением ЦНС на первом году жизни.

Материал и методы исследования: обследовано 102 недоношенных ребенка с массой тела при рождении менее 1500 г и церебральной ишемией (ЦИ) II и III степени. Группу сравнения составили 20 здоровых доношенных детей. Всем детям проводились неврологическое обследование и оценка психомоторного развития (ПМР) по шкале Бэйли (второе издание) в динамике первого года жизни. Оценку ПМР проводили с учетом скорректированного возраста (СВ).

Результаты и обсуждение. В течение первого года жизни общая балльная оценка ПМР у недоношенных детей была ниже, чем в группе сравнения в 1,25 раз ($p < 0,001$). В СВ 1 месяца жизни показатели моторной шкалы у детей исследуемой группы коррелировали со степенью тяжести церебральной ишемии и при ЦИ III степени были ниже, чем при ЦИ II степени ($p < 0,05$). В СВ 1 года жизни в группе недоношенных детей сохранялось снижение балльной оценки ПМР в 1,1 раз ($p < 0,001$), более выраженное по шкале интеллектуального развития. При индивидуальном анализе исходов перинатальных поражений у детей исследуемой группы к концу 1 года жизни установлено, что компенсация неврологических нарушений наступила у 57,7% детей, неспецифическая задержка ПМР сохранялась у 23,9%, специфические формы задержки – у 14% детей.

Таким образом, у недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г и церебральной ишемией II и III степени на первом году жизни отмечается задержка ПМР с учетом скорректированного возраста по сравнению с доношенными детьми, сохраняющаяся более чем у 1/3 детей к СВ 1 года жизни.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VDR НА МПК У РОДИЛЬНИЦ

Бибкова О.С.¹, Зазерская И.Е.², Шапорова Н.Л.¹, Богданова Е.О.¹, Зарайский М.И.¹

¹ ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия.

² Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Оценить роль полиморфизма гена рецептора витамина D в развитии остеопении у беременных женщин.

Материалы и методы. Обследованы 50 родильниц и 60 клинически здоровых небеременных женщин (группа сравнения), средний возраст $26,23 \pm 0,59$ года. Для выделения ДНК пользовались коммерческим набором Проба-НК, «ДНК-Технология». Для амплификации использовали прибор ДТ-96, «ДНК-Технология». Исследование полиморфизма Fok-I (VDR) проводили методом ПЦР-ПДРФ. Измерение МПК проводилось методом ДЭРА в поясничном отделе позвоночника на рентгеновском денситометре кости Lunar фирмы GE Medical Systems LUNAR (США), с оценкой Z-критерия.

Результаты. Частота остеопении в поясничном отделе позвоночника в группе родильниц и в группе сравнения составили (30% и 12% соответственно). Выявлена ассоциация аллеля f (Fok-I) гена VDR со снижением МПК. В группе сравнения у женщин с генотипом Ff и ff остеопения встречалась с частотой 47% и 50% соответственно, в то время как при наличии генотипа FF частота остеопении составила 25%. В группе родильниц остеопения встречалась чаще при всех вариантах генотипа. Так, у родильниц с генотипом Ff и ff остеопения встречалась с одинаковой частотой – 70%, а при наличии генотипа FF остеопения встречалась почти в 2 раза реже – 40%.

Выводы. Таким образом, в качестве генетического предиктора развития остеопении у женщин репродуктивного возраста, в том числе при беременности, является наличие аллеля f (Fok-I) гена VDR. При данных вариантах генотипа остеопения встречается значительно чаще, чем у женщин с генотипом FF.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «КАЛЬКУЛЯТОР РИСКА СИНДРОМА ДАУНА» (КРСД-ХЕМА) В ПРЕНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ

Билалов Ф.С., Ахмадуллина Ю.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия.

Цель работы: провести оценку использования программы КРСД-Хема при проведении пренатального скрининга 1 триместра беременности.

Материалы и методы: материалом для исследования служили образцы крови беременных женщин, проходящих плановое обследование в 1 триместре беременности. Все образцы были проанализированы по показателям ПАББ-А (белок, ассоциированный с беременностью), св. бета-ХГ (свободная бета фракция хорионического гонадотропина) наборами ООО «Хема». Автоматический расчет рисков хромосомных аномалий был проведен с помощью программы КРСД-ХЕМА.

Результаты и их обсуждение: Программа КРСД-ХЕМА предназначена для автоматического расчета рисков синдрома Дауна (СД), трисомии 18, задержки развития плода и дефекта зародышевой нервной трубки (ДЗНТ, spina bifida) по данным лабораторного и ультразвукового обследования (УЗИ). В отдельном файле автоматически происходит накопление статистических данных по всем проведенным исследованиям и формирование собственных медиан за весь период использования программы пользователем. По проведенным исследованиям образцов крови 837 беременных женщин было выявлено, что по скрининговым показателям 1 триместра программа КРСД-ХЕМА выдала высокий риск развития хромосомных аномалий 12 женщинам (1,43%). Все женщины с высоким риском были направлены на дальнейшую верификацию диагноза цитогенетическими методами.

Заключение и выводы: программа КРСД-ХЕМА облегчает работу акушер-гинекологов и использование программ типа КРСД-ХЕМА необходимо внедрять во все лаборатории, что поможет вести статистический учет и выводить собственные медианы показателей пренатального скрининга.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бирюкова Т.В., Гриценко В.А., Вялкова А.А., Носова Н.П., Лукашенко И.В., Ещенко А.В., Ибрагимова Н.В., Бегу Т.Р.

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург.

Муниципальный городской клинический перинатальный центр, Оренбург.

За период 2005-2011 гг. в МУЗ «Муниципальный городской клинический перинатальный центр» г. Оренбурга родилось 24584 ребенка, из них мальчиков 52,3%, девочек 47,7%, доношенных новорожденных 87,1%, недоношенных – 12,9%. Среди всех живорожденных детей зарегистрировано 282 случая развития неонатальной пневмонии (НП), что составило 11,5±0,7%. Уровень заболеваемости НП вырос с 8,8±1,5% в 2005 г. до 19,2±2,9% в 2011 г. Анализ клинико-параклинических данных у новорожденных с НП показал, что дети с экстремально низкой массой тела составили 20,3%. Более 89% детей с НП родились в состоянии асфиксии. Причем около 77% новорожденных имели респираторный дистресс-синдром (РДС) разной степени тяжести. Удельный вес врожденной пневмонии (ВП) в структуре НП составил 58,9%, на втором месте находилась постнатальная пневмония 25,2%. Выявлен комплекс высокоинформативных клинико-микробиологических характеристик детей, на основе которого разработан алгоритм прогнозирования риска развития ВП (уровень эффективности 89%). Нами дана оценка уровня неонатальной смертности (22,9%) новорожденных при РДС, осложненном пневмонией. Результаты микробиологического исследования детей с НП свидетельствовали о доминировании в структуре выделяемой микрофлоры коагулазо-отрицательных стафилококков (66,3%), которые обладали выраженным патогенно-персистентным потенциалом. Составлен региональный регистр антибиотикорезистентности возбудителей НП.

(Работа выполнена по проекту совместных исследований УрО и ДВО РАН).

РОЛЬ РЕГУЛЯТОРНЫХ Т-КЛЕТОК У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРИВЫЧНОГО РАННЕГО ВЫКИДЫША

Бойко Е.Л., Сотникова Н.Ю., Крошккина Н.В., Чухина С.И.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России, г. Иваново, Российская Федерация.

Роль регуляторных Т-клеток, поддерживающих иммунологический гомеостаз при беременности у человека, остается недостаточно изученной.

Цель – выявить особенности содержания регуляторных Т-клеток у женщин с угрозой привычного раннего выкидыша.

Обследованы 139 беременных в I триместре. Основную группу составили 115 женщин с признаками угрозы привычного невынашивания беременности ранних сроков, контрольную – 24 женщины с нормально протекающей беременностью.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служили периферическая венозная кровь. Методом двухцветной проточной цитофлюориметрии на проточном цитометре FACScan (Becton Dickinson, USA) определяли количество CD3+CD4+, CD25+, CD4+CD25+ и CD4+CD152+ лимфоцитов.

Полученные результаты. Исследование содержания регуляторных Т-клеток показало, что у женщин с угрозой раннего привычного выкидыша наблюдались более низкие, чем у женщин с физиологической беременностью, показатели уровня регуляторных Т-клеток в периферической крови ($p < 0,001$). При завершении беременности самопроизвольным выкидышем и преждевременными родами уровень регуляторных Т-клеток был ниже, чем при ее завершении своевременными родами ($p < 0,001$).

Таким образом, снижение уровня регуляторных Т-клеток у женщин с угрозой привычного раннего выкидыша представляется вполне закономерным и может свидетельствовать о снижении толерантности к антигенам плода.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Бойцова А.В., Кулида Л.В.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России, г. Иваново.

Основной причиной трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ) является хроническое воспаление органов репродуктивной системы, при котором нарушается циклическая структурно-функциональная перестройка эндометрия, что вызывает прерывание беременности на ранних сроках или приводит к невынашиванию. С целью выявления структурных особенностей эндометрия у женщин с ТПБ и невынашиванием беременности в анамнезе проведено морфологическое исследование соскобов из полости матки на этапе прегравидарной подготовки перед программой ЭКО. Обследовано 23 женщины с ТПБ, имеющих в анамнезе невынашивание беременности: самопроизвольный выкидыш (84,6%) или неразвивающуюся беременность (15,4%). В основной группе женщин преобладали воспалительные заболевания мочевыделительной системы, имело место более высокая частота оперативных вмешательств на органах малого таза и ЗППП. При патоморфологическом исследовании соскобов эндометрия в 69% случаев выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, преимущественно смешанного типа, в 24% – гиперплазия имела локальный характер. Гиперплазия эндометрия в 56% сочеталась с очаговым хроническим воспалением смешанной вирусно-бактериальной этиологии. Секреторная недостаточность эндометрия диагностирована в 23% случаев, при этом в 12% она сочеталась с гипоестрогенией. Лишь в 8% случаев выявлена полноценная секреторная перестройка.

Таким образом основными патоморфологическими изменениями в эндометрии при (ТПБ) и невынашивании беременности является сочетание гиперпластических и воспалительных процессов, приводящих к нарушению имплантации и невынашиванию беременности.

РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВАКУУМ ЭКСТРАКЦИЮ В РОДАХ

Буланов Р.Л., Буланова Е.В., Майкова Н.В.

ГОУ ВПО СГМУ, г. Архангельск, Россия.

Цель работы: оценить особенности ранней неонатальной адаптации детей, перенесших вакуум экстракцию в родах.

Методы исследования: анализ историй родов, закончившихся наложением вакуум экстрактора и историй развития новорожденных за период с 2005 по 2009гг. в родильном отделении МУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Архангельска. Статистическая обработка с применением SPSS v 19.0.

Результаты собственных исследований: всего проанализировано 100 историй родов и историй развития новорожденных. В удовлетворительном состоянии родилось 59% детей, среднетяжелое состояние при рождении наблюдалось у 38% и тяжелое у 3% новорожденных. Реанимационные мероприятия в родильном зале потребовались 53% детей. При рождении различные нарушения мышечного тонуса наблюдались у 89% младенцев, а гипорефлексия – у 21% детей. Кривошея была зарегистрирована у трети (34%) новорожденных. Петехиальные кровоизлияния в кожу лица были выявлены у 25%, а кровоизлияния в кожный лоскут головы у 24% обследованных детей. Частота кефалогематом в обследованной группе составила 19%, а субгалеальных гематом 6%. С диагнозом «период новорожденности» было выписано лишь 11% младенцев.

Заключение: несмотря на всё более высокотехнологичную медицинскую помощь и применение современного оборудования, операция вакуум экстракции плода остаётся травматичной для новорожденного. Необходимо пристальное наблюдение за ребенком в течение всего раннего неонатального периода.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕПОЛНОЦЕННЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ

Бычков И.В., Шамарин С.В., Бычков В.И.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия.

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов родов у пациенток с неполноценным рубцом на матке после кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведено исследование 98 женщин в сроке 36-40 недель беременности, из которых были сформированы 2 клинические группы. Первую группу (контрольная) составили 52 женщины с полноценным рубцом на матке, во вторую (основная) вошло 46 пациенток, у которых на основании данных УЗИ рубец был признан неполноценным. Клиническое обследование женщин проводилось согласно общепринятым стандартам.

Полученные результаты. Все пациентки по сочетанным показаниям были родоразрешены путем кесарева сечения. Масса новорожденных в первой группе составила в среднем $3380 \pm 115,3$, во второй – $3150 \pm 112,7$ гр. В контрольной и основной группах в асфиксии легкой степени родилось 19 (41,3%) и 27 (51,9%) новорожденных, средней степени – 4 (8,7%) и 8 (15,4%), в состоянии тяжелой асфиксии – 2 (3,8%) во второй группе. Перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза выявлено в 11(23,9%) и 19 (36,5%) случаях. В первой и второй группе церебральная ишемия I степени диагностирована у 8 (17,4%) и 11 (21,2%) детей, II степени – у 3 (6,5%) и 7 (13,5%), III степени – у 1 (1,9%) ребенка основной группы. Клиника конъюгационной желтухи развилась у 5 (10,9%) и 11 (21,2%) новорожденных. Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения в раннем неонатальном периоде отмечались у 5 (10,9%) и 9 (17,3%) детей. Для продолжения динамического наблюдения и лечения на второй этап были переведены 4 (8,7%) и 7(13,5%) новорожденных. Таким образом, наличие неполноценного рубца на матке способствует увеличению числа новорожденных с асфиксией различной степени тяжести в 1,4 раза и гипоксическими поражениями ЦНС – в 1,5 раза.

ДОПЛЕР-ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПЛАЗМАФЕРЕЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Васильев В.Е., Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Пьянова И.В.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Изучить влияние включенного в курс комплексной терапии среднеобъемного плазмафереза (ПА) на плодово-плацентарный кровоток у беременных с холестатическим гепатозом.

Материал и методы. В третьем триместре у 35 беременных 18-43 лет изучали качественные и количественные показатели кровотока в пупочной артерии и в среднемозговой артерии плода. 12 больных с гепатозом (основная группа) в курсе лечения получали 3 - 5 сеансов ПА. Еще 13 аналогичных больных (1-я группа контроля) лечились традиционно. В качестве дополнительного контроля использовали данные ДПИ у 10 практически здоровых беременных, получавших сеанс аутодонорского ПА. ДПИ выполняли дважды – при поступлении в стационар и перед родами.

Результаты исследования. У здоровых беременных после сеанса ПА при ДПИ отмечали увеличение средней скорости кровотока в исследуемых сосудах, но средние изучаемые показатели в динамике практически не менялись ($p > 0,05$). У беременных с холестатическим гепатозом исходно средние показатели ДПИ были несколько хуже, чем у здоровых женщин. После курса ПА возрастала скорость кровотока в исследуемых сосудах с существенным улучшением, до нормы, средних показателей ($p < 0,05-0,01$), а при обычной терапии показатели практически не менялись ($p > 0,05$).

Вывод. Метод ПА безопасен для плода, и, в отличие от комплексной традиционной терапии, при гепатозе беременных оказывает благотворное влияние на состояние кровотока в плодово-плацентарном бассейне.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА

Васильев В.Е., Гайдуков С.Н., Васильев В.В.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Роды в тазовом предлежании относятся к патологическим из-за опасностей для плода и матери.

Цель. Провести анализ результатов наружного профилактического поворота на головку (НПППНГ) при ягодичном предлежании плода.

Материал и методы. Всего было обследовано 247 беременных женщин. Из них у 132 беременных с тазовым предлежанием был произведен НПППНГ по модифицированной нами методике на фоне острого токолиза гинипралом. Они составили основную группу. В контрольную группу вошли 140 беременных с головным предлежанием плода. Обе группы по основным параметрам были сопоставимы. Для контроля за состоянием плода и диагностики возможных осложнений проводилась ультразвуковая фето и плацентометрия, доплерографическое изучение КСК в артерии пуповины, средней мозговой артерии плода и в обеих маточных артериях, до, вовремя и после выполнения НПППНГ. проводилась КТГ плода в течении 45-60 мину до и после поворота.

Результаты. Наружный профилактический поворот оказался эффективным 76% случаев, в 24% поворот плода на головку не удался. Осложнений не было. Наиболее благоприятными для выполнения НПППНГ оказались следующие условия: повторные роды, срок беременности 36-38 нед, 1-я позиция, передний вид, смешанное ягодично-ножное или чисто ягодичное предлежание плода, локализация плаценты по задней стенке полости матки, амниотический индекс более 10 см. Изучение течения родового акта, послеродового периода и состояния новорожденных у женщин обследуемых групп не выявлено достоверных различий, частота Кесарева сечения составила в основной группе 1,5%, в контроле – 7,9%.

Вывод. Применение модифицированной методики НПППНГ у женщин с тазовым предлежанием плода позволило в 76% случаях придать плоду перед родами физиологическое, головное предлежание и существенно снизить частоту Кесарева сечения.

ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ПРОТЕИНА S-100 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ 22-40 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

Васильева М.Е., Проценко Е.В., Перетятко Л.П.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравоуразвития России, г. Иваново, Российская Федерация.

Нейроспецифический белок S-100 относится к ранним маркерам повреждения ткани головного мозга. С целью определения диагностической значимости протеина проведен сравнительный анализ особенностей экспрессии S-100 при внутренней гидроцефалии (11 случаев – Ia гр.) и вентрикуломегалии (19-Iб гр.) у плодов и новорожденных 22-40 недель гестации. Группу сравнения составил головной мозг 20 объектов исследования без патологии в вентрикулярной системе (II гр.). Экспрессия S-100 оценивалась методом пероксидазной реакции с использованием поликлональных антител к протеину S-100 («Dako»). Во II группе индекс экспрессии (ИЭ) S-100 в зоне герминативного матрикса составил $0,21 \pm 0,09$ усл. ед., в субкортикальном белом веществе – $0,07$ усл. ед. При вентрикуломегалии ИЭ достоверно увеличивается в выше указанных зонах до $0,49 \pm 0,19$ и $0,24 \pm 0,01$ усл. ед., соответственно. У плодов и новорожденных с гидроцефалией диагностировано значительное в отличие от II группы увеличение ИЭ нейроспецифического белка до $2,1 \pm 0,01$ усл. ед. в зоне герминативного матрикса и до $1,35 \pm 0,01$ усл. ед. в субкортикальном белом веществе. Сопоставление ИЭ в Ia и Iб группах показало его увеличение в группе с гидроцефалией в области герминативного матрикса в 5 раз и в субкортикальной зоне – в 6,7 раз.

Динамика экспрессии S-100 имеет большое значение для диагностики патологии вентрикулярной системы. На основании существенного увеличения индекса экспрессии нейроспецифического белка в структурах головного мозга при гидроцефалии данный параметр можно использовать для дифференциальной диагностики с вентрикуломегалией.

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СИСТЕМЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СУБЪЕКТА РФ

Васильева Т.П., Атрошенко И.Г., Халецкий И.Г., Сазанов В.В.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравоуразвития России,

Департамент здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Российская Федерация.

Цель: Определить состояние кадрового профиля, потребность в подготовке и переподготовке, кадровом потенциале учреждений здравоохранения, оказывающих перинатальную помощь. Материал и методы исследования: медицинские работники, оказывающие перинатальную помощь. Сплошное и выборочное исследование врачей и средних медработников акушерской службы субъекта РФ (на примере Ивановской области) на первом этапе по данным автоматизированного Федерального регистра медицинских работников, на втором – по методике комплексной интегральной количественной оценки кадрового потенциала медицинских работников.

Материалы и методы исследования: 302 врача акушера-гинеколога и 300 средних медицинских работников. Установлено по данным Регистра снижение в целом качества структуры медицинских кадров акушерско-гинекологической службы, нарушение сроков повышения квалификации, переподготовки на последипломном этапе, а также по данным специального исследования – снижение количественной оценки кадрового потенциала за счет таких компонентов как инновационный, трудовой, психологический. Доказана роль кадрового потенциала в целом и его отдельных характеристик на качество перинатальной профилактики. Выявлены факторы, определяющие эффективность формирования кадрового потенциала на общественном и индивидуальном уровнях. Разработана и апробирована организационная система управления, включающая создание Советов по качеству кадров разного уровня, по итогам апробации которой достигнута эффективность.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДХОДОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Ветров В.В.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравоуразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

При анализе отечественной и иностранной литературы по проблеме использования плазмафереза (ПА) в акушерской практике отчетливо видны некоторые особенности и отличия (таблица № 1).

Таблица 1

Особенности проведения плазмафереза у акушерских больных в России и за рубежом

Показатель	За рубежом	Россия
Первая публикация, год, автор	1968, Powell L.C. 1968, Bowman J.M. et all.	1983, Нерсисян В.М. и др.
Патология при первых операциях	Резус-иммунизация	Резус-иммунизация
Вид первых операций	Интенсивный плазмообмен на донорскую плазму (замена до 40-53 литров плазмы за беременность)	Интенсивный плазмообмен на донорскую плазму (объемы те же)
Наиболее частая патология в последующие годы	Тромботическая тромбоцитопническая пурпура, преэклампсия (хелп-синдром, чаще после родов),	Преэклампсия (хелп-синдром, чаще после родов), тромбоцитопническая пурпура, послеродовые инфекции
Прочие заболевания и осложнения, как показания для плазмафереза	Гиперлипидемия, тиреотоксикоз, герпес, синдром Жулиана-Баре, бронхиальная астма и др. заболевания – не более десяти	Болезни печени, почек, аутоиммунная патология, осложнения беременности (невынашивание беременности, ЗВУР плода и пр.) – более 30 наименований
Где производится плазмаферез	В многопрофильных Центрах	В Москве, Санкт-Петербурге, областных и даже в районных центрах
Технология разделения крови	Аппаратная центрифужная (прерывисто-поточный и непрерывно-поточный методы), аппаратная мембранная	Безаппаратная центрифужная, аппаратно-центрифужная, аппаратная и безаппаратная мембранная
Сочетание с сорбционной технологией (фильтрацией)	Существует обработка крови в ЭК в одном аппарате (разделение крови + сорбция плазмы + сведение крови; каскадная плазмофильтрация, селективная иммуносорбция)	Возможна обработка крови. (разделение крови + сорбция плазмы на неселективном сорбенте) в ЭК на аппаратах для плазмафереза («Гемос», «Гемофеникс», «Гемма»).
Наиболее частые объемы плазмоексфузий при плазмаферезе	Один ОЦП (2-3 литра) за сеанс – 1,2,3 и более сеансов на курс, в зависимости от эффекта	20-40% от ОЦП (500-900 мл), на курс 4 сеанса с общим удалением 1 ОЦП
Плазмозамещение (в порядке убывания частоты применения)	Донорская СЗП, альбумин, синтетические коллоиды	Кристаллоиды, синтетические коллоиды, при тенденции к гипопротеинемии – альбумин, донорская СЗП
Использование аутоплазмы при курсе плазмафереза, плазмообмена	Нет	Используется после гепаринкриосорбционной обработки
Сочетание с другими, вспомогательными методиками детоксикации (фотомодификация крови, энтеросорбция и пр.)	Нет	Да
Осложнения (цитратная интоксикация, гемодинамические реакции и пр.)	9-22%	1-9%

Сравнительный анализ показывает, что отношение к плазмаферезу в акушерской практике за рубежом более сдержанное, чем в России. При этом иностранными учеными применяются большеобъемные процедуры со сравнительно более частым использованием селективных, с удалением конкретного патогенна (в частности иммуноглобулинов класса G), методик каскадной плазмофильтрации и иммуносорбции.

В Российской Федерации подобные методики применяются редко и только в крупных Центрах. В целом плазмаферез используется чаще, но из-за плохого материального обеспечения используются более примитивные и менее селективные методики, в комбинациях с модификацией плазмы и вспомогательными методиками детоксикации. В последние годы все большее распространение принимает использование мембранного плазмафереза с помощью отечественных аппаратов «Гемос», «Гемма», «Гемофеникс». Отличительными чертами этой методики являются малый объем экстракорпорального контура (60 мл), дешевизна и портативность.

ПЛАЗМООБМЕН ПРИ ТЯЖЕЛОМ СИНДРОМЕ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Зазерская И.Е., Романова М.В., Корсак В.С., Петров Ю.А.
Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

Самые тяжелые формы синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ) возникают при наступившей беременности и возможны летальные исходы (тромбоэмболия, ОПН и пр.).

Ведущие специалисты неотложной практики (профиль больных – нефрологический, кардиологический, пульмонологический и пр.) считают, что в условиях тяжелого эндотоксикоза, полиорганных дисфункций больным показан плазмообмен на донорскую СЗП в объеме одного ОЦП.

Наблюдали пациентку Я., 29 лет, у которой после выполнения программы ЭКО развилась клиника тяжелого СГЯ. Лечение в условиях ПИТ в течение недели было неэффективным, наоборот, прогрессировали проявления эндотоксикоза, воспалительного ответа организма с присоединением органных дисфункций со стороны легких, печени, почек. Проведение плазмообмена (2500 мл) на донорскую отфильтрованную плазму в комплексе с последующей эвакуацией содержимого брюшной полости, инфузионной терапией естественными и синтетическими коллоидными средствами, симптоматической терапией способствовало выздоровлению женщины с сохранением беременности двойней, по поводу которой наблюдение женщины продолжается.

МАЛООБЪЕМНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ И УФО КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

*Ветров В.В., Ахмеджанова З.М., Васильев В.В.
Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования. Изучить влияние центрифужного плазмафереза (ПА) в сочетании с ультрафиолетовым облучением крови (УФОК) на исходы гестации у беременных с хронической урогенитальной инфекцией (ХУГИ).

Материал и методы. Наблюдали 224 женщин в возрасте 16-45 лет, среди которых 72 в курсе комплексной терапии перед родами (1 подгруппа) получили по 2 сеанса ПА в сочетании с УФОК, 70 человек (2 подгруппа) – по 3 сеанса и 30 беременных (3 подгруппа) – по 4 сеанса. Остальные 52 пациентки (контроль) получали традиционную терапию. Данные анамнеза, клиники у больных практически не отличались. Всего было выполнено 474 процедуры, средний объем удаляемой за сеанс ПА плазмы составил 308,2 мл, возмещение проводили кристаллоидами и 200 мл 10% раствора глюкозы.

Результаты. Осложнений при процедурах не было. Анализ показал, что комплексная терапия у беременных с ХУГИ обладает нормоволемическим, противоанемическим, иммунокорректирующим, противовоспалительным и нормокоагуляционным эффектами, которые были более выражены у женщин, получавших ПА и УФОК, особенно в 3-й подгруппе. При анализе осложнений в родах и после родов у женщин, перинатальных осложнений для плода – результаты лечения у получавших ПА и УФОК также были лучше, чем в контроле, особенно, в 3-й подгруппе. Возможно, что эти положительные влияния были обусловлены купированием воспаления и компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте, выраженность которых имела прямую зависимость от числа полученных сеансов ПА и УФОК.

Вывод. Сочетание ПА с УФОК безопасно, улучшает исходы гестации у беременных с ХУГИ и наилучший результат был при проведении 4 сеансов.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕЗА ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Винокурова Л.Н., Мерзлова Н.Б., Крутень А.В., Гришин О.А., Петухов В.Н., Беккер В.Г., Бастанжиева А.И.

*ГОУ ВПО «Пермская медицинская государственная академия им. акад. Е.А. Вагнера», Пермь, Россия.
Городской перинатальный центр, Пермь, Россия.*

Цель: изучить перинатальные факторы риска и катамнез детей, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы: в 2008–2009 гг в перинатальном центре родилось 92 новорожденных с экстремально низкой массой тела. Проанализировано течение перинатального периода, изучен катамнез 30 детей первых 3 лет жизни.

Результаты: анализ течения антенатального и неонатального периодов показал, что соматический анамнез был отягощен у всех женщин: патология эндокринной системы (37%), патология почек (29%), гипертоническая болезнь (14%), вредные привычки (6%), в анамнезе медицинские аборт и выкидыши (81%). У всех женщин имелось патологическое течение беременности: угроза прерывания (50%), анемия (40%), гестозы (39%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (25%). Воспалительные заболевания половых путей имели 55% женщин. Признаки асфиксии тяжелой степени при рождении имелись у 20% детей. Нарушения периода ранней адаптации проявлялись в виде респираторного дистресс синдрома у всех детей, внутрижелудочковыми кровоизлияниями – у 64% детей, развитием пневмонии – у 18% детей, менингоэнцефалитом – у 8%, ранней анемией – у 40% детей. Летальные исходы в отделении интенсивной терапии перинатального центра наступили у 34% детей с экстремально низкой массой тела. Причинами ранней неонатальной смертности явились: респираторный дистресс синдром (27%), внутриутробная пневмония (15%), внутрижелудочковые кровоизлияния (10%), перинатальные поражения центральной нервной системы (10%). Выживаемость детей с экстремально низкой массой тела составила 66%. Все новорожденные в комплексной терапии получали по поводу респираторного дистресс синдрома респираторную поддержку, предпочтения отдавались ЭТСПАР и НСПАР, эндотрахеально вводился курорсурф, назначались антибактериальные препараты, раннее парентеральное и энтеральное питание. При развитии угрозы инфекционных осложнений внутривенно назначались неспецифические иммуноглобулины. При стабилизации состояния дети переводились на второй этап выхаживания, где данная терапия была продолжена. Достигнув двухмесячного возраста, при удовлетворительном состоянии и готовности родителей к уходу за своим ребенком, дети выписывались домой с массой тела от 2430 до 3500г.

Результаты катамнеза 30 детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, показали, что двое детей имели грубую неврологическую патологию (детский церебральный паралич), у остальных – задержка речевого и речевой функции, умеренно выраженный синдром двигательных дисфункций на первом году жизни. Изменения со стороны органов зрения в виде ангиопатии и ретинопатии имелись у 11 детей, слуха – у 1 ребенка. По поводу бронхо-легочной дисплазии наблюдались 15 детей, у одного из них развился бронхо-обструктивный синдром.

Заключение: перинатальными факторами высокого риска развития патологии у детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, являлись: неблагоприятное течение беременности и соматические заболевания у матери, респираторный дистресс синдром в раннем неонатальном периоде, ВЖК, пневмонии. Дети требуют своевременной комплексной индивидуальной реабилитации и абилитации.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СООТВЕТСТВИЯ РАЗМЕРОВ ПЛОДА РОДОВЫМ ПУТЯМ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Вихтинская И.А., Иванов Д.О., Труфанов Г.Е., Фокин В.А., Шмедьк Н.Ю.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. В настоящее время возросло значение прогнозирования исхода родов как при узком, так и при анатомически нормальном тазе, из-за увеличения средней массы тела новорожденных.

Цель исследования. Определение возможностей МР-пельвиметрии и МР-фетометрии на поздних сроках беременности у женщин с подозрением на анатомически или клинически узкий таз.

Материалы и методы. МР-пельви- и фетометрия выполнена на аппарате «Магнетом Симфония» 1,5Тл (Siemens, Германия) 10 женщинам 24–39 лет с одноплодной беременностью в головном предлежании на сроке 38–40 недель.

Результаты. Для оценки степеней сужения таза использовались критерии сужения, разработанные Чернуха Е.А. и соавт. (1991г.), Пучко Т. К. и соавт. (2003г.), а для определения примерных границ колебаний отдельных размеров – руководство «Williams Obstetrics» (2001г.). Дополнительно производилась оценка размеров таза по ме-

тодике Mengert, Borell and Fernström, осуществлялся расчет тазово-головного индекса диспропорции (предложен Abitbol. М.М.). Наиболее актуальными фетометрическими показателями оказались – бипариетальный, лобно-затылочный размеры головки плода, а также ширина плеч.

Выводы. МРТ беременным в III триместре позволяет точно измерить диаметры таза и размеры плода, а также дать оценку соответствия родовых путей и плода. Полученные данные следует учитывать при выборе способа родоразрешения и тактики введения беременности для снижения риска перинатальной травмы.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Вихтинская И.А., Фокин В.А., Рязанов Г.Е., Труфанов Г.Е., Скворцова М.А.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Исследования в период беременности должны быть максимально безопасными и информативными для матери и плода. МРТ является одним из доминантных методов оценки состояния плаценты с широким спектром диагностических возможностей, в том числе с использованием ее контрастирования.

Цель. Ознакомить специалистов с современными возможностями МРТ в диагностике ее патологических изменений.

Материалы и методы. МР-исследование характеризуется прекрасным межтканевым контрастом, возможностью прямого отображения нормальной анатомии и патологии плаценты, любой ориентацией и толщиной срезов (до 1 мм), специфической характеристикой изменений благодаря различным импульсным последовательностям и изменениям интенсивности сигнала.

Результаты. МР-волнометрия используется для определения объема плаценты в различные сроки гестации (Kubik – Huch et al. 2001, Kasprjan et al. 2006). ДВИ позволяют выявить участки плаценты с нормальной и патологической перфузией. IVIM (intra voxel incoherent motion) МРТ применяется для измерения и определения движения крови в плаценте и получения более полной картины сложной динамики плацентарного кровотока, позволяет оценить риск развития преэклампсии (Moore et al. 2008). МР-спектроскопия позволяет анализировать энергетические уровни некоторых элементов и помогает характеризовать метаболические процессы и нарушения в них. Для оценки степени приращения плаценты необходимо проведение МРТ с внутривенным контрастным усилением (Ruger D., 2011).

Заключение. МРТ плаценты перспективный, безвредный и информативный метод диагностики ее патологических состояний.

ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА СЕКЦИОННОМ МАТЕРИАЛЕ. ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Власюк В.В.

ФГУ НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург, Россия.

Патология головного мозга у глубоко недоношенных детей с массой при рождении 500-1500 г. существенно отличается от таковой не только у доношенных детей, но и у детей с менее выраженной степенью недоношенности. Это обусловлено прежде всего разной степенью созревания структур мозга.

Цель исследования – изучение характера поражений головного мозга у умерших недоношенных детей в зависимости от массы при рождении (гестационного возраста). Всего патологоанатомически исследовано 315 недоношенных детей, умерших в родах и в разные сроки после рождения. Головной мозг изучался по разработанной мной методике с использованием нейрогистологических методов.

Результаты исследования показали, что при увеличении степени недоношенности уменьшается частота субдуральных кровоизлияний (СДК), кровоизлияний в мозжечок (КМ) и перивентрикулярной лейкомаляции (ПЛ), но увеличивается частота лептоменингеальных (ЛМК) и внутрижелудочковых (ВЖК) кровоизлияний, отечно-геморрагической лейкоэнцефалопатии (ОГЛ) и телэнцефального глиоза (ТГ). Кроме того, у глубоко недоношенных детей, проживших более 1 месяца, часто развивается мультикистозная энцефаломалиция (МЭ).

При обсуждении поставленной проблемы всплывают нерешенные вопросы по нозологии перинатальных поражений ЦНС и их классификаций. Это прежде всего касается ПЛ и ВЖК. Для ПЛ как нозологической единицы ха-

рактерны два основных признака – 1) возникновение очагов некрозов (чаще коагуляционных) и 2) локализация этих очагов в перивентрикулярном белом веществе больших полушарий. К сожалению, в настоящее время имеет место гипердиагностика ПЛ по результатам нейровизуализационных исследований с отнесением к данной патологии распространенных повреждений белого вещества полуовальных центров, причем не только некрозов. Мои исследования показали, что белое вещество больших полушарий очень ранимо, причем сильнее повреждается при увеличении степени незрелости, но характер этих повреждений различный. Истинная ПЛ наиболее часто возникает у детей 1-й степени недоношенности вследствие формирования у них концевых пограничных зон кровообращения в перивентрикулярных участках мозга. У более глубоко недоношенных детей эти концевые зоны не сформированы и поэтому поражения белого вещества часто носят диффузный характер с нередким распространением в субкортикальные области. У детей с массой при рождении менее 1000 г. классическая ПЛ с характерными коагуляционными некрозами вообще не обнаруживается. У глубоко недоношенных детей возникают обширные колликвационные некрозы с образованием распространенных кист в перивентрикулярных и центральных участках белого вещества полуовальных центров. Правильно ли называть эти поражения ПЛ? Полагаю, что нет. Здесь наиболее адекватен термин «мультикистозная энцефаломалация». Сформировавшееся мнение, что при увеличении степени недоношенности учащаются случаи ПЛ, не подтверждается на секционном материале. Учащаются случаи МЭ и таких поражений, как ОГЛ и ТГ, которые в клинической практике чаще не диагностируются. Так называемая «диффузная форма ПЛ» это фактически ТГ или МЭ на определенной стадии развития. Полагаю, что не следует путем выделения видов ПЛ поглощать различные патологические изменения белого вещества мозга, а более целесообразно наряду с ПЛ выделять другие нозологические формы патологии белого вещества, такие как ОГЛ и ТГ, которые чаще носят диффузный характер с преимущественным поражением перивентрикулярных зон мозга. Для ТГ характерны гибель олигодендроцитов и пролиферация астроцитов на фоне различных нарушений микроциркуляции в белом веществе больших полушарий. ТГ ведет к синдрому «минимальной мозговой дисфункции». Процесс в головном мозге может ограничиться описанными патологическими изменениями и возникновением единичных кист. На каком основании это поражение относить к ПЛ? Если его не относить к ПЛ, то, следовательно, необходимо признать существование ТГ в качестве самостоятельной нозологической единицы.

Особенностью ВЖК у глубоко недоношенных детей является то, что их источником часто является прорыв крови не из области эмбриональных возвышений около головок хвостатых ядер, а из других субэпендимальных зон, нижних стенок центральных частей и задних рогов боковых желудочков. ВЖК обычно относятся к 3-й стадии: распространение крови в 4-й желудочек, большую цистерну, полушария мозжечка и ствол мозга. Опасность этих кровоизлияний заключается в том, что они ведут к внутренней гидроцефалии вследствие облитерации отверстий Люшка и Мажанди. Представляется, что нейросонографическую классификацию ВЖК клиницистам необходимо оставить для специалистов данной узкой области медицины, а самим разрабатывать клинико-морфологическую классификацию с учетом патогенеза и, следовательно, распространения крови при ВЖК. В этой классификации не должно быть субэпендимального и внутримозгового кровоизлияний, представляющих самостоятельные формы нарушения мозгового кровообращения.

Отмеченные особенности поражений головного мозга можно проиллюстрировать на примере одного ребенка, родившегося с массой 500 г. и умершего в НИИДИ в возрасте 9 месяцев. Девочка Б. после рождения находилась в ДГБ N17 с диагнозом ВЖК 3-й степени и врожденной цитомегаловирусной инфекции. В последующем были проведены 3 операции по шунтированию боковых желудочков мозга и операция по закрытию артериального протока. На фоне прогрессирующей гидроцефалии и присоединения гнойного вентикулита ребенок умер. На секции масса 9 месячного ребенка была меньше массы доношенного новорожденного – 2970 г. Голова значительно увеличена в размерах, окружность 43,7 см.

Патологоанатомический диагноз:

ОСНОВНОЙ: 1. Порок развития головного мозга - мультикистозная энцефаломалация с субтотальным разрушением вещества полушарий мозга и образованием гигантских кистозных полостей, внутренняя гидроцефалия в результате облитерации отверстий Люшка и Мажанди с расширением боковых желудочков и значительным увеличением 4 желудочка, атрофией зубчатых ядер и полушарий мозжечка. 2. (фондовый) Генерализованная цитомегаловирусная инфекция с поражением слюнных желез (хронический активный сиалоденит), легких (сливная десквамативная пневмония) и почек (интерстициальный нефрит с многочисленными некрозами).

Операции: закрытие артериального протока, ВСГ-шунтирование слева (13.05.09 г.) и справа (19.06.09 г.), ВПТ-шунтирование (23.12.09 г.).

ОСЛОЖНЕНИЯ: Гнойный вентикулит. Серозный менингит. Гнойный панкреатит. Катаральный энтероколит. Множественные очаги обызвествления в легких, почках и миокарде. Рубцующиеся очаги некрозов в миокарде. Зернистая дистрофия миокарда, печени, почек. Гиперплазия селезенки. Акцидентальная трансформация вилочковой железы 2-й степени. Гипотрофия. Пролежни.

СОПУТСТВУЮЩИЙ: Пороки развития внутренних органов – киста в области общего желчного протока печени, кистозная дисплазия почек, гипоплазия правой почки, аденомы надпочечников, общая брыжейка тонкого кишечника с толстой кишкой. Пупочная грыжа.

Непосредственная причина смерти – гнойный вентикулит.

Данный случай демонстрирует, во-первых, результаты интенсивного лечения глубоко недоношенного ребенка массой 500 г., во-вторых, сочетание двух тяжелых поражений мозга – ВЖК с внутренней гидроцефалией и МЭ с

образованием гигантских нагноившихся кист, во-вторых, появление пороков развития, обусловленных как поражением головного мозга, так и врожденной цитомегаловирусной инфекцией. Пороки развития можно рассматривать в качестве обязательных отдаленных последствий различных заболеваний при лечении и выхаживании столь глубоко недоношенных детей. Действие патологических факторов на развивающиеся органы и ткани обязательно ведет к формированию пороков развития. Более выраженные и более распространенные патологические процессы в головном мозге возникают у детей с большей степенью незрелости и недоношенности.

РОЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОСЛЕДА В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ

Власюк В.В., Васильев В.В.

ФГУ НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы – оценить значение иммуногистохимических исследований (ИГХ) в диагностике врожденных инфекций. Материал исследования – 26 последов от матерей, которые всесторонне обследовались на наличие инфекций. Последы подверглись гистологическому, бактериологическому, иммунофлюоресцентному (ИФ) и ИГХ методам исследования. При последнем методе выявлялись антигены вирусов простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегалии, Эбштейна-Барр, парвовируса В19, аденовируса, вируса папилломы человека, а также токсоплазмы, хламидии трахоматис, микоплазмы пневмонии. Проводимая работа является частью предпринятого комплексного исследования системы «мать-послед-новорожденный» и основные выводы, в том числе статистического характера, будут сделаны позже. Однако полученные предварительные результаты позволяют сделать первые выводы. Во-первых, заключения ИФ исследований часто отражают гипердиагностику инфекций, так как не соответствуют результатам более точных ИГХ исследований. Во-вторых, в очагах некрозов децидуальной ткани оболочки плаценты, которые нередко морфологами относятся к проявлениям герпетической инфекции, в большинстве случаев отсутствовала экспрессия антигенов вирусов простого герпеса. В-третьих, результаты ИГХ исследований последа позволяют выявить положительную экспрессию антигенов инфекционных агентов не только в очагах повреждения различных клеточных и тканевых структур, но и в лимфоцитах крови матери и крови плода. Лимфоциты крови матери располагаются в интервиллезном пространстве плаценты, а лимфоциты крови плода – в капиллярах ворсин.

Таким образом, ИГХ исследование плаценты позволяет оценить роль инфекционных повреждений плаценты в патогенезе инфицирования плода и новорожденного.

РОДОВАЯ ТРАВМА – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Власюк В.В.

ФГУ НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург, Россия.

В настоящее время акушеры, педиатры и патологоанатомы все реже обсуждают проблему родовой травмы. Это обусловлено уменьшением количества грубых родовых травм, ведущих к смертельному исходу, что связано с увеличением количества кесаревых сечений и с успехами реанимационной службы. Нет никаких данных, что уменьшилось количество не смертельных родовых травм с небольшими повреждениями, надрывами, кровоизлияниями, некрозами мозга и др., ведущими к церебральной недостаточности, детскому церебральному параличу и инвалидности. На нашем секционном материале у умерших детей от инфекционных заболеваний нередкой находкой (фоновым заболеванием) являются родовые травматические повреждения. Имеются статистические данные, в том числе пенсионного фонда РФ, об увеличении за последние 10 лет количества инвалидов с детства, у большинства из которых имеются поражения ЦНС. Акушеры не прослеживают историю болезней детей, переведенных из роддома в другие лечебные учреждения и имевших не распознанную родовую травму. Неонатологи чрезвычайно редко диагностируют родовую травму, поскольку не исследуют главный ее маркер – повреждения мозжечкового намета. В лучшем случае выставляется диагноз «гипоксически-ишемическая энцефалопатия». Поэтому диагноз «родовая травма» всплывает у педиатров, детских невропатологов и остеопатов, когда они видят уже последствия, вероятно, родовых повреждений мозга.

Таким образом, необходима ранняя диагностика родовой травмы с проведением нейросонографических исследований в родильных учреждениях и оценкой состояния мозжечкового намета. Такой подход будет способствовать привлечению акушеров к обсуждению случаев родовой травмы в родильных учреждениях и профилактике родового травматизма.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНИ АСИНКЛИТИЗМА ПО ГОЛОВКЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Власюк В.В., Лобзин Ю.В., Несмеянов А.А.

ФГУ НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург, Россия.

Проводная точка, асинклитизм и вставление головки – фундаментальные понятия акушерства, без которых невозможно объяснить биомеханизм родов. В то же время это не сухие абстракции, а понятия, поддающиеся точному определению и измерению. При пальцевых влагалищных исследованиях точно не определишь локализацию проводной точки и степень отклонения стреловидного шва от срединной оси таза. Возможна диагностика лишь выраженных отклонений. Поэтому нередки случаи родовой травмы при «нормальных» с позиций акушера родах.

Цель исследования – разработать метод патоморфологической диагностики асинклитизма на секционном материале.

Материал исследования: умершие плоды и новорожденные (до 15 дней жизни) с массой от 2000 г. (154 случая), родившиеся самопроизвольно при головном предлежании.

Исследования показали, что морфологическим субстратом для оценки асинклитизма является область перистального застоя крови (ОПЗ), которая имеет границы и образуется ниже пояса соприкосновения головки в родовом канале матери. Измеряли расстояние (в миллиметрах) от наиболее удаленных латеральных краев ОПЗ до стреловидного шва, затем вычисляли из большей длины меньшую и делили на два. Асинклитизм определяли по формуле (Патент № 2422087 от 27.06.2011 г.). Отклонение более 15 мм может считаться патологическим асинклитизмом, а менее 15 мм – физиологическим асинклитизмом. В то же время любая степень асинклитизма является фактором риска односторонних разрывов мозжечкового намета. Использование данного изобретения в практике патологоанатомов будет нацеливать акушеров на внедрение новейших методов диагностики асинклитизма, что будет способствовать изменению тактики ведения родов, снижению родового травматизма и перинатальной смертности.

ПОКАЗАТЕЛИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГИТОМ

Волкова А.В., Назаров С.Б., Посисеева Л.В., Ситникова О.Г, Красильникова А.К., Клычева М.М., Назарова А.О.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России, г. Иваново, Российская Федерация.

Цель работы: исследование состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) методом хемилюминесценции в перитонеальной жидкости у женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом или сальпингитом. Обследовано 93 женщины с бесплодием, из них 60 с генитальным эндометриозом и 33 с хроническим сальпингитом. Регистрировали ХЛ на биохемилюминометре БХЛ-06М. Об и ПОЛ судили по величине быстрой вспышки (I_{max}), светосуммы (S), об общей антиоксидантной активности (АОА) – по коэффициенту $K (I_{max}/S)$.

Выявлено, что у пациенток обеих исследуемых групп в перитонеальной жидкости достоверных различий между показателями I_{max} , S не выявлено. На основании исследований установлено, что показатель K у женщин с эндометриозом выше и составил $0,087 \pm 0,14$ по сравнению с сальпингитом – $0,078 \pm 0,01$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о напряжении АОС при эндометриозе.

Выводы. Установлено повышение общей АОА в перитонеальной жидкости у женщин с бесплодием, обусловленным эндометриозом, по сравнению с хроническим сальпингитом, что позволяет использовать метод ХЛ в лабораторной практике для оценки состояния ПОЛ-АОС при данных патологиях.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПЛОДОВ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Волкова Ю.С., Перетятко Л.П.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация.

С целью выявления частоты и структуры врожденных аномалий мочевыделительной системы проведен ретроспективный анализ протоколов аутопсий среди 662 индуцированных, 520 самопроизвольных выкидышей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) за последние 10 лет. Из общей анализируемой когорты пороки развития мочевыделительной системы выявлены у 60 плодов (4,3%). В 2% случаев пороки множественные, сочетающиеся с аномалиями сердца, гидроцефалией, гипоплазией легких, атрезией пищевода и кистозом поджелудочной железы. Качественная УЗИ-диагностика позволила диагностировать максимальное количество пороков среди индуцированных выкидышей (61%). Пороки, диагностированные у самопроизвольных выкидышей, составили 11%. Среди всей совокупности врожденных пороков мочевыделительной системы преобладали аномалии развития почек (78%), из которых дисплазии составили 41%, гидронефроз – 13%, подковообразная почка – 9%, агенезия – 11%, гипоплазия олигомеганефроническая – 2,5% и дистопии гомолате-ральные – 1%. Дисплазия представлена в основном мультикистозом (42%), из которого микрокистоз коры выявлен в 12,5%, апластическая кистозная дисплазия м в 10,5% и по 8% пришлось на микрокистоз канальцев, поликистоз «инфантильного типа», простую очаговую и гипопластическую кистозную дисплазии. В 14,5% случаев встретились врожденные аномалии мочеточников (дисплазия, агенезия, стеноз, атрезия и дилатация); в 7,5% – мочевого пузыря (агенезия, дисплазия, дивертикул). Ретроспективно в 4,3% случаев у плодов и новорожденных с ЭНМТ вы выявлены врожденные аномалии мочевыделительной системы, среди которых преобладают дисплазии.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ДЕЦИДУАЛЬНЫМИ ЕСТЕСТВЕННЫМИ КИЛЛЕРАМИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВЫКИДЫШЕ НА РАННИХ СРОКАХ

Воронин Д.Н., Сотникова Н.Ю.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация.

Невынашивание беременности – одно из наиболее частых осложнений гестационного процесса. Важную роль в досрочном прерывании беременности отводят иммунным механизмам, в частности, изменению активности естественных киллеров (ЕК). Известно, что лигандами многих рецепторов децидуальных ЕК являются антигены плодовой части плаценты – трофобласта, что делает клетки плодового происхождения потенциальной мишенью для материнских ЕК.

Целью нашей работы было установить особенности экспрессии рецепторов различного типа децидуальными естественными киллерами при самопроизвольном выкидыше на ранних сроках гестации. Материалом для исследования служила децидуальная оболочка плацент 21 женщины с искусственным прерыванием беременности на ранних сроках (контрольная группа) и 9 женщин с самопроизвольным прерыванием беременности в 7–12 недель гестации. Децидуальные лимфоциты выделяли стандартным бесферментативным методом. Экспрессию рецепторов на поверхности CD56+ ЕК оценивали с помощью моноклональных антител методом проточной цитометрии. Было установлено, что при самопроизвольном выкидыше достоверно увеличивалось количество децидуальных ЕК, экспрессирующих рецепторы к IFN γ (CD119 молекулы) и активирующие рецепторы CD161, при этом изменений в экспрессии другого активирующего рецептора – CD159a отмечено не было. Повышение уровня CD56+ естественных киллеров, экспрессирующих рецепторы к IFN γ и молекулы CD161, участвующие в развитии цитотоксических реакций, отражает высокий уровень активации ЕК в плаценте при развитии самопроизвольного выкидыша.

ОСОБЕННОСТИ ФЕТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Гимбут В.С.¹, Глушко А.А.²

¹ ФГУ Ростовский НИИ акушерства и педиатрии, г. Ростов-на-Дону, Россия.

² МЛПУЗ «Родильный дом №5», г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение: Использование доплерометрии плодового кровотока и сосудов пуповины является общепризнанным методом при диагностике внутриутробной задержки развития плода, его гипоксии, внутриутробных пороков сердца и в некоторых случаях, является единственным неинвазивным способом, например для выявления внутриутробной анемии. В качестве основных объектов интереса выступает артерия пуповины и срединная мозговая артерия. В то же время, показателям кровотока нисходящей аорты, отражающим перераспределение кровотока между верхней и нижней частью тела, на сегодняшний момент уделено недостаточно внимания.

Цель исследования: Выявить наличие и характер изменений параметров кровотока у плода в артерии пуповины (АП), срединной мозговой артерии (СМА) и нисходящей аорте (НА), а также перераспределения плодового кровотока при физиологически протекающей беременности и при угрожающих преждевременных родах.

Объект исследования: 110 практически здоровых беременных с физиологически протекающей беременностью и 42 беременных с угрожающими преждевременными родами.

Методы исследования: Проводилась проспективная оценка систоло-диастолического отношения (СДО) и индекса резистентности (ИР) в среднемозговой артерии, артерии пуповины, и нисходящей аорте плода в сроках 28-30 недель. Для оценки перераспределения плодового кровотока, у каждой пациентки определялось соотношение СМА к АП и СМА к НА, для СДО, а так же разница ИР СМА-АП и СМА-НА.

Результаты исследования: При физиологически протекающей беременности получены следующие значения показателей кровотока СМА: СДО $5,14 \pm 0,14$; ИР $0,79 \pm 0,01$; АП: СДО $2,55 \pm 0,04$, ИР $0,6 \pm 0,01$; НА: СДО $4,08 \pm 0,10$; ИР $0,74 \pm 0,01$; отношение СМА/АП: по СДО $2,05 \pm 0,06$; разница ИР СМА-АП $0,19 \pm 0,01$; отношение СМА/НА по СДО $1,31 \pm 0,05$; разница ИР СМА-НА $0,05 \pm 0,02$.

При угрожающих преждевременных родах эти значения составили (СДО первое значение, ИР второе, соответственно). СМА: $4,78 \pm 0,32$ и $0,78 \pm 0,02$ АП: $2,61 \pm 0,11$ и $0,61 \pm 0,02$; НА: $4,28 \pm 0,32$ и $0,75 \pm 0,02$; отношение СМА/АП: $1,86 \pm 0,14$ разница ИР СМА-АП $0,17 \pm 0,02$; отношение СМА/НА: $1,15 \pm 0,14$ разница ИР СМА-НА $0,02 \pm 0,02$.

Обсуждение и выводы: Полученные результаты подтвердили многочисленные данные других авторов об отсутствии значимой разницы абсолютных значений индексов сосудистого сопротивления СМА, АП и НА при нормально протекающей беременности и при угрожающих преждевременных родах.

Анализ индексов перераспределения фетального кровотока выявил значимые отличия его характера при физиологически протекающей беременности и при угрожающих преждевременных родах, за счет относительного уменьшения сосудистого сопротивления среднемозговой артерии, являющимся косвенным признаком преимущественного кровоснабжения головного мозга плода. Также, при угрожающих преждевременных родах отмечается тенденция к увеличению сосудистого сопротивления нисходящей аорты плода, что очевидно, также способствует улучшению кровоснабжения верхней части туловища плода и улучшению кровоснабжения головного мозга плода.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что при угрожающих преждевременных родах наблюдается вектор к централизации кровотока у плода, обусловленный как относительным снижением индексов сосудистого сопротивления СМА плода, по сравнению с нормально протекающей беременностью, так и относительным повышением сосудистого сопротивления аорты.

Предложенный показатель индекса перераспределения фетального кровотока: отношение параметров СДО СМА/НА, может служить доплерометрическим диагностическим критерием повышенного риска угрожающих преждевременных родов.

РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИЯ КАК НАСЛЕДСТВЕННЫЙ СИНДРОМ

Головко Ю.И., Кучинский М.П., Головина Э.И.

Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования.

Детская городская больница № 1.

Санкт-Петербург, Россия.

У 62 женщин, перенесших в детстве антирефлюксные операции, изучалась наследственная передача «рефлюкс-нефропатии» и почечных аномалий. На время обследования (2000-2008 гг.) 21 из 62 женщин имели по одному ребёнку – 15 мальчиков и 6 девочек. У 6 детей выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), в возрасте от 2 до 4 месяцев у них развился острый пиелонефрит.

Приводим схему наследования порока от матери к ребёнку.

1. Мать – ПМЛР слева III степени (операция Грегуара слева). Сын – ПМЛР слева V степени (нефрэктомия).
2. Мать – двусторонний ПМЛР III степени, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (позтапная операция Гре-

гуара с 2х сторон). Сын - двусторонний ПМЛР IV степени (резекция и реимплантация правого мочеточника, нефрэктомия слева).

3. Мать – ПМЛР слева III степени (лечение консервативное). Дочь – двусторонний ПМЛР III-IV степени (позтапная резекция и реимплантация обоих мочеточников).

4. Мать – удвоение левой почки, ПМЛР IV степени в нижний сегмент (лечение консервативное). Дочь – двустороннее удвоение почек с нефункционирующими уретерогидронефрозами верхних сегментов и двусторонним эктопическим уретероцеле (позтапные верхние геминефроуретерэктомии с обеих сторон).

5. Мать – удвоение левой почки, ПМЛР IV степени в нижний сегмент, операция – нижняя геминефроуретерэктомия слева. Сын – ПМЛР IV степени слева, операция – резекция и реимплантация левого мочеточника.

6. Мать – двусторонний ПМЛР, справа - IV степени, слева - II степени. Операция – резекция и реимплантация правого мочеточника. Дочь – двусторонний ПМЛР III-IV степени. Операции – резекция и реимплантация обоих мочеточников (позтапно).

Таким образом, 6 детей (28%) имели наследственную «рефлюкс-нефропатию» более тяжелой степени, чем их матери. 3 детям произведены нефроуретерэктомия (2) и геминефроуретерэктомия (1) вследствие потери функции органа.

Заключение. Формирование «рефлюкс-нефропатии» в сочетании с аномалиями часто наследуется от матери к ребёнку, при этом степень выраженности ПМР и тяжесть дисплазии порочной почки более выражены у детей, чем у их матерей. Ранняя манифестация ПМР в виде острой инфекции мочевых путей и «дисфункционального мочеиспускания», отмеченная у 47% пациенток в возрасте ранее 1 года, подтверждает теорию врождённой неполноценности пузырно-мочеточникового соустья и необходимость раннего обследования и лечения детей с ПМР.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КЛИНИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Головко Ю.И., Кучинский М.П., Головина Э.И.

Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования.

Детская городская больница № 1.

Санкт-Петербург, Россия.

За период 1987 – 2009 гг на базе отделений урологии и патологии новорожденных ДГБ № 1 оперировано 452 ребенка раннего возраста с мегауретером (МУ), из них в возрасте до 1 года - 283. За последние годы количество больных этой группы увеличилось. Так, за период 1986 – 2000 гг в среднем за год оперировалось 15 детей, аналогичный показатель за 2001 – 2004 гг составил 35 операций, в 2005 - 2009 гг – 40 операций. Возможно, это связано с улучшением диагностики в связи с широким внедрением ante- и постнатального УЗИ.

Тяжесть МУ была обусловлена двусторонним поражением в 41,3% случаев, сочетанием с другими аномалиями мочевыводящей системы - в 33,6%, поражением врожденно единственной почки – в 3,6%. МУ IV-V степени отмечены у 68% больных, активный вторичный пиелонефрит – у 83,9%, признаки ХПН – у 21,1%.

Больные разделены на 3 группы соответственно этиологическим факторам, способствующим развитию МУ: I – механическая обструкция (сегментарный стеноз терминального отдела мочеточника, эктопическое, ортотопическое уретероцеле, парауретеральный дивертикул) – 54% больных; II – гидродинамическая обструкция (ПМР, инфравезикальная обструкция) – 42%; III – нейродинамическая обструкция (нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, синдром «сливового живота») – 4%.

Полиморфизм этиологии МУ привел к необходимости выполнения разноплановых операций – неотложных, этапных и радикальных. Показаниями к операции были: высокая степень обструкции, ПМР, нефункционирующая почка или ее сегмент, сопутствующая аномалия, гнойный пиелонефрит.

Операцией выбора при сохранении почки явилась внепузырная резекция и реимплантация мочеточника с антирефлюксной защитой, выполненная у 56% детей. Другие виды операций: нефростомия и уретерокутанеостомия – 7%, нефрэктомия – 15,4%, геминефрэктомия – 9,7%. У 18,5% пациентов производились операции, корригирующие сопутствующие аномалии.

Заключение: Большая вариабельность видов хирургического лечения обусловлена часто наблюдаемой двусторонностью поражения, сочетанием с другими аномалиями, высокой степенью инфицированности мочевых путей. МУ часто сопровождается выраженной дисплазией почечной паренхимы, что приводит к потере почки в раннем возрасте и является причиной большого количества нефрэктомий и геминефрэктомий. Изучение отдаленных результатов лечения подтверждают эффективность хирургической коррекции МУ в раннем возрасте.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С МЕГАУРЕТЕРОМ

Головко Ю.И., Кучинский М.П.

*Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования.
Детская городская больница № 1.
Санкт-Петербург, Россия.*

За период 1987 – 2009 годы на отделении патологии новорожденных ДГБ № 1 лечился 161 ребенок с различными формами мегауретера (МУ); мальчиков – 89 (55%), девочек – 72 (45%). Односторонний МУ выявлен у 55%, двусторонний – у 42,7%, единственной почки – у 2,3%. Из них рефлюксирующий МУ наблюдался в 10,7%, в сочетании с удвоением почки – в 20% случаев.

Оперирован 61 ребенок (37,8%). Показаниями к операции были: острогнойное воспаление аномальной почки, выраженное двустороннее поражение верхних мочевых путей со снижением функции, нагноившаяся киста, нефункционирующая почка. Характер произведенных операций: одно- и двустороннее дренирование верхних мочевых путей (нефростомия, уретерокутанеостомия) – 27, нефроуретерэктомия – 16, верхняя или нижняя геминефрэктомия – 10, резекция и реимплантация мочеточника – 4, дренирование нагноившейся кисты почки – 2, пункционная цистостомия – 2.

В дальнейшем 128 пациента из этой группы (80%) подверглись корригирующим операциям в возрасте от 5 месяцев до 2,5 лет.

Заключение: Благодаря широкому применению ante- и постнатального УЗИ мочевыводящих путей стали возможными ранняя диагностика, динамическое наблюдение и своевременное хирургическое лечение детей с МУ.

Считаем, что в периоде новорожденности хирургическое лечение МУ должно проводиться по неотложным показаниям, целью вмешательства является временное дренирование аномальных почек, снижение агрессии вторичного пиелонефрита, удаление нефункционирующего сегмента удвоенной почки или всего органа.

Показаниями к плановым корригирующим операциям в более старшем возрасте является наличие орто- или эктопического уретероцеле, ПМЛР высокой степени, нарастание степени обструктивного МУ, частые обострения вторичного пиелонефрита.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ И ГЕНОДЕРМАТОЗА БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА

Голубева С.В.¹, Румянцева Н.В.²

¹ Витебский областной диагностический центр, Витебск, Беларусь.

² Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь.

Синдром Блоха-Сultzберга (БС) – наследственное заболевание кожи, связанное с мутациями генов на X хромосоме и доминантным типом наследования. Синдром БС манифестирует в неонатальном периоде, что выглядит как инфекционный дерматит. Возникает необходимость дифференциальной диагностики данной наследственной патологии и инфекционного дерматита новорожденного. Представляем три случая синдрома БС с предварительным диагнозом в периоде новорожденности «неонатальная инфекция кожи». В наблюдениях оценивались клинические и лабораторные данные на предмет выявления характерных признаков синдрома БС в неонатальном периоде. Общими признаками для всех случаев явились неонатальный везикулопустулез, типичность, обширность и стадийность кожных проявлений, отрицательные тесты в отношении инфекций, неэффективность антибактериальной терапии, эозинофилия. Выявлены основные и дополнительные клинико-лабораторные дифференциально-диагностические признаки синдрома БС и неонатальной инфекции кожи. К основным (облигатным) признакам отнесены женский пол, типичность расположения сыпи, стадийность кожных проявлений, обширность поражения, стойкая эозинофилия, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии. Дополнительными признаками явились отсутствие инфекционного анамнеза, отрицательные лабораторные тесты в отношении инфекций, соматическое благополучие в неонатальном периоде. Анализ фенотипов представленных случаев демонстрирует возможность раннего дифференцирования двух различных по этиологии, течению, лечению и прогнозу заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Гуркина Е.Ю., Зорина С.А.

*Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

Обеспеченность организма женщины всеми необходимыми нутриентами, витаминами и микроэлементами – бесспорный фактор, способствующий наступлению желанной беременности, ее физиологическому течению и нормальному развитию плода. Исследования последних лет доказывают наличие прямой связи между дефицитом основных макро и микронутриентов и частотой гестозов, гипотрофией и гипоксией плода. При этом дефицитные состояния встречаются во всех социальных слоях населения и носят всесезонный характер. Так, по данным экспертов ВОЗ, 77% беременных женщин в России имеют недостаточное питание. Исследования института питания РАМН показали, что более 70% беременных женщин испытывают дефицит фолиевой кислоты, который может приводить к нарушению развития мозга и нервной системы. Дефицит йода, характерный практически для всей территории России может вызвать различные нарушения развития плода и возникновение неонатального гипотиреоза.

Проведенное нами анкетирование 100 беременных, находившихся на разных сроках беременности, выявило целый ряд типичных нарушений питания. Так, несмотря на частые и регулярные приемы пищи (98% питались от 3 до 6 раз в день) только 28% ежедневно употребляли мясные продукты, остальные получали мясо изредка или несколько раз в неделю, 4% практиковали вегетарианство во время беременности. Только 60% беременных ответили, что ежедневно получают молочные продукты. Хотя 96% женщин по данным анкетирования ежедневно употребляют фрукты и овощи, современные исследования доказывают невозможность обеспечить потребность беременной женщины в витаминах и микроэлементах только за счет продуктов питания. Это связано с уменьшением содержания питательных веществ в самих продуктах из-за обеднения почв, использования интенсивных агротехнологий, загрязнения внешней среды. Все это обуславливает необходимость применения поливитаминных комплексов для беременных. По данным нашего анкетирования 16% женщин не принимали поливитаминные препараты.

Таким образом, рациональное питание беременных женщин, являясь одним из важных факторов хорошего течения беременности и правильного развития плода, должно непременно оцениваться и корректироваться на всех этапах течения беременности.

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Давыдова И.В.

НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН, Москва, Россия.

На современном этапе происходит изменение структуры перинатальной патологии. Совершенствование респираторной поддержки в неонатальном периоде приводит к увеличению выживаемости недоношенных детей, вместе с тем увеличивается число больных бронхолегочной дисплазией (БЛД), все чаще встречается «новая» форма заболевания.

Цель: определить место БЛД в структуре перинатальной патологии на современном этапе, а также верифицировать исходы заболевания к 3 годам жизни по результатам катamnестического наблюдения.

Материалы и методы: Клиническое наблюдение и лабораторно-инструментальное обследование с использованием современных медицинских технологий (мультифазная КТ грудной клетки, флоуметрия спокойного дыхания и др.) у 205 детей (БЛД доношенных – 10 детей, БЛД недоношенных – 195 детей, из них с ОНМТ и ЭНМТ – 112 детей). Исходы БЛД верифицированы у 82 больных по результатам 10-летнего катamnеза.

Обсуждение результатов: 15% детей с сочетанной перинатальной патологией имеют БЛД в качестве основного или сопутствующего заболевания, причем у 45% из них отмечается легкое течение заболевания, что определяет возможность благоприятного исхода. Хронизация бронхолегочного процесса в исходе БЛД снизилась до 3%. Отсутствие отдаленного катamnеза у детей с «новой» формой БЛД не позволяет пока прогнозировать исходы заболевания у таких больных, учитывая возможные функциональные нарушения в будущем.

Заключение: На фоне увеличения числа больных БЛД отмечается модификация течения болезни в сторону более легких вариантов. Возможность предотвращения хронизации бронхолегочного процесса и улучшения качества жизни таких больных диктует необходимость дальнейшего изучения проблемы.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Джашиаишвили М.Д., Каспрук Ф.А., Сохадзе Х.С., Петрова С.В.

*ГОУВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова»
Минсоцразвития РФ.*

Целью исследования явилась ранняя диагностика, коррекция и профилактика репродуктивных нарушений, сохранение репродуктивного потенциала у женщин с врожденной гиперплазией коры надпочечников в разные возрастные периоды.

Материалы и методы исследования: нами обследованы 74 женщины с недостаточностью 21-гидроксилазы. Среди них 32 пациентки с явными формами заболевания: 13 пациенток с сольтеряющей формой и 19 пациенток с простой вирильной формой; 32 женщины со стертой формой 21-гидроксилазной недостаточности. Проведена сравнительная оценка и возможности коррекции нарушений между классическими и стертой формами ВГКН.

Результаты и их обсуждение: Нарушения менструального цикла выявлены у 93,2% женщин. Первичная аменорея диагностирована в 14,9% случаев, вторичная аменорея – у 8,1% женщин с классическими формами. Аменорея отсутствовала у женщин со стертой формой ВГКН. Частота олигоопсоменореи составила 59,5%. Среди пациенток с явными формами олигоопсоменореи определена в 18,9%, ановуляторные циклы были выявлены у 17,6% женщин с простой вирильной формой и с сольтеряющей формой.

В группе пациенток со стертой формой опсоменорея выявлена у 40,5% женщин, среди них – ановуляторные циклы в 25,7%, недостаточность лютеиновой фазы в 14,9%. В 16,2% случаях были отмечены регулярные менструальные циклы и у 6,8% женщин менструальные циклы были овуляторными. Бесплодием страдали 41,9% пациенток. Первичное бесплодие отмечено у 28,4% пациенток, вторичное – у 13,5%. Синдром поликистозных яичников был диагностирован у 52,7% женщин. При всех формах ВГКН выявляется эстроген-прогестероновая недостаточность, повышение уровня тестостерона, гонадотропинов (ЛГ). Высокие цифры надпочечниковых гормонов выявлены у пациенток со стертой формой, всегда повышен уровень 17-ОНП, который является маркером 21-гидроксидазной недостаточности, ДЭА-С и A_4 повышены в 39,2%. Все пациентки с явными формами ВГКН получали заместительную гормональную терапию. Женщины со стертыми формами заболевания получали глюкокортикоиды в режиме малых доз после проявления первых клинических симптомов. С целью индукции менструаций проводилась эстроген-прогестероновая или прогестероновая проба. В дальнейшем пациенткам назначались КОК. Для индукции беременности использовались вспомогательные репродуктивные технологии. Важным условием для проведения стимуляции овуляции является нормальный уровень андрогенов. Для индукции овуляции применяли рекФСГ. По схеме «повышающий протокол» беременность наступила в 21,6%. Проведение дифференциальной комплексной терапии бесплодия позволило восстановить репродуктивную функцию у 29,7% женщин с врожденной гиперплазией коры надпочечников. При этом в 6,8% беременность удалось получить при нормализации профилей андрогенов без использования вспомогательных технологий.

Выводы:

1. Недостаточность яичников проявляется при всех формах ВГКН нарушением менструального цикла. При явных формах преимущественно отмечается аменорея, при стертых формах – олигоопсоменорея с преобладанием ановуляторных менструальных циклов.
2. Для всех пациенток не зависимо от формы 21-гидроксилазной недостаточности, характерны гипопрогестеронемия, гипозестрогенемия и повышения уровня тестостерона. Наиболее тяжелые нарушения выявлены при смешанной гиперандрогении. Высокие профили надпочечниковых андрогенов определены при стертой форме ВГКН. Повышение 17-ОНП является диагностическим критерием.
3. Для реализации репродуктивного потенциала необходимо использование методов вспомогательной технологии.

УГРОЗА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Джобова Э.М., Степанян А.В., Судакова Г.Ю., Любанская С.В., Доброхотова Ю.Э.

*Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ.
Родильный дом №5 УЗ СВАО.
г. Москва, Россия.*

Цель: изучить эффективность комплексной токолитической терапии в составе: блокаторов Са-каналов (нифедипин) и прогестерона (утрожестан) с целью оптимизации тактики ведения пациенток с угрозой преждевременных родов. Проблема преждевременных родов (ПР) на протяжении многих лет остается одним из актуальных вопросов акушерства. Частота данной патологии, несмотря на усовершенствование методов диагностики и лечения

остаётся на прежнем уровне. Частота ПР составляет 7-10% от всех родов. Причинами перинатальной смертности в 50-70% случаев являются осложнения, обусловленные ПР. Из принципов лечения угрозы ПР наиболее дискуссионным и важным вопросом является выбор токолитической терапии. В медикаментозном лечении применяются 4 класса препаратов, имеющих регистрацию в России. Хорошо известные и активно применяемые в настоящее время β -миметики (гексопреналин) имеют достаточно широкий спектр противопоказаний и нежелательных побочных эффектов на организм матери и плода. В связи с чем, представляется интересным поиск новых возможностей терапии угрозы преждевременных родов, позволяющих вообще обходиться без токолитических препаратов группы β -миметиков. В настоящее время для ургентной терапии угрозы ПР широко применяется сульфат магния, а для поддерживающей и вспомогательной терапии препараты группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) – индометацин. Так же для терапии угрозы ПР, особенно в странах европейского сообщества и США, но реже в России для базовой и ургентной терапии угрозы ПР применяются препараты группы блокаторов Са-каналов (нифедипин). С позиций доказательной медицины (по рекомендациям кохрановского сообщества): если стоит вопрос о выборе токолитика, следует учитывать, что β -миметики не являются более препаратами выбора. При возникновении показаний к назначению токолитиков у женщин с преждевременными родами, предпочтительным видится назначение блокаторов кальциевых каналов в сравнении с β -миметиками. В настоящее время хорошо известно токолитическое действие натурального прогестерона, которое объясняется антагонистическим эффектом на стимуляцию простагландина F₂- α и α -адренергетиков. Прогестерон полностью безопасен для матери и плода. Доказано, что применение 17 α -гидроксипрогестерона – 250 мг ежедневно с 20 недель до 36 недель, а так же свечи вагинальные прогестерона – 200 мг 2 раза в сутки в группах риска снизило частоту преждевременных родов в 2 раза. С позиций доказательной медицины: использование 17 α -гидроксипрогестерона капронат для профилактики преждевременных родов существенно снижает риск их развития. Однако, этот препарат не останавливает начавшийся родовой процесс (активную фазу преждевременных родов).

Материалы и методы: В исследование вошли 126 пациенток со сроком беременности от 28 до 34 недель. Основную группу составили 70 беременных (I), которым после 3-х дневного курса магнезиального токолиза в дозе 4-6 грамм в сутки, назначался перорально нифедипин 40 мг в сутки (по 10 мг 4 раза в день во время еды) в комплексе с утрожестаном 400 мг в сутки (по 200 мг 2 раза в день), так же перорально. В группу сравнения вошли 56 беременных (II), которые получали пероральную токолитическую терапию – гексопреналин (гинипрал) в дозе от 500 до 1500 мкг/сут. Необходимо отметить, что в этой группе был проведен ретроспективный анализ историй родов за период 2007-2008 год, поскольку с 2008 года на фоне проводимого исследования и при анализе его результатов мы отказались от перорального применения гексопреналина в нашем родильном доме в качестве базовой терапии угрозы ПР. Всем беременным был назначен курс профилактики плацентарной недостаточности (препараты лимонтар и элькар), а так же курс профилактики дистресс-синдрома плода при выраженных явлениях угрозы ПР и структурных изменениях шейки матки (дексаметазон 24 мг на курс внутримышечно). Необходимо отметить, что в случаях выраженных структурных изменений шейки матки – 23 (32,8%) пациенткам I группы с разгружающей целью нами вводился акушерский пессарий на фоне санации влагалища.

Перед началом лечения 119 пациенток (94,4%) из 126 отмечали тянущие боли внизу живота, у всех беременных при осмотре матка была резко возбудима, что подтверждалось результатами кардиотокографии (КТГ) и ультразвукового исследования (УЗИ).

Результаты и обсуждение: При изучении данных анамнеза и течения данной беременности у беременных обеих групп (n=126) были выявлены различные факторы, провоцирующие угрозу преждевременных родов. У 90 (71,4%) пациенток была выявлена какая-либо урогенитальная инфекция, причем у 46 (36,5%) пациенток – во время беременности. Гиперандрогения различного генеза выявлялась у 56 (44,4%) беременных. 50 (39,7%) пациенток страдали привычным невынашиванием беременности. У 64 (50,8%) беременных имелось 2 и более аборт в анамнезе.

Гипертонус миометрия по данным УЗИ был выявлен у 114 пациенток (90,4%). Развития регулярной родовой деятельности не было отмечено ни у одной беременной. По данным влагалищного исследования укорочение и размягчение шейки матки не характерное для срока гестации наблюдалось у 56 беременных (44,4%).

Критериями эффективности терапии являлись жалобы больных, анализ клинического состояния и результаты ультразвукового (УЗИ) и кардиотокографического (КТГ) исследований до и через 7 дней после начала терапии. На фоне проводимого лечения у большинства пациенток обеих групп уже на 2–3 день отмечалось субъективное улучшение состояния, уменьшение болей и снижение возбудимости матки, которое подтверждалось данными УЗИ и КТГ. При этом отмечалось более выраженный эффект в группе I (утрожестан+нифедипин), который подтверждался данными УЗИ (гипертонус) и состоянием шейки матки (за счет применения разгружающего акушерского пессария).

Необходимо отметить, что как гексопреналин, так и нифедипин могут обладать побочными эффектами, связанными с вегетативными реакциями. Однако, во II группе беременных принимавших гексопреналин (гинипрал) (клинически эффективная доза составила 500-1500 мкг/сут) в несколько раз чаще отмечались нежелательные побочные эффекты: тахикардия, аритмия, слабость, тремор, снижение артериального давления и др. Тогда как у беременных I группы (утрожестан+нифедипин) данные осложнения выявлялись достоверно реже, были менее выражены и носили адаптационный характер, при этом ни в одном случае это не явилось показанием для смены терапии. Ни в одном случае применение нифедипина не вызывало гипотензивных реакций (ортостатический коллапс).

Кроме того, беременным I группы, учитывая уже известный седативный эффект прогестерона (утрожестана), не проводилась дополнительная терапия, направленная на коррекцию психоэмоционального фона. Необходимо от-

метить, что при назначении утрожестана, нами, безусловно, учитывалась функция печени и желчевыводящих путей (УЗИ, биохимический анализ крови). Перед началом лечения, а также на 7 день терапии проводилась оценка уровня аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспаратаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и билирубина. Индивидуальной непереносимости, аллергических реакций, диспепсических явлений и нарушений функций печени по данным УЗИ и показателей биохимического анализа крови ни у одной пациентки выявлено не было. Во всех случаях в обеих группах беременность была пролонгирована до доношенного срока. Наш опыт показал хорошую переносимость и отсутствие побочных реакций при комплексном применении нифедипина и утрожестана.

Выводы: На основании вышеизложенного можно сказать, что утрожестан является перспективным альтернативным препаратом для моно- и/или комплексной терапии угрозы преждевременных родов. Препарат хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов. Комплексная схема лечения угрозы ПР нифедипин+утрожестан является высокоэффективной, а так же хорошо переносимой, практически не сопровождается побочными эффектами и обладает высокой комплаентностью.

ЭКСПРЕСС-ТЕСТЫ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Дробченко А.Е., Сэмюэль Ф., Марголин О.

ЗАО Биоград, Санкт-Петербург, Россия.

Alere Inc., США.

Цель: Для предотвращения внутрибольничного заражения и борьбы с антибиотикорезистентностью необходимо внедрение в практическое здравоохранение быстрых методов для дифференциации инфекционных заболеваний. Исследованы экспресс-тесты BinaxNOW, производства Binax Inc., США для дифференциальной диагностики инфекций дыхательных путей. Тесты BinaxNOW, зарегистрированы Росздравнадзором, разрешены к применению FDA, соответствуют стандартам директив ЕС и широко используются в Европе и США.

Методы: Тесты Бинакс были исследованы в рамках мультицентровых испытаний. Каждый тест был испытан на 1000–5000 образцов. Тесты Binax NOW представляют собой иммунохроматографический анализ, выполненный в удобном формате в виде закрывающейся книги. Такой формат позволяет использовать тампоны с образцами мазков без предварительного элюирования в специальных пробирках. Антитела к выявляемому антигену и контрольные антитела иммобилизованы на мембране в виде отдельных линий и вместе с другими реагентами и подушечками, установлены внутри закрывающейся Тест-Кассеты в виде книги. При проведении анализа, после внесения образцов, с клейкой области Тест-Кассеты снимается пленка и Тест-Кассета закрывается и заклеивается, что позволяет предотвратить дальнейший контакт с потенциально инфицированным материалом. Плотное закрытие Тест-Кассеты помогает специальным впитывающим подушечкам очистить мембрану, тем самым обеспечивает высокую специфичность теста. Через 5–15 минут результаты определяются по наличию или отсутствию линий в зоне образца, защищенной прозрачной пластиковой вставкой. В тестах предусмотрена отдельная линия для внутреннего контроля, подтверждающая, что реагенты не были повреждены при хранении и тест выполнен правильно.

Результаты: На результаты тестов Бинакс не влияла предшествующая антибиотикотерапия. Испытания показали высокую чувствительность / специфичность тестов BinaxNOW. Для теста на антиген *Streptococcus pneumoniae* данные показатели по образцам мочи составили 86% / 94%, в спинномозговой жидкости у пациентов с менингитом – 97% / 99%, при выявлении антигена легионелл в моче тестом BinaxNOW *Legionella* – 95% / 95%, соответственно. Чувствительность / специфичность теста BinaxNOW RSV, используемого для определения антигена РС-вируса в образцах назального смыва, – 89% / 100%, в носоглоточных мазках – 93% / 93%; теста BinaxNOW Strep A, выявляющего антиген *Streptococcus pyogenes* группы А по мазкам из горла, – 92% / 100%, соответственно. Тест BinaxNOW *Malaria* позволяет определять антигены малярийных плазмодиев и дифференцировать *Plasmodium falciparum* от других, менее вирулентных, видов плазмодиев. Испытания показали, что тест BinaxNOW *Influenza A & B* выявляет нуклеопротеиновые антигены и дифференцирует грипп А и В в образцах носоглоточного и назального мазков, назального смыва/аспирата при этом обнаруживает различные штаммы гриппа, включая H5N1, H1N1 и сезонные штаммы.

Выводы:

1. Быстрый результат, высокая чувствительность и специфичность, удобный формат тестов BinaxNOW позволяют провести раннюю достоверную дифференциацию респираторных заболеваний, незамедлительно принять решение о лечении и противозидемических мерах при госпитализации, предотвращающих занос и нозокомиальное распространение инфекции.

2. Выявление этиологического агента в течение 15 минут при первичном осмотре позволяет сузить спектр назначаемых препаратов и, таким образом, снизить потребление антимикробных и противовирусных препаратов.

3. Экспресс-тесты BinaxNOW дифференцируют грипп А и В, Стрептококк группы А, РС-вирус, пневмококковую и легионеллезную инфекцию, предотвращают излишнее назначение антибиотиков и помогают в борьбе с резистентностью к антибиотикам.

БЕСПРИБОРНАЯ ИФА ДИАГНОСТИКА РЕПРОДУКТИВНО-ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ

Дробченко С.Н., Савичева А.М., Шипицына Е.В., Шалено К.В.

ЗАО «Биоград».

НИИАГ им. Д.Отта СЗО РАМН.

Санкт-Петербург, Россия.

В последних документах правительства Российской Федерации и Минздравсоцразвития в качестве одной из причин ухудшения репродуктивного здоровья населения приводится инфекционная заболеваемость, особенно заболеваемость урогенитальными инфекциями. В отчетах ВОЗ, опубликованных в 2010 г., указано, что в аспектах плохого репродуктивного и сексуального здоровья приблизительно 20% составляют женщины и 14% мужчины, подверженные инфекционным заболеваниям. Одним из успешных путей сокращения заболеваемости является качественная и своевременная диагностика.

Цель: подбор тестов, на которых можно провести обследование пациента на репродуктивно значимые инфекции быстро и достоверно в кабинете андролога.

Результаты: новое поколение иммуноферментных (ИФА) тест-систем ИммуноКомб позволяет с высокой достоверностью по единому плану диагностировать острые и хронические формы хламидиоза, цитомегаловируса, токсоплазмоза, краснухи, вирусных гепатитов А, В, С и их маркеров, ВИЧ, HTLV. Бесприборные ИФА тесты ИммуноКомб выполнены в оригинальном формате ИммуноГребней. В отличие от классического ИФА, где в лунки планшеты – твердую фазу анализа, последовательно заливаются необходимые реагенты, перенос твердой фазы – ИммуноГребня между лунками планшеты, содержащей готовые растворы, значительно проще осуществлять вручную, без использования дорогостоящего оборудования. Это позволило создать тест, воспроизводящий классический ИФА без использования оборудования за меньшее время (40 минут) и с возможностью индивидуального анализа. Формирование окраски непосредственно на твердой фазе делает проще промывку, уменьшает вероятность неспецифических взаимодействий и позволяет учитывать результаты визуально. Технология ИммуноКомб разработана Парижским институтом Пастер (Франция), запатентована фирмой Орженикс и не имеет аналогов в мире. Тесты ИммуноКомб сертифицированы CE и широко используются более чем в ста странах мира. Как достоверные, высокочувствительные и специфичные тесты ИммуноКомб отобраны для поставок в рамках Национального проекта «Здоровье», программ ВОЗ, UNAIDS, Красного Креста, допущены FDA (США) для поставок по специальным программам фонда Клинтона.

Российские государственные испытания (Отчет о сравнительных испытаниях МЗРФ 22.03.04, таблица 24; ВВИ, МА, 02038, USA, Catalog no. HIV 9017) показали, что ИФА тест-система ИммуноКомб II ВИЧ 1+2 БиСпот выявляет антитела к ВИЧ на 11-15 дней раньше чем экспресс-тесты, основанные на принципе иммунохроматографии (ИХА), и на 4-11 дней опережает планшетные ИФА тест-системы известных зарубежных производителей.

Испытания, проведенные ВОЗ (WHO, HIV Assays:Report 16;2009, Anex 2, p.38) на сероконверсионных панелях показали, что тест ИммуноКомб II ВИЧ 1+2 БиСпот выявляет антитела к ВИЧ-1 на 8,5 дней раньше ELISA референс-теста, ИХА-тесты выявляли антитела позже референс теста, что ИммуноКомб II HBs Ag 90' выявил на сероконверсионных панелях на 4 образца больше, чем ELISA референс тест Monolisa Ag HBs Plus (Bio-Rad), и на 7 образцов больше, чем ELISA референс тест Нераностика HBsAg (Organon Teknika), определил 13 положительных образцов низкотитражной панели ВВИ, в то время как все остальные испытанные ВОЗ неприборные тесты, основанные на иммунохроматографии и агглютинации, не определили ни одного положительного образца низкотитражной панели и значительно отставали от референс тестов в выявлении образцов сероконверсионной панели.

Заключение: Тесты ИммуноКомб сочетают достоинства ИФА – высокую чувствительность и специфичность, с достоинствами ИХА – простотой и быстротой постановки анализа, возможностью индивидуального тестирования, разрешены для использования в первичном звене здравоохранения.

Совместно с ведущими медицинскими учреждениями страны: РМАПО, Москва, НИИАГ им. Д.Отта СЗО РАМН разработаны и утверждены Росздравнадзором новые медицинские технологии диагностики репродуктивно-значимых инфекций с использованием неприборных иммуноферментных тестов ИммуноКомб (рег. удостоверение № ФС-2006/002).

СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дробченко С.Н., Рицук С.В., Мирский В.Е.

ЗАО «Биоград».

СПбГМА им. И.И. Мечникова.

Северо-западный институт андрологии.

Санкт-Петербург, Россия.

Из-за выраженного полиморфизма клинических проявлений хламидийной инфекции, значительно затрудняющих клиническую диагностику, решающее значение в постановке диагноза при данной инфекции принадлежит лабораторным методам исследования. При хронизации хламидийной инфекции обнаружение возбудителя в ПЦР имеет место в редких случаях и не коррелирует ни с одной клинической ситуацией. Возбудитель хламидийной инфекции или его антигенные и нуклеиновые компоненты могут не выявляться в нижних половых путях, так как *Chlamydia trachomatis* поглощается периферическими моноцитами, распространяется и оседает в различных органах и тканях организма человека, сохраняясь там в течение длительного времени, что, как правило, приводит к развитию восходящей персистирующей формы инфекции, которая обуславливает хроническое течение болезни. В связи с этим нами было проведено сопоставление различных комбинаций специфических иммунных ответов с клиническими проявлениями и осложнениями хламидийной инфекции.

Методы: Всего было обследовано 802 пациента, из них 509 мужского пола и 293 женского пола, обратившихся за медицинской помощью в связи с проблемами в мочеполовой системе. Сывороточные антитела к *C.trachomatis* определяли на ИФА тест-системах ИммуноКомб, производства Orgenics Ltd., Израиль: ImmunoComb Chlamydia trachomatis Monovalent IgA и ImmunoComb Chlamydia Bivalent IgG. Эти тест-системы были выбраны поскольку они позволяют проводить определение видоспецифичных антител к хламидиям без использования дополнительного оборудования. Определение видоспецифичных антител обеспечивается применением антигенов штамма серотипа L2, с удаленной липосахаридной частью (LPS), вызывающей перекрестные взаимодействия. При производстве тест-систем отечественных производителей из-за экономии средств используется пероксидазный конъюгат, при производстве тест-систем ИммуноКомб – фосфатазно-щелочной. Французское агентство по контролю за меди-камен-тами (ADA), оценивая тесты, разрешенные для использования в клиниках Европы, подчеркивает, что использование фосфатазно-щелочного конъюгата позволяет достичь наиболее высокой чувствительности по сравнению с тестами, основанными на пероксидазной реакции. Секреторные IgA антитела к *C.trachomatis* в эякуляте у мужчин определяли на ИФА тест-системах ImmunoComb Chlamydia trachomatis Monovalent IgA.

Результаты и обсуждение: У 290 из 509 обследованных мужчин и у 167 из 293 обследованных женщин были обнаружены антитела к *C.trachomatis*. Значительное количество мужчин (31,6%) и женщин (19,5%), обратившихся к нам за медицинской помощью в связи с проблемами мочеполовой системы имели антитела к *C.pneumoniae* при отсутствии антител к *C.trachomatis*. В связи с этим для избежания ложноположительных результатов важно использовать видоспецифичные методы определения антител к *C.trachomatis*.

Сопоставление различных сочетаний специфических серологических тестов с клиническими проявлениями и осложнениями хламидийной инфекции было проведено у 333 мужчин и 293 женщин, у которых был проведен весь комплекс лабораторных исследований по хламидиозу, соответственно у 190 и 167 случаев был обнаружен хотя бы один маркер данной инфекции.

Результаты, полученные для антител к *C.trachomatis* у мужчин мы распределили на 8 групп, по всем 8 возможным сочетаниям 3 маркеров: IgG в сыворотке крови (IgG сыв), IgA в сыворотке крови (IgA сыв) и IgA в эякуляте (IgA сек).

В VIII группу мы включили 143 пациентов, у которых отсутствовали маркеры хламидийной инфекции. Увеличение частоты встречаемости симптомов наблюдалось для всех групп, имевших IgA сыв + или IgA сек +. Достоверные различия по частоте встречаемости симптомов с VIII группой были получены в следующих случаях:

- нарушения в спермограмме в IV гр. (IgG сыв-, IgA сыв+, сек+) – 41% (в VIII – 19%)
- неудача при ЭКО в VII группе (IgG сыв-, IgA сыв+, сек-) – 11% (в VIII – 1%)
- осложнения у супруги (ОГА и/или ОАА) в IV группе – 18% (в VIII – 3%)

Пациенты, у которых наблюдались только сывороточные IgG-антитела (IV группа) не имели нарушений спермограммы. Наибольшая встречаемость воспалительных процессов в органах мочеполовой системы наблюдалась в IV группе – 71% (в VIII - 51%).

Лабораторные результаты определения антител к *C.trachomatis* у женщин мы распределили на 4 группы по всем возможным сочетаниям 2 маркеров: I (IgG сыв+, IgA сыв-), II (IgG сыв-, IgA сыв+), III (IgG сыв+, IgA сыв+), IV (IgG сыв-, IgA сыв-).

Достоверные различия были получены между следующими группами пациенток:

- по встречаемости воспалительных и спаечных процессов в малом тазу – между группой I (39%) и III (58%), а также между группой III (58%) и IV (44%), что подтверждает характерное сочетание воспалительных и спаечных

процессов в малом тазу с наличием одновременно IgG к *S.trachomatis* и IgA к *S.trachomatis* в сыворотке крови;

- по наличию бактериального вагиноза – между группой II (0%) и III (21%), а также между группой III (21%) и IV (10%), что подтверждает наиболее частое формирование бактериального вагиноза при сочетании IgG к *S.trachomatis* и IgA к *S.trachomatis* в сыворотке крови;
- по заболеваниям мочевыделительной системы - между группой I (3%) и III (17%), что также подтверждает наиболее частое возникновение циститов, МКБ и пиелонефритов а случае обнаружения в сыворотке крови одновременно IgG к *S.trachomatis* и IgA к *S.trachomatis*.

Выводы:

1. Сочетание IgG к *S.trachomatis* и IgA к *S.trachomatis* у женщин наиболее часто встречается при хронических воспалительных и спаечных процессах в малом тазу, при бактериальном вагинозе, а также при хронических воспалительных процессах в органах мочевыделительной системы.
2. Наиболее частым у мужчин при патоспермии является обнаружение IgA к *S.trachomatis* в сыворотке и IgA к *S.trachomatis* в эякуляте.
3. Установлена связь между неудачным ЭКО и наличием изолированных IgA к *S.trachomatis* в сыворотке без IgA в эякуляте у мужчин. Отягощённый акушерский и гинекологический анамнез у женщин коррелирует с сочетанием IgA к *S.trachomatis* в сыворотке и IgA к *S.trachomatis* в эякуляте у мужчин.
4. При хронизации хламидийной инфекции обнаружение возбудителя в ПЦР имеет место в редких случаях и не коррелирует ни с одной клинической ситуацией. Определение специфических противохламидийных антител в биоматериалах на тест-системах, использующих фосфатазно-щелочного конъюгат, при этом приобретает первостепенное значение в подтверждении диагноза данного инфекционного заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АУТОГЕМОДОНАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Дудниченко Т.А., Ветров В.В., Васильев В.Е., Сентябрева М.С., Федюра И.Ф.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Изучить результаты аутогемодонации (АГД) при планируемом кесаревом сечении (КС) у беременных с миомой матки.

Материалы и методы. Наблюдали 88 женщин в возрасте 25-42 лет с миомой матки. 48 пациенткам (основная группа) перед плановым КС проводили заготовку аутогемокомпонентов (АГК), а остальные женщины (40 человек, контроль) готовились к оперативным родам традиционно. По возрасту, данным анамнеза, течению беременности группы пациенток были идентичными. Аутодонорский плазмаферез проводили по 1-2 раза, всего было выполнено 73 процедуры с заготовкой 300-600 мл аутоплазмы. Еще в девяти случаях, при предполагаемом расширении объема операции, дополнительно запасали по одной дозе взвеси аутоэритроцитов.

Результаты. Все АГК были возвращены сразу после остановки кровотечения при КС, осложнений в ходе их заготовки и возврата не было. Основные клинические данные при КС (срок беременности, продолжительность операции, частота миомэктомии и пр.) в обеих группах практически не отличались. Однако, в контроле по сравнению с данными в основной группе, отмечены большая средняя кровопотеря (на 72,1 мл; $p < 0,05$), большее число избыточных (более 700 мл), кровопотерь (в 1,3 раза; $p < 0,05$). В основной группе кровопотерю возмещали кристаллоидами и запасенными АГК, донорские СЗП и ЭМ (по 1 дозе) потребовались соответственно в трех и в одном случаях. В контроле потребность в донорской ЭМ и СЗП была соответственно в 3 и в 2,7 раза чаще, в больших дозах. Воспалительные осложнения и стойкий анемический синдром в основной группе были отмечены соответственно в 12,5% и в 20,8 % случаев, в группе сравнения – соответственно в 25,0% (в 2,0 раза чаще) и в 37,5 % (в 1,8 раза чаще). Средний койко – день после КС был соответственно $7,8 \pm 0,1$ дней и $8,9 \pm 0,2$ дней ($p < 0,001$).

Вывод. Избирательное применение АГД у беременных с мимой матки безопасно, позволяет улучшить течение послеродового периода при значительно меньшем использовании донорских гемокомпонентов.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ КАК ФАКТОР РИСКА СНИЖЕНИЯ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Думанская Ю.А., Зазерская И.Е.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравоуразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Подростковый период играет основную роль в нарастании костной массы. Гормональные изменения при нарушении менструального цикла (НМЦ) в пубертатном возрасте могут приводить к снижению костной плотности и недостаточному накоплению пиковой костной массы, что признано фактором предрасположения к развитию остеопороза во взрослом периоде жизни.

Цель исследования: выявить распространенность остеопенического синдрома у девочек-подростков с НМЦ.

Материалы и методы: Группу наблюдения составили 158 пациенток пубертатного возраста с НМЦ: 1-я группа – 42 девочки (26,6%) с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП); 2-я группа – 20 девочек (12,6%) с врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН); 3-я – 60 пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП) (38,0%); 4-я группа – 24 человека (15,2%) с первичной аменореей; 5-я группа – 12 пациенток (7,6%) с задержкой полового созревания (ЗПС). Контрольная группа – 78 здоровых девочек аналогичного возраста. Исследования минеральной плотности костной ткани (МПК) проведены с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты: У девочек-подростков с НМЦ остеопенический синдром регистрировался значительно чаще (48,1%, $p < 0,01$, $\chi^2 = 15,72$), чем в контрольной группе (21,4%). Внутригрупповой анализ продемонстрировал, что остеопенический синдром выявлен у 38,1% ($p < 0,01$, $\chi^2 = 6,67$) девочек 1-й группы. У пациенток с ВГКН остеопенический синдром диагностирован в 65,0% случаев ($p < 0,01$, $\chi^2 = 38,74$). В 3-й группе остеопенический синдром имели 26,7% пациенток ($p < 0,05$, $\chi^2 = 0,77$). Снижение костной плотности у девочек с первичной аменореей обнаружено в 87,5% случаев ($p < 0,001$, $\chi^2 = 88,08$). Также высокий удельный вес остеопенического синдрома характерен и для девочек с ЗПС, на его долю пришлось 83,3% всех пациенток ($p < 0,001$, $\chi^2 = 76,80$).

Заключение: Проведенное исследование показало, что в группе пациенток с НМЦ отмечалось более выраженное снижение МПК по сравнению со здоровыми девочками-подростками аналогичного возраста. Максимальное снижение МПК зафиксировано у пациенток с наиболее выраженной гипоестрогенемией – это девочки с первичной аменореей и ЗПС. Сопоставляя результаты гормональных и денситометрических исследований, мы пришли к выводу, что выраженность остеопенического синдрома бесспорно тесно связана со степенью дефицита женских половых стероидов.

МАРКЕР РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ (В-СТТК) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Думанская Ю.А., Зазерская И.Е.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравоуразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Нарушение менструальной функции – самое частое эндокринное проявление патологического состояния репродуктивной системы в период ее созревания. Распространенной причиной нарушения менструального цикла (НМЦ) в пубертатном возрасте является гипоестрогенемия. Одним из эстрогензависимых органов-мишеней является костная ткань. В подростковом возрасте процесс остеосинтеза должен преобладать над резорбцией костной ткани. Отсутствие пика эстрогенов приводит к нарушению формирования пиковой костной массы, которая является одним из основных факторов, определяющих впоследствии величину костной массы, устойчивость и предрасположенность к переломам.

Основными методами диагностики снижения минеральной плотности костной ткани (МПК) являются определение суточной экскреции кальция с мочой и остеоденситометрия. Но данные методы не отражают метаболических изменений в костной ткани. Необходим надежный предиктор снижения плотности костной ткани у девочек пубертатного возраста с НМЦ. С этой целью нами проведено исследование маркера костной резорбции (β -СТТК) в сыворотке крови.

Обследовано 158 девочек-подростков с НМЦ. Пациентки были разделены на 2 группы: девочки с врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН) и пациентки с другими вариантами НМЦ. Группа сравнения – 78 здоровых девочек. Средний возраст пациенток составил $15,0 \pm 1,01$ лет.

Исследование содержания β -СТТК по группам позволило установить, что его концентрация повышена во всех группах кроме ВГКН. При этом наиболее значительные изменения зарегистрированы у пациенток с выраженной гипоестрогенемией. Это отражает и отрицательная тесная связь между уровнем эстрадиола и концентрацией β -СТТК ($r = -0,74$, $p < 0,001$).

Повышение экскреции кальция с мочой свидетельствует об ускорении костной резорбции, приводящей к потере костной плотности, поскольку установлены тесные корреляционные связи между уровнем β -СТТК ($r = 0,80$, $p < 0,01$), показателями МПК ($r = -0,71$, $p < 0,01$) и экскрецией кальция с мочой.

Медицинская технология с использованием определения уровня β -СТТК в сыворотке крови как маркера костной резорбции позволяет диагностировать остеопенический синдром, прогнозировать темпы костных потерь и мониторировать эффективность лечения у девочек-подростков с НМЦ, кроме пациенток с ВГКН. Повышение концентрации β -СТТК более, чем на 1/3 по результатам исследования может являться качественным предиктором снижения МПК с чувствительностью 39,4% и специфичностью 82,6%.

ВРОЖДЕННАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

**Евтюков Г. М.¹, Иванов Д.О.², Петренко Ю.В.², Яковлев А.В.¹, Мызникова И.И.¹,
Баиров В.Г.², Щеголева Н.А.², Горбунов Е.Ф.³**

¹ Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»
Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² Институт Перинатологии и Педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»
Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

³ ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.

Нами в перинатальном центре наблюдался случай тяжелой врожденной печеночной недостаточности у новорожденной девочки 33 недель гестации.

Ребенок матери Х, родился 20.12.2010 путем операции экстренного кесарева сечения на 33 неделе беременности. Матери 26 лет – русская. Беременность вторая, на учете в женской консультации с 9/10 недель. Обследована RW 1-2, HBsAg, Ф50 и HCV отрицательные.

Первая беременность закончилась срочными родами, ребенок умер в возрасте 7 месяцев после планового оперативного вмешательства в связи с развитием ДВС синдрома. Отец ребенка – 26 лет здоров.

При УЗИ исследовании в 33 недели беременности обнаружена водянка плода и принято решение о преждевременном родоразрешении в интересах плода.

Ребенок извлечен без затруднений на 5-й минуте наркоза с весом 3000 грамм, длиной 45 сантиметров. Состояние при рождении крайне тяжелое: атония, арефлексия, резкая бледность кожи, самостоятельное дыхание отсутствует, генерализованные плотные отеки головы, туловища, конечностей.

Лабораторно – тяжелая анемия: Hb 43 г\л, Ht 13,8% тромбоцитопения, ретикулоцитоз до 88%, моноцитоз 15%, нейтрофилы палочкоядерные – 30%, азотемия, признаки поражения печени (высокий уровень трансаминаз – АСТ 48 ЕД\л, АЛТ 59 ЕД\л, гипопропротеинемия 20г\л и гипоальбуминемия 13г\л), субкомпенсированный ДВС. Иммунологический конфликт по эритроцитарным антигенам был исключен. Проводилась трансфузия эритроцитарной массы O(I) rh(-) и замороженной плазмы O(I)rh(-), 20% альбумина, гидрокарбонат натрия, глюкозы 3,5 мг\кг\минуту, допин от 3 до 7 мг\кг\минуту, антибактериальная терапия, викасол, пентаглобин, со 2-х суток жизни проводился перитонеальный диализ.

При УЗИ – печень увеличена в размерах, неоднородной эхоплотности с очаговыми изменениями в виде гипоехогенных участков.

Диагностический поиск вероятного инфекционного агента, вызвавшего поражение печени дал отрицательный результат.

На двенадцатые сутки жизни (вторые сутки после удаления перитонеального дренажа) по экстренным показаниям проведена операция лапаротомии, резекции участка тонкой кишки с перфорационным отверстием.

В послеоперационном периоде, нарастала анурия, декомпенсированный метаболический ацидоз, развилась клиника инфекционно-токсического шока. Ребенок умер в возрасте 14 дней 12 час.

Заключительный патологоанатомический диагноз: основным заболеванием является внутриутробный гепатит с массивными некрозами, выраженным холестазом, очаговым фиброзом (иммуногистохимическое исследование: отчетливая экспрессия антигенов вируса простого герпеса. При исследовании послета обнаружен очаговый хориодецидуит, краевой базальный децидуит, отчетливая экспрессия антигенов вируса простого герпеса.

Выводы. Выявленный патоморфологически вирус простого герпеса может являться как причиной массивного поражения печени, так и маркером генетически обусловленных особенностей иммунного ответа.

Несмотря на крайне тяжелое и массивное поражение печени гистологически были выявлены признаки активной

регенерации печеночной ткани, что позволяет прогнозировать возможность частичного восстановления функции органа.

Очень важен поиск агента, вызвавшего гепатит.

Учитывая моноорганность поражения, относительную сохранность и зрелость других систем и органов в будущем можно рассматривать таких пациентов как возможных претендентов на трансплантацию печени.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

*Елизарова М.Г., Михалев Е.В., Кривоногова Т.С., Ермоленко С.П., Филиппова Л.В.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия.*

Целью работы явилось изучение структуры сердечного ритма плода в третьем триместре беременности.

Материал и методы исследования. Обследовано 130 беременных женщин. Для оценки состояния плода применялся программно-аппаратный комплекс «ЭКГ-ТРИГГЕР», разработанный сотрудниками кафедры биологической и медицинской кибернетики СибГМУ. В основе данной программы лежит метод кардиоинтервалографии, основанный на математическом анализе сердечного ритма.

Результаты и их обсуждение. При исследовании сердечного ритма плода регистрировались однонаправленные реакции симпатического отдела ВНС различной степени выраженности. В результате исследования все показатели структуры сердечного ритма плода были разделены на четыре типа в зависимости от степени выраженности ИН: при ИН от – 250 до 350 условных единиц определяли адаптивный тип состояния плода, при ИН от 351 до 450 – адаптивно-компенсаторный тип состояния плода, при ИН от 451 до 550 – компенсаторный тип состояния плода, при ИН от 551 и выше – дизадаптивный тип состояния плода. Дальнейший анализ течения раннего неонатального периода у новорожденных от обследованных матерей выявил, что у беременных с компенсаторным и дизадаптивным типами адаптации плода дети имели различные осложнения периода новорожденности. Тяжесть состояния данных детей была обусловлена неврологической симптоматикой в виде синдрома внутричерепной гипертензии – 18%, синдромов возбуждения у 86,8 % новорожденных и угнетения у 13,1%. С конца первых суток у 45,9% отмечалась желтуха, анемия у 8,2% новорожденных. Сочетание клинических признаков имело место у 50,8% детей.

Выводы. Применение данного способа позволяло объективизировать оценку плода и прогнозировать индивидуальное состояние новорожденного.

ДИАГНОСТИКА SPINA BIFIDA APERTA У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Еликбаев Г.М.

Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Яссави (Казахстан).

Цель работы: изучить особенности клинических проявления spina bifida aperta у новорожденных и детей грудного возраста.

Материал и методы исследования: В областной детской больнице г. Шымкента (Казахстан) за 2010–2011 годы пролечено 30 детей со spina bifida aperta. Возраст больных колебался от 1 дня до 1 года. Дети от момента рождения до 1 месяца составили – 17 (56,6%), от 1 месяца до 3 месяцев – 8 (26,6%), от 3 месяцев до 6 месяцев – 3 (10,0%), от 6 месяцев до 1 года – 2 (6,7%). Среди больных со spina bifida aperta большую часть составили дети с менингомиело-радикулоцеле (63,3%). Больных с менингоцеле было 4 (13,3%), с менингоррадикулоцеле 3 (10,0%), с рахизизисом – 3 (10,0%), и один ребенок с терминальным миелоцистоцелем (3,4%).

Результаты и их обсуждение: Размеры грыжевого выпячивания бывали самыми разными. Больших размеров достигали spina bifida aperta поясничного отдела позвоночника (36,6%). Кожные покровы грыжевого выпячивания в 93,3% случаях были тонкими, как папиросная бумага, и имели тенденцию к разрыву. Нижний вялый парапарез отмечен в 63,3% наблюдений, а параплегия встречалась в 16,6% случаях. Более чем у 90% больных со spina bifida aperta возникало гидроцефалия, в 70,5% случаях сочетанное недержание мочи и кала. Наблюдалась сочетание функционального нарушения спинного мозга с другими аномалиями и пороками развития. Выявлялись расходящееся косоглазие (3), двухсторонняя косолапость (9), врожденный вывих тазобедренных суставов (4).

Выводы: Особенности клинической картины, течение заболевания у новорожденных и детей грудного возраста со spina bifida aperta зависело от локализации, от глубины поражения спинного мозга и корешков, от наличия и выраженности сочетанных пороков развития, от возраста ребенка.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Ермоленко С.П., Михалев Е.В., Кривоногова Т.С., Ряшенцева Н.Е., Михаленко И.В., Елизарова М.Г.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия.*

Целью работы явилось изучение свертывающей и суммарной литической активности у новорожденных от матерей с хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН).

Материал и методы исследования. Было обследовано 30 новорожденных от матерей с ХФПН и 15 здоровых доношенных детей (контрольная группа). Исследование детей проводилось на 5-7 сутки и 28 сутки жизни. Новорожденным была проведена интегральная экспресс-оценка всех фаз свертывания и суммарной литической активности крови на приборе АРП-01 «Меднорд». Статистический анализ проводили при помощи пакета программ Statistica 5.0 (StatSoft, Ink.).

Результаты исследования и их обсуждение. Новорожденные дети от матерей с ХФПН на 5-7 сутки жизни имели хронометрическую гиперкоагуляцию в сочетании со структурной гипокоагуляцией, что могло указывать на нарушение конечного этапа свертывания крови – фибринообразования и обуславливало повышенную склонность пациентов к геморрагическим осложнениям. При этом выявленные лабораторные изменения системы гемостаза у детей клиническими геморрагическими проявлениями не сопровождалось. На 28 сутки у новорожденных от матерей с ХФПН, хронометрическая гиперкоагуляция сменилась нормокоагуляцией и показатели достоверно не отличались от группы контроля.

Заключение. В различные сроки неонатального периода у детей от матерей с ХФПН регистрировались лабораторные изменения в системе гемостаза, которые не проявлялись клинически.

ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ

*Жидкова О.Б., Курзина Е.А., Петренко Ю.В., Иванов Д.О.
ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова».
Институт перинатологии и педиатрии.
Санкт-Петербург, Россия.*

Цель: установление типа и степени выраженности дисплазии соединительной ткани у детей, перенесших тяжелую перинатальную патологию, и связи характера диспластических проявлений с тяжестью течения болезни в перинатальном периоде и с постнатальной заболеваемостью детей.

Материалы: Обследовано 119 детей, перенесших патологию перинатального периода, потребовавшую лечения на отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Выборка случайная, в исследование включены все дети, проходившие лечение в ОРИТН в одном стационаре в определенный календарный период, поэтому патология перинатального периода различна. На сроке гестации 37–42 нед. родились 79 (66,4%) детей, 35–36 нед. – 15 (12,6%) детей, 32–34 нед. – 18 (15,1%) детей, 30-31 нед. – 7 (5,9%) детей. В анамнезе обследование проводилось в возрасте 8 и 11 лет.

Методы: Обследование включало: сбор анамнеза, осмотр детей, анализ амбулаторных карт, обследование врачами-специалистами, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ФВД и др. методы по показаниям. Данные о течении перинатального периода получены при анализе историй болезни новорожденных.

Оценка характера диспластических проявлений проведена согласно классификации диспластических фенотипов Э.В. Земцовского (2009) и классификации по степени выраженности дисплазии в модификации Л.Н. Аббакумовой (2006).

Результаты:

Дети, перенесшие тяжелую перинатальную патологию, имеют множественные проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Характер их не позволяет диагностировать какой-либо из моногенных диспластических синдромов, и они могут быть отнесены к недифференцированным ДСТ (НДСТ).

При оценке по степени выраженности выявлено, что легкая степень НДСТ диагностирована у 36 (30%) детей, умеренная – у 55 (46%) детей, выраженная – у 28 (24%) детей.

Согласно классификации по фенотипам, 56,5% детей имеют признаки ДСТ, требующие вынесения в диагноз. Диагностированы следующие синдромы: пролапс митрального клапана (ПМК) у 3 (2,5%) детей, марфаноидная внешность (МВ) у 10 (8,4%) детей, марфаноподобный фенотип (МФ) у 7 (5,9%) детей, элерсиподобный фенотип (ЭФ) у 1 (0,8%) детей, смешанный фенотип (СФ) у 11 (9,2%) детей, неклассифицируемый фенотип (НКФ) у 35 (29,4%) детей. Нарушения соединительной ткани, не требующие вынесения в диагноз, выявлены у 52 (43,7%) детей: повышенная

диспластическая стигматизация (ПДС) у 22 (18,5%) детей, повышенная диспластическая стигматизация с преимущественными висцеральными проявлениями (ПДСв) у 25 (21%) детей, доброкачественная гипермобильность суставов (ДГМ) у 2 (1,7%) детей. Не выявлены (или 1-2 критерия) признаки ДСТ у 3 (2,5%) детей.

При сопоставлении типа и степени выраженности ДСТ выявлено следующее. При легкой степени ДСТ фенотипически определяются только неклассифицируемый тип ДСТ (исключая одного ребенка с ПМК) и недиагностические нарушения СТ (пдс, пдсв, дгм), причем последние составляют 92% детей данной группы. При умеренной степени дисплазии фенотипически определяются все типы, кроме наименее выраженных (дгм) и наиболее выраженных (эф и сф). Из всех детей с неклассифицируемым типом ДСТ 66% относятся к данной группе. При выраженной степени ДСТ 64% детей относятся к классифицируемым типам, и 36% к НКФ. Недиагностические нарушения СТ в данной группе не определяются. Выраженной дисплазии соответствуют все дети со смешанным фенотипом, элерсоподобным фенотипом, 57% детей с марфаноподобным фенотипом.

Дети разного срока гестации значительно не отличаются друг от друга по степени выраженности ДСТ. Только для детей, рожденных на сроке гестации 30–31 нед. отмечается большее, чем при других сроках гестации, преобладание умеренной и выраженной дисплазии над легкой. Также не выявлено значимой зависимости фенотипа ДСТ от срока гестации. Доля диагностических типов ДСТ составляет 61%, 44%, 56% для детей со сроком гестации 32–34, 35–36, 37–42 недели соответственно. Однако, при сроке гестации 30 – 31 неделя доля диагностических ДСТ составляет 86%. Отсутствие признаков ДСТ и наличие доброкачественной гипермобильности суставов отмечено только у доношенных детей. Марфаноподобная внешность отмечена у детей со сроком гестации более 35 недель.

Выявлена взаимосвязь характера ДСТ и тяжести течения болезни в перинатальном периоде. Доля детей, имеющих выраженную ДСТ, составляет 10% при наименее тяжелом течении болезни, и 70% при максимально тяжелом. Легкая степень ДСТ у 40% детей при наименее тяжелом течении болезни и у 0% при максимально тяжелом. При любой тяжести течения болезни встречаются все описанные фенотипы (кроме ДГМ), но недиагностические нарушения СТ составляют при очень тяжелом течении болезни только 10%.

Количество хронических заболеваний у детей в катамнезе различается в зависимости от степени выраженности и фенотипа ДСТ и составляет при легкой степени ДСТ в среднем 2 (0–7), при умеренной степени 3 (1–7), при выраженной 4 (0–8). Количество хронических заболеваний в зависимости от фенотипа составляет для недиагностических нарушений СТ в среднем 0–3, для классифицируемых фенотипов 4–5 заболеваний. В то же время, отмечается гетерогенный характер формирования патологии при всех фенотипах и всех степенях выраженности дисплазии. Например, смешанный фенотип диагностирован у 11 детей. Согласно классификации Э.В. Земцовского, к смешанному фенотипу относятся дети с множественными диспластическими проявлениями различных систем органов. Смешанный фенотип всегда соответствует выраженной степени ДСТ. У детей со смешанным фенотипом ДСТ отмечалась различная тяжесть течения болезни в перинатальном периоде и различное количество хронических заболеваний в катамнезе. Возможно, в данном случае мы видим иллюстрацию того, что при раннем проявлении генетических и врожденных дефектов, в том числе обусловленном неблагоприятным антенатальным периодом, отмечается тяжелое течение болезни в перинатальном периоде и быстрое формирование патологии в последующем.

Заключение: приведенные данные свидетельствуют о значимой роли патологии соединительной ткани в формировании заболеваний и характере их течения у детей, имевших тяжелую перинатальную патологию, как в период новорожденности, так и в отдаленные периоды жизни.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Заварин В.В., Радьков О.В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия.

Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) является фактором риска развития преэклампсии, однако вклад генетических факторов в формирование на фоне ХАГ данного осложнения беременности изучен недостаточно.

Цель исследования. Оценить влияние полиморфизма генов цитокинов на риск развития преэклампсии на фоне ХАГ.

Материалы и методы. Обследовано 112 беременных с ХАГ в сроке 28–38 недель гестации, у 53 из них сформировалась преэклампсия. Исследованы однонуклеотидные полиморфизмы ($-308G/A$) гена *TNF* (*rs1800629*) и ($-1082G/A$) гена *IL10* (*rs1800896*) генома пациенток. Долю тотальной фенотипической энтропии, объясняемой индивидуальными локусами и межгенными взаимодействиями, вычисляли с помощью подхода сокращения многофакторной размерности (*multifactor dimensionality reduction, MDR*).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что распределение аллелей и генотипов гена *TNF* в группе преэклампсии на фоне ХАГ значительно не отличалось от распределения в группе пациенток без преэклампсии. Повышенный риск развития преэклампсии на фоне ХАГ имеют носители аллеля *A* и гомозиготного генотипа *AA* маркера *IL10*/ $(-1082G/A)$ ($p < 0,05$). С локусом *IL10*/ $(-1082G/A)$ связана доля тотальной фенотипической энтропии при преэклампсии на фоне ХАГ, равная 2,08%. Вклад межгенного взаимодействия *TNF*/ $(-308G/A) \times IL10$ / $(-1082G/A)$ в фено-

типическую энтропию составляет 3,32%. Таким образом, при ХАГ носительство аллеля *A* и генотипа *AA* маркера *IL10/(-1082G/A)* ассоциировано с развитием преэклампсии. Полиморфный локус *TNF/(-308G/A)* вносит вклад в фенотипическую реализацию этого осложнения беременности на фоне ХАГ преимущественно за счет синергического взаимодействия с локусом *IL10/(-1082G/A)*.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Зазерская И.Е., Шелепова Е.С.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Заслуживает клинического разбора больная К., 1977 г.р., повторнородящая с диагнозом: Беременность 33 недели. Острый миелоидный лейкоз, М-5 вариант, NPM1D, +8, низкая молекулярно-генетическая группа риска, первая костно-мозговая атака от 01.12.2010. 1 клинико-гематологическая ремиссия от 30.12.2010. Синдром лизиса опухоли. Респираторный дистресс синдром с поражением кожи и слизистых. Мукозит 2 степени. Фебрильная нейтропения от 10.12.2010. Сепсис (*Peptostreptococcus anaerobius*) от 21.12.10.

Госпитализирована в связи с лейкоцитозом неясной этиологии. Диагноз впервые верифицирован на сроке беременности 27/28 недель на основании гиперлейкоцитоза ($L 87,2 \times 10^9/l$), бластоэоза в гемограмме, миелограмме, данных цитологического, цитохимического, ИФТ. По результатам молекулярно-биологического исследования выявлена мутация NPM1. По данным ЦГ-исследования: +8. Низкий риск. На этапе верификации диагноза искусственное родоразрешение не проводилось в связи с высоким риском формирования инкурабельного статуса гематологической патологии и высоким риском развития фатального исхода для матери. Проведен первый индукционный курс ПХТ в режиме «7+3». На фоне введения цитостатиков отмечалось развитие синдрома лизиса опухоли с клиникой РДС, гипотонии, потребовавшей проведения инотропной поддержки, неинвазивной масочной вентиляции легких, введения ГКС. Период постцитостатической панцитопении осложнился токсическим гепатитом 1 степени, мукозитом II ст., фебрильной нейтропенией и бактериальным сепсисом. В связи со стойкой лихорадкой без адекватного эффекта на фоне антибактериальной терапии широкого спектра (сульперазон+ванкомицин) на фоне нейтропении IV степени, с развитием нестабильной гемодинамики, по жизненным показаниям начата терапия пентаглобином, а/б терапия усилена карбопенемами с достижением положительного эффекта в виде нормализации температуры и стабилизации гемодинамики. В контрольной миелограмме на 14 день от начала терапии – аплазия костного мозга, единичные бласты (1%). На 27 день все осложнения полностью разрешились.

Учитывая выявленные в дебюте заболевания молекулярно-генетические изменения (мутация NPM1), на этапе консолидации необходимо проведение курсов ХТ с высокодозным цитозаром. Проведение второго курса интенсивной химиотерапии на фоне беременности сопровождается высоким риском развития жизнеугрожающих инфекционных и геморрагических осложнений для пациентки и плода, а также риском преждевременных родов в период постцитостатической панцитопении. Увеличение между курсами химиотерапии сопровождается повышением риска раннего рецидива заболевания. С целью максимально снизить степень риска жизнеугрожающих осложнений для беременной и плода и возможности проведения консолидирующего курса ХТ через 3-4 недели после родов, беременная досрочно родоразрешена при сроке гестации 33/34 нед. беременности. Течение родов без особенностей. Родился живой, недоношенный мальчик (2180/43). Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Послеродовый период без особенностей. Выписана домой на 4 сут. под наблюдение гематолога. В клин. ан. крови без значимых отклонений: Hb 124 г/л, L $13,1 \times 10^9/l$, Tg $344 \times 10^9/l$.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Зазерская И.Е., Гордеева Е.А.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Заслуживает клинического разбора больная Г., 1982 г.р., повторнородящая. Поступила в отделение патологии беременности ФГУ ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова. ФСПЦ с диагнозом: Беременность 36 недель 1 день. Рубец на матке после операции кесарево сечение. Состояние после трансплантации печени.

Из анамнеза: с 2-х лет хронический вирусный гепатит. В 2006 г. – трансплантация печени. Постоянно принимает садимун-неорал (175-200 мг в сут.) под контролем концентрации препарата в крови, себидо 600 мг в сутки.

2007 г. – установка титанового стента в холедохе по поводу непроходимости желчно-выводящих путей. 2008 г. – роды срочные на 37/38 нед., мальчик 2600/49 путем операции кесарево сечение.

Данная беременность 2-я. За время беременности нарушения функции печени не отмечено. АЛТ в динамике 7-9-7 Ед/л, АСТ 16-13-12 Ед/л УЗИ брюшной полости – легко выраженные диффузные изменения паренхимы печени.

Лабораторное обследование:

Гемограмма: Hb 107 г/л, Эр $3,64 \times 10^{12}$ /л, Тг 179×10^9 /л, L $8,0 \times 10^9$ /л; мн 5,4%; Лф 162%;

Биохимический анализ крови: ОБ 57 г/л; креатинин 469 мкмоль/л; об. билирубин 7,6 мкмоль/л; Na 39 ммоль/л; К 3,50 ммоль/л; амилаза 53 Ед/л; АЛТ 7 МЕ/л; АСТ 13 МЕ/л;

Общ. ан. мочи: относит. плотность 1015, реакция 6,5; белок 1,0; глюк. 0; L 0; эрит 0; уробилиноген 0.

Коагулологическое исследование: АЧТВ 31,0 сек; фибриноген (по Клаусу) 5 г/л; ПТВ 11,9 сек; протромбин (по Квику) 107%; МНО 0,99.

Произведена заготовка аутоплазмы.

В сроке гестации 37 нед 2 дня произведена операция кесарево сечение в плановом порядке. Операция без технических сложностей. Родилась живая доношенная девочка, массой 2820/48 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. После пережата пуповины произведена периоперационная профилактика бактериальных осложнений путем внутривенного капельного введения амписида 1,5 г.

Заключительный диагноз: Роды 2 срочные в 37 нед 2 дн. Рубец на матке после операции кесарево сечение. Состояние после трансплантации печени. Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение с иссечением старого кожного рубца. Перевязка маточных труб с двух сторон. Выписана на 8-е сутки с ребенком.

ВРЕМЕННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ, КАК КРОВЕ-, ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД В АКУШЕРСТВЕ

*Зазерская И.Е.¹, Приворотский В.В.¹, Васильев В.Е.¹, Щербина Л.А.², Ветров В.В.¹,
Дудниченко Т.А.¹, Сентябрева М.С.¹*

¹ *Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова»
Минздравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия.*

² *Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова»
Минздравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования. Изучить возможности временной эмболизации маточных артерий (ВЭМА) при кесаревом сечении (КС).

Материал и методы исследования. Наблюдали четырех пациенток в возрасте 28-35 лет с выполненной им билатеральной ВЭМА. В трех случаях при предлежании плаценты операция была плановой, в два этапа: 1/катетеризация устьев маточных артерий перед операцией КС; 2/сразу после извлечения плода выполняли собственно ВЭМА частицами гемостатической губки с целью остановки профузного кровотечения. Еще у одной пациентки с продолжающимся маточным кровотечением на второй день после КС была выполнена экстренная ВЭМА частицами гемостатической губки. Технически ВЭМА проводили после катетеризации под местной анестезией (лидокаин) бедренной артерии и рентген-визуальной катетеризации устьев маточных артерий катетерами Roberts Uterine Curve диаметром 4-6 F.

Результаты исследования. Осложнений при проведении ВЭМА и в отдаленном периоде не было. У всех пациенток с предлежанием плаценты ВЭМА способствовала уменьшению кровопотери при КС, суммарная кровопотеря не превышала 900 мл. У роженицы после операции КС ВЭМА также была успешной, способствовала прекращению кровотечения, сохранению матки. Во всех случаях контрольные доплер-исследования (на 2 и 7 сутки после ВЭМА) показали восстановление кровотока в матке, инволюция ее была нормальной, послеродовых осложнений не было.

Вывод. Первый опыт использования ВЭМА показал, что операция является эффективным крове-, органосохраняющим средством при предлежании плаценты, при продолжающемся кровотечении после КС.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ И АУТОПЛАЗМОДОНОРСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ

Зазерская И.Е.¹, Сидоркевич С.В.³, Ветров В.В.¹, Васильев В.Е.¹, Бараташвили Г.Г.¹, Савицкий А.Г.¹, Пугина Н.В.², Коконина Ю.А.², Иванова Ю.С.²

¹ *Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова»*

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² *Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова»*

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

³ *ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования. Провести предварительный анализ результатов эфферентной терапии (ЭТ) и аутоплазмодонорства (АПД) у беременных.

Материалы и методы. С 2011 года на базе отделения клинической трансфузиологии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» начали выполняться методы ЭТ и АПД для пациенток Перинатального центра. Пролечено 12 женщин в возрасте 17-43 лет в третьем триместре беременности по поводу холестатического гепатоза (4), привычного невынашивания (3), хронической фето-плацентарной недостаточности (5). Всего больным было выполнено 87 лечебных процедур: плазмаферез (18), плазмообмен на криосорбированную аутоплазму (13), каскадная плазмофльтрация (6), УФО крови (50). Еще 7 женщинам запасали по 500 мл аутоплазмы перед оперативными родами.

Результаты. В двух случаях у женщин при плазмаферезе были отмечены умеренные гипотензивные реакции, быстро купированы. В динамике при КТГ плода отмечали увеличение амплитуды и частоты мгновенных осцилляций, увеличение variability базального ритма, уменьшение продолжительности, амплитуды и количества спонтанных децелераций. Допплерометрией регистрировали увеличение скорости кровотока, улучшение количественных показателей кривых скоростей кровотока в пупочной и средне-мозговой артериях плода. У беременных в динамике лечения отмечали нормализацию функций жизненно-важных органов, клинико-биохимических анализов крови, коагулограмм, анализов мочи с пролонгированием беременности. Осложнений при возврате аутоплазмы, патологических кровопотерь в родах не наблюдали, состояние родившихся плодов было нормальным.

Вывод. Анализ показал безопасность, эффективность методик и целесообразность расширения работы в этом направлении.

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ

Зазерская И.Е., Рязанов В.В., Думанская Ю.А.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Функциональный резерв яичника, который определяет способность последнего к развитию здорового фолликула с полноценной яйцеклеткой и адекватному ответу на овариальную стимуляцию принято считать овариальным резервом. Прижизненно объективно оценить овариальный запас невозможно, поэтому необходимы косвенные методы его определения. По мнению некоторых авторов, наряду с гормональными методами основным методом является эхография, включающая определение объема яичника и числа антральных фолликулов. По данным литературы остается спорным вопрос о том, что объем яичника менее 3 см³ и наличие в яичнике менее 5 антральных фолликулов являются неблагоприятным прогностическим признаком овариального резерва.

Группу наблюдения составили 34 пациентки репродуктивного возраста с бесплодием (средний возраст 32,6±3,27 года). Все пациентки были ранжированы на подгруппы: 1-я подгруппа – 12 пациенток с преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ) (35,3%), 2-я – 11 женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) (32,35%); 3-я подгруппа – 11 человек (32,35%) с изолированным трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Группу сравнения составили 23 здоровые женщины репродуктивного возраста. Трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось на аппарате General Electric Voluson E8. В процессе исследования вычисляли объем яичников с подсчетом антральных фолликулов в них.

Выраженное снижение объема яичников (в среднем до 1,85±0,17 и 1,83±0,19 см³ соответственно для правого и левого яичников (p<0,001) и числа антральных фолликулов (до 2,9±0,8 фолликулов в одном яичнике (p<0,01) отмечено у пациенток 1-й подгруппы с ПНЯ. Во 2-й подгруппе при СПКЯ объем яичников превышал нормальные показатели и в среднем составил 10,87±0,32 и 10,93±0,29 см³ для правого и левого яичников соответственно (p<0,001). Количество фолликулов у данной категории пациенток превысило 10,2±1,3 в одном яичнике (p<0,01). Пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия отличали нормальные эхографические показатели. Так, средний объем яичников в данной группе был равен 6,2±0,22 и 5,9±0,24 см³ для правого и левого яичников соответственно (p>0,05). Количество антральных фолликулов также соответствовало норме и составило в среднем 6,0±0,22 в одном яичнике

($p > 0,05$).

Снижение яичникового резерва было отмечено у пациенток с ПНЯ, именно в данной подгруппе фолликулы визуализировались в 44,7% случаев. В двух остальных подгруппах визуализация фолликулов составила 100 и 97,8% соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о высокоинформативности ультразвуковой диагностики в отношении определения овариального резерва. Данный метод может быть использован, наряду с гормональными показателями, для оценки овариального резерва у молодых женщин, не планирующих беременность в ближайшее время, а также у пациенток репродуктивного возраста с бесплодием для выбора оптимальной схемы стимуляции, прогноза яичникового ответа и предупреждения синдрома гиперстимуляции яичников.

«ВХОДНЫЕ ВОРОТА» ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Иванов Д.О.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Целью данного фрагмента работы являлась выявление «входных ворот» у новорожденных детей при неонатальном сепсисе, согласно выделенным нами вариантам.

Материалы и методы: обследовано 206 детей, заболевших неонатальным сепсисом. Дети с сепсисом представляли гетерогенную группу по сроку гестации. При этом 78 детей были с гипозэргическим вариантом (вариант А) (31 – доношенный; 22 – со сроком гестации 32-36 недель; 25 – со сроком гестации 28-32 недели), а 105 – с гиперэргическим вариантом (вариант Б) (55 – родившихся в срок; 29 – на сроке гестации 32-36 недель; 21 – со сроком гестации 28-32 недели). 23 ребенка, родившиеся на сроке гестации менее 28 недель и с массой тела менее 1000 гр. составили отдельную группу (у них варианты сепсиса выделить не удалось).

Входные ворота инфекции у новорожденных со сроком гестации более 32 недель, предположительно, удалось установить у 70,7% детей с гипозэргическим вариантом (из них у 25,8% – посткатетеризационный сепсис, у 25,8% – желудочно-кишечный тракт, и у 12,9% – легкие, 6,4% – дефекты кожи). У остальных детей диагностировали криптогенный сепсис.

При гиперэргическом варианте сепсиса у 66,6-77,4% детей со сроком гестации более 32 недель входные ворота установить не удалось, то есть у подавляющего большинства из них – криптогенный сепсис. У остальных новорожденных те же пути, что и при варианте А: на первом месте стоит ЖКТ – 19,2%, на втором легкие – 10,8%.

Установлено, что изменения, происходящие в организме при развитии сепсиса, затрагивают состояние защитных барьеров, приводя к их несостоятельности. В последние десятилетия некоторые исследователи указывают на повышение проницаемости слизистых оболочек кишечника при сепсисе. Речь идет о микроорганизмах, проникающих через слизистую оболочку кишечника в мезентериальные лимфатические узлы, кровяное русло или в различные органы в неизменном виде. Для обозначения этого явления используют термин «бактериальная транслокация».

Учитывая ведущую роль грамотрицательных бактерий (являющихся преобладающими возбудителями неонатального сепсиса при гипозэргическом варианте) и бактериального эндотоксина мы полагаем что повышенная проницаемость кишечного барьера матери (у 25,6% матерей выявлены хронические заболевания желудочно-кишечного тракта) могла служить причиной аналогичных изменений ЖКТ ребенка, который может быть источником поступления возбудителя при «криптогенном» сепсисе и обусловить более тяжелое его течение. Таким образом, входными воротами инфекции при «криптогенном» сепсисе, на наш взгляд, может являться ЖКТ, хотя конечно этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении. Необходимо отметить, что более 115 лет назад в 1893 году, обсуждая входные ворота инфекции у новорожденных с родильной горячкой (сепсисом) приват-доцент И.М. Львов из Казани указывал, что «слизистая оболочка кишечного канала, в первые дни жизни ребенка, находится в состоянии физиологической десквамации и поэтому представляет раневую поверхность, через которую микроорганизмы свободно могут попасть в организм и быстро убить самого крепкого ребенка». М.С. Маслов (1946) подчеркивал: «кишечная стенка ребенка проходима для бактерий. Возможна не только энтерогенная бактериемия, но и токсемия и аутоинтоксикация».

Что касается глубоконедоношенных, то входные ворота инфекции, как и у доношенных новорожденных, предположительно удалось установить у не у всех детей (см. таблицу 1). Максимальная частота криптогенного сепсиса выявлена у детей с гиперэргическим вариантом сепсиса. Что касается, предположительно установленных входных ворот при различных вариантах сепсиса у глубоконедоношенных, то отмечаются такие же закономерности, что и у более доношенных новорожденных. Единственное, что обращает на себя внимание, что при гиперэргическом варианте сепсиса у глубоконедоношенных и у детей с массой тела менее 1000 грамм увеличивается частота поражений легких, как предполагаемых входных ворот, возможно, это обстоятельство связано с этиологическим фактором (стрептококковая инфекция).

Таблица 1

Входные ворота инфекции у детей со сроком гестации менее 32 недель

Входные ворота	Срок гестации 28-32 недели		Срок гестации менее 28 недель
	Гипоэргический вариант сепсиса	Гиперэргический вариант сепсиса	
	n = 25	n = 21	n = 23
% детей, имеющих данный признак			
Посткатетеризационный	12,0■	4,8●	8,6
ЖКТ	20,0	19,2	21,5
Легкие	12,0	19,2	18,3
Дефекты кожи	4,0	0,0	4,3
Пупочный	12,0■	0,0●	8,6
Криптогенный	40,0	57,6●	38,7

- – $p \leq 0,05$ между гипоэргическим и гиперэргическим вариантами сепсиса у глубоконедоношенных;
- – $p \leq 0,05$ между гиперэргическим вариантом сепсиса и детьми с массой тела менее 1000 грамм.

Необходимо отметить, что, к сожалению, несмотря на большое количество работ, посвященных роли стрептококковой инфекции в развитии разнообразных поражений органов и систем, лабораторное подтверждение этого фактора, представляет достаточно большие трудности. Вероятно, это связано, прежде всего, с техническими трудностями обнаружения этого возбудителя и только иногда успешная эмпирическая терапия, основанная на клинической картине, позволяет ретроспективно поставить этот диагноз.

НЕОНАТАЛЬНАЯ ГИПОГЛИКЕМИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Иванов Д.О.¹, Вагина Е.С.², Петренко Ю.В.¹, Гуркина Е.Ю.¹, Мамаева Т.В.¹, Федосеева Т.А.²

¹ Институт Перинатологии и Педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова»

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова»

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Ребенок П. родился 28.04.11 от второй беременности. Матери 22 года, здорова. Отцу 28 лет, здоров.

Первая беременность закончилась в 2007 году медицинским абортom, настоящая протекала с токсикозом первой половины, анемией легкой степени тяжести, многоводием со 2 половины беременности.

Роды быстрые на сроке гестации 37 недель. Родился мальчик с весом тела – 3870 граммов, длиной – 55 см., окружность головы – 37 см., окружность головы – 35 см., оценка по шкале Апгар 8/8 баллов.

Через 5 часов после рождения появились клинические симптомы гипогликемии (уровень сахара крови 2,0 ммоль/л.) Начата инфузия глюкозы из расчета 5мг/кг/мин с постепенным увеличением дозы до 20 мг/кг/мин. На этом фоне отмечалось прогрессивное снижение концентрации глюкозы в крови: 1,7–1,3–1,0–0,6 ммоль/л. В связи с некупирующейся гипогликемией переведен на отделение патологии новорожденных детей областной детской больницы на вторые сутки жизни, где проводилось круглосуточное в/в введение 20% раствора глюкозы 13–15 мг/кг/мин.

При обследовании ребенка клинические и биохимические показатели крови и мочи в пределах возрастной нормы, возможные инфекции перинатального периода исключены, УЗИ головного мозга, почек, органов брюшной полости без патологии. ЭХО-КГ: ВПС (ДМЖП мышечный), гемодинамически незначимый.

13.05.11 на 15 сутки жизни поступил в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей Федерального специализированного перинатального центра ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова» с диагнозом: Аномалия развития поджелудочной железы? Гиперинсулинизм? ВПС ДМЖП.

При обследовании на отделении.

Концентрация глюкозы крови – 3,2ммоль/л на фоне введения 25,9% глюкозы с нагрузкой 13 мг/кг/мин.

Контринсулярные гормоны в пределах возрастных норм. Высокий уровень инсулина (514,2 при норме 20,8-181,1).

В динамике неоднократные попытки снижения углеводной нагрузки парентерально менее 6,1 мг/кг/мин приводили к возникновению гипогликемии (концентрация глюкозы 0,4 – 1,4 ммоль/л). Повышением углеводной нагрузки до 7,7 мг/кг/мин удавалось стабилизировать уровни глюкозы до 3,5 – 4,6 ммоль/л.

Ребенку был поставлен монитор с внутрикожным датчиком, позволяющий проводить постоянное измерение концентраций глюкозы. Было выявлено, что при пероральном введении глюкозы уровень её в крови снижается до 1,7–1,9 ммоль/л. Исходя из этого ребёнку постоянно проводилась инфузия 18% раствора глюкозы со скоростью 4,1 мг/

кг/мин. (уровень гликемии при этом колебался от 2,3 ммоль/л до кормления до 5,1 ммоль/л сразу после кормления).

На 44 сутки жизни начато введение контринсулярного препарата сандостатина в начальной дозе 5 мкг/кг/сут. с последующим увеличением её до 23 мкг/кг/сут. что позволило уменьшить, а затем и отменить на 61 сутки жизни парентеральное введение глюкозы. В возрасте 2 мес. 10 дней установлена помпа для микроструйного постоянного введения сандостатина, за 7 дней ее использования эпизодов гипогликемии не отмечено.

Ребенок все это время находится на полном энтеральном питании смеси НАН-AR и НАН-кисломолочный, назначенный по возрастной норме. Объем питания усваивал.

Выписан ребенок в возрасте 3х месяцев в удовлетворительном состоянии, физическое и нервно-психическое развитие его соответствуют возрасту. На момент выписки доза сандостатина составляла 23 мкг/кг/сут.

Заключительный диагноз.

Основной: неонатальная гипогликемия, врожденный гиперинсулинизм.

Сопутствующий: ВПС Дефект межжелудочковой перегородки. НК0.

ДИНАМИКА ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Илатовская Д.В., Логвинова И.И., Сазонова Ю.В., Каширская Л.П.

ГОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия.

Эндокринная система играет важную роль в процессе адаптации новорожденного к условиям постнатальной жизни. Изменения гормонального профиля ребёнка в раннем неонатальном периоде наиболее точно отражают нарушение его адаптации к внеутробному существованию, особенно это актуально для детей с задержкой внутриутробного развития. Наиболее значимыми являются гормоны щитовидной железы и кортизол. Уровень гормонов коры надпочечников отражает стрессовую реакцию новорожденного на процесс родов, кортизол активирует синтез сурфактанта в лёгочной ткани, потенцирует заращение боталлова протока, способствует созреванию ряда ферментативных систем в стенке тонкой кишки и печени. Тиреоидные гормоны способствуют синтезу белка, регулируют процессы формирования костной системы, дифференцировку центральной нервной системы, стимулируют процессы роста, морфологическую дифференцировку фетальных легких и постнатальное созревание архитектоники легочной альвеолярной ткани, влияют на эритропоэз, участвуют в иммуногенезе. Изменение содержания тиреоидных гормонов и кортизола усугубляет течение всех патологических синдромов периода новорожденности, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии детей.

Цель настоящего исследования: выявить изменения гормонального статуса новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) в динамике с рождения к 5 суткам.

Материалы и методы исследования. Нами были определены концентрации тиреоидных гормонов и гормона коры надпочечников кортизола у 80 новорожденных, из них группы изучения составили 65 детей с ЗВУР: 1-я группа – с гипотрофическим вариантом I ст (n=26), 2-я группа – дети с гипотрофическим вариантом II степени (n=15), 3-я группа – с гипопластическим вариантом I-II степени (n=24), в контрольную группу вошли 15 детей со средним гармоничным развитием. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Statistica v. 6.1.

Результаты и их обсуждение. Изучение гормонального профиля детей всех групп показал, что полученные уровни гормонов укладываются в средние возрастные значения. Динамические изменения содержания гормонов в группах изучения и в контрольной группе имели одинаковую тенденцию: концентрации тиреоидных гормонов в динамике с рождения к 5 суткам повышались, а уровни ТТГ и кортизола в данный период снижались, однако у детей с ЗВУР были выявлены некоторые особенности. К моменту рождения отмечалось достоверно более высокое значение гормона Т4 во всех группах изучения по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$), в то же время содержание гормона Т3 в пуповинной крови было достоверно выше по сравнению с контрольной группой только в 3-й группе. Мы можем предположить, что в группах изучения, особенно в группах детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР I и II степени, имело место нарушение конверсии Т4 в Т3, что в свою очередь могло быть связано как с белково-энергетической недостаточностью, характерной для детей с внутриутробной гипотрофией, так и с дефицитом фермента йодотирониновой дейодиназы. Известно, что на созревание этого фермента в печени оказывает влияние гормон коры надпочечников кортизол, содержание которого в пуповинной крови у детей всех групп изучения в наших исследованиях оказалось достоверно ниже по сравнению с контрольной группой. Достоверно более высокие концентрации в пуповинной крови Т4 во всех группах изучения и Т3 в группе детей с гипопластическим вариантом ЗВУР можно объяснить напряжением тиреоидной системы уже во внутриутробном периоде. С рождения к 5 суткам концентрация тиреоидных гормонов повышалась, однако в группах изучения был определен существенно более низкий уровень Т3, чем в контрольной группе ($p < 0,05$), что указывает на истощение функциональной активности тиреоидной системы к 5 суткам. Такая динамика трийодтиронина может неблагоприятно сказываться на процессах адаптации новорожденных с ЗВУР. Из литературных источников известно, что термогенин, вещество, активизиру-

ющее термогенез, является ТЗ – зависимым фактором. Соответственно, дети с ЗВУР склонны к охлаждению к 4-5 суткам. Уровень ТТГ в пуповинной крови в группах изучения был достоверно выше по сравнению с контрольной группой. К 5 суткам содержание ТТГ оставалось существенно выше контрольных значений в 1-й и 3-й группах при одновременно регистрируемых более низких по сравнению с контрольной группой концентрациях тиреоидных гормонов в 1-й группе и только ТЗ в 3-й группе. Учитывая данные особенности, мы можем предположить, что дети с гипотрофическим вариантом I степени и гипопластическим вариантом I-II степени находятся в группе риска по развитию транзиторного гипотиреоза.

Выявленное нами достоверно более низкое содержание кортизола в пуповинной крови детей с ЗВУР по сравнению с контрольной группой вероятнее всего было связано с истощением резервов кортизола еще в период внутриутробного развития, что привело к нарушению стрессово-адаптивных реакций этих новорожденных в момент их рождения. Известно, что надпочечники выполняют адаптационную функцию уже с первых минут жизни ребенка. Отсутствие так называемого кортизолового всплеска в момент рождения у детей с задержкой внутриутробного развития может приводить к нарушению ранней неонатальной адаптации данных детей, в первую очередь к дисбалансу механизмов защиты от гипотермии, гипогликемии и гипокальциемии. К 5 суткам уровень кортизола во 2-й и 3-й группах оставался достоверно более низким по сравнению с контрольной и 1-й группами. Следовательно, у детей с гипотрофическим вариантом I степени надпочечники восстанавливают свои адаптационные резервы к 5 суткам, что обуславливает более благоприятное течение периода ранней адаптации и дальнейшего развития в этой группе детей.

Выводы: Проанализировав особенности динамики гормональных изменений у детей с задержкой внутриутробного развития, мы можем предположить, что у них уже внутриутробно происходит функциональное перенапряжение щитовидной железы и надпочечников, а в раннем неонатальном периоде их резервы истощаются. Данные гормональные изменения приводят к нарушению постнатальной адаптации этих детей: склонности к переохлаждению, гипогликемии, гипокальциемии, дыхательным нарушениям, что требует дополнительных лечебно-охранительных мероприятий таких, как дополнительный обогрев, докорм, метаболическая и респираторная терапия. Наиболее выраженные гормональные изменения отмечались у детей с гипопластическим вариантом задержки внутриутробного развития. Кроме того дети с гипотрофическим вариантом I степени и гипопластическим вариантом I-II степени относятся к группе риска по развитию транзиторного гипотиреоза и подлежат диспансерному наблюдению у детского эндокринолога.

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЕНТРИКУЛОСУБГАЛЕАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Иова А.С., Крюков Е.Ю., Гармашов Ю.А., Иова Д.А.

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.
Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера.
Детская городская больница № 1.
Санкт-Петербург, Россия.*

При тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияниях (ВЖК) у новорожденных, осложнившихся синдромом прогрессирующей окклюзионной гидроцефалии (СПОГ) в настоящее время применяются различные методы временного дренирования церебро-спинальной жидкости (ЦСЖ). Основными из них являются многократные вентрикулярные пункции, наружное вентрикулярное дренирование, имплантация подкожных резервуаров (ИПР) и вентрикулосубгалеальное дренирование (ВСД). Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. Объективно сравнить их эффективность очень сложно, поскольку для этого необходимо провести многоцентровое исследование по единому протоколу оценки тяжести новорожденных и эффективности лечения. Такие работы в настоящее время отсутствуют, поэтому тот или иной метод используется в зависимости от опыта конкретных медицинских Центров. В ведущих неонатальных Центрах США и Канады в последние годы основное значение придается двум технологиям: ИПР и ВСД. Причем ВСД применяется в виде различных вариантов. Поскольку, возрастает контингент новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), особое значение приобретает вопрос о том, какая технология временного дренирования ЦСЖ будет оптимальной именно для этого контингента пациентов. Ключевым критерием адекватности технологии является возможность осуществления «очень длительного» дренирования (до 2 мес.), поскольку у этого контингента пациентов задачей дренирования является не только санация ЦСЖ, но и «дорастивание» глубоко недоношенного новорожденного. Бесспорным является тот факт, что при развитии прогрессирующей постгеморрагической гидроцефалии (ППГГ), как осложнения ВЖК, состояние ребенка может стабилизироваться только после перевода ребенка с временного дренирования на постоянное экстра- или интракраниальное шунтирование. В первом случае это традиционное вентрикулоперитонеальное шунтирование (ВПШ), а во втором – операции эндоскопической реставрации или реконструкции путей оттока ЦСЖ (например, эндоскопическая тривентрикулоцистерностомия). Однако, чем старше ребенок, тем больше возможность выбора оптимальной хирургической тактики и выше эффективность хирургического лечения.

Цель работы – с учетом нашего 15-летнего опыта применения различных вариантов ВСД при ВЖК у новорожденных выбрать оптимальный вариант для лечения новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Материалы и методы. В период с 1995 по 2010 годы на базе неонатального Центра ДГБ №1 Санкт-Петербурга нами наблюдалось 322 недоношенных новорожденных с ВЖК, в лечении которых применялись различные варианты ВСД. Гестационный возраст составлял 31 ± 4 недели, масса тела – 1732 ± 340 г. Показанием к ВСД являлось наличие тяжелых форм ВЖК (III–IV степени по классификации L. Papile или III степени по МКБ-10), осложненных СПОГ. Средний возраст новорожденных к моменту применения ВСД составлял 14 ± 3 дня. В зависимости от варианта использования ВСД пациенты были распределены на 3 группы. В первой группе исследований в лечении применялся классический вариант ВСД катетером ($n=36$), во второй – катетером с резервуаром типа Оттауа ($n=14$) и в третьей – резервуар-катетер ($n=272$) (Патент на изобретение РФ, 2004). Анализировались ранние и отдаленные результаты ВСД. Особое внимание уделялось осложнениям и поиску путей снижения их риска у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

Результаты и их обсуждение. С 1995 по 1999 г. у 36 новорожденных использовано ВСД с помощью фиксированного к надкостнице вентрикулярного катетера, дистальный конец которого располагался в обширной хирургически сформированной субгалеальной полости (субгалеальном «кармане») (1 группа). Получены следующие осложнения: 1 (2,8%) миграция катетера, 2 (5,6%) инфекционных осложнения – венитрит (один из них летальный исход), 6 (16,7%) окклюзия катетера свертком крови, у 7 (19,5%) – «залип» субгалеальный карман. Учитывая эти данные в 1999–2000 гг. мы стали использовать катетер с резервуаром типа Оттауа, который имел два боковых отверстия (одно для соединения с вентрикулярным катетером, второе – для сообщения с субгалеальным карманом) (2 группа). Имплантировано 14 таких ВСД. Удалось решить проблему предотвращения окклюзии катетера внутрижелудочковыми свертками крови и появилась возможность прямого доступа к желудочкам. Вместе с тем резервуар плохо перемещался в кармане из-за плоской поверхности его основания, поэтому было отмечено 4 (29%) случая «залипания» кармана, потребовавших реоперации с восстановлением емкости субгалеального кармана. С 2000 г. мы используем оригинальную конструкцию резервуар-катетера (3 группа). Он состоит из двух катетеров разного диаметра (3 и 6 мм), соединенных между собой прямым переходником. Катетер большего диаметра выполняет функцию резервуара. На катетер одеваются три манжетки, с помощью которых моделируется оптимальный угол изгиба катетера и осуществляется его фиксация к надкостнице. Эта модель ВСД использована в лечении 272 новорожденных. Цилиндрический резервуар легко перемещался в кармане несколько раз в день (медицинской сестрой или мамой). Тем самым предотвращалось «залипание» кармана и уменьшался риск трофических нарушений кожи над ним у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ. Через резервуар обеспечивался простой интравентрикулярный доступ (например, для анализа ЦСЖ). Наличие двух боковых и одного торцевого отверстия на дистальном конце вентрикулярного катетера позволяет минимизировать осложнения, связанные с окклюзией дренажной системы сосудистым сплетением и его повреждением при извлечении катетера. В последней серии исследований ($n=272$) осложнения были следующими: а) миграция катетера в субгалеальный карман вследствие отрыва лигатур, фиксирующих катетер от надкостницы была у 3 (1%); б) инфекционных осложнения – венитрит, менингит у 4 (1,5%); в) «залипание» кармана было только при нейроинфекции или пренебрежением правилом активного перемещения резервуара в кармане у 11 (4%); г) ликворея у 7 детей (2,6%). Летальность составила 6% (16 новорожденных). Во всех случаях основной причиной были тяжелые экстрацеребральные нарушения (язвенно-некротический энтероколит, перитонит, сепсис и др.). Среди выживших пациентов были получены следующие результаты: хорошие – 24%, удовлетворительные – 42%, неудовлетворительные – 34%. Имплантация ВПШ в этой группе потребовалась у 68,6%. У 80% к моменту выписки желудочки имели нормальные размеры или были расширены незначительно. В этой группе отмечалось улучшение результатов лечения с увеличением срока катамнеза (хорошие результаты выросли с 24% в раннем периоде до 31% в отдаленном). Следует отметить две особенности предлагаемой технологии ВСД: а) обязательным условием выбора индивидуальной тактики лечения на всех этапах ВСД резервуар-катетером является ультразвуковая навигация (от этапа первичной диагностики ВЖК до мониторинга после выписки из стационара); б) для обеспечения максимального «органосохраняющего эффекта» в отношении головного мозга пациента на этапах ВСД может потребоваться проведение повторных пункций кармана (частота пункций и объем выводимой ЦСЖ должны определяться на основании данных нейросонографии).

Выводы:

1. Вентрикулосубгалеальное дренирование является простым, надежным, минимально травматичным, широко доступным и эффективным методом временного дренирования при тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияниях, осложненных синдромом прогрессирующей окклюзионной гидроцефалии.

2. У новорожденных с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела оптимальным вариантом вентрикулосубгалеального дренирования является использование резервуар-катетера, который обеспечивает условия необходимые для максимальной длительности временного дренирования желудочков головного мозга.

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВНУТРИАМНИОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ИСХОДЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кадышевич Ж.Г., Пулин А.М., Смирнова Т.В., Монастырева Л.В., Кянксен А.Н., Михайлов А.В.

Родильный дом №17.

Детская городская больница №17 Святителя Николая Чудотворца.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.

Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования – изучение влияния внутриамниотической инфекции на исходы у новорожденных детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.

Материал и методы. В ретроспективное историческое исследование было включено 55 новорожденных детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела в 2007–2009 годах в родильном доме №17 и переведенных на второй этап выхаживания в отделения реанимации и интенсивной терапии детских стационаров города. Критериями включения в исследование являлись масса тела новорожденных детей менее 1500 гр. и срок беременности менее 32 недель. Для опровержения истинности нулевой гипотезы о наличии связи была использована статистика χ^2 (точный двусторонний критерий Фишера).

Результаты и их обсуждение. В 41 из 55 случаев преждевременных родов данные гистологического исследования последа свидетельствовали о наличии морфологических признаков хориоамнионита. Риск развития гистологически подтвержденного хориоамнионита (ГПХ) не имел связи с длительностью безводного периода. ГПХ был у 14 из 16 женщин при продолжительности безводного периода более 12 часов и у 27 из 39 не имевших раннего отхождения околоплодных вод. Группа новорожденных детей, рожденных матерями с ГПХ, отличалась меньшим гестационным сроком и массой тела к моменту рождения. Средний гестационный возраст детей в этой группе составил 24,9 (22–29) недели против 26,8 (24–29) недель, а средняя масса тела при рождении 774 гр. (498–1300 гр.) против 861,8 гр. (417–1170 гр.) у 14 детей, рожденных женщинами, не имевшими ГПХ.

В случаях осложнения течения беременности ГПХ, летальность у новорожденных детей составила 31,7%, а при его отсутствии – 2,43%. Пациенты первой группы имели более высокий относительный риск летального исхода ($RR=1,41$ ($1,09 < RR < 1,82$), $CI=95$, $p < 0,05$).

В 8 из 41 случаев осложненных ГПХ беременностей был диагностирован фуникулит. В 5 случаях развития этого осложнения у новорожденных детей имели место летальные исходы в неонатальном периоде. Летальность составила 62,5% (5/8), против 21,21% (1/14) у детей, матери которых имели в группе ГПХ, но фуникулит не был обнаружен при гистологическом исследовании последа. Риск летального исхода в случаях гистологически доказанного фуникулита был очень высок ($RR=4,03$ ($1,14 < RR < 14,25$, $CI=95$, $p < 0,04$)).

Осложнение течения беременности ГПХ ассоциировалось с высоким риском развития у новорожденных детей внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) III-IV степени. Это осложнение было отмечено у 16 из 41 ребенка данной группы ($RR=1,56$ ($1,23 < RR < 1,97$, $CI=95$, $p < 0,006$)). При отсутствии ГПХ этой патологии у новорожденных детей не было диагностировано.

У 35 пациентов группы ГПХ в первые 3 дня жизни был сделан клинический анализ крови. Увеличение абсолютного числа нейтрофилов в периферической крови $>30 \times 10^9$ было отмечено у 14 из 35 пациентов в случаях осложнения течения беременности ГПХ и у двоих из 14 при отсутствии этой патологии. Мы не получили связи частоты между лейкоцитозом, ГПХ и последующими исходами у новорожденных детей.

У пяти пациентов, матери которых имели осложнение течения беременности ГПХ, было отмечено уменьшение абсолютного числа нейтрофилов в периферической крови $<5 \times 10^9$. Пациенты, имевшие лейкопению, демонстрировали повышенный риск развития хирургической стадии некротического энтероколита (НЭК). Этот синдром имел место у двух из пяти пациентов с ранней лейкопенией ($RR=12,67$ ($4,28 < RR < 37,5$, $CI=95$, $p < 0,02$)).

Gomez R., et al. (1997) показали, что внутриамниотическая инфекция (ВАИ) является основной причиной преждевременных родов, а данные, полученные Rezaie P, et al. (2002) выявили высокий риск гибели плода и новорожденного ребенка при этом осложнении течения беременности. В нашем исследовании риск летального исхода у новорожденных был повышен при ГПХ и очень высок при воспалении пупочного канатика. Фуникулит свидетельствует о воспалительном ответе плода. Летальность при врожденном сепсисе колеблется в пределах 25–90% (Roberto R. et al., 2003). В нашем исследовании летальность при фуникулите составила 62,5%.

Согласно нашим данным осложнение течения беременности ГПХ повышало риск развития у новорожденных детей ВЖК III-IV степени. Предположительно, эту закономерность можно объяснить более легкой, вследствие действия факторов системного воспалительного ответа, повреждаемостью капиллярной стенки у этих пациентов.

D A Paul, et al (2009) в ретроспективном когортном исследовании изучили исходы у 252 детей, рожденных от беременностей, осложненных ГПХ. Лейкоцитоз определялся как повышение числа лейкоцитов $>30 \times 10^9$, определенное в течение первых двух суток жизни.

Дети, развившие лейкоцитоз, имели повышенное отношение шансов для развития БЛД (odds 4.6, (95% CI): 2.0 to 10.3), но сниженное для летальных исходов (odds 0.3, (95 CI): 0.1 to 0.90). Мы не получили связи лейкоцитоза с частотой ГПХ и исходами у детей.

В нашем исследовании сочетание ГПХ с ранней неонатальной лейкопенией повышало риск развития хирургической стадии НЭК. Для убедительного утверждения этого факта необходимо обследовать более многочисленную группу больных.

Заключение. Анализ данных нашего исследования позволяет сделать вывод, что осложнение течения беременности ГПХ ассоциируется с повышенным риском летального исхода в неонатальный период и развитием (ВЖК) III-IV степени у детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. В случаях гистологически доказанного фуникулита риск летального исхода значительно возрастает. Сочетание ГПХ с лейкопенией в первые три дня жизни может повышать риск развития хирургической стадии энтероколита у новорожденных детей этой группы.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

*Караваева С.А., Немилова Т.К., Старевская С.В., Иевлев В.С., Омельченко Т.В., Попов С.Д.,
Ильина Н.А., Борисова Н.А.*

Медицинская академия последипломного образования.

Педиатрическая академия.

Детская городская больница №1.

Санкт-Петербург, Россия.

Пороки развития органов грудной полости у новорожденных и детей раннего возраста, требующие оперативного лечения, являются относительно новой проблемой хирургической неонатологии. Это связано с ростом количества врожденных пороков развития в целом и улучшением ранней диагностики заболеваний, которая часто осуществляется еще в антенатальном периоде.

В настоящее время ранняя пренатальная диагностика возможна с 18–20 недели гестации. При выявлении одностороннего поражения или ограниченного объема поражения в средостении советуем беременность сохранить. В случае подозрения на обширное или двустороннее поражение органов при сверхценной беременности для уточнения диагноза проводим внутриутробную магнитоядерную томографию. При двустороннем процессе беременность лучше прервать.

В последнее время в Центре патологии новорожденных Санкт-Петербурга ежегодно лечатся 5–7 детей с различными аномалиями развития легких, а также органов средостения (исключая пороки развития пищевода и диафрагмы). Среди новорожденных с патологией легких и средостения преобладают доношенные дети (73%). За период с 1997 по 2006 гг. было обследовано и пролечено 34 ребенка с врожденной патологией органов грудной полости: 18 – с кистоаденоматозной аномалией легких, 3 – с энтерогенными кистами средостения, 3 – с тератомами средостения, 10 – с секвестрацией легкого. Из них прооперирован 31 ребенок. Средний возраст пациентов к моменту операции составил 27 дней. Не требовали операции в раннем возрасте дети с внелегочной секвестрацией, выявленной случайно при скрининговом УЗИ, без клинических проявлений. В число дифференцируемых заболеваний при синдроме дыхательных расстройств у новорожденных необходимо включать пороки развития легких и средостения, а также приобретенные хирургические заболевания легких.

Основной метод диагностики указанной патологии – компьютерная томография и ангиография (по показаниям).

Высокая опасность инфицирования и малигнизации (частота малигнизации опухолей органов грудной клетки, по данным литературы, колеблется в пределах 52–57%), а также нарастание внутригрудного напряжения при энтерогенной кисте средостения, сдавление жизненно важных органов и смещение средостения при опухолях средостения являются показанием к хирургическому лечению. Было выполнено 12 лобэктомий и 6 резекций доли легкого у детей с кистоаденоматозной аномалией легких, у 3 детей удаление энтерогенной кисты средостения, у 3 – удаление тератом средостения, 3 детям произведено удаление внелегочного секвестра и 4 резекция доли легкого при внутрилегочном расположении секвестра.

Хирургической летальности нет. Рецидив заболевания, связанный с нерадикальностью проведенного хирургического лечения, не наступил ни у одного больного.

Все дети наблюдаются пульмонологом. В группе детей с пороками развития легких и средостения, вылеченных радикально в раннем возрасте, наилучшие результаты.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ И ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Кашин А.С.², Баиров В.Г.¹, Щеголева Н.А.¹, Васильев В.Е.¹, Пьянова И.В.¹, Родионов Ю.В.²

¹ Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель: Определить роль хирургической службы и ее взаимодействие со смежными подразделениями в структуре перинатального центра.

Успешное лечение ВПР, являясь комплексной задачей, требует среди прочего четкого взаимодействия между смежными подразделениями. Хирургической службе отводится руководящая и координирующая роль. Впервые ВПР может быть диагностирован при УЗИ на амбулаторном приеме в женской консультации. Там же с участием врача-хирурга, должно быть принято решение о дальнейшей тактике, в том числе о месте, времени и способе родоразрешения, определены деонтологические аспекты. При родах ребенка с предполагаемым тяжелым ВПР или множественными ВПР может оказаться необходимым присутствие квалифицированного детского хирурга и реаниматолога. В родильном зале необходимо определить объем неотложной помощи и решить в какое подразделение будет переведен ребенок, где будет проведено необходимое обследование и решен вопрос о сроках и объеме оперативного лечения. За 8 мес. под наблюдением специалиста ультразвуковой диагностики, акушера, неонатолога, реаниматолога и хирурга находилось 69 пациентов.

Преимущества оказания хирургической помощи новорожденным и детям раннего возраста с врожденными пороками развития в структуре перинатального центра

- Возможность проследить за развитием плода в период беременности с решением вопроса выбора метода акушерского пособия. Отсутствие транспортировки из учреждения в учреждение. Наблюдение за пациентом с проведением этапных операций.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Каишанова Т.А., Петрова М.М., Михайлов А.В.

СПбГУЗ «Родильный дом №17».

СПбГУ, СПбГМА.

Родоразрешение через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода связано с увеличением частоты перинатальной заболеваемости и смертности. В этой связи наиболее частым методом родоразрешения при тазовом предлежании становится плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения, что в свою очередь обуславливает рост частоты ближайших и отдаленных осложнений со стороны матери. В целях снижения подобных осложнений в отношении матери и плода предложено выполнение наружного поворота плода на головку в конце третьего триместра.

Проведено рандомизированное исследование по оценке эффективности наружного поворота плода на головку в которое вошло 60 пациенток, имевших тазовое предлежание плода в конце третьего триместра беременности. Установлено, что: наружный поворот при тазовом предлежании в конце третьего триместра беременности эффективен более чем в 65%; к факторам, снижающим успех операции относятся: расположение плаценты по передней стенке, предстоящие первые роды; применение данной операции при тазовом предлежании снижает частоту кесарева сечения более чем в два раза; после наружного поворота плода на головку к сроку родоразрешения в абсолютном большинстве случаев сохраняется головное предлежание плода; применение наружного поворота, и последующие роды в головном предлежании сочетается со снижением частоты интранатальной асфиксии. Таким образом, наружного поворота плода на головку позволяет снизить частоту операции кесарева сечения и улучшить перинатальные показатели.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА

Ким Л.А., Фёдоров А.К., Панин А.П.

ФГУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздравоохранения».

ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского.

Москва, Россия.

Остается нерешенным вопрос ведения и наблюдения детей, прооперированных в период новорожденности по поводу аноректальных пороков развития и заболеваний толстой кишки с неудовлетворительными отдаленными результатами.

В период с 2007 по 2010 годы в нашей клинике наблюдалось 12 детей, которым понадобилось выполнение повторного оперативного вмешательства в связи с неудовлетворительными результатами первичных оперативных вмешательств, при высоких формах атрезии ануса (9) и при болезни Гиршпрунга (3), выполненных по месту жительства в условиях общехирургических стационаров. Из них – 2-е пациентов с эвагинацией и ущемлением отводящего (1) и приводящего (1) отделов колостомы, 3-е пациентов с рецидивирующими атаками пиелонефрита на фоне неправильно сформированной колостомы, при невыявленном ректо-везикальном свище, 4 пациента с рецидивами и образованием ректо-уретральных свищей, 3-е пациентов с дистопией неоануса, его стенозом (2), и декомпенсированными хроническими запорами на этом фоне (2).

Нами предложен алгоритм предоперационного обследования пациентов, которым необходимо повторное оперативное лечение, в который включены: лабораторная диагностика, рентгенконтрастные методы исследования мочеполовой системы и толстой кишки, а так же их комбинированное эндоскопическое обследование, аортография и селективная мезентерикография, визуальное обследование промежности, электрофункциональные методы исследования аноректальной области.

На основании полученных данных выполнялись различные оперативные вмешательства по индивидуальным схемам для каждого больного, с учетом состояния измененной ангиоархитектоники и локальной анатомии, вследствие выполненного первичного оперативного вмешательства.

Этапная реконструкция с формированием отдельной колостомы выполнена в 5 случаях, с последующем радикальным лечением в отсроченном порядке; 7 детям было выполнено брюшно-промежностное низведение толстой кишки по Соаве-Лёнюшкину с устранением ректовезикальных свищей в 4 случаях и низведением неоректум в центре мышечного комплекса тазового дна у 3 детей.

Результаты: В дальнейшем планируется этапное обследование повторно оперированных детей с помощью разработанной нами квалитетической таблицы, адаптированной к раннему возрасту.

Заключение: Мы считаем, что выполнение радикального пластического вмешательства при высоких пороках развития аноректальной области и заболеваниях толстой кишки с вовлечением протяженных ее сегментов должно проводиться в специализированных центрах. Операцией выбора считаем в этом случае наложение разгрузочных колостом по строго отработанным методикам, с обязательным полным предоперационным обследованием пациента, для исключения сопутствующих пороков развития и с целью сохранения всей полноты возможности последующего радикального оперативного лечения в специализированном центре.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ковалева Ю.В.

Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия.

Целью исследования явилось изучение роли хронического эндометрита (ХЭ) в генезе невынашивания беременности.

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 женщины (средний возраст 24,7±2,9 года) с невынашиванием беременности, 23 (71,9%) из них имели однократные выкидыши или неразвивающуюся беременность в анамнезе, у 9 (28,1%) наблюдалось привычное невынашивание. Проведено бактериологическое, гормональное, эхографическое исследование, гистологическое и иммуногистохимическое исследование эндометрия (22–24-й дни цикла). В биоптатах эндометрия исследована экспрессия рецепторов эстрогенов и прогестерона и субпопуляционный состав лимфоцитов: CD56+, CD16+ NK-клеток, В-клеток (CD20+), HLA-DR+ лимфоцитов.

Результаты. При наличии лимфолейкоцитарной инфильтрации, фиброза стромы, плазматических клеток и склеротических изменений стенок спиральных артерий, а также увеличении экспрессии иммунокомпетентных клеток, подтверждался диагноз ХЭ. На основании указанных критериев ХЭ выявлен у 14 (43,8%) пациенток. В 71,4% имело

место нарушение экспрессии рецепторов к половым стероидам в железах и строме эндометрия.

Специфические изменения состава субпопуляций эндометриальных лейкоцитов и активация локальных иммунных реакций могут приводить к нарушению процессов инвазии и развития хориона и, в конечном итоге, к прерыванию беременности в случае ее наступления на фоне ХЭ. Исследование не только морфологической картины, но и субпопуляционного состава лимфоцитов эндометрия повышает эффективность диагностики ХЭ. Уточнение иммунопатогенеза ХЭ позволяет обосновать и применять иммунокорректирующую терапию в комплексном лечении этого заболевания.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Козлов П.В.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский Университет Росздрава», Москва, Россия.

Цель работы. При преждевременных родах более 30% пери- и неонатальной смертности связано с беременностью, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО). Наиболее значимой патологией глубоко недоношенных новорожденных при беременности, осложненной ПРПО, является внутриутробная инфекция (ВУИ), синдром дыхательных расстройств (СДР) и гипоксические поражения ЦНС в виде внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) и перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ).

С целью оценки влияния тактики пролонгирования недоношенной беременности, осложненной ПРПО, на заболеваемость новорожденных проведен анализ частоты и степени тяжести внутриутробной пневмонии, сепсиса, СДР, БЛД и ВЖК и ПВЛ в зависимости от длительности безводного промежутка и срока беременности на момент ПРПО.

Материал и методы. Обследовано 908 новорожденных родоразрешенных через естественные родовые пути в 22-34 недели беременности. Контрольную группу составили 259 детей, родившихся при спонтанном развитии родовой деятельности. В основную группу вошли 649 детей рожденных при беременности, осложненной ПРПО.

Результаты. Клинико-рентгенологический анализ показал, что при ПРПО после 25 недель беременности с увеличением латентного промежутка прогрессивно снижается частота тяжелых форм СДР, в том числе болезни гиалиновой мембран, длительность аппаратной вентиляции новорожденных, а так же частота развития бронхолегочной дисплазии. Реализация внутриутробной пневмонии не зависит от длительности безводного периода. Частота генерализованных форм ВУИ прогрессивно снижалась с увеличением срока беременности и длительности латентного периода при ПРПО после 25 недель и при родоразрешении до 32 недель составила 10,5%.

Частота и степень тяжести ВЖК прогрессивно снижается с увеличением гестационного возраста плода и не зависит от длительности латентного периода. Анализ частоты реализации ПВЛ не показал достоверных различий при ПРПО до 31 недели беременности, однако при разрыве оболочек в более поздние сроки с увеличением безводного промежутка более 2 суток частота ПВЛ достоверно возрастает.

Заключение. Длительное пролонгирование беременности, осложненной ПРПО после 25 недель достоверно уменьшает частоту тяжелых форм СДР и осложнений, связанных с аппаратной вентиляцией легких, в том числе бронхолегочной дисплазии, не приводя к увеличению частоты ВУИ и смертности от неинфекционных причин.

РОЛЬ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Козлов П.В.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский Университет Росздрава», Москва, Россия.

Цель работы. Среди проблем современного акушерства недонашивание беременности занимает одно из первых мест, так как обуславливает высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Одной из ведущих причин инициации преждевременных родов является преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), частота которого в сроке 28–37 недель беременности составляет от 20 до 38%.

Ведущую роль в этиопатогенезе ПРПО отводят урогенитальным микоплазмам, а именно – *Ureaplasma urealyticum*. Однако широкое распространение урогенитальных микоплазм и их частое выявление у практически здоровых женщин, в том числе вследствие низкой информативности серологических методов диагностики оставляют нерешен-

ным вопрос о роли этих микроорганизмов в этиологии и патогенезе ПРПО. В то же время гипердиагностика и необоснованная антибактериальная терапия в антенатальном периоде потенциально увеличивает риск персистенции резистентной флоры, затрудняет терапию новорожденных, а так же усиливает физиологический иммунодефицит беременных.

Целью настоящей работы явилось изучение роли *U. urealiticum* в генезе ПРПО и преждевременных родов.

Материал и методы. Нами проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 92 беременных и новорожденных. Все обследованные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 32 беременные с ПРПО в сроках 22–34 недель. Во 2-ю группу вошли 30 беременных с выраженными признаками угрожающих преждевременных родов. Всем беременным 1 и 2-ой группы проводилась токолитическая терапия сульфатом магния в суточной дозе 20 грамм или гинипралом, при отсутствии противопоказаний, в суточной дозе до 150 мкг. 3-ю (контрольную) группу составили 30 пациенток с физиологическим течением беременности завершившейся в сроке 38–41 неделю рождением живых доношенных новорожденных со средней массой 3220 грамм. Все дети контрольной группы были выписаны из родильного стационара на 5–6 сутки жизни в удовлетворительном состоянии.

Диагностику *U. urealiticum* проводили методом амплификации нуклеиновых кислот полимеразной цепной реакцией, отличающейся высокой специфичностью и чувствительностью в ПЦР лаборатории Медицинского центра «АВИЦЕННА». Материалом исследования служили содержимое цервикального канала и венозная кровь беременных, пуповинная кровь, венозная кровь и моча новорожденных, желудочно-эндотрахеальный аспират.

Результаты. Частота выявления *Ureaplasma urealiticum* в обследуемых группах составила 71,9% (n=23) в 1-ой группе, 63,3% (n=19) во 2-ой группе, 60% (n=18) в 3-ей группе и статистически не отличалась (p1, p2 > 0,05). Несмотря на выраженные признаки угрозы прерывания беременности во 2-ой группе преждевременные роды произошли в 46,7% случаев, своевременные – в 40% и в 6,1% случаев произошел ПРПО.

Заключение. Таким образом, данные статистического анализа показали, что выявление *Ureaplasma urealiticum* не является причиной преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов в сроках 22–37 недель беременности.

Также проведенный анализ не выявил достоверной связи между выявлением *Ureaplasma urealiticum* характером инфекционной патологии недоношенных новорожденных и течением неонатального периода в исследуемых группах.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМОЗГОВОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

Коростышевская А.М.¹, Вихтинская И.А.², Труфанов Г.Е.², Фокин В.А.²

¹ *Институт «Международный томографический центр», Новосибирск, Россия.*

² *Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.*

Введение. МРТ плода соответствует всем требованиям, предъявляемым к исследованиям беременных женщин, таким как: безопасность, неинвазивность и способность обеспечить хорошую визуализацию тканей и органов.

Материалы и методы. МРТ проводилась на 1,5Тл томографе Achieva (Philips, Нидерланды) плодам с 19 по 35 недель гестационного развития. Использовались гибкая катушка Sense-Body (для тела), различные виды сверх-быстрых импульсных последовательностей (HASTE, SSh-T2-TSE – TE=60-100мс, SSh-MRCP – TR/TE=8000/900мс, T1-FGE – TR/TE=150/4мс), кино-методика сканирования (DYN-B-FFE – Dynamic-Balanced-Fast-Field-Echo). Предварительные УЗИ были выполнены на аппаратах экспертного класса типа Voluson-730 Expert, GE.

Результаты исследования. При качественном анализе информативности УЗИ по сравнению с МРТ была установлена большая точность МРТ в топической и нозологической диагностике следующих аномалий развития: лицевой и шейной области (расщепления губы и неба, кистозных образований); легких и средостения (бронхогенных кист, цистаденомалола легких, диафрагмальных грыж, некоторых пороков сердца); органов брюшной полости и забрюшинного пространства (очаговых образований печени, кишечных атрезий, кистозных образований, патологии урогенитальной сферы); передней брюшной стенки (гастрошизис, омфалоцеле); дурального мешка (менингоцеле, миеломенингоцеле).

Заключение. Первые результаты МРТ плода показали широкие возможности метода в диагностике внемозговой патологии, которые позволяют еще до рождения ребенка выявлять специфические органические и функциональные изменения высокой прогностической значимости.

ДИАГНОСТИКА ПОДОСТРОЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПАТИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Коростышевская А.М.¹, Вихтинская И.А.³, Пиневская М.В.², Сметанко И.И.², Труфанов Г.Е.³,
Фокин В.А.³, Адаева Е.Н.²*

¹ Институт «Международный томографический центр», Новосибирск, Россия.

² Детская городская больница им. К.А. Раухфуса, Санкт-Петербург, Россия.

³ Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Подострая некротизирующая энцефаломиелопатия – редкое генетическое гетерогенное митохондриальное заболевание, характеризующееся прогрессирующими нейродегенеративными изменениями.

Цель исследования. Ознакомить специалистов по лучевым методам диагностики, неонатологов и неврологов, с алгоритмом диагностики подострой некротизирующей энцефаломиелопатии.

Материалы и методы. Ребенку 5,5 мес. со значительным ухудшением глотания, снижением веса, задержкой психомоторного развития с 4-х месяцев было проведено комплексное лучевое и клиничко-лабораторное обследование.

Результаты. УЗИ головного мозга: минимальное усиление эхогенности перивентрикулярной паренхимы и базальных ганглиев. МРТ головного мозга: симметричные диффузные зоны – гиперинтенсивные на T2-ВИ и ДВИ (со снижением коэффициента диффузии в зонах поражения на ИКД картах), изо-гипер- на TIRM и на T1-ВИ, от нижних холмиков четверохолмия, ножек мозга, а также в базальных ядрах (скорлупе, головках хвостатых ядер, бледных шарах) полушарий мозга. Результаты анализов крови на содержание пирувата и лактата, а также на тондемную спектрометрию – повышение уровня аланина, повышение содержания пирувата и лактата до 2,9 ммоль/л (N=0,5–1,6). Дифференциальный диагноз проводили с перинатальной асфиксией, лактат-ацидозом, глутаровой ацидурией I типа, другими органическими ацидопатиями.

Заключение. На основе комплексного клиничко-лабораторного и лучевого обследования (УЗИ, МРТ) ребенку был установлен диагноз митохондриальной энцефалопатии.

О НЕОБХОДИМОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

Корюков А.А., Петрова Н.С., Веснина О.В.

ФГУ «СПбИУВЭК ФМБА России».

Научно-методический медицинский многопрофильный центр «Орто».

Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы – показать необходимость ортопедической помощи у беременных женщин.

Вынашивание ребенка влияет на состояние опорно-двигательной системы (ОДС).

Материал и методы. Изменения ОДС у беременных характеризуются смещением общего центра масс, повышением нагрузки на поясничный отдел позвоночника с формированием гиперлордоза, растяжением мышц и связок в области таза, деформациями крупных суставов и костей тазового кольца. Увеличение веса беременной женщины негативно отражается на ходьбе и стопах. Для оценки выявляемых нарушений следует использовать УЗИ, клинические и биомеханические методы исследования.

Результаты и обсуждение. Вынашивание беременности осложняется дискомфортом, болями, в том числе и во внутренних органах, не только в связи с вышеуказанными биомеханическими нарушениями, но и при последствиях травм позвоночника и таза, наличии сколиоза и кифоза, деформаций крупных суставов и стоп. В процессе беременности целесообразны консультация врача ортопеда-травматолога для диагностики ортопедического статуса, определение реабилитационных мероприятий, назначение различных технических средств реабилитации (ТСР). Корсеты, дородовые и послеродовые бандажи, ограничители на суставы, ортопедические стельки, показаны беременным женщинам до и после родов.

Заключение. Планируемое исследование предполагает определить пути ортопедической помощи женщинам в различные сроки беременности.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кохно Н.И.¹, Кира Е.Ф.¹, Митьков В.В.²

¹ *Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова».*

² *Кафедра ультразвуковой диагностики ГОУ ДПО РМАПО Росздрава.*

Москва, Россия.

Цель исследования – определить достоверные прогностические ультразвуковые критерии невынашивания беременности во второй половине беременности.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе с целью определения корреляционных связей между ультразвуковыми признаками и исходами беременности было ретроспективно проанализировано течение беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов у 143 беременных 1 группы. Для уточнения диагностической ценности ультразвуковых признаков пациентки 1 группы были разделены на 4 подгруппы: 1а (n=27) – с наличием только истмикоцервикальной недостаточности (ИЦН), 1б (n=56) – с наличием эхографической патологии органов последа, 1в (n=29) – с сочетанием истмико-цервикальной недостаточности и признаками эхографической патологии органов последа, 1г (n=31) – с сочетанием истмико-цервикальной недостаточности, признаков эхографической патологии органов последа и внутриутробного инфицирования плода. Критерием исключения в данной группе было проведение комплексного обследования, лечение инфекционно-воспалительной патологии родовых путей и проведение стационарного лечения при угрозе невынашивания. Контрольную группу составили 114 беременных, у которых при УЗИ не было выявлено вышеперечисленных ультразвуковых признаков.

На втором этапе мы провели проспективное исследование, в которое включили пациенток, у которых была выявлена инфекционно-воспалительная патология родовых путей, истмико-цервикальная недостаточность, различное сочетание эхографических признаков внутриутробной инфекции. Всем пациенткам этой группы мы проводили этиологически и патогенетически обоснованное лечение. Эффективность проводимой терапии определяли по статистике исходов беременности, состоянию новорожденных.

Методы исследования включали акушерско-гинекологический осмотр, бактериологическое и бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища, ультразвуковое исследование. Истмико-цервикальную недостаточность диагностировали при ультразвуковых исследованиях беременных трансабдоминальным доступом при нетугом (комфортном) наполнении мочевого пузыря или наличии небольшого количества остаточной мочи. Измеряли протяженность закрытой части цервикального канала и диаметр открытого внутреннего зева. Диагноз «Истмико-цервикальная недостаточность» выставляли при длине закрытой части шейки матки менее 20 мм в сочетании и без расширения внутреннего зева. Патологию органов последа диагностировали при наличии утолщения плаценты, нарушения ее структурности, утолщении вартонова студня пуповины, наличии мелко- и крупнодисперсной взвеси в околоплодных водах ранее 28 недель беременности, нарушении количества околоплодных вод. Внутриутробное инфицирование (ВУИ) плода диагностировали при наличии 2 и более ультразвуковых признаков: гепатомегалия в сочетании с усилением сосудистого рисунка, кардиомегалия в сочетании с экзогенными включениями, пневмомегалия в сочетании с повышением экзогенности и усилением сосудистого рисунка, выпоты в полостях (гидроперикард, гидроторакс, асцит), повышение экзогенности кишечника, венрикуломегалия в сочетании с экзогенными включениями в мозге плода.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных показал, что даже при отсутствии каких либо УЗ-признаков несостоятельности истмического отдела, признаков инфицирования органов последа и плода возникает преждевременная родовая деятельность (4,4% в контрольной группе). Преждевременные роды произошли в разном проценте случаев в каждой подгруппе 1 группы: 1а – 15 случаев (55,6%), 1б – 25 наблюдений (44,6%), 1в – 23 (79,3%), 1г – 31 (100%).

Для определения достоверности прогностических ультразвуковых критериев мы вычислили диагностическую чувствительность, специфичность, точность монопризнака или сочетания УЗ-критериев патологии органов последа и плода, а также прогностическую ценность положительного и отрицательного результата. Оказалось, что диагностическая чувствительность высока при сочетании признаков ИЦН и патологии последа (95%) и комплексе выявляемых признаков – ИЦН, патологии последа и внутриутробного инфицирования плода (96%). При наличии монопризнаков (ИЦН или патология последа) чувствительность ниже (76%) в обеих группах. Диагностическая специфичность равнялась 1 при наличии всех ультразвуковых признаков нарушения истмико-цервикального отдела, эхографического изображения органов последа и плода. При сочетании поражения плаценты, наличия взвеси в околоплодных водах, нарушении количества околоплодных вод в сочетании с ИЦН специфичность была несколько ниже, чем в 1г группе, но достаточно высокой (82%). Специфичность монопризнаков (ИЦН или патология последа) колебалась от 61 до 65%.

Прогностическая ценность положительного результата, отражающая вероятность преждевременных родов, оказалась абсолютной при наличии комплекса патологии – ИЦН, ВУИ, патология последа (1г подгруппа). При наличии ИЦН и признаков патологии плаценты, пуповины, нарушения количества и качества околоплодных вод риск преждевременных родов достигает 79%. В то же время наши исследования показали, что у женщин с ультразвуковыми признаками ИЦН только в 55% наблюдений могут произойти преждевременные роды. И еще ниже вероятность при наличии только патологии плаценты, пуповины, околоплодных вод (45%). В то же время полученные данные указы-

вают на высокую диагностическую и прогностическую значимость ультразвуковых признаков.

В группе проспективного наблюдения назначаемые этиологически и патогенетически обоснованное лечение инфекций экстрагенитальных очагов и мочеполовых путей (микоплазмоз, уреоплазмоз, хламидиоз, цистит, пиелонефрит), санация половых путей при дизбиозе влагалища и неспецифическом вагините, дотация лактобактерий при дизбиозе влагалища, копростазе и на этапе восстановительного лечения после антибиотикотерапии, показали эффективность такого подхода к ведению беременности. Критерием эффективности явились отсутствие клинических и ультразвуковых признаков угрозы преждевременных родов, отсутствие или невыраженность ультразвуковых, клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в организме беременной, а также состояние новорожденных. В этой группе все новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов в сроки 38–40 недель.

Выводы. Пути профилактики невынашивания инфекционной этиологии:

- настороженность врача, патронирующего беременность, при наличии высокого риска внутриутробного инфицирования, на выявление активации инфекционного процесса в организме беременной;
- нацеленность врача УЗИ на прицельное изучение структуры плаценты, пуповины, легких, печени, сердечно-сосудистой системы и головного мозга плода на ранних этапах развития;
- сопоставление данных клинико-лабораторного и ультразвукового обследования беременной;
- назначение этиологически и патогенетически обоснованного лечения инфекции у беременной, санация родовых путей минимум дважды в течение беременности, восстановление дизбиоза влагалища и кишечника, сохранение нормоценоза влагалища беременной женщины.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ

*Кривоногова Т.С., Михалев Е.В., Рыжакова Н.А., Терентьева А.А.,
Быбченко Е. Г., Бабилова Ю.А., Соловьева С.А.
ГБОУ ВПО СибГМУ, г. Томск, Россия.*

Целью работы явилась разработка оздоровительных технологий по снижению гипоксических и травматических поражений центр ЦНС у детей.

Материал и методы исследования. Обследовано 650 беременных женщин с экстрагенитальной патологией и их дети от рождения до 10 лет. Для определения адаптационных типов использовали метод Н.В.Бокучава и Г.В.Мамасаклисова. ПОЛ оценивали с помощью малонового диальдегида. Антиокислительную активность флюориметрическим методом. Определение стрессирующих гормонов (кортизол, инсулин).

Результаты и их обсуждение. Оздоровительные технологии способствовали формированию компенсаторных (53%) и адаптивных (41%) типов, функциональные резервы этих детей были высокими (100%) при достаточно низкой степени напряжения (73%), отмечалось достоверное понижение МДА ($p < 0,001$) и стабильное повышение ($p < 0,001$) уровня вит. Е в 2 раза. Ранний неонатальный период у этих детей протекал благоприятно, и лишь у 13,8% детей диагностированы поражения ЦНС легкой степени, тогда как в группе сравнения составили 53,3% детей.

В динамике развития детей в возрасте 10 лет заболеваемость оставалась высокой в группе сравнения и составили 87,0%, тогда как в основной группе детей заболеваемость снизилась в 4 раза – 19,3%.

Заключение. Оздоровительные мероприятия позволяют снизить частоту гипоксических и травматических поражений ЦНС у детей (13,8%), способствуют повышению адаптационных возможностей и коррекции дисфункций и нарушений в эндокринной системе и ТБК-активных продуктов.

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

*Кривоногова Т.С., Михалев Е.В., Тютева Е.Ю., Бабилова Ю.А., Соловьева С.А., Быбченко Е.В.
ГБОУ ВПО СибГМУ, г. Томск, Россия.*

Цель работы верифицирование клинических синдромов и оценка эффективности применения схем инстенон и кортексина.

Материал и методы исследования. Обследовано 147 детей с ПП ЦНС в возрасте от 5 дней до 3 лет. Детям проведены УЗИ головного мозга, ЭЭГ, клинико-неврологическое, доплерографическое исследования. Рентгенография позвоночника в 2-х проекциях.

Результаты и их обсуждение. Обследование детей выявило наличие внутричерепной гипертензии у 104 детей (70,7%), вертебрально-базиллярной недостаточности – 98 (66,7%), синдрома вегетативных дисфункций – 63 (42,8%), синдром нервно-рефлекторной возбудимости – 33 (20,8%) детей, изменение на глазном дне – 46 (31,3%)

детей. Результаты ЭЭГ - наличие низковольтной биоэлектрической активности коры головного мозга в 77% случаев, угнетение основных биоритмов в условиях гиперкапнии – 33,4%. Анализ доплерографии выявил скрытую сосудистую неполноценность с ограничением кровотока в позвоночных артериях (67,3%) и ангиоспастическое уменьшение пульсового кровенаполнения (46,9%). Признаки вертебрально-базилярной ишемии сочетающиеся с признаками сосудистой неполноценности в бассейне сонных каротид выявлены у 63 (42,9 %) детей. В группе детей, получавших комплексную терапию отмечалось повышение эффективности противоотечной терапии, снижение внутричерепной гипертензии, более быстрое восстановление нейрорефлекторной функции ЦНС.

Заключение. Применение сочетанных схем инстенона и кортексина являются важными компонентами в оптимизации технологии лечения церебральных нарушений у детей.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Крюкова И.А., Иова А.С., Крюков Е.Ю., Потешкина О.В., Иова Д.А.

*Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия.
Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия.
Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования – оценить возможности ультразвукографии (УС) при переломах костей свода черепа у новорожденных.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе неонатального центра Детской городской больницы № 1 в период с 2003 по 2010 гг. Всем новорожденным при подозрении на перелом костей свода черепа (местный отек тканей, беспокойство ребенка при пальпации кости, кефалогематома, выраженный родовой отек) проводилась УС черепа (Иова А.С., 1996 г.). Обследованы 216 новорожденных. Использовались аппараты «Acuson Aspen», «Terason t 3000» с линейным датчиком 5-10 МГц. Сканирование осуществлялось через водный болус (резиновый баллон, заполненный водой), который располагался между датчиком и исследуемым участком головы. Переломы костей свода были выявлены у 86 новорожденных (линейные у 67, вдавленные у 19). При линейных переломах отмечалось прерывание гиперэхогенного рисунка кости и наличие гипоэхогенной «дорожки» под областью перелома. При вдавленном – вдавление наружной и внутренней пластинки в полость черепа. Все случаи переломов верифицированы рентгенографией или компьютерной томографией в костном режиме. Чувствительность метода составила – 95% при линейных переломах, 100% – при вдавленных.

Выводы: УС-краниография является простым, доступным, безопасным и эффективным методом оценки состояния костей свода черепа у новорожденных и младенцев.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СКРИНИНГА В НЕОНАТАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

Крюкова И.А., Иова А.С., Потешкина О.В.

*Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия.
Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия.
Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования – совершенствовать скрининг-диагностику структурных внутричерепных изменений (СВИ) у новорожденных и младенцев.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2005 по 2010 гг. на базе Детской городской больницы №1, родильных домов N10 и N11. Обследовано 1083 новорожденных. Для выбора оптимального скрининг-теста – методики нейросонографии (НСГ), были сформированы две группы здоровых доношенных новорожденных с размерами большого родничка не менее 1,5 x 1,5 см. В I группе (n = 100) НСГ проводилась по чрезродничковой методике (Grant E. G., 1986), а во II (n = 100) - по транскраниально-чрезродничковой (Иова А.С., 1996). Возможности методик сравнивались при помощи разработанного «Нейротеста-70». В III группу (n=883) включены новорожденные, обследованные в условиях сплошного нейроскрининга в родильном доме и в возрасте 3 месяцев. Результаты и их обсуждения. Возможности чрезродничковой НСГ по «Нейротесту-70» соответствовали лишь 39 баллам (из необходимых 70), что указывает на невозможность обеспечения визуализации всего внутричерепного пространства. Возможности же транскраниально-чрезродничковой НСГ по «Нейротесту-70» соответствовали 70 баллам. Анализ пациентов 3 группы показал, что ультразвуковые признаки различных интранатальных СВИ и их последствий разделены хронологически. Это требует в «идеальных» условиях трехкратного применения НСГ (1, 5 сутки жизни, 3 месяца).

Вывод. Единственный путь обеспечить раннюю диагностику СВИ у новорожденных и младенцев – это програм-

ма сплошного нейроскрининга с трехкратным применением (1, 5 сутки, 3 месяца жизни) скрининг-теста (транскраниально-чрезродничковой нейросонографии).

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузнецов Р.А., Рачкова О.В., Перетятко Л.П.

Федеральное государственное учреждение

«Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»

Минздравсоцразвития РФ.

При патоморфологическом исследовании ворсинчатого хориона и эндометрия при самопроизвольном аборте и неразвивающейся беременности в первом триместре диагностируется первичная плацентарная недостаточность (ППН). Предшествующими исследованиями нами определены основные морфологические критерии ППН: нарушение роста и дифференцировки ворсинчатого хориона, незавершенность гравидарной трансформации эндометрия, недостаточность первой волны цитотрофобластической инвазии. С целью изучения иммуноморфологических параметров ППН проведено исследование экспрессии ряда цитокинов (VEGF, TGF- β 2, TNF- α , PECAM-1), контролирующих процесс созревания плацентарных структур и активность инвазии цитотрофобласта. При ранних репродуктивных потерях отмечено повышение уровня провоспалительного цитокина TNF- α в клетках ворсинчатого и вневорсинчатого трофобласта, децидуальных клетках, клетках воспалительных инфильтратов. Уровень экспрессии VEGF резко снижен как в хориальных ворсинах, так и децидуальной ткани. Снижение индекса экспрессии TGF- β 2 в эпителии ворсин при ППН сочетается с повышением его уровня в децидуальных клетках, что является одним из факторов недостаточности цитотрофобластической инвазии. Кроме того, снижение экспрессии адгезивной молекулы PECAM-1 в клетках внутрисосудистого инвазивного цитотрофобласта объясняет незавершенность гестационного ремоделирования спиральных артерий эндометрия. Таким образом, дисбаланс регуляторных цитокинов в ворсинчатом хорионе и эндометрии может рассматриваться в качестве диагностического критерия ППН.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА МПК У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кузнецова Л.В., Зазерская И.Е.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,

Санкт-Петербург, Россия.

Дефицит эстрогенов, возникший у женщин репродуктивного возраста играет важную роль в патогенезе постменопаузального остеопороза. Использование патогенетической гормональной терапии половыми стероидами в низких дозах (1 мг эстрадиола валерата) позволяет остановить процесс резорбции костной ткани, и, тем самым, снизить риск переломов, связанных с остеопеническим синдромом. Стронция ранелат (бивалос) – позитивно разобщает взаимосвязанные процессы костного обмена и приводит к восстановлению баланса в пользу образования костной ткани. Актуальным остается вопрос состояния МПК при применении комбинации низкодозированных (1 мг эстрадиола валерата) форм ГТ и стронция ранелата.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния МПК при применении комбинации низкодозированных (1 мг эстрадиола валерата) формы ГТ и стронция ранелата. Группу исследования составили 26 женщин постменопаузального возраста (средний возраст обследованных составил $55,1 \pm 0,3$ года), получавших в течение 24 месяцев терапию остеопенического синдрома низкими дозами половых стероидов и стронция ранелат на фоне препаратов кальция (1000 мг) и витамина Д3 (400МЕ). МПК определяли методом двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрии (DXA) на аппарате QDR 4500C фирмы Hologic (США).

В результате у пациенток, получавших низкие дозы эстрогенсодержащих препаратов в комбинации со стронция ранелатом динамика Т-критерия за 2 года терапии в L1-L4 составила 5,8%, в проксимальном отделе бедра и в дистальном отделе предплечья по 4,6%. Распределение МПК по субрегионам скелета оказалось достаточно равномерным у пациенток данной группы на протяжении всего периода наблюдения.

Таким образом, выявлена эффективность в увеличении МПК у женщин с остеопеническим синдромом при комбинации низкодозированных препаратов половых стероидов (1 мг эстрадиола) и стронция ранелата с применением препаратов кальция и витамина Д, что обеспечивает продолжительную эффективность в профилактике переломов.

ОПРАВДАНА ЛИ ДЛИТЕЛЬНАЯ ВИТАМИНИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ?

Кузнецова М.А.

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития РФ, г. Саратов, Россия
Кафедра педиатрии ФПК и ППС.*

Коммерциализация проблемы гиповитаминозов привела к массовому назначению беременным и кормящим женщинам огромного количества витаминно-минеральных комплексов (ВМК) отечественного и зарубежного производства. Спрогнозировать и тем более отследить последствия такого стихийного и никем не контролируемого потребления ВМК трудно.

Цель исследования – оценить результаты длительной витаминизации беременных.

Материалы и методы – клиническое обследование 38 детей грудного возраста, матери которых длительно принимали ВМК.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что ВМК назначаются акушерами-гинекологами подчас без учета социального, нутритивного и соматического статуса женщин, т.к. все обследованные жили в материальном достатке, полноценно и разнообразно питались, имели нормальные или высокие показатели индекса Кетле (83,4%), находились в благоприятном репродуктивном возрасте (90%), вынашивали первого ребенка (94%). Минимальный курс витаминизации составил 24 недели непрерывного употребления ВМК, максимальный – 54 недели (многие матери продолжали принимать препараты после родов для стимуляции и/или поддержания лактации). Последствиями длительной витаминизации матерей со стороны детей явились: макросомия при рождении (26%), высокие ежемесячные прибавки в массе тела (52%) и метаболический синдром в последующем (15%), маленькие размеры большого родничка при рождении (59%) и его преждевременное закрытие (29,6%), раннее (в 3,5–4 месяца) прорезывание молочных зубов (41,5%), ранняя (в первые 3 месяца) манифестация атопического дерматита и, в связи с этим, необоснованный перевод с грудного молока на гипоаллергенные смеси (29,5%), приобретенный гипертензивный синдром (7,4%), бронхиальная обструкция (7,4%).

Следовательно, все выявленные изменения в состоянии здоровья детей следует расценивать как ятрогенные последствия избыточной витаминизации беременных и кормящих женщин. При назначении ВМК необходимо помнить, что все они в первую очередь являются активными фармпрепаратами, способными вмешиваться в естественный ход развития плода и ребенка. Не следует также забывать, что любая фармакотерапия в период беременности и лактации предполагает колоссальную ответственность врача.

ФАКТОРЫ РИСКА ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кулигина М.В., Комарова И.А.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им.В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития РФ, Иваново, Россия.

Несмотря на положительную тенденцию изменения соотношения родов и аборт, проблема профилактики нежелательной беременности, ее прерывания искусственным аборт является по-прежнему одной из актуальных задач женской консультации.

Для прогнозирования прерывания беременности искусственным аборт у женщин, имеющих детей, по результатам сравнительного анализа, основанного на вероятностном методе Байеса и последовательном анализе Вальда, в группах сравнения в зависимости от планируемого репродуктивного выбора (1 группа – женщины, не планирующие рождение ребенка и предполагающие прерывание беременности искусственным аборт; n=175; 2 группа – женщины, планирующие рождение ребенка и планирующие сохранение беременности и завершение ее родами; n=253) выявлены 19 факторов риска. Наибольшей информативностью обладают социально-гигиенические факторы риска, суммарная доля которых от общей информативности составила 75,4%, среди которых ведущими являются: «планируемое рождение только одного ребенка» (Iх=106,64), «табакокурение» (Iх=50,43) и «плохие внутрисемейные взаимоотношения» (Iх=35,0). Среди медико-биологических факторов риска ведущими являются «возраст старше 30 лет» (Iх=60,9) и «искусственное прерывание беременности после первых родов» (Iх=52,6). Использование построенной прогностической таблицы позволяет с вероятностью более 87% сформировать контингент повышенного риска с целью проведения дифференцированных профилактических мероприятий, начиная с периода послеродовой реабилитации.

ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НА ИСХОДЫ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кянксен А.Н., Пулин А.М., Смирнова Т.В., Монастырева Л.В., Кадышевич Ж.Г., Михайлов А.В.

Родильный дом №17.

Детская городская больница №17 Святителя Николая Чудотворца.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.

Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования – сравнение исходов у детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, получавших с первой минуты жизни респираторную поддержку методом дыхания с постоянным положительным давлением через носовые канюли (ППДН) или механическую искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

Материал и методы исследования. В исследование включены новорожденные дети, родившиеся в течение 2008–2009 года в родильном доме №17 и переведенные на второй этап выхаживания в отделения реанимации и интенсивной терапии детских стационаров города.

Критериями включения в исследование являлись масса тела менее 1500 г. и срок беременности менее 32 недель. Регистрация снижения частоты сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту на первой минуте жизни было критерием исключения. Критериям включения соответствовали 61 новорожденный.

В группу детей, получавших респираторную поддержку методом ППДН с первой минуты жизни, было включено 32 новорожденных ребенка, средняя масса тела которых составила 920 г. (417–1300 г.), а средний гестационный возраст – 27 (24–30) недель. В группу детей, получивших с рождения респираторную поддержку методом ИВЛ, вошло 29 пациентов. Средняя масса тела больных в этой группе составила 831 г. (498–1200 г.), а средний гестационный возраст – 26 (22–31) недель.

Показанием для введения препарата экзогенного сурфактанта «Curosurf» (Chiesi Farmaceutici) в обеих группах служило сохранение в возрасте 30 минут жизни потребности в кислородной поддержке (содержание кислорода в дыхательной смеси $\geq 40\%$) для обеспечения уровня сатурации гемоглобина крови в пределах 85–93% или выраженные проявления диспноэ (оценка по шкале Сильвермана >4 баллов).

Перевод на второй этап выхаживания осуществлялся бригадой реанимационно-консультативного центра новорожденных. Диагноз бронхолегочной дисплазии (БЛД) ставился при наличии потребности в кислороде для поддержания сатурации гемоглобина крови на уровне 92–95% в возрасте 36 недель коррегированного возраста. Для опровержения истинности нулевой гипотезы о наличии связи была использована статистика χ^2 (точный двусторонний критерий Фишера).

Результаты исследования и обсуждение. У 13 из 32 детей, получавших дыхательную поддержку методом ППДН, респираторная адаптация была успешной и произошла в течение первых 30 минут после рождения. Они не достигли критериев для введения препарата экзогенного сурфактанта. 11 новорожденных детей из этой группы потребовали перевода на ИВЛ в связи с нарастанием дыхательной недостаточности.

В группе детей, получавших респираторную поддержку методом ППДН, потребность во введении препарата экзогенного сурфактанта была отмечена в 19 случаях из 32. В группе детей, получавших респираторную поддержку методом ИВЛ, критериев для введения препарата экзогенного сурфактанта достигли 27 из 29 пациентов. Риск возникновения потребности в сурфактант-терапии в группе детей, получавших ИВЛ с момента рождения, значительно выше, чем в группе пациентов, получавших респираторную поддержку методом ППДН (RR 4,40 (1,18<RR<16,36) CI 95%, $p<0,003$).

Дети, получавшие респираторную поддержку методом ИВЛ, имели и более высокий риск развития БЛД 36-ой недели коррегированного гестационного возраста (RR 1,77 (1,09<RR<2,85) CI 95%, $p<0,05$). Частота этой патологии в группе детей, получавших респираторную поддержку методом ППДН, составила 4 случая из 32, против 10 случаев из 38 в группе детей, получавших респираторную поддержку методом ИВЛ.

В группе детей, получавших респираторную поддержку методом ППДН, имело место 3 летальных исхода. В группе пациентов, получавших респираторную поддержку методом ИВЛ, риск летального исхода был выше – погибло 9 пациентов из 38 (RR 1,84 (1,15<RR<2,94) CI 95%, $p<0,04$).

Полученные нами результаты согласуются с опубликованным ранее исследованием. А. Kribs, et al (2007) опубликовали данные, согласно которым в группе детей, получавших респираторную поддержку методом ППДН, была отмечена меньшая летальность, чем в группе пациентов, которым в родильном зале проводилась ИВЛ. Авторы также получили снижение риска развития внутрижелудочковых кровоизлияний III-IV степени в группе детей, получавших респираторную поддержку методом ППДН. В нашем исследовании не было выявлено данной закономерности, вероятно, вследствие малого числа пациентов в сравниваемых группах.

Заключение. Полученные нами данные позволяют сделать вывод, что применение метода дыхания в режиме ППДН с первых минут жизни может быть эффективной альтернативой применению ИВЛ в родильном зале. При-

менение этого метода ассоциируется со снижением риска летального исхода, развития БЛД 36-ой недели коррегированного гестационного возраста и снижением потребности в сурфактант-терапии у детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.

CD8+ЛИМФОЦИТЫ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Лазарева Ю.Ю., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В., Панова И.А.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития РФ, г. Иваново, Россия.

При гестозе увеличение проницаемости плацентарного барьера для антигенов плодового происхождения может приводить к образованию эффекторных клеток, большая часть которых реализует свою функцию и апоптирует из организма, но небольшой пул приобретает свойства клеток памяти.

Целью работы было выявить особенности дифференцировки CD8+лимфоцитов в периферической венозной крови и в децидуальной оболочке плаценты при гестозе. Методом проточной цитометрии исследовали содержание наивных (Tn-CD45RA+CD62L+), центральных (Tcm-CD45RA-CD62L+), претерминально-дифференцированных (Tem-CD45RA-CD62L-) и терминально-дифференцированных (Temra-CD45RA+CD62L-) клеток памяти в популяции CD8+ (ЦТЛ).

Установлено, что в популяции ЦТЛ на системном уровне при гестационной артериальной гипертензии (ГАГ) и тяжелой преэклампсии (ПЭ) в отличие от неосложненной беременности достоверно снижался уровень Tem, возрастало содержание Temra, и имелась тенденция к снижению Tn. При тяжелом ПЭ отмечалось достоверное снижение Tcm, а уровень Temra был достоверно ниже, чем в группе женщин с ГАГ. Независимо от степени тяжести гестоза на локальном уровне имелась тенденция к возрастанию уровня Tcm. Только для группы с ГАГ было характерно достоверное снижение Temra и отмечалась тенденция к повышению Tem. В группе с ПЭ достоверно снижался уровень Tem и имелась тенденция к возрастанию содержания Tn.

Таким образом, сдвиг дифференцировки ЦТЛ в сторону формирования пула наиболее мощных эффекторных клеток, позволяет предположить, что в основе иммунных механизмов развития гестоза лежит длительная и массивная антигенная стимуляция материнских лимфоцитов, в том числе и АГ плодового происхождения.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ НЕОНАТАЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ

Лазурина И.Г., Иванов Д.О.

*Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

Цель: выявление особенностей когнитивного дефицита у недоношенных детей, перенесших тяжелую неонатальную патологию.

Гипотеза: недоношенность и тяжелая неонатальная патология способствует формированию комплексного когнитивного дефицита у детей.

Характеристика испытуемых: Экспериментальная группа. В группу вошли 20 детей 8-9 лет, находившиеся на отделении ранней реанимации и интенсивной терапии во второй половине 1994 года, и имеющие срок гестации 31-37 недель. Все обсуждаемые дети посещают общеобразовательную школу (1-2 класс, программа 1-3 и 1-4). Дети были обследованы на базе детской городской больницы № 1.

Контрольная группа. В контрольную группу вошли 19 детей, которые на основании изучения медицинской документации были признаны здоровыми, дети обучаются во 2-х классах 441 общеобразовательной школы, Фрунзенского района, города Санкт-Петербурга..

Методики: проективная методика «Птица», направленная на изучение различных аспектов интеллектуальной деятельности; методики, направленные на изучение восприятия разных модальностей («волшебные мешочки», ритмы, зашумлённое изображение); методики, направленные на изучение кратковременной и долговременной, вербальной и невербальной памяти (10 слов, 9 фигур); 5 субтестов методики Векслера: вербальный компонент мышления («Сходство» и «Словарь»), невербальный компонент («Кубики Коса», «Шифровки» и «Лабиринты»).

Методы статистической обработки данных: для сравнительного анализа данных был выбран критерий U-Манна-Уитни.

Результаты: Сравнительный анализ показателей экспериментальной и контрольной группы позволил выявить следующие особенности когнитивного развития у недоношенных детей в младшем школьном возрасте:

Недоношенные дети, перенесшие тяжелую неонатальную патологию, имеют следующие особенности проявлений когнитивного дефицита в младшем школьном возрасте: выявлено снижение показателей зрительного, тактильного и слухового восприятия, снижение показателей кратковременной, долговременной и результативности вербальной памяти, а также снижение показателей невербальной кратковременной и долговременной памяти; снижение показателей невербального компонента мышления, снижена способность к программированию деятельности, самоконтролю, интерес и сила побуждения к интеллектуальной деятельности.

Выводы: Во-первых, особенностью проявления когнитивного дефицита в результате тяжелой неонатальной патологии является комплексное снижение в области познавательных процессов: восприятия разной модальности, памяти и мышления. Во-вторых, существуют особенности проявлений когнитивного дефицита у недоношенных детей в младшем школьном возрасте: это снижение программирования, самоконтроля, интереса и силы побуждения к интеллектуальной деятельности.

ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ ЭКГ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Леонова И.А.¹, Хомич М.М.¹, Петрова Н.В.¹, Криштофик О.Ю.², Горохова В.А.³, Паршина А.Е.³

¹ Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

*² Ленинградское областное государственное учреждение здравоохранения «Детская клиническая больница»,
Санкт-Петербург, Россия.*

*³ ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»
Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.*

Используемый уже более 100 лет метод электрокардиографического исследования по-прежнему является актуальным для диагностики нарушений ритма, проводимости и возбудимости сердечной мышцы. Несомненным достоинством метода является возможность неинвазивной оценки трофики миокарда.

Однако у новорожденных использование ЭКГ ограничено определенными трудностями, связанными с достаточно высокой вариабельностью получаемых показателей, обусловленных адаптацией организма к постнатальной жизни и элементом субъективности при ручной обработке показателей.

Для установления возможности использования автоматизированной оценки показателей ЭКГ у новорожденных был проведен автоматический съем и обработка данных ЭКГ 154 новорожденных, родившихся на сроке гестации 36-40 недель с помощью комплекса автоматизированной интегральной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы «Кардиометр-МТ» (Микард, Санкт-Петербург), с последующим выявлением зависимости измеренных показателей от срока гестации, антропометрических данных.

Проведенный анализ подтвердил наличие четкой корреляционной связи как интервальных так и амплитудных показателей от исследуемых параметров. Так интервал RR коррелирует со всеми антропометрическими показателями. Интересно, что наиболее тесная связь выявлена с окружностью головы ($r^2 = 0,55$) и груди ($r^2 = 0,56$). При анализе других интервальных показателей так же выявлена зависимость от отдельных данных антропометрии, что наиболее значимо отразилось в корреляции интервала QRS с уровнем упитанности ($r^2 = 0,46$).

Аналогично получена зависимость для показателей, определяющих положение ЭОС. Особо следует отметить корреляцию всех исследуемых показателей с длиной тела и гестационным возрастом, а так же зависимость угла комплекса QRS от всех параметров (масса тела, длина тела, уровень упитанности, окружность головы и груди, постконцептуальный возраст).

Корреляция амплитудных показателей ЭКГ особо значима для амплитуды комплекса QRS ($r^2 = 0,56$ с массой тела, $r^2 = 0,58$ с уровнем упитанности и $r^2 = 0,52$ с окружностью головы).

Оценка показателей реполяризации и деполаризации у новорожденного затруднительна, так как подвержена значимому влиянию множества факторов (зрелость миокарда, трофика, позиционные изменения и так далее), поэтому была произведена оценка соотношения амплитуд зубца Т к сумме амплитуд желудочкового комплекса, что позволяет более точно судить о соотношении процессов ре- и деполаризации. Установлено уменьшение значения этого показателя в зависимости от гестационного возраста, особенно четко определяемое в отведениях V_1 и V_4 , что может свидетельствовать о продолжающемся созревании миокарда.

Таким образом, показатели ЭКГ новорожденных, полученные при помощи автоматизированной оценки прибором «Кардиометр-МТ», коррелируют с показателями срока гестации, антропометрическими данными и определяют возможность использования автоматизированной оценки электрокардиограммы как для скрининг обследования, так и для динамического мониторинга с целью раннего выявления отклонений, в том числе нарушений трофики миокарда.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ МОНИТОРИНГ ВАНКОМИЦИНА В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Лобанова Е.В.¹, Чумакова Г.Н.¹, Грозина Н.А.¹, Лукьянова Т.Н.², Соснина Т.А.², Турабова А.Л.²

¹Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия.

²ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», Архангельск, Россия.

Введение. Антибиотики – одни из наиболее часто назначаемых медикаментов у новорожденных детей. В 2003 году 13% новорожденных РФ получали антибактериальную терапию (Е.Н. Байбарина, 2005). Все антибактериальные препараты обладают не только избирательным влиянием на микробы, но воздействуют и на процессы обмена веществ человека, вызывая различные нежелательные побочные эффекты, которые могут быть очень опасны, особенно у новорожденных детей (Н.П. Шабалов, 1993). Препаратом выбора при тяжелых инфекциях, вызванных метициллинрезистентными стафилококками, ампициллинрезистентными энтерококками и пенициллинрезистентными пневмококками является ванкомицин. По данным отечественной литературы сведений об исследовании фармакодинамики ванкомицина на фоне комплексной терапии у новорожденных детей на втором этапе выхаживания недостаточно.

Цель: проведение лекарственного мониторинга ванкомицина в неонатальной практике ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» г. Архангельска (АОДКБ).

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: когортное проспективное. Проводилось сплошное исследование образцов сыворотки крови на определение концентрации ванкомицина у новорожденных детей, находившихся на лечении в неонатальных соматических отделениях АОДКБ за период ноябрь–декабрь 2008г. В лечении применялся препарат Эдицин (Lek, Словения) в разовой дозировке 10–15мг/кг, кратность введения антибиотика недоношенным детям определялась постконцептуальными и хронологическими возрастными периодами ребенка (Neofax, 2006). Средняя концентрация Ванкомицина в сыворотке крови исследовалась за 30 минут до введения препарата, максимальная концентрация – через 30 минут после его введения с помощью метода флуоресцентного поляризационного иммуноферментного анализа.

Дополнительно всем детям, получающим курс ванкомицина, проведено исследование звукоактотеста, общего анализа крови, общего анализа мочи, уровня мочевины и креатинина сыворотки крови до начала курса терапии и после его окончания.

Исследуемая группа составила 32 человека.

Группа №1: недоношенные дети – 22 человека (68,7%). Вес на момент начала терапии ванкомицином – Me=1608г (1243; 2010); n=22; постконцептуальный возраст на момент начала терапии – Me=33недели (31; 36); n=22.

Группа №2: доношенные дети – 10 человек (31,3%). Вес на момент начала терапии ванкомицином – Me=3500г (2789; 3831); n=10; постконцептуальный возраст на момент начала терапии – Me=41неделя (38; 42); n=10.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена программой SPSS 13.0. Полученные количественные данные имели скошенное распределение и представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 перцентилей. Сравнение количественных показателей в группах проводилось при помощи критерия Вилкоксона. При проведении корреляционного анализа использован коэффициент корреляции Кендалла.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем новорожденным детям до назначения ванкомицина уже проводилась антибактериальная терапия; в 96,9% двумя антибиотиками (в т. ч. аминогликозидами). Ванкомицин как монотерапия не применялся и вводился только в составе комплексной антибактериальной терапии (цефалоспорины III поколения или имепинемы и метронидазол). Средняя длительность курса составила 9,0 дней (8,0; 12,5); n=32. Дополнительное лекарственное воздействие, получаемое в период антибактериальной терапии: парентеральное питание 81,3%, антимикотики 40,6%, введение иммуноглобулина 31,3%, переливание фильтрованной эритроцитарной массы 15,6%. Ведущими причинами для назначения ванкомицина стали пневмония (56,3%) и сепсис (18,8%). До назначения терапии ванкомицином исследовались бактериальные посевы крови, ликвора, назофарингеального секрета. Из 43,8% положительных высевов в 50,0% случаев выделены метициллинрезистентные стафилококки (коагулазонегативные, *St.aureus*), в 15% случаев – ампициллинрезистентные энтерококки.

Средняя концентрация ванкомицина в сыворотке крови у недоношенных детей (Me 6,1мкг/мл (3,4; 10,1), n=18) выше, чем у доношенных детей (Me 4,3мкг/мл (2,1; 5,6), n=9), W=102мкг/мл, Z=-1,2, p=0,21. Максимальная концентрация ванкомицина в сыворотке крови у недоношенных детей (Me 24,2мкг/мл (18,9; 25,2), n=16) выше, чем у доношенных (Me 16,5мкг/мл (12,6; 22,4), n=9); W=84мкг/мл, Z=-1,9, p=0,06.

Максимальная концентрация ванкомицина обратнопропорционально связана со сроком гестации, постконцептуальным возрастом и массой тела на момент начала терапии ($\tau=-0,33$, n=25, p=0,02; $\tau=-0,3$, n=25, p=0,037 и $\tau=-0,29$, n=25, p=0,047 соответственно). Между средней концентрацией ванкомицина и массой тела при рождении и на момент начала терапии так же прослеживается одинаковая обратнопропорциональная связь ($\tau=-0,29$, n=27, p=0,033).

При исследовании показателей общего анализа крови выявлены следующие изменения: нейтропения (<1500 клеток) зафиксирована в 25%, одинаково часто в группе доношенных и недоношенных детей; повышение уровня эозинофилов более чем в 2 раза (от исходного) в 53,1% случаев (среди них недоношенные дети составили 82,4%, доношенные – 17,6%). Лейкопения на момент начала и окончания терапии ванкомицином не зафиксирована. Уровень эозинофилов в общем анализе крови до лечения составил Me 3,0% (1,0; 5,8); n=32; в конце курса антибактериальной

терапии - Me 7,0% (3,0; 11,0); n=32. Уровень эозинофилов, исследуемый в конце курса лечения, коррелировал с максимальной концентрацией ванкомицина в сыворотке крови ($r=0,285$, $n=25$, $p=0,05$). В тоже время количество абсолютного числа нейтрофилов в конце лечения обратнопропорционально связано с длительностью курса ванкомицина ($r=-0,294$, $n=32$, $p=0,024$). Ванкомицин назначался в комбинации с другими антибиотиками и лекарственными средствами, поэтому воздействие препарата расценено как одно из повреждающих в полифакториальном влиянии на функционирование костного кроветворения.

Не было зарегистрировано случаев гипотензии, тромбоцитопении, нефро- и ототоксичности, несмотря на применяемые ранее препараты с возможными подобными токсичными эффектами.

На фоне лечения препаратом достигнута положительная динамика с последующей выпиской детей из стационара.

Заключение. Ванкомицин назначался как второй этап в комплексной антибактериальной терапии детей с тяжелым течением неонатальных инфекций.

Показатели средней и максимальной концентраций ванкомицина у недоношенных детей были выше, чем у доношенных младенцев. Токсических концентраций в обеих группах детей не зафиксировано. На фоне терапии ванкомицином отмечено развитие эозинофилии и нейтропении. Эозинофилия в 4,5 раза чаще встречалась у недоношенных детей и прямопропорционально коррелировала с максимальной концентрацией ванкомицина. Абсолютное число нейтрофилов в конце лечения обратнопропорционально связано с длительностью курса ванкомицина.

МЕСТО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЕГО ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОД

Лысенко И.М.¹, Бахтина Т.Ж.², Баркун Г.К.¹, Рябова Т.М.¹

¹ Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь.

² Витебская областная детская клиническая больница, г. Витебск, Республика Беларусь.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости, причины НЭК у новорожденных детей Витебской области, лечение и исходы патологического процесса.

Частота встречаемости НЭК у детей, поступающих в неонатальные отделения интенсивной терапии Витебской области, составляет $1,2 \pm 0,1\%$ от всех родившихся.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились дети (29), поступившие в Витебскую областную детскую больницу, у которых в результате обследования был выставлен диагноз НЭК. Все пациенты обследованы клинически и лабораторно, данные обработаны методами параметрической и непараметрической статистики (Статистика 6).

Результаты и обсуждение. НЭК представляет собой широкий спектр вариантов течения заболевания: от легких случаев до тяжелых форм, осложняющихся некрозом кишечника, перфорацией, перитонитом, сепсисом и приводящих к смерти. НЭК наиболее часто встречается у недоношенных, но может развиваться и у доношенных новорожденных. Средний гестационный возраст больных в нашем случае составил $32 \pm 1,2$ недели, а средняя масса тела при рождении – 1570 ± 50 грамм.

Факторы риска, которые явились пусковым моментом для начала развития НЭК: пренатальные и интранатальные осложнения, приводящие к гипоксии плода; инфекция матери; фетальный дистресс; реанимационные мероприятия в неонатальном периоде; повторные апноэ; гипотензия; катетер, длительно стоящий в пупочных сосудах; заменные трансфузии при гемолитической болезни новорожденных; кормление гиперосмолярными смесями; некоторые фармакологические препараты; врожденные пороки сердца; патологическая контаминация.

Установлено, что в сыворотке недоношенных детей с НЭК уровни ФАТ, ФНО и ИЛ-6 повышены.

Роль инфекционных агентов. У недоношенных детей с отрицательным результатом посева крови и перитонеальной жидкости на культуру *Clostridia* лечение, как правило, ограничивалось медикаментозными препаратами, в то время как практически все пациенты с высевом *Clostridia* требовали хирургического лечения. У детей, пораженных *C.Perfringens*, заболевание протекало в молниеносной форме с выраженным пневматозом кишечника, гангреной, перфорацией и летальным исходом.

Нами отмечены следующие стадии НЭК: 1-я стадия – продромальная; 2-я стадия – клинических проявлений НЭК; 3-я стадия – предперфорация; 4-я стадия – перфоративного перитонита. НЭК имеет как специфические, так и неспецифические признаки. Последние, в определенной степени, обусловленные физиологической незрелостью, включают летаргию, нестабильную температуру, повторные апноэ, брадикардию, гипогликемию и шок. Установлено, что у новорожденных с НЭК обычно имеет место нейтро-, тромбоцитопения и метаболический ацидоз. На 1-й стадии заболевания абсолютное количество нейтрофилов меньше, чем 1500 клеток в мм^3 . Нейтропения, как правило, ассоциирована с грамотрицательной септициемией и связана, кроме того, с супрессией

костного мозга. Метаболический ацидоз – характерный признак НЭК, рассматривался нами как неспецифический индикатор некроза кишечной стенки.

Из рентгенологических признаков НЭК нами отмечены: неравномерное вздутие кишечных петель, пневматоз кишечной стенки (линейный или кистозный), газ в портальной системе печени, пневмоперитонеум, внутрибрюшная жидкость. И пневматоз и газ в портальной системе печени – самые частые признаки НЭК.

УЗИ помогало диагностировать некроз кишки, свободную жидкость в брюшной полости и газ в портальной системе печени. Простота выполнения, хорошая переносимость и отсутствие ионизирующей радиации делают этот метод диагностики незаменимым, нередко помогая решить вопрос об оперативном вмешательстве.

Пациентов с НЭК можно вести консервативно при отсутствии некроза и перфорации.

Показанием к выполнению оперативного вмешательства является наличие пневмоперитонеума.

Улучшение результатов лечения больных с НЭК может быть достигнуто, если принимать во внимание факторы риска, способствующие возникновению этого заболевания. В эту группу должны входить дети с «низкой массой тела, испытавшие воздействие стрессовых ситуаций, у которых диагноз подозревается, но пока еще не установлен». У таких пациентов активную консервативную терапию целесообразно начинать до окончательного подтверждения диагноза. Лечение проводят еще в течение нескольких дней и после полного исчезновения клинических и рентгенологических симптомов заболевания. Если НЭК прогрессирует, то лечение продолжается согласно принятой тактике.

Смертность в группе маловесных детей (менее 1000 грамм) гораздо выше, чем в группе детей с нормальным весом. При тотальной форме НЭК смертность достигает 100%. При отсутствии тотального поражения кишечника выживаемость при хирургическом лечении составляет 95%.

Выводы.

1. Пусковым моментом для начала развития НЭК могут служить пренатальные и интранатальные осложнения, приводящие к гипоксии плода; патология матери, перенесенная во время беременности и в анамнезе; заболевания ребенка и их лечение лекарственными препаратами в нонатальном периоде.

2. Недоношенным детям с отрицательным результатом посева крови и перитонеальной жидкости на культуру *Clostridia*, как правило, достаточно консервативного лечения, в то время как, практически все пациенты с высевом *Clostridia* требовали хирургического лечения. У детей, пораженных *C.Perfringens*, заболевание протекало в молниеносной форме и чаще заканчивалось летально.

3. Характерные лабораторные признаки НЭК: нейтро-, тромбоцитопения и метаболический ацидоз. Пневматоз и газ в портальной системе печени – самые частые рентгенологические признаки НЭК. Диагностика при помощи УЗИ выявляла некроз кишки, свободную жидкость в брюшной полости и газ в портальной системе печени.

4. Пациентов с НЭК ведут консервативно при отсутствии некроза и перфорации. Показание к выполнению оперативного вмешательства – наличие пневмоперитонеума.

5. Результаты лечения больных с НЭК зависят от своевременного выделения детей «группы риска» (низкая масса тела, испытавшие воздействие стрессовых ситуаций), активную консервативную терапию у которых целесообразно начинать до окончательного подтверждения диагноза.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ИХ ДИАГНОСТИКА

Лысенко И.М.¹, Баркун Г.К.¹, Рябова Т.М.¹, Юнес И.В.², Бахтина Т.Ж.², Жукова Л.И.¹

¹ Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь.

² Витебская областная детская клиническая больница, г. Витебск, Республика Беларусь.

Актуальность. Пороки развития органов мочевыделительной системы у детей являются частой врожденной патологией и составляют по данным ультразвуковой диагностики 14,1% от общего количества пороков плода на 100.000 беременных.

Цель исследования – разработать алгоритм обследования новорожденных детей для исключения у них урологической патологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 123 ребенка, поступивших в отделения детей грудного возраста для исключения нефро- и урологической патологии и имеющих в анамнезе эпизоды заболевания в периоде новорожденности и грудного возраста. Направляющим диагнозом при поступлении в стационар являлся гидронефроз (59%). Реже встречаются пороки МВС (14%), пиелозктазия (11%), мегауретер (5%). Если при антенатальном УЗИ выявлено расширение мочеточника, при постнатальном – расширение подтверждается в 100%. Направляющий диагноз гидронефроз подтвержден только в 12% случаев. Антенатальная диагностика позволяет (с 26 недели беременности) выявлять пороки МВС в 100% случаев.

Самым частым диагностическим критерием является увеличение размера почечной лоханки. Незначительное расширение лоханки до 3–4 мм может быть следствием пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).

Для диагностики функциональных и обструктивных уropатий применяются такие методы как фармакоэхография, доплерография почечных сосудов. Для дифдиагностики функциональных и обструктивных уropатий приме-

няется диуретическая сонография у новорожденных.

После разработки методики доплерографического исследования, появился объективный и неинвазивный метод оценки почечного кровотока, значимыми критериями которого являются индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ).

Одна из многочисленных групп детей – это пациенты с пиелозктазией (после исключения ПМР).

Диуретическая сонография при пиелозктазии дает максимальное увеличение лоханки к 15 минуте исследования, и составляет от 10% до 55% по сравнению с исходным значением. При анализе ренографических кривых, убедительных данных за нарушение выведения РФП не получено. Т.о., пиелозктазия может рассматриваться как функциональное состояние, сопровождающееся транзиторным расширением лоханки и не требует специализированного лечения.

Обследование детей с гидронефрозом выявило значительные изменения размеров лоханки: от 6,5 мм до 56 мм. Диуретическая сонография подтверждает наличие органического стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента: увеличение лоханки к 15 минуте исследования составляет от 58% до 140%. Допплерография позволяет выявить у всех детей с гидронефрозом типичные нарушения гемодинамики. При цветовом доплеровском картировании кровотока прослеживается до капсулы почки. Т.о., гидронефроз – это стойкое расширение чашечно-лоханочной системы почки, сопровождающееся атрофией паренхимы, нарушением гемодинамики и снижением функции почки.

Одной из самых больших и сложных нозологических групп – дети с мегауретером (рефлюксирующим и нерефлюксирующим). Мегауретер рассматривается как системное поражение всего мочевыделительного тракта, включая порок развития стенки мочеточника и различную степень почечной дисплазии. Цистоуретрография позволяет дифференцировать рефлюксирующий и нерефлюксирующий мегауретер. Для подтверждения органической обструкции, в области пузырно-мочеточникового сегмента применяется диуретическая сонография. У детей с функциональными изменениями в области пузырно-мочеточникового сегмента размер лоханки может колебаться от 4 мм до 10 мм, паренхима имела нормативные размеры, размер мочеточника от 4 мм до 6 мм. Нарушений гемодинамики по результатам доплерографии почечных сосудов не наблюдается. Т.о., нерефлюксирующий мегауретер с органическим поражением пузырно-мочеточникового сегмента требует проведения реконструктивных операций после постановки диагноза. Частота формирования ПМР определяется особенностями строения внутрпузырного отдела мочеточника у новорожденных детей. Гипермоторные изменения функции мочевого пузыря связаны с относительной морфофункциональной незрелостью новорожденных детей. Все это способствует частому возникновению пузырно-мочеточникового рефлюкса и развитию более тяжелой патологии – рефлюксирующему мегауретеру. При рефлюксирующем мегауретере примерно в 1/3 случаев наблюдается незначительное (всего на 10% от нормы) уменьшение паренхимы, лоханки небольших размеров (6-9 мм), размер мочеточника варьирует от 5 до 13 мм. Нарушений гемодинамики не отмечается.

При подозрении на клапан задней уретры детям в возрасте 7–10 дней может быть проведена цистоуретроскопия с эндоскопическим разрушением клапана. Если же в этом возрасте цистоуретроскопию выполнить не удастся, то ребенку проводится постоянная катетеризация и в возрасте 3–4 недель выполняется цистоуретроскопия.

В период новорожденности рефлюксирующий мегауретер и пузырно-мочеточниковый рефлюкс требуют активного консервативного лечения, включающего в себя постоянную либо периодическую катетеризацию, курсы ГБО, физиотерапию, медикаментозные средства (пикамилон, цитохром, витамины, антибиотики и т.д.).

Выводы. При диагностировании пороков развития органов МВС у детей следует обращать внимание на следующие ключевые моменты:

1. Лоханка новорожденного (в норме) представлена линейной щелью или максимально расширена до 3мм.
2. Повторное УЗ-исследование почек следует проводить не ранее 4–5 суток жизни новорожденного.
3. При расширении лоханки следует исключить ПМР при помощи цистоуретрографии.
4. Только диуретическая сонография позволяет выявить изменения в лоханочно-мочеточниковом и пузырно-мочеточниковых сегментах (степень расширения лоханки и мочеточника не является дифференциально-диагностическим критерием органической и функциональной обструкции).
5. Критериями функциональной обструкции лоханочно-мочеточникового и пузырно-мочеточникового сегментов является максимальное увеличение (до 50%) лоханки и мочеточника к 15 минуте и возвращение к первоначальным размерам к 45 минуте исследования. Их органическое поражение вызывает увеличение лоханки и мочеточника (на 100%) к 15 минуте и отсутствие (а чаще их нарастание, к 45 и 60 минутам обследования) восстановления первоначальных размеров.
6. Выявление органического препятствия на уровне лоханочно-мочеточникового и пузырно-мочеточникового сегментов, является показанием к проведению оперативного лечения в возрасте 1-го месяца жизни
7. Пиелозктазия – самостоятельная нозологическая форма, не требующая лечения.
8. ПМР требует проведения активного консервативного лечения с момента установления диагноза.

ИММУНОТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ У ЭТИХ ПАЦИЕНТОК

Лысенко О.В.

УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова», г. Витебск, Республика Беларусь.

Введение. Тактика ведения беременности у пациенток с генитальной патологией, бесплодием в анамнезе представляет собой актуальную проблему современного акушерства. Важное место занимают пациентки социально активной группы репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ). Многогранные аспекты этой проблемы неоднократно обсуждались на международных и национальных конференциях и конгрессах, на которых было обращено внимание на необходимость разработки эффективных методов их ранней диагностики, профилактики и лечения [3].

Цель работы. Подбор оптимальной схемы терапии ГПЭ у пациенток с бесплодием в анамнезе и ведения беременности у пациенток этой группы.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 11 женщин детородного возраста с гиперплазией эндометрия. Контрольную группу составили 10 здоровых пациенток детородного возраста. Всем пациенткам произведена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба. Перед гистероскопией и раздельным диагностическим выскабливанием производился забор аспириатов из полости матки и венозной крови для определения концентрации ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО α , которые определялась иммуноферментным методом при помощи наборов реагентов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью пакета STATISTICA 6,0. В случаях распределения, отличного от нормального, результаты исследования представляли в виде Me (25%, 75%), где Me – медиана, (25%, 75%) – верхняя и нижняя квартили, при сравнении связанных совокупностей использовали парный критерий Вилкоксона. Во всех случаях критический уровень значимости p принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток основной группы составил 31,0 (28,0; 38,0) лет. Все пациентки имели в анамнезе бесплодие (первичное или вторичное). Средний возраст пациенток контрольной группы составил 32,0 (27,0; 39,0) лет.

В основной группе ИЛ-2 в сыворотке крови обнаружен только у 2-х женщин (18,2%) концентрация его составила 23,9 (10,4; 37,4) пг/мл. ИЛ-4 в сыворотке крови был обнаружен только в одном случае (9,1%) – 6,5 пг/мл. В сыворотке крови пациенток основной группы ФНО α обнаружен у 6 (54,5%) случаях – 1,8 (0,8; 3,2) пг/мл.

В основной группе концентрация ИЛ-2 в аспирате из полости матки составила 83,5 (2,8; 266,3) пг/мл; концентрация ИЛ-4 – 953,8 (290,8; 1302,4) пг/мл; концентрация ФНО α – 37,4 (9,5; 172,2) пг/мл.

В контрольной группе ИЛ-2 в сыворотке крови определялся у 3 женщин (30%), концентрация его составила 17,4 (2,9; 30,4) пг/мл. В 100% случаев в контрольной группе ИЛ-4 в сыворотке крови не обнаружен. В свою очередь, ФНО α в сыворотке крови содержался у 5 (50,0%), концентрация его составила 2,6 (1,1; 9,9) пг/мл.

В контрольной группе в аспирате из полости матки концентрация ИЛ-2 составляет 47,4 (5,0; 181,2) пг/мл; содержание ИЛ-4 – 739,6 (441,9; 1275,9) пг/мл; концентрация ФНО α – 95,0 (5,3; 169,6) пг/мл.

При анализе полученных данных нами выявлено достоверное увеличение ($p < 0,05$) концентрации ИЛ-2, ИЛ-4 и ФНО α в аспиратах из полости матки в сравнении с сывороткой крови как в основной, так и в контрольной группах; повышение концентрации в аспирате из полости матки ИЛ-2 в 1,8 раз, ИЛ-4 в 1,3 раза, снижение ФНО α в 2,5 раза при гиперплазии эндометрия в сравнении со здоровыми женщинами.

После раздельного диагностического выскабливания и гистологического подтверждения ГПЭ, все пациентки прошли курс традиционной гормональной терапии в течение 6 месяцев. К традиционной терапии нами был добавлен Ронколейкин (рекомбинантный ИЛ-2 человека), который участвует в регуляции координированного функционирования различных факторов и механизмов врожденного и приобретенного иммунитета, способствует регенерации и репарации поврежденных тканей [2, 1]. Препарат назначался в дозе 500000 МЕ подкожно в разведении 2-мя мл физиологического раствора 1 раз в 3 суток, всего 5 инъекций. Следует отметить, что побочных эффектов и индивидуальной непереносимости препарата нами отмечено не было.

После проведенной нами схемы терапии всем пациенткам было произведена контрольная гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба, определены концентрации в аспирате из полости матки ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО α . У всех пациенток эндометрий соответствовал фазе цикла, отсутствовали признаки рецидива гиперпластического процесса в 100% случаев. После проведенного курса терапии концентрации определенных нами цитокинов достоверно не отличались от таковых показателей женщин контрольной группы. Этот факт свидетельствует о том, что данная схема может явиться оптимальной в терапии ГПЭ.

В последующем всем пациенткам основной группы с целью поддержки лютеиновой фазы цикла, секреторной трансформации пролиферативного эндометрия, секреции протеинов, подготовки эндометрия к инвазии трофобласта, покоя матки за счет снижения простагландинов и окситоцина, а также полноценного отторжения эндометрия в фазу десквамации нами использовался эндогенный микронизированный прогестерон Утрожестан вагинально в дозировке 200 мг 2 раза в сутки. Терапия Утрожестаном нами выбрана, т.к. под влиянием прогестерона иммунокомпе-

тентные клетки синтезируют прогестерон индуцированный блокирующий фактор, который увеличивает продукцию регуляторных цитокинов и блокирует продукцию провоспалительных цитокинов [4]. Продолжительность терапии составила 6 месяцев. У 5 (45,5%) на фоне проводимой терапии наступила беременность, в связи с чем лечение Утрожестаном было продолжено согласно инструкции по применению препарата до 30 недель беременности.

У всех пациенток отсутствовали симптомы угрозы прерывания беременности в первом триместре, а также симптоматика угрожающих преждевременных родов в более поздние сроки.

Выводы.

1. Концентрация ИЛ-2, и ИЛ-4 в аспиратах из полости матки пациенток с ГПЭ повышена, а ФНО α – понижена по сравнению с аналогичными показателями здоровых женщин.

2. Применение комбинированной схемы лечения ГПЭ с использованием препарата Ронколейкин ведет к нормализации некоторых параметров цитокинового статуса (ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО α) на локальном уровне, отсутствию рецидивов ГПЭ и может явиться оптимальной схемой лечения данной нозологической единицы.

3. У пациенток детородного возраста с ГПЭ и бесплодием в анамнезе с целью нормализации менструального цикла, подготовки к имплантации и профилактики потерь беременности на различных сроках гестации показано назначение микронизированного прогестерона.

ПРОГРАММИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА

Лысенко О.В.¹, Лысенко И.М.¹, Рябова Т.М.¹, Баркун Г.К.¹, Клишо В.Е.¹, Бахтина Т.Ж.², Юнес И.В.²

¹ УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова», г. Витебск, Республика Беларусь.

² Витебская областная детская клиническая больница, г. Витебск, Республика Беларусь.

К настоящему времени накоплено достаточно много казусных данных о том, что у людей с пренатальной задержкой роста (ПЗР) в анамнезе в зрелом возрасте возможно развитие различных гормонально-метаболических нарушений.

Цель настоящего исследования – изучить концепцию внутриутробного программирования гормонально-метаболических последствий у детей с задержкой внутриутробного развития в анамнезе.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились дети, проходившие лечение и реабилитацию в отделении недоношенных и травмированных детей и пациенты инфекционного отделения для детей грудного возраста Витебской областной детской больницы (341 чел.). Более 28% из них имели синдром задержки роста (ЗР).

Концепция внутриутробного программирования на ранних этапах развития заключается в том, что в процессе внутриутробного роста и развития ткани организма формируются в периоды интенсивного деления клеток, при этом определенные факторы, действующие в эти периоды могут нарушить экспрессию генома плода, приводя к перманентным эффектам на протяжении всего постнатального периода. Этот феномен получил название «фетального программирования» (А. Lucas, 1991). Существует и термин «метаболический импринтинг».

Связь ПЗР с последующими нарушениями функционирования органов и систем подтвержден нами при изучении анамнеза и др. в постнатальном периоде.

Рост плода и сердечно-сосудистые болезни.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Внутриутробное «окружение» может оказывать важное отдаленное влияние на развитие ИБС; что было выявлено при изучении смертности детей в Британии, рожденных в начале 1900-х гг. Из наших матерей, находящихся под наблюдением, ИБС страдает 10 человек

Повышенное артериальное давление (АД) и гипертензия.

В обзоре Law CM, 1996 г., посвященном систематизированному анализу 34-х различных исследований связи между массой тела (МТ) плода и АД в различных популяциях указывается, что имеется весьма сильная связь между низкой МТ при рождении и повышенным АД у подростков и взрослых (у подростков связь была менее выражена). Так же, как и при ИБС, повышение АД отмечено у новорожденных, маловесных к сроку гестации, в отличие от недоношенных. У наших наблюдаемых артериальная гипертензия наблюдалась в 15% случаях.

Метаболические и эндокринные болезни.

Сахарный диабет (СД) 2 типа и инсулинорезистентность.

Связь между низкой МТ при рождении и нарушением метаболизма глюкозы продемонстрирована в 9 исследованиях у взрослых в Европе, США и Австралии в 1994-96 гг. Распространенность СД 2 и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) значительно различалась между теми, кто был рожден с низкой МТ < 2,54 кг (40%) и теми, кто был крупным при рождении – > 4,31 кг (14%). У матерей СД 2 типа наблюдался в 2-х случаях.

Метаболизм холестерина и свертываемость крови.

Исследования, проведенные в Шеффилде показали, что новорожденные, имевшие нормальные массо-ростовые показатели, но нарушенные пропорции тела при рождении – малую окружность живота (ОЖ) и короткое тело по

сравнению с размерами головы – имели персистирующие нарушения обмена холестерина и свертываемости крови. Диспропорция между длиной тела по сравнению с окружностью головы, по-видимому, является результатом внутриутробного перераспределения оксигенированной крови от туловища к головному мозгу и проявлением адаптивного механизма. Нарушения липидного обмена и свертываемости крови – важные факторы риска развития ИБС. Гиперхолестеринемия отмечена у трех детей и пяти матерей с ПЗР в анамнезе.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ).

Несмотря на гетерогенность клинических проявлений СПКЯ, можно выделить 2 основных группы женщин: 1-я – с нормальной МТ и высокой концентрацией лютеинизирующего гормона (ЛГ) в сыворотке; 2-я – с избыточной МТ, вирильным синдромом и высокими концентрациями тестостерона и ЛГ в плазме. Природа данного синдрома может быть связана с особенностями внутриутробного развития. Три женщины с ПЗР в анамнезе оперированы перед наступлением беременности по поводу СПКЯ.

Феномен догоняющего роста.

У человека аномалии гена ИПФР-1, связанные с точечными мутациями, приводят как к задержке внутриутробного роста, так и к значительному отставанию постнатального роста. Возможно, что недостаточность феномена «догоняющего роста» в постнатальном периоде связана с инсулинорезистентностью. Имеются косвенные указания на возможную парциальную резистентность тканей к ИПФР-1 у детей с синдромом ПЗР и в постнатальном периоде. Синдром Х и СД 2 также являются патологическими состояниями, при которых инсулинорезистентность подтверждена. Мы встречались с аналогичным случаем в своем исследовании у двух женщин.

Механизмы фетального программирования и болезни у взрослых.

Метаболизм в скелетной мускулатуре.

Помимо тенденции к инсулинорезистентности, люди, рожденные с малой массой тела (внутриутробной гипотрофией), во взрослой жизни также имеют метаболические изменения, указывающие на склонность к энергонакоплению, в связи с чем было высказано предположение о существовании у них фетального «глюкозосохраняющего» механизма.

У плода инсулин играет ключевую роль в стимуляции клеточного деления посредством стимуляции секреции ИПФР-I. Резистентность к инсулину в некоторых специфических тканях, таких как скелетная мускулатура, может играть роль защитного механизма, который позволяет экономнее использовать глюкозу при ее недостаточном поступлении за счет ограничения роста плода.

Адренкортикальная и симпатикоадреналовая гормональная активность.

Ограниченное поступление нутриентов к плоду может привести к стойкому нарушению нейроэндокринной регуляции, выражающейся в отдаленных изменениях адренкортикальной и симпатикоадреналовой гормональной активности. Подобные изменения могут вызвать стойкие нарушения ответа на стресс и метаболизма как глюкокортикоидов, так и симпатикоадреналовых гормонов, имеющих мощное воздействие на углеводный обмен и АД. Действие во время беременности различных отрицательных факторов, включая низкобелковую диету, алкоголь, или неабортные инфекции, повышает активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) и приводит к увеличенному выбросу кортизола в ответ на стресс во взрослой жизни. Гиперкортизолемиа выявлена у 15 детей и 6 матерей.

Детерминанты фетального роста: питание матери, «Траектория» скорости роста плода, передача через поколение «траектории» роста плода, парадоксальные эффекты на рост и развитие плода, эффекты на пропорции тела плода и специфические ткани, значение сбалансированной диеты и состава тела матери.

Лечение препаратами соматотропного гормона (СТГ) детей с синдромом ПЗР, имевшими постоянно низкие темпы посленатального роста. Лечение СТГ назначалось низкорослым детям, перенесшим ПЗР, для индукции «догоняющего роста» и было проведено во многих странах. СТГ вызывал дозозависимое увеличение роста и может нормализовать рост детей в допубертатном периоде. Чувствительность к СТГ у низкорослых детей, перенесших ПЗР, в препубертатном периоде ниже, чем у детей с подтвержденной СТГ-недостаточностью, однако, выше, чем у детей с синдромом Шерешевского-Тернера. В нашем исследовании мы не проводили лечение при помощи СТГ.

Пренатальная диагностика и лечение ПЗР.

Высокая заболеваемость и смертность новорожденных с ПЗР и его отдаленные клиничко-метаболические последствия диктуют необходимость своевременной пренатальной диагностики и лечения ПЗР.

В последнее десятилетие широкое развитие получили инструментальные и лабораторные методы пренатальной диагностики. Среди них: ультразвуковое исследование; церебральная доплерография; гормональные методы исследования, такие как биоэлектрический мониторинг жизнедеятельности плода; исследование амниотической жидкости с определением соотношения лецитин/сфингомиелин, фосфатидилглицерола, С-пептида, соматомединов, пролактина, α -фетопротеина, катехоламинов и других биологически активных веществ, в том числе и исследование ферментов плаценты. перспективным методом является кордоцентез, с помощью которого забирается кровь плода для исследования.

Выводы.

1. Первичная профилактика синдрома пренатальной задержки роста должна быть направлена на выявление беременных с «высокой степенью риска» по развитию ПЗР, в том числе, уже имевших в истории своей семьи новорожденных, маловесных к сроку гестации.

2. Своевременная диагностика развития ПЗР, устранение причин, вызывающих это состояние будет способ-

ствовать улучшению состояния здоровья матери и ее будущего ребенка, снизит затраты на лечение детей, улучшит демографические показатели.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

Любимова А.В., Пулин А.М., Широкова Л.В., Гайсина М.В.

*ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия.
Детская Городская Больница св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель работы: Выявить частоту, этиологию и основные факторы риска раннего неонатального сепсиса в современный период. Определить диагностическую значимость выделения микроорганизмов из клинического материала, помимо крови.

Материалы и методы: С 1 января 2009 года в отделении реанимации новорожденных детской городской больницы св. Николая Чудотворца для активного выявления раннего неонатального сепсиса было введено следующее определение случая: наличие системного воспалительного ответа (лейкоцитоз ($>30,000/\mu\text{L}$) или лейкопения ($<5000/\mu\text{L}$), соотношение незрелых клеток к общему количеству ($>0,3-0,4$) или положительный С-реактивный белок плюс наличие очага инфекции или высокой степени тяжести состояния, вероятной причиной которой может быть инфекция. При поступлении все новорожденные обследовались микробиологически. Обычно, для определения этиологии сепсиса проводится посев крови на стерильность. Для данного исследования классическим методом требуется 1–2 мл крови, забор такого количества крови является небезопасным для детей с экстремально низкой массой тела. Поэтому микробиологическому исследованию подлежали мокрота, желудочное содержимое, кал.

Результаты: За период 2009 года в отделение реанимации поступило 325 новорожденных, ранний неонатальный сепсис был выявлен у 31,7% поступивших новорожденных. Группой риска явились дети с экстремально низкой массой тела. Частота раннего неонатального сепсиса у новорожденных с массой тела при рождении менее 1000 г составила 36,5 на 100 поступивших. Практически одинаковой оказалась частота раннего неонатального сепсиса у пациентов с массой тела при рождении от 1001 до 1500 г – 18,9 на 100 поступивших и у пациентов с массой тела более 3500 г – 17,6 на 100 поступивших. Наиболее низкой оказалась частота сепсиса у пациентов с массой тела от 1501 до 2500 г – 7 на 100 поступивших. У новорожденных с массой тела при рождении от 2501 до 3500 г не было выявлено ни одного случая сепсиса.

Положительные результаты микробиологического исследования клинического материала при поступлении в отделение у новорожденных с ранним неонатальным сепсисом были получены в 75,3%, тогда как у новорожденных без данного диагноза – 25% ($p<0,01$). Чувствительность положительного результата составила 75,2% (95% ДИ 65,8–82,8), специфичность – 75,3% (95% ДИ 69,6–80,3).

Этиология положительных высевов также различалась. Частота обнаружения в клиническом материале грибов рода *Candida* у пациентов с ранним неонатальным сепсисом составила 9,3 на 100 поступивших, у новорожденных без сепсиса 1,6 на 100 поступивших, *E.coli* – 6,2 и 0,8 на 100 поступивших, *K.pneumoniae* – 4,1 и 2,4 на 100 поступивших, *P.aeruginosa* – 3,1 и 0,4 на 100 поступивших, другая Грамм отрицательная флора – 4,1 и 2,8 на 100 поступивших, *Enterococcus sp.* – 5,2 и 0,8 на 100 поступивших, *S.aureus* – 10,3 и 2,9 на 100 поступивших, *S.epidermidis* – 32,9 и 13,1 на 100 поступивших соответственно.

Интересно отметить, что частота обнаружения микроорганизмов у пациентов без сепсиса, рожденных путем Кесарева сечения и естественным путем была одинаковой и составила 31,3 и 31,2 на 100 поступивших соответственно, тогда как у пациентов с сепсисом это соотношение составило 25,2 и 91,9 на 100 поступивших ($p<0,05$).

Выводы: Положительный результат микробиологического исследования клинического материала является важным диагностическим тестом для диагностики раннего неонатального сепсиса. Факторами риска развития раннего неонатального сепсиса являются низкая масса тела при рождении (менее 1500 г) и «крупный плод» (более 3500 г).

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА TLR2, TLR4 И HBD1 ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Макаров О.В., Бахарева И.В., Романовская В.В., Ганковская Л.В., Кузнецов П.А.

*ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский Университет» Минздравоохранения РФ,
Москва, Россия.*

Цель работы: оценка значимости повышения экспрессии генов Toll-подобных рецепторов (TLR2, TLR4) и снижения противомикробного пептида β дефензина 1 (HBD1) слизистой цервикального канала и плаценты в диагностике и прогнозировании внутриутробной инфекции (ВУИ).

Материалы и методы исследования: обследовано 120 беременных и их новорожденных. Была выделена основная группа пациенток с невынашиванием беременности инфекционного генеза (преждевременные роды в 26-36 нед.) – две подгруппы основной группы 20 беременных с урогенитальной инфекцией, беременность у которых закончилась преждевременными родами с реализацией ВУИ, 45 беременных с урогенитальной инфекцией, беременность у которых закончилась преждевременными родами без реализации ВУИ; группа сравнения 25 беременных с урогенитальной инфекцией и своевременными родами; контрольная группа 30 беременных с нормальным течением гестационного процесса и своевременными родами. У пациенток изучали: данные анамнеза, течение настоящей беременности, особенности родового акта, оценивали состояние новорожденных. Всем беременным проводили комплексное клиничко-лабораторное обследование (клинический анализ крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, биохимический анализ крови, гемостазиограмму, анализ микрофлоры влагалища и цервикального канала бактериологическим методом и методом ПЦР). Ультразвуковой скрининг проводили у всех беременных на аппарате «Алока 4000» (Япония) с использованием трансабдоминальных и эндовагинальных датчиков. Для наблюдения за состоянием плода с 30 недель беременности использовали антенатальную кардиотокографию при помощи мониторов фирмы «Hewlett Packard» (США).

Иммунологические и молекулярно-генетические методы исследования были проведены на кафедре иммунологии РГМУ и в лаборатории диагностики вирусных инфекций ГУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова РАМН». Специальное исследование включало определение уровня экспрессии генов TLR2, TLR4 и HBD1 эпителиальными клетками слизистой цервикального канала и клетками плаценты. Для изучения экспрессии генов были использованы следующие методы: выделение общей РНК, реакция обратной транскрипции и полимеразная цепная реакция в реальном времени. Олигонуклеотиды, используемые в качестве праймеров для обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции, были моделированы с помощью программы VectorNTI 8.0. Полученные цифровые результаты исследования обрабатывали методами вариационной статистики. Среднюю статистическую величину M , среднее квадратичное отклонение σ , ошибку средней m и коэффициенты корреляции r вычисляли на компьютере с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки «Statistika» версия 7.0 и программы «Биостат» издательства «Практика». Для определения достоверности различий между выборками, учитывая различную дисперсию и ненормальное распределение значений, применяли непараметрические статистические методы (критерий Манна-Уитни). Различия между сравниваемыми величинами признавали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: при физиологически протекающей беременности уровень экспрессии гена TLR2 эпителиальными клетками цервикального канала превышал уровень экспрессии гена TLR4 в 9 раз, в клетках плаценты экспрессия гена TLR2 также превышала уровень экспрессии гена TLR4. Это можно объяснить более широким спектром микробных агентов, распознаваемых TLR2. При исследовании экспрессии генов TLR2 и TLR4 клетками плаценты у беременных с урогенитальной инфекцией и благоприятным исходом беременности – своевременными родами (группа сравнения) возрастает экспрессия гена TLR2 в 2 раза по сравнению со здоровыми беременными из группы контроля, уровень TLR4 достоверно не изменялся. Определенный уровень защиты от инфекционных агентов обеспечивается повышенной экспрессией TLR2 по сравнению с группой женщин с физиологически протекающей беременностью. При анализе течения раннего неонатального периода отмечена наибольшая частота реализации ВУИ – развития внутриутробной пневмонии в основной группе при преждевременных родах – 25%. Анализ средних значений экспрессии генов TLRs клетками плаценты у пациенток основной группы показал достоверное и значительное их повышение при реализации внутриутробной инфекции новорожденных. Экспрессия гена TLR2 при невынашивании беременности инфекционного генеза и реализации внутриутробной инфекции новорожденных в 7 раз превышала норму, TLR4 в 3 раза. Экспрессия гена TLR2 эпителием цервикального канала при реализации ВУИ возрастала в 30 раз, уровень экспрессии гена TLR4 превышал контрольный в 3,5 раза. При изучении экспрессии гена противомикробного пептида HBD1 у женщин, родивших детей с признаками ВУИ, уровень экспрессии гена HBD1 уменьшался, более выраженное изменение отмечалось в плаценте – в 3,2 раза по сравнению с нормой.

Заключение: таким образом, иммуногенетические особенности могут приводить к неполноценности системы врожденного иммунитета, как одного из основных факторов защиты от инфекции в системе мать-плод. Дисбаланс экспрессии генов TLR2, TLR4 и HBD1 имеет важное патогенетическое значение при развитии осложнений беременности на фоне урогенитальной инфекции и может быть использован для прогнозирования реализации ВУИ.

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ)

Малышкина А.И., Васильева Т.П., Песикин О.Н.

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздравсоцразвития России, г. Иваново, Россия.*

Цель: Оценить медико-социальную эффективность предложенных специалистами института организационных и медицинских технологий перинатальной помощи.

Материал и методы исследования: проведен научно-организационный эксперимент (территории ЦФО: Костромская, Ивановская, Владимирская, Тульская, Рязанская, Тамбовская, Тверская, Ярославская области) в период 2008-2011 гг. по апробации разработанных специалистами института новых медицинских и организационных технологий перинатальной помощи, в т.ч. организационно-функциональных моделей межтерриториального консультативного акушерского центра как основы обеспечения регионализации перинатальной помощи, дистанционного экспертного контроля с использованием Межтерриториальной комиссии по разбору случаев перинатальной и материнской смертности, межтерриториального дистанционного акушерского консультирования с использованием автоматизированного мониторинга беременных женщин, планового отбора беременных женщин по уровням регионализации перинатальной помощи с использованием системы межтерриториального и территориальных амбулаторных консультативных акушерских приемов беременных высокой степени риска, целевой плановой курации акушерско-гинекологической служб специалистами института территорий ЦФО, программно-целевого планирования и проведения обучения специалистов территорий, системы предгравидарной подготовки супружеской пары к ЭКО и др..

По итогам апробации получена медицинская и социальная эффективность, что позволяет рекомендовать данные предложения к внедрению.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ МАТКИ

Мальгина Г.Б., Репалова Е.Ю.

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» (ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»), г. Екатеринбург, Россия.

Цель работы: разработать принципы профилактики преждевременных родов у пациенток с аномалиями матки.

Материал и методы исследования: проведено двухэтапное когортное исследование, в результате чего созданы два информационных массива. Первый информационный массив включал в себя результаты ретроспективного анализа медицинской документации 150 беременных с аномалиями развития матки, родоразрешенных в клиниках ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» с 2002 по 2005 годы – основная ретроспективная группа. На втором этапе исследования (2006-2009 годы) проводилось диспансерное наблюдение с ранних сроков беременности 105 женщин с аномалиями развития матки, составивших основную проспективную группу. Контрольную группу составили 30 пациенток с нормальной анатомией внутренних половых органов, взятых на диспансерный учет с ранних сроков гестации и в дальнейшем родоразрешенных в клиниках института. Все женщины были в возрасте от 18 до 43 лет. Средний возраст составил $27,12 \pm 0,41$ (лет). Большинство обследуемых женщин были оптимального детородного возраста от 19 до 35 лет (91%). Методы исследования: клинико-статистический анализ; определение уровня гормонов и белков беременности в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа; морфологическое исследование плацент и 20 полосок миометрия, взятых во время оперативного родоразрешения пациенток с аномалиями матки; эхографическое акушерское исследование при помощи ультразвукового прибора ALOKA – 1200 (Япония) с использованием абдоминального конвексного датчика частотой 3,5 МГц и цветного доплерометрического картирования с уровнем частотного фильтра 100 МГц. Помимо стандартного протокола исследования в работе использовалась методика ультразвукового определения внутриматочных объемов и объема хориона в сроки до 22 недель гестации; кардиотокография (КТГ) проводилась с помощью кардиотокографического многофункционального монитора RFT (Oxford). Вычисления и статистическая обработка результатов выполнены с помощью программного пакета Microsoft Excel 2002 для Windows XP. Для объективизации полученных данных и удобства сравнения их с результатами других авторов мы использовали вычисление относительного риска (ОР(RR)) с помощью пакета прикладных программ SPSS, версия 17.

Результаты и их обсуждение: Из 255 проанализированных случаев родоразрешения женщин с аномалиями развития матки, у 119 женщин диагностирована двурогая матка (48%), у 51 пациентки – седловидная матка (20%), у 34 (13%) выявлено удвоение матки, у 15 (6%) женщин однорогая матка, у 34 (13%) диагностирована внутриматочная перегородка. У небольшого числа женщин проводилась оперативная коррекция порока: в 3 случаях произведена метропластика по Штрассману, в 8 – гистерорезектоскопия при внутриматочной перегородке.

Пациентки ретроспективной группы имели в анамнезе 249 беременностей, из которых только 52 (21%) закончились родами. Из общего числа родов 33 (63,5%) случая – срочные роды, 19 (36,5%) – преждевременные, то есть, более чем у каждой третьей женщины, имевшей роды в анамнезе, роды были преждевременными, тогда как в общей популяции частота преждевременных родов не превышает 8% (Airoldi J, Berghella V), живых детей при этом родилось только 41 – (показатель перинатальной смертности 219,5 промиллей).

Основные факторы, способствующие преждевременным родам у пациенток с аномалиями развития матки, по нашему мнению, следующие:

1. Патология прикрепления плодного яйца в первом триместре беременности, в дальнейшем реализующаяся в фетоплацентарную недостаточность (ФПН).

2. Истмиоцервикальная недостаточность (ИЦН), связанная не только с врожденной анатомической неполно-

ценностью области внутреннего зева, но и с отягощениями акушерского анамнеза (невынашиванием беременности и многочисленными выскабливаниями полости матки в анамнезе), а также гормональными нарушениями, в частности гиперандрогенией. Выявлено, что относительный риск ИЦН зависит от формы аномалий матки.

3. Несоответствие темпов роста плодного яйца и полости матки на определенных этапах гестационного процесса.

Эти положения доказываются следующим: при оценке течения данной беременности выявлено, что частота угрозы прерывания беременности в группе женщин с аномалиями матки почти в два раза выше, чем в контроле – 75,3% против 40%. Наиболее частым клиническим проявлением угрозы прерывания беременности являлся не только стойкий болевой синдром, но и кровомазание, частота которого 38% против 20% (в контроле). Это косвенно свидетельствует о патологии прикрепления плодного яйца у пациенток с аномалиями матки и является «почвой» для формирования фетоплацентарной недостаточности и перинатального повреждения плода. В 34,7% выявлялось формирование истмико-цервикальной недостаточности (в контроле 3,3%), то есть в 10 раз чаще, чем у женщин с нормально сформированной маткой. Почти в половине случаев причиной несостоятельности области внутреннего зева, наряду с анатомическими особенностями матки, явилась гиперандрогения, выявленная в 18,7% (в контроле – 6,7%). Признаки фетоплацентарной недостаточности регистрировались у женщин с аномалиями матки в 67,3%. При анализе структуры ФПН по степени компенсации установлено, что частота субкомпенсированных форм в 2,6 раз выше у женщин с аномалиями матки, чем у женщин с нормальной анатомией матки, а частота декомпенсированных форм – 4,67% (в контроле таковых не было). Исходом ФПН являлось формирование синдрома задержки развития плода (СЗРП) в 28,7% случаев (против 10% в контроле), причем частота СЗРП 1 степени у женщин с аномалиями матки в 2 раза выше, СЗРП 2 степени – 6,7%, 3 степени – 1,3%.

Заключение: Таким образом, основные принципы профилактики преждевременных родов у пациенток с аномалиями развития матки следующие: раннее выявление аномалий матки (на этапе планирования беременности или в первом триместре); адекватная гормональная поддержка в первой половине гестации, способствующая профилактике фетоплацентарной недостаточности; своевременное выявление и дифференцированный подход к коррекции истмикоцервикальной недостаточности (в зависимости от формы аномалии матки, особенностей акушерско-гинекологического анамнеза, гормонального фона и анатомических изменений шейки матки в сроки 16-18 недель); поддерживающая токолитическая терапия в сроки недоношенной беременности и проведение курсов стационарного лечения пациенток в критические для преждевременного прерывания беременности сроки (по нашим данным это 8-12 недель, 16-18 недель, 26-28 недель, 34-36 недель).

Данная система была применена при ведении беременности и родоразрешении 105 пациенток проспективной группы (экзаменационная выборка). Исходы беременности у пациенток данной группы следующие: частота невынашивания беременности составила 5,2%, частота преждевременных родов – 7,9% (в 3 раза ниже чем в ретроспективной группе), при этом наименьший срок родоразрешения составил 34,2 нед. Частота рождения маловесных детей – 13,2% (в 2 раза ниже, чем в ретроспективной группе), частота рождения детей, потребовавших респираторной поддержки – 2,6% (один ребенок), в сравнении с 10% новорожденных в ретроспективной группе (в 3,8 раза ниже).

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В 28-36 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Манис С.С., Лопухова Е.В., Панова И.А.

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздравсоцразвития России, г. Иваново, Россия.*

Преобладающей причиной инициации родовой деятельности является преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), составляющий от 30 до 56% всех преждевременных родов. С целью выявления факторов риска был проведен анализ 81 истории родов в сроке 28-36 недель (I группа). Контрольную группу составили 50 пациенток, беременность которых завершилась своевременными родами. Расчет относительного риска проводился на основании данных анамнеза женщин с помощью программ Open Epi ver. 2.3.1. (Two by Two tables) и GenStat. По нашим данным риск развития ПРПО повышается у неработающих женщин (скорректированное отношение шансов (ОШ) 9,71; 95% доверительный интервал (ДИ) 2,78-33,91; $p < 0,001$), первородящих (скорректированное ОШ 3,22; 95% ДИ 1,49-6,94; $p < 0,01$), в анамнезе у которых были воспалительные процессы генитального тракта (скорректированное ОШ 3,07; 95% ДИ 1,22-7,72; $p < 0,01$), эрозия шейки матки (скорректированное ОШ 3,53; 95% ДИ 1,56-8,02; $p < 0,01$), медицинский аборт (скорректированное ОШ 10,14; 95% ДИ 3,88-26,48; $p < 0,001$). При анализе течения гестационного процесса было выявлено, что риск развития ПРПО выше у женщин, чья беременность осложнилась угрозой прерывания в I триместре (скорректированное ОШ 16,03; 95% ДИ 5,26-48,89; $p < 0,001$), во II триместре (скорректированное ОШ 61,6; 95% ДИ 8,01-468,5; $p < 0,001$), и в III – (скорректированное ОШ 44,22; 95% ДИ 5,81-336,4; $p < 0,001$), гестационным пиелонефритом (скорректированное ОШ 9,65; 95% ДИ 1,22-76,27; $p < 0,001$). При ранжировании факторов риска наиболее значимыми явилась угроза прерывания беременности на протяжении всей беременности, медицинский аборт в анамнезе.

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ: ЧАСТОТА, ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОДЫ

Мартыненко П.Г.

ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», г. Тула, Россия.

Цель: дать эпидемиологическую характеристику преждевременных родов в Тульской области.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были: 114016 новорожденных, родившихся в родильных домах и отделениях Тульской области в 2000-2008 гг., в том числе: с массой тела 500-1499 г., родившихся до 32 недель беременности (n=969) – I-я группа, с массой тела 1500-2499 г., родившихся в 32-36 недель беременности (n=6015) – II-я группа. Для расчетов была выделена III-я группа (n=23905) – новорожденные, родившиеся в срок.

Материалами для исследования были годовые отчетные статистические формы №32 государственного статистического наблюдения за 2000-2008 гг.; электронные базы данных регионального регистра рождаемости и смертности населения «Medrdn» и «Medss»; первичная медицинская документация.

Анализ проведен при помощи следующих компьютерных программ: «ANALETIC», «AMKL», «Deductor Academic Studio 5.2», а так же с применением on-line калькулятора «EpiMax Table Calculator».

Результаты и их обсуждение. Анализ эпидемиологии выявил, что частота преждевременных родов в Тульской области составляет 5,9%. В динамике за последние 10 лет отмечается незначительное снижение частоты преждевременных родов с 7,0% в 2000 г. до 5,7% в 2008 г. Количество новорожденных, родившихся с низкой массой тела (менее 2500 г.), достоверно не изменилось. Этот факт свидетельствует о росте числа новорожденных, имевших задержку внутриутробного роста плода.

Наибольшее количество преждевременных родов происходило после 32 недель (5,3% от всех живорождений). До 32 недель происходило 0,8% всех живорождений.

Основными причинами преждевременных родов были: спонтанное начало родовой деятельности (54,4% – I-я группа, 67,2% – II-я группа), преждевременный разрыв плодных оболочек (28,8% – I-я группа, 25,4% – II-я группа), преждевременное родоразрешение (16,8% – I-я группа, 7,4% – II-я группа), в т.ч. среднетяжелая преэклампсия в сочетании с другими осложнениями беременности (4,0% – I-я группа, 4,7% – II-я группа), тяжелая преэклампсия (8,1% – I-я группа, 1,1% – II-я группа, достоверная разница между группами $p < 0.001$), дородовые кровотечения (4,7% – I-я группа, 1,6% – II-я группа, $p = 0.03$).

Факторами, увеличивающими риск преждевременных родов до 32 недель беременности, были: истмико-цервикальная недостаточность (отношение шансов (ОШ) 54,9, 95% доверительный интервал (ДИ) 17,5-172,3), предлежание плаценты без кровотечения (ОШ 14,3, 95% ДИ 5,1-40,3), лейомиома матки (ОШ 14,5, 95% ДИ 6,2-33,9), эрозия и эктропион шейки матки (ОШ 9,4, 95% ДИ 4,7-18,8).

Факторами, увеличивающими риск преждевременных родов в сроке беременности 32 недели и более, были: возраст матери менее 18 лет (ОШ 2,1, 95% ДИ 1,5-2,8), недостаточность питания при беременности (ОШ 2,0, 95% ДИ 1,1-3,6), послеоперационный рубец матки (ОШ 1,6, 95% ДИ 1,2-2,1), хроническая внутриутробная гипоксия плода (ОШ 2,5, 95% ДИ 2,1-2,9), ложные схватки до 37 недель беременности (ОШ 1,5, 95% ДИ 1,1-2,0), курение при беременности (ОШ 2,0, 95% ДИ 1,1-3,6).

Факторами, достоверно увеличивающими риск преждевременных родов во все периоды, были: возраст матери более 30 лет (ОШ 1,7-2,6 в зависимости от срока беременности), низкий уровень образования матери (ОШ 1,2-4,5), мультипаритет (ОШ 1,7-2,0), женский пол плода (ОШ 1,3-1,4), многоплодие (ОШ 39,0-75,8), врожденные аномалии матки (ОШ 5,2-6,2), недостаточный рост плода (ОШ 16,2-39,1).

Корреляционный анализ с последующим алгебраическим моделированием значимых переменных, основанным на конструктивной логике, а так же бинарный логистический регресс и построение «дерева решений» выявило ведущую роль дисфункции плаценты в развитии состояний, приводящих к преждевременному родоразрешению; многоплодия – в генезе преждевременных родов, обусловленных преждевременным разрывом плодных оболочек. При одноплодной беременности ведущим фактором была истмико-цервикальная недостаточность.

Основными причинами неонатальной заболеваемости недоношенных новорожденных, родившихся при очень ранних преждевременных родах, были: респираторный дистресс синдром (РДС) (422,4‰), гипоксия при рождении (313,0‰) и врожденные пороки развития (ВПР) (40,7‰). В динамике за исследуемый период не отмечено снижения заболеваемости ассоциированных с недоношенностью осложнений.

Основными причинами неонатальной заболеваемости новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г. и более, были: гипоксия плода при рождении (555,5‰), РДС (384,6‰), неонатальная желтуха (258,2‰), недостаточный рост плода (249,1‰). В динамике за исследуемый период не отмечено снижения ассоциированных с недоношенностью осложнений новорожденных.

Наибольшее количество недоношенных новорожденных как I-й, так и II-й групп погибло в раннем неонатальном периоде (88,0‰). В позднем и постнеонатальном периоде погибло по 24,6 и 20,5% новорожденных соответственно. Причем, новорожденные II-й группы чаще погибали в постнеонатальном периоде, чем в позднем неонатальном (16,1‰ и 16,0‰ соответственно). Уровень смертности был обратно пропорционален сроку беременности,

в котором произошли роды и составлял от 66,3% во II-й группе до 547,9% в I-й.

Основными причинами смерти на первой неделе жизни были: РДС (19,2%), нетравматические внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) (17,3%), встречающиеся достоверно чаще среди новорожденных I-й группы (30,4%), ВПР (15,6%), в т.ч. 4,4% в I-й группе и 24,3% во II-й, ателектазы легких (14,8%) и перинатальные инфекции (12,4%).

Основными причинами поздней неонатальной смертности были: нетравматические ВЖК (19,8%), в т.ч. 30,3% в I-й группе и 11,4% во II-й, ателектазы легких (12,3%), в т.ч. 2,6% в I-й группе и 20,8% во II-й, а так же инфекции перинатального периода (11,6%), в т.ч. 22,4% в I-й группе и 3,1% во II-й. Некротизирующий энтероколит встречался в 4,6% случаев, преимущественно в I-й группе.

Основными причинами постнеонатальной смертности были ВПР и состояния, не связанные с перинатальным периодом.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ позволил выявить, что в динамике за последние 9 лет не произошло достоверного снижения преждевременных родов ни в одной из групп исследования. Большинство преждевременных родов начинаются спонтанно, либо через преждевременный разрыв плодных оболочек. Количество спонтанных преждевременных родов в Тульской области превышает таковое в развитых странах, что требует проведения мероприятий, направленных на их снижение.

Основным звеном, участвующим в развитии осложнений беременности, приводящих к досрочному родоразрешению, является дисфункция плаценты. Многоплодная беременность является фактором риска преждевременных родов, обусловленных преждевременным разрывом плодных оболочек. При одноплодной беременности ведущим фактором недонашивания является истмико-цервикальная недостаточность.

Проведенный анализ может быть использован при составлении региональной программы снижения преждевременных родов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СПОНТАННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мартыненко П.Г.

ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», г. Тула, Россия.

Цель: снижение количества спонтанных преждевременных родов.

Материал и методы исследования. Объектом амбулаторного этапа проспективного исследования была 621 женщина, состоявшая на диспансерном учете по беременности в женских консультациях Тульской области и, закончившая беременность родами в 2009 году, в т.ч.: в 22 наблюдениях самопроизвольными без преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) в сроке менее 35 недель (I-я группа), в 42 наблюдениях – самопроизвольными с ПРПО в сроке менее 35 недель (II-я группа) и в 557 наблюдениях беременность закончилась в сроке 35 недель и более (III-я группа). Критериями исключения наблюдений из анализа были: диагностированные пороки развития плода, резус-конфликтная беременность, наличие симптомов угрожающих преждевременных родов, наложение шва на шейку матки, а так же наблюдения, закончившиеся преждевременными родами по причине: тяжелой преэклампсии, недостаточности плаценты, резус-конфликтной беременности, декомпенсации экстрагенитальной патологии, антенатальная гибели плода.

Объектом стационарного этапа проспективного исследования были 125 женщин, поступавших в акушерские отделения Тульского областного перинатального центра с симптомами угрожающих преждевременных родов и нарушенной целостностью плодных оболочек со сроком беременности 22-33 недели, родивших живых детей: в 8 наблюдениях – в течение 48 часов с момента поступления (I-я группа), в 16 наблюдениях – после 48 часов с момента поступления, но до 35 недель беременности (II-я группа) и в 101 наблюдении – в 35 недель и позже (III-я группа). Критериями исключения из анализа были: многоплодная беременность, активная фаза первого периода родов, диагностированная преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты с кровотечением, пороки развития плода, преэклампсия, резус-конфликтная беременность, нарушение маточно-плацентарного кровотока II-III степени.

Всем указанным выше участницам исследования помимо рутинных тестов проводилось трансвагинальное ультразвуковое сканирование шейки матки по общепринятой методике. Исследование проводилось в положении беременной лежа на спине на ультразвуковых аппаратах Toshiba Xario трансвагинальным мультислотным датчиком RVT661VT 6 MHz и Aloka 3500 трансвагинальным мультислотным датчиком UST – 9124. Оценивались следующие параметры состояния шейки матки: длина цервикального канала (мм), форма внутреннего зева (Т, Y, V, U-образная).

При оценке эффективности медикаментозной профилактики спонтанных преждевременных родов до 35 недель беременности на амбулаторном этапе группу вмешательства составили 13 беременных, группу отсутствия вмешательства – 9. На этапе стационарной помощи группу вмешательства составили 11 беременных, отсутствия вмешательства – 5. Группы были сопоставимы по возрасту беременных и сроку беременности на момент проведения вмешательства. В качестве профилактического вмешательства был использован пероральный прием натурального

микронизированного прогестерона (утрожестан 100 мг производства Catalent France Beinheim S.A., Франция) в суточной дозе 200 мг в 2 приема до 34 полных недель беременности. Путь введения – пероральный.

Результаты исследования. После математической обработки данных выяснено, что прогностически значимыми характеристиками состояния шейки матки в 20-24 недели беременности у женщин, не имеющих симптомов угрозы прерывания, были: длина цервикального канала 25 мм и менее в сочетании с аномальными формами внутреннего зева (Y/V/U-образными) (отношение шансов (ОШ) 40,7, 95% доверительный интервал (ДИ) 10,2-146,7, чувствительность теста (Se) – 23%, специфичность (Sp) – 99%, предиктивная значимость положительного результата (PPV) – 55%, предиктивная значимость отрицательного результата (NPV) – 97%). Женщины, имеющие такие характеристики состояния шейки матки, были отнесены к группе риска для проведения профилактического вмешательства.

У женщин стационарного этапа исследования (с симптомами угрожающих преждевременных родов) ведущее значение имело расширение цервикального канала по данным пальцевой оценки. Расширение цервикального канала на 20 мм увеличивало риск спонтанных преждевременных родов в течение 48 часов с момента поступления (ОШ 172,5, 95% ДИ 20,6-1444, Se – 75%, Sp – 98%, PPV – 75%, NPV – 98%), отсутствие расширения цервикального канала не было ассоциировано с преждевременным рождением. При расширении цервикального канала на 10 мм в сочетании с его укорочением до 20 мм и менее был увеличен риск спонтанных преждевременных родов после 48 часов с момента поступления, но до 35 недель беременности (ОШ 64,8, 95% ДИ 6,8-295, Se – 37%, Sp – 99%, PPV – 86%, NPV – 91%). Эти женщины были отнесены к группе риска для оценки эффективности медикаментозной профилактики. Форма внутреннего зева не имела прогностического значения у пациенток стационарного этапа исследования.

Назначение прогестерона женщинам группы риска было клинически эффективным вмешательством. На амбулаторном этапе были получены следующие относительные показатели: риск без лечения – 0,55, риск при лечении – 0,15, абсолютное снижение риска – 0,4, число больных, нуждающихся в лечении (ЧБНЛ) – 2,5. На этапе стационарной помощи дополнительный прием утрожестана привел к абсолютному снижению риска равному 0,34, ЧБНЛ – 2,9. Ни у одной из пациенток не было отмечено побочных действий препарата.

Выводы. Скрининг состояния шейки матки, проводимый всем беременным вне зависимости от наличия у них факторов риска, в сроке 20-24 недели является эффективным вмешательством для прогнозирования спонтанных преждевременных родов до 35 недель. Прогностически значимыми характеристиками состояния шейки матки являются укорочение цервикального канала до 25 мм и менее в сочетании с аномальными формами внутреннего зева. Применение прогестерона в выявленной группе риска позволяет снизить количество спонтанных преждевременных родов до 35 недель беременности на 40%.

У женщин, имеющих симптомы угрозы прерывания беременности в сроки 22-33 недели, так же необходимо помимо рутинной пальцевой оценки состояния шейки матки проводить ее ультразвуковую оценку. Прогностически значимыми характеристиками состояния шейки матки являются: расширение цервикального канала до 20 мм, приводящее к преждевременным родам в течение 48 часов с момента оценки, а так же его расширение до 10 мм в сочетании с укорочением до 20 мм и менее, приводящее к преждевременным родам после 48 часов, но до 35 недель беременности. Дополнительное применение прогестерона в этой группе женщин позволило снизить количество спонтанных преждевременных родов более, чем на 30%.

«ЭФФЕКТ ПЯТЫХ СУТОК» У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ И РОДИЛЬНИЦ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ, ВЫЯВЛЕННЫЙ В ПРОЦЕССЕ КАПИЛЛЯРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРАМЕТРИЗАЦИИ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ

Мартынова Е.Н.¹, Архипов Е.А.², Баранов В.В.², Кешишян Е.С.¹

¹ ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздравсоцразвития РФ.

² ЗАО Центр «Анализ веществ».

г. Москва, Россия.

Цель работы – изучить состояние микрогемодиализации в эпонихии родильниц и параногтевой области у новорождённых, с рождения находящихся на грудном вскармливании, а также сравнить изменения периферической гемодинамики у детей и их матерей, происходящие в раннем неонатальном периоде. Данные получены с помощью компьютерного капилляроскопа. Измерялись следующие параметры: статические величины (плотность капиллярной сети, размеры аортального, переходного, венозного отделов капилляров, ширина перивазальной зоны); динамические показатели (линейная, объёмная скорости кровотока, соотношение притока и оттока – перфузионный баланс). В разработку были взяты 64 матери и 77 детей, находившихся в физиологическом отделении московского родильного дома. Выявлены изменения показателей как у матерей, так и у детей. Интересно, что максимум или минимум в изменениях величин приходится на пятые сутки постнатального периода как у новорождённых, так и у их матерей, причём отмечается «зеркальность» показателей двух групп относительно друг друга. Так, если у женщин ширина перикапиллярной зоны на пятые сутки уменьшается, то у новорождённых она возрастает. Яркое

исключение составляет перфузионный баланс: в обеих группах он резко возрастает, но в разной степени выраженности. У родильниц из отрицательного он на пятые сутки становится нулевым (отток равен притоку), а на шестые сутки – вновь отрицательным. У новорождённых из отрицательного баланс становится положительным (резкое усиление притока), стремясь к отрицательному на шестые. В клинической неонатальной практике эта информация объясняет как первый перекрест формулы крови (на пятые сутки жизни), так и критический период для развития внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных новорождённых (пятые сутки жизни). Кстати, эту информацию также необходимо учитывать при расчёте инфузионной терапии, поскольку значительно усиливается опасность развития отёчного синдрома. Изменения у матерей и детей связаны, по-видимому, с гормональным фоном кормящих женщин и влиянием его на микрогемодинамику. Но не только. Очевидна необходимость дальнейшего изучения и объяснения выявленного «эффекта пятых суток» в процессе изменений микрогемодинамики у родильниц и новорождённых в периоде ранней постнатальной адаптации.

ОСОБЕННОСТИ УРОПРОТЕИНОГРАММ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОНЕФРОЗА

Матюшина К.М., Ростовская В.В., Казанская И.В., Воронцов А.Л.

ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Одной из актуальных проблем педиатрической урологии является постнатальное ведение детей с гидронефротической трансформацией и подозреваемой обструкцией пиелoureтерального сегмента, выявленной в пренатальном или неонатальном периодах.

Большое значение в прогнозе развития гидронефроза у детей первых месяцев жизни, не имеющих клинических проявлений заболевания, приобретают неинвазивные исследования маркеров клеточного повреждения почечной ткани, экскретируемых с мочой, к которым относятся ферменты эпителия проксимальных канальцев и белки.

В клинической практике особенно важным является оценка всего спектра экскретируемых с мочой белковых фракций, позволяющего определить уровень и степень поражения нефрона.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей уропротеинограмм у детей первых месяцев жизни с разной степенью гидронефротической трансформации (ГНТ).

Материалы и методы исследования. Изучение уропротеинограмм (УПГ) выполнено у 29 детей в возрасте от 2 до 12 месяцев с односторонним гидронефрозом разной степени выраженности. 1 степень гидронефроза имели 3 пациента, 2 степень – 13, 3 степень – 9 и 4 степень – 3 больных.

Качественный состав белка исследован методом электрофореза в полиакриламидном геле. Для исследования белкового спектра использовалась утренняя порция мочи. У 13 детей выявлена минимальная степень протеинурии (33-99 мг/л).

При разделении белка на фракции согласно их молекулярной массе (м.м.) были выделены низкомолекулярные протеины с м.м. 12-25 кДа (преальбумины-III), 25-50 кДа (преальбумины-II), 50-65 кДа (преальбумины-I); среднемолекулярные уропротеины с м.м. 69 кДа (альбумин), 70-78 кДа (постальбумины), 79 кДа (трансферрин), 80-110 кДа (посттрансферрины); высокомолекулярные протеины с м.м. более 110-180 кДа (иммуноглобулины) и белковые фракции с м.м. 180-400 кДа. Отдельно определялся уропротеин с м.м. 92 кДа (уромукоид). Полученные процентные значения фракций пересчитывались на абсолютные (мг/л) с учетом общего количества экскретируемого белка с мочой.

В зависимости от сочетания белковых фракций были выделены 11 видов патологических УПГ, определяющих уровень дисфункции нефронов почки (канальцевый и/или клубочковый).

Для повышения точности диагностики уровня и степени поражения различных отделов нефрона при анализе уропротеинограмм рассчитывалось фракционное преобладание класса белков по соотношению суммарных значений средне-, высокомолекулярных протеинов (X2) и низкомолекулярных белков (X1). При $X2/X1 \leq 0,5$ – преимущественно канальцевая протеинурия, значения $X2/X1$ в интервале 0,5-1,5 определяют смешанный тип, $X2/X1 > 1,5$ – клубочковый тип протеинурии.

Степень превышения отдельных фракций тубулярных или клубочковых маркеров протеинурии характеризовали степень выраженности дисфункции канальцев/клубочков гидронефротической почки (минимальная, умеренная степень).

По степени отклонения уровня суммарной экскреции всех классов уропротеинов от нормы определяли распространенность структурно-функциональных нарушений нефронов. Превышение уровня суммарной экскреции белков более 20 мг/л указывает на нарушение функции большого количества нефронов.

Результаты. Для 3 пациентов с пиелэктазией (1 степень) была характерна тубулярная протеинурия (1,49-15,6 мг/л) с минимальной степенью дисфункции канальцев.

При 2 степени ГНТ наиболее часто (n=5) выявлялся смешанный тип УПГ с минимальной дисфункцией канальцево-клубочкового аппарата (0,92-5,66 мг/л). У 4 детей определялся канальцевый тип и у 3 – клубочковый тип уропротеинограммы с минимальной дисфункцией клубочков (5,44-12,51 мг/л) или канальцев (4,21-14,5 мг/л), соответственно.

Среди 9 больных с 3 степенью ГНТ тубулярный тип УПГ с минимальной ($n=3$) и умеренно выраженной ($n=1$) степенью дисфункции канальцев (13,47-27,43 мг/л) установлен у 4 больных, клубочковый тип протеинурии с минимальной дисфункцией гломерул (3,66-13,85 мг/л) – у 4 пациентов. У 1 ребенка определялся смешанный тип уропротеинограммы с минимальной дисфункцией (1,5-2,11 мг/л) разных отделов нефрона.

При 4 степени гидронефроза ($n=3$) имели место все 3 патологических типа уропротеинограмм с минимальными дисфункциями канальцев или клубочков (1,74-16,11 мг/л).

Полученные данные указывают на отсутствие возрастных отличий и взаимосвязи уровня экскретируемых белков с мочой и степенью гидронефротической трансформации.

Заключение. Исследование белкового спектра мочи у детей с гидронефротической трансформацией позволяет оценить степень повреждения структурно-функциональных элементов почечной ткани и объективно определить показания к хирургическому или эндоскопическому лечению.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

Мизерницкая К.Ю., Ростовская В.В., Босин В.Ю.

ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздрава России, г. Москва, Россия.

В настоящее время существует абсолютная необходимость в поиске новых достоверных методов исследования, позволяющих объективно определять объем функционально значимой паренхимы и функциональный резерв почек перед выполнением реконструктивно-пластических, эндоскопических хирургических вмешательств и осуществлять контроль функции почечной паренхимы в послеоперационном периоде у детей с врожденными обструктивными уропатиями.

Цель исследования: разработать методику лабораторного определения фильтрационной способности почечной паренхимы у детей первых месяцев жизни с врожденными обструктивными уропатиями.

Материалы и методы: при проведении урографического исследования (экскреторная урография) измерялся показатель относительной плотности мочи, содержащей контрастное вещество, с определением его процентное содержания в моче больного. Путем выполнения ряда последовательных математических действий рассчитывался показатель скорости клубочковой фильтрации по клиренсу рентгеноконтрастного средства (КРС, мл/мин). За норму КРС были приняты значения показателя от 80 до 160 мл/мин, подобный разброс норматива не позволяет выявить ранние признаки снижения фильтрационной способности почек. Перерасчет КРС на единицу объема функционирующей почечной паренхимы, определяемого с помощью эхографического исследования, дает возможность объективно оценить состояние фильтрационной способности почек и судить о функциональной полноценности клубочков нефронов. В норме данный показатель составляет 0,35 – 0,45 мл/мин/см³.

Результаты исследований: данная методика была применена при обследовании 23 детей в возрасте до 1 года (девочек – 8, мальчиков – 15) с врожденными обструктивными уропатиями (гидронефроз – 12, обструктивный мегауретер – 11). Снижение суммарного клиренса рентгеноконтрастного препарата (менее 0,35 мл/мин/см³) было установлено у 14 пациентов, у 11 из них – значительное снижение относительной фильтрационной способности почек (0,09 – 0,15 мл/мин/см³). В четырех случаях были проведены реконструктивно-пластические операции, а в 7 – малоинвазивные эндоскопические вмешательства (стентирование). Под наблюдением уролога оставлены 3 больных с умеренно сниженной фильтрационной функцией почек (0,27 – 0,34 мл/мин/см³). Признаки гиперфильтрации (более 0,45 мл/мин/см³) отмечены в 5 случаях, этиология и значение которой в настоящее время нами устанавливаются. Функциональная способность почек была сохранна у 4 детей, что свидетельствовало о достаточно высоком уровне резервных возможностей клубочкового аппарата.

Таким образом, предлагаемая методика позволяет:

- 1) повысить информативность урографического исследования и предать ему функциональную направленность;
- 2) выявить ранние признаки нарушения фильтрационной способности почечной паренхимы;
- 3) оценить степень нарушения фильтрационной способности почек в до- и послеоперационном периоде.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ НАРУЖНОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВТОРОГО ПЛОДА ИЗ ДВОЙНИ В РОДАХ

Михайлов А.В., Державина Н.Е., Каишанова Т.А., Шман В.В., Петрова М.М., Чирина П.Л.

СПб ГУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург, Россия.

В настоящее время роды при тазовом предлежании принято расценивать как патологические ввиду значительно более высокой перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных при тазовом предлежании по сравнению с головным. На сегодняшний день в ходе многочисленных исследований доказана высокая эффективность применения операции наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании плода при одноплодной беременности с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Следует отметить высокую частоту развития преждевременных родов при многоплодной беременности, а также более высокую частоту встречаемости тазового предлежания при многоплодии. Оба этих фактора повышают риск развития интранатальной асфиксии новорожденных. Таким образом, нами было предположено, что при тазовом предлежании второго плода из двойни после рождения первого плода в головном предлежании возможно применение наружного акушерского поворота с целью коррекции патологического предлежания и снижения частоты развития интранатальной заболеваемости и смертности. Цель: Оценка клинического значения применения операции наружного поворота плода на головку в родах при тазовом предлежании второго плода из двойни.

Задачи:

- 1) оценить эффективность операции наружного поворота плода на головку в родах при тазовом предлежании второго плода;
- 2) оценить частоту интранатальной асфиксии у второго плода из двойни после применения данной манипуляции;
- 3) сравнить частоту развития интранатальной асфиксии у первого плода из двойни в тазовом предлежании в зависимости от метода родоразрешения, независимо от предлежания второго плода.
- 4) сравнить частоту развития интранатальной асфиксии у второго плода из двойни в тазовом предлежании в зависимости от метода родоразрешения, независимо от предлежания первого плода.

Материалы и методы: На базе СПб ГУЗ «Родильный дом № 17» в 2007 году было проведено три попытки операции наружного поворота плода на головку при наличии тазового предлежания второго плода из двойни после рождения первого плода в головном предлежании через естественные родовые пути. В исследуемую группу вошли три пациентки при наличии дихориальной диамниотической двойни. У двух из них роды произошли при сроке беременности 38 недель, у одной – при сроке беременности 36 недель и 6 дней. Операция наружного акушерского поворота производилась после рождения первого плода из двойни при наличии целых околоплодных вод второго плода и их достаточном количестве, при удовлетворительном состоянии плода при оценке КТГ, после болюсного введения в-миметиков с целью острого токолиза, под ультразвуковым контролем.

Кроме того, нами проведен анализ 486 случаев родов двойней за 2008 год в родильных домах Санкт-Петербурга. Частота преждевременных родов составила 44,9%. Тазовое предлежание первого плода имело место в 129 случаях из них, тазовое предлежание второго плода – в 149.

Результаты: операция наружного поворота второго плода из двойни на головку была эффективна и произведена без технических трудностей во всех трех случаях. Следует отметить, что у двух пациенток из трех плацента располагалась по передней стенке матки, и две из них были первородящими, хотя первые роды в анамнезе и расположение плаценты по передней стенке матки относятся к факторам, снижающим эффективность данной манипуляции при одноплодной беременности.

При оценке состояния новорожденных было обнаружено, что в двух случаях из трех у второго плода не выявлялось признаков интранатальной асфиксии и оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила 8 баллов. А в одном случае у второго плода имела место интранатальная асфиксия плода и оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила 6 баллов. При этом, у данной пациентки роды завершились путем операции выходной вакуум-экстракции головки плода в связи с угрожающей гипоксией второго плода.

При анализе данных родов двойней за 2008 год в родильных домах Санкт-Петербурга получены следующие результаты. При тазовом предлежании первого плода из двойни родоразрешение через естественные родовые пути имело место в 16 случаях (12,4%), а родоразрешение путем операции кесарева сечения – в 113 случаях (87,6%). Тогда как при тазовом предлежании второго плода из двойни данные показатели составили 59 (39,6%) и 90 (60,4%) соответственно.

Проанализирована частота рождения плодов в состоянии интранатальной асфиксии в зависимости от метода родоразрешения среди первых и среди вторых плодов из двойни в тазовом предлежании. Было выявлено, что частота развития интранатальной асфиксии у первого плода из двойни при родоразрешении через естественные родовые пути выше, по сравнению с таковой при родоразрешении путем операции кесарева сечения, и составляет 18,8% и 10,6% соответственно. В то время как при наличии второго плода из двойни в тазовом предлежании наблюдается обратная закономерность: частота развития интранатальной асфиксии у второго плода в тазовом предлежании при родоразрешении через естественные родовые пути ниже, чем при родоразрешении путем операции кесарева сече-

ния, и составляет 13,5% и 23,3 % соответственно. При этом частота развития интранатальной асфиксии среди всех новорожденных, родившихся при многоплодной беременности, составляет в популяции г. Санкт-Петербурга 11,6 %.

Таким образом, был сделан вывод о том, что применение операции наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании второго плода из двойни в родах не является целесообразным, так как частота развития асфиксии второго плода из двойни при его родах в тазовом предлежании более чем в полтора раза ниже, чем при родоразрешении путем операции кесарева сечения и достоверно не отличается от таковой среди всех двоен.

Выводы:

- 1) Операция наружного акушерского поворота при тазовом предлежании второго плода из двойни была эффективна и произведена без технических трудностей у всех пациенток;
- 2) интранатальная асфиксия второго плода имела место у 1 плода из трех;
- 3) частота развития интранатальной асфиксии у первого плода из двойни в тазовом предлежании при родоразрешении через естественные родовые пути более чем в полтора раза выше, чем при родоразрешении путем операции кесарева сечения;
- 4) частота развития асфиксии второго плода из двойни при рождении в тазовом предлежании более чем в полтора раза ниже, чем при родоразрешении путем операции кесарева сечения, и достоверно не отличается от популяционной среди всех новорожденных при дуплодной беременности;
- 5) применение операции наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании второго плода из двойни в родах не является целесообразным.

ОЦЕНКА ИСХОДОВ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И МАТЕРЕЙ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 22 – 26 НЕДЕЛЬ

Михайлов А.В., Шман В.В., Кянксен А.Н.

СПб ГУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург, Россия.

В настоящее время актуальность оценки исходов ранних преждевременных родов как для новорожденных, так и для матерей не вызывает сомнений. В связи с развитием высоких технологий в неонатологии появилась возможность проведения реанимации и выхаживания таких глубоконедоношенных новорожденных, однако назрела необходимость точного понимания прогноза как в отношении новорожденных, так и для матерей, в зависимости от причины и срока родоразрешения.

Цель: оценка прогноза в отношении возможности выживания глубоконедоношенных новорожденных в зависимости от срока и причины родоразрешения, а также в случаях развития хориоамнионита.

Материалы и методы: на базе СПб ГУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург за 18 месяцев 2008 – 2009 гг. было проведено 45 родов и родилось 50 недоношенных детей при сроках беременности 22 – 26 недель. Все новорожденные были разделены на две группы. В первую группу вошли дети (25 новорожденных), родившиеся в случаях с преждевременным излитием околоплодных вод (группа ПИОВ), вторую группу (24 новорожденных) составили дети после родоразрешения в связи с первичным развитием родовой деятельности (группа СХВАТКИ). 1 ребенок родился после проведения досрочного родоразрешения в связи с преэклампсией тяжелой степени. В обеих группах проведен анализ перинатальной смертности в зависимости от срока беременности, оценена частота развития хориоамнионита и исходов для новорожденных при его наличии.

При ведении родов в обеих группах при наличии условий проводился курс профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) с применением двух доз Бетаметазона по 12 мг внутримышечно с интервалом 24 часа, с обеспечением длительного токолиза в-миметиками при необходимости в случаях отсутствия клинико-лабораторных признаков развития инфекционного процесса. В качестве лабораторного подтверждения хориоамнионита использовалась количественная оценка уровня С-реактивного белка, уровня лейкоцитоза и количества несегментированных нейтрофилов в крови беременных и рожениц.

Результаты: Перинатальная смертность в группе детей, родившихся при ПИОВ составила по срокам беременности соответственно: при сроке 22 недели – 50% (2 плода погибли интранатально, 2 родились живыми), при сроке 23 недели – 80% (1 погиб интранатально, 3 в раннем неонатальном периоде, 1 родился живым), при сроке 24 недели – 44,4% (1 плод погиб антенатально, 1 интранатально, 2 в раннем неонатальном периоде, 5 родились живыми), при сроке 25 недель – 33,3% (1 погиб интранатально, 2 родились живыми), при сроке 26 недель – 0% (все 4 родились живыми). Выжили более 3 месяцев дети, родившиеся при сроке 23 недели и более (всего 11 детей). Все дети, родившиеся при сроке 25 недель и более, выжили более 3 месяцев.

Перинатальная смертность в группе детей, родившихся в связи с развитием родовой деятельности, составила по срокам беременности соответственно: при сроке 22 недели – 66,6% (1 родился живым, 1 погиб интранатально, 1 погиб в раннем неонатальном периоде), при сроке 23 недели – 25% (3 родились живыми, 1 погиб в раннем неонатальном периоде), при сроке 24 недели – 42,8% (4 родились живыми, 2 погибли интранатально, 1 в раннем неонатальном периоде), при сроке 25 недель – 25% (6 детей родилось живыми, 2 погибли в раннем неонатальном периоде), при

сроке 26 недель – 50% (1 родился живым, 1 погиб в раннем неонатальном периоде).

За этот период у 2 пациенток с длительным безводным промежутком (в одном случае более 3 недель, в другом – 8 суток), одна из которых имела ДХДА двойню, роды произошли при сроке 26 недель и 2 дня, дети родились живыми и выжили более 3 месяцев, хориоамнионита у этих пациенток зарегистрировано не было. Из 5 случаев клинического хориоамнионита только у одной пациентки перед родами не было зарегистрировано диагностически значимого повышения уровня лейкоцитоза крови, несегментированных нейтрофилов и с-реактивного белка, в остальных случаях имелось четкое лабораторное подтверждение клинического диагноза. В то же время не было случаев с диагностически значимыми отклонениями показателей крови при отсутствии клинических данных за хориоамнионит.

При анализе данных по развитию хориоамнионита в связи с длительностью безводного промежутка имеют место различия по частоте этого осложнения в группе пациенток, родивших на фоне ПИОВ, где средняя длительность безводного промежутка составила 55 часов, максимальная – более 6 недель, и среди пациенток, у которых сначала развилась родовая деятельность, и безводный промежуток составил от нескольких минут до 4,5 часов максимально. В первой группе (ПИОВ) общая частота развития хориоамнионита составила 20%, а во второй (СХВАТКИ) – 33,3%. По отношению к новорожденным прогноз более тяжелый в группе ПИОВ, в то время как прогностически лучше исходы для новорожденных в группе с первичным развитием родовой деятельности. При меньшей частоте развития клинического хориоамнионита в группе детей родившихся в связи с ПИОВ не выжил ни один ребенок, из 5 (20%) случаев клинического хориоамнионита 3 ребенка погибли интранатально, 2 ребенка – в раннем неонатальном периоде. При развитии хориоамнионита в группе детей, родившихся в связи с развитием родовой деятельности, из 8 (33,3%) случаев клинического хориоамнионита 2 ребенка умерли в раннем неонатальном периоде, 2 ребенка умерли в позднем неонатальном периоде, 4 ребенка выжили более 3 месяцев.

При сравнении исходов в отношении выживаемости детей из группы ПИОВ и из группы СХВАТКИ, лучше прогноз в отношении первой группы - выжило 44,4% детей, по сравнению с 33,3% во второй группе. Нельзя исключить, что это во многом связано с возможностью завершения полного курса антенатальной профилактики РДС новорожденных при длительности безводного промежутка более 48 часов. В группе ПИОВ удалось провести полный курс профилактики РДС в 68% случаев, неполный курс в 20% случаев, не проводилась профилактика в 12% случаев в связи с наличием показаний к немедленному родоразрешению. В группе СХВАТКИ полный курс профилактики завершено только в 29,2% случаев, неполный – 33,3% случаев, у 37,5% пациенток профилактика РДС проведена не была.

По отношению к матерям различия в исходах по-видимому статистически незначимые в связи с малой численностью групп (по 22 пациентки в каждой группе) и редкостью развивающихся осложнений в родах и послеродовом периоде. В группе ПИОВ частота кесарева сечения составила 31,8% (7 пациенток), из которых 3 прооперированы в связи с тазовым предлежанием плода, по одной в связи с: отслойкой плаценты, выпадением петель пуповины, низким расположением плаценты. В группе СХВАТКИ частота кесарева сечения составила 13,6% (4 пациентки), из которых 2 прооперированы в связи с тазовым предлежанием, 2 в связи с отслойкой плаценты. В группе ПИОВ только у одной пациентки в послеродовом периоде наблюдалась субинволюция матки, пролеченная консервативно, в группе СХВАТКИ у одной пациентки развился сепсис, проводилась экстирпация матки, у одной пациентки субинволюция матки требовала проведения выскабливания полости матки в послеродовом периоде.

Выводы:

- 1) перинатальная смертность при сроках 22 – 23 недели приближается к 100%, что позволяет признать плодов, рождающихся при таких сроках беременности нежизнеспособными;
- 2) рождение в сроке более 25 недель дает благоприятный прогноз в отношении жизни ребенка;
- 3) развитие хориоамнионита прогностически более неблагоприятно при преждевременном излитии вод, хотя частота встречаемости этого осложнения выше в случаях развития первичной родовой деятельности с целым плодным пузырем, частота развития хориоамнионита по мере нарастания безводного промежутка не увеличивается.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ПРОЦЕССЕ РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Назаров С.Б., Попова И.Г., Филькина Е.В.

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздравсоцразвития России, г. Иваново, Россия.*

С целью выявления особенностей функции эндотелия пуповины и сосудов новорожденных в процессе ранней постнатальной адаптации обследовано 40 женщин и 40 родившихся у них доношенных новорожденных на 1 сутки жизни. Проводили определение в смешанной пуповинной крови и у новорожденных в венозной крови количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) и биохимические показатели. При сравнении количества ДЭ в пуповинной крови и крови новорожденного достоверных различий не выявлено. Содержание VEGF в пуповинной крови было выше в 1,6 раза, чем в крови у новорожденных ($p < 0,05$). Уровень VE-кадгерина в пуповинной крови был снижен в 25 раз, а концентрация NOx в 3,4 раза, чем в сыворотке у новорожденных ($p < 0,001$). Содержание альбумина в пуповинной крови снижено в 1,2 раза ($p < 0,001$). Уровень ММП-9 в пуповинной крови был выше в 6,3 раза, чем в крови

новорожденного ($p < 0,001$). Содержание sP-селектина в пуповинной крови выше в 3,9 раза, чем у новорожденных ($p < 0,001$). При определении содержания атриального натрийуретического пептида, гомоцистеина достоверных различий не отмечено. Таким образом, адаптация здоровых новорожденных к внеутробной жизни сопровождается активацией приспособительных реакций организма направленных на жизнеобеспечение. В ходе проведенного исследования удалось проследить изменения показателей функционального состояния эндотелия в пуповинной крови и у новорожденного в 1-е сутки жизни. Установлено, что адаптация сосудистого звена характеризуется повышением оксида азота, снижением уровней сосудисто-эндотелиального фактора роста и металлопротеиназы-9 и повышением VE-кадгерина и sP-селектина в крови.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

*Никитина И.Л., Дитковская Л.В., Скородок Ю.Л., Тодиева А.М., Демчук Ю.А.
ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, г. Санкт-Петербург, Россия.*

Качество жизни (КЖ), определяемое, как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, является важным критерием эффективности терапии при хронических заболеваниях, к которым относится сахарный диабет 1 типа (СД1).

Цель исследования состояла в количественной и качественной оценке различных аспектов КЖ в зависимости от способа введения инсулина у детей школьного возраста с СД 1 типа. Обследовано 37 пациентов (19 девочек и 18 мальчиков) в возрасте от 7 до 17 лет, ранее получавших инсулинотерапию в режиме многократных подкожных инъекций и переведенных впоследствии на помповую инсулинотерапию (ПИ). Длительность ПИ на момент обследования составила не менее 1 года. Качество жизни оценивали с помощью стандартизированного протокола PedsQL (Type 1 Diabetes Module, Version 3.2). Анкета протокола была адаптирована по возрасту и предназначалась для больных СД 1 детей и их родителей. Были исследованы самочувствие, отношение к лечению и самоконтролю, уровень тревожности, коммуникативные способности в сравнительном аспекте до и после перевода на ПИ.

Результаты: Самочувствие существенно улучшилось после перевода на ПИ по мнению как детей, так и их родителей (соответственно $75,2 \pm 8,5\%$ на ПИ против $50,8 \pm 7,8\%$ на MDI и $74,4 \pm 6,8\%$ на ПИ против $56,2 \pm 5,6\%$ на MDI, $p < 0,05$). Результаты оценки влияния лечения были однонаправленными среди детей и их родителей и свидетельствовали об уменьшении негативного влияния терапии диабета на КЖ пациентов после перевода на ПИ ($69,6 \pm 5,2\%$ на ПИ и $55,0 \pm 4,8\%$ на MDI по мнению детей; $69,6 \pm 6,3\%$ и $50,7 \pm 6,1\%$ по мнению родителей, $p < 0,05$). Показатель тревожности включал оценку беспокойства, связанного с вероятностью возникновения гипо- либо гипергликемических состояний, а также с отдаленными последствиями диабета. В данном вопросе мнения пациентов и их родителей не совпали. Так, после перевода на ПИ у детей тревожность существенно уменьшилась ($68,4 \pm 5,2\%$ против $52,2 \pm 5,6\%$, $p < 0,05$), в то время как у родителей статистически значимых различий не произошло ($66,8 \pm 15,7\%$ против $54,4 \pm 14,2\%$, $p > 0,05$). В оценке фактора коммуникативности, включающего сложности, возникающие при обсуждении с врачами, сверстниками и окружающими людьми вопросов, связанных с СД, дети и их родители совпали во мнении об отсутствии существенного влияния на процессы общения способа введения инсулина. Как до, так и после перевода на ПИ у пациентов сохранились проблемы в общении на темы, имеющие отношение к их заболеванию. Ни один ребенок на момент проведения исследования не отказался от продолжения ПИ.

Выводы: Проведение заместительной гормональной терапии детей с СД 1 при помощи инсулиновой помпы оказывает существенное позитивное влияние на большинство составляющих качества жизни, что имеет важное значение для достижения основных конечных целей комплексной терапии данной патологии.

5 СЛУЧАЕВ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ АТРЕЗИИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Новикова И.В., Венчикова Н.А., Соловьева И.В., Лиштван Л.М., Тарлецкая О.А., Антошина Н.Л., Плевако Т.А., Шепелевич Е.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь.

Цель: установить возможность пренатальной ультразвуковой диагностики аноректальной атрезии (АРА) в I триместре беременности.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 5 плодов, абортированных в Минске после

пренатальной диагностики в 2006-2011 г.г. Пренатальную сонографию осуществляли с помощью ультразвуковых аппаратов Voluson 730 Expert (GE, США), с трансабдоминальным конвексным датчиком 4-8 МГц и трансвагинальным 4-9 МГц.

Результаты. При ранней сонографии в 11-13 нед беременности в нижних отделах живота у 5 плодов с АРА визуализировался гипозехогенный жидкостной карман. Диагноз верифицирован при постабортном патологоанатомическом исследовании. У четырех плодов АРА была компонентом множественных пороков развития: синдромов Дауна (1), триплоидии (1), Фразера (1) и ассоциации VATER (1), а в одном случае расценена как изолированная аномалия. При триплоидии АРА сочеталась с илео-цекальным стенозом, что привело к визуализации брюшной полости плода двух жидкостных образований.

Заключение. Установлена возможность пренатальной ультразвуковой диагностики АРА в I триместре беременности на основании визуализации в нижних отделах живота плода анэхогенного образования, которое следует дифференцировать с мегацистисом. При установлении диагноза АРА важно провести тщательный поиск других сопутствующих пороков с обязательным кариотипированием.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Образцова Г.И., Гуркина Е.Ю.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Обследовано 410 детей и подростков в возрасте 7–18 лет с повышенным уровнем артериального давления по данным случайных измерений.

Из них 248 (60%) человек имели нормальные показатели массы тела, у 98 (24%) обследованных детей выявлена избыточная масса тела, а у 64 (16%) диагностировано ожирение.

Всем детям проведено суточное мониторирование артериального давления.

Анализ полученных данных показал, что у пациентов с ожирением и избыточной массой тела регистрируются достоверно более высокие средне-интервальные показатели систолического и диастолического АД, чем у детей с нормальными весовыми показателями

Стабильная артериальная гипертензия отмечалась у 60% больных с ожирением, в группе детей с избыточной массой тела – у 36% и в группе детей с нормальной массой тела – в 27% случаев ($\chi^2=9,258$, $p=0,01$).

У детей с ожирением также отмечалась достоверно более высокая вариабельность систолического и диастолического АД ($p < 0,001$, и $p < 0,003$ соответственно) в сравнении с детьми, имеющими с нормальную массу тела. При оценке показателей АД в ночное время у детей с ожирением выявлено достоверное учащение случаев (11%) повышения АД во время ночного сна (тип night-peaker) ($p < 0,0005$ – при сравнении с детьми с нормальной массой тела).

Таким образом, у детей с ожирением регистрируются нарушения циркадного ритма АД, связанные с высоким риском сосудистых осложнений (инсульт, поражение органов-мишеней, синдром обструктивного апноэ-гиппноэ сна).

МУТАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ГЕНА MPZ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛЬНОЙ АМИОТРОФИЕЙ ШАРКО-МАРИ-ТУС В БЕЛАРУСИ

Осадчук Т.В., Моссэ К.А., Румянцева Н.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь.

Введение. Ген MPZ (myelin protein zero) локализован на хромосоме 1 в сегменте q22.1-q23, кодирует миелиновый белок P₀, который является основным структурным компонентом периферического миелина.

Цель исследования – определение мутаций гена MPZ, приводящих к невральной амиотрофии Шарко-Мари-Тус тип 1В (СМТ тип 1В).

Результаты и обсуждение. На первом этапе диагностики в отобранной группе пациентов с клиническими симптомами моторно-сенсорной невропатии были исключены СМТ тип 1А и СМТ тип 1Х. Ресеквенирование экзонов 2 и 3 гена MPZ выявило мутации у 2 из 50 (4%) пробандов с СМТ. Описанная ранее миссенс-мутация Thr124Met обнаружена у одного пациента с клиническим диагнозом СМТ тип 2 с поздним началом заболевания (после 33 лет), дефектами зрачков (синдром Аргайла-Робертсона), тугоухостью и хроническим кашлем. У второго пробанда, женщины 23 лет, нами была идентифицирована новая сплайсинговая мутация IVS1-2A>C, ассоциированная с тяжелой моторно-сенсорной невропатией: начало заболевания на первой декаде жизни, мышечная гипотония, нарушение

походки, слабость мышц дистальных отделов конечностей, потеря чувствительности. Такая же нуклеотидная замена была идентифицирована у отца пробанда и двух ее сыновей в возрасте 2.5 года и 4 месяцев. Новая мутация не была обнаружена у здоровых членов семьи, а также в контрольной группе.

Заключение. Применение методов ДНК-анализа способствует не только раннему выявлению заболевания, но также позволяет своевременно выявлять бессимптомных носителей и проводить пренатальную диагностику в отягощенных семьях.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК В ДИНАМИКЕ ДВУХФАЗНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Осипова Н.А.

*Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»
Минздравсоцразвития РФ, г. Санкт-Петербург, Россия.*

Почка, являясь эффекторным органом системы водно-солевого обмена, подвергается влиянию множества экстра-ренальных факторов регуляции, к числу которых относятся и половые гормоны. В связи с этим представляет интерес исследование функции почки в динамике полноценного двухфазного цикла.

Обследовано 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Наличие двухфазного цикла было подтверждено данными ультразвукового и гормонального исследования. На 3-5 и 21-23 дни менструального собирали пробы мочи при произвольном мочеиспускании и проводили забор крови из локтевой вены. В моче и сыворотке крови определяли осмоляльность на осмометре МТ-4, концентрацию креатинина на спектрофотометре СФ-16, концентрацию натрия и калия – на пламенном фотометре Corning 410, концентрацию кальция и магния – на атомном абсорбционном спектрофотометре Hitachi.

В лютеиновую фазу менструального цикла наблюдается достоверное снижение осмоляльности сыворотки крови, концентрации ионов натрия и магния, концентрация ионов калия не меняется, концентрация ионов кальция возрастает, однако все показатели остаются в пределах физиологических значений. Исследование функции почек у здоровых женщин в лютеиновую фазу цикла выявило увеличение скорости клубочковой фильтрации, минутного диуреза, экскреции ионов натрия, калия, магния, реабсорбции осмотически свободной воды, осмолярного клиренса и снижение экскреции ионов кальция.

Увеличение концентрации аргинин-вазопрессина в сыворотке крови в лютеиновую фазу менструального объясняет снижение осмоляльности сыворотки крови и согласуется с полученными нами данными об увеличении реабсорбции осмотически свободной воды, что может быть обусловлено способностью эстрогенов связываться с рецепторами гипоталамических нейронов и, таким образом, влиять на синтез и секрецию аргинин-вазопрессина. Снижение концентрации ионов магния может быть обусловлено увеличением его экскреции с мочой. Увеличение концентрации ионов кальция в крови и снижение его выделения почками во вторую фазу менструального цикла может быть обусловлено изменением уровня паратормона и кальцитонина в крови.

ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ ПЛОДА КАК ПРИЧИНА САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШЕЙ

Остроменский В.В., Евтюкова Ю.Г.

Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия.

Частота самопроизвольных абортс составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% этих выкидышей происходит до 12 недели беременности. Одним из ведущих факторов в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология плода, частота которой по данным литературы достигает 40% от всех самопроизвольных абортс раннего срока.

Цель исследования: определение значимых факторов риска в развитии хромосомных аномалий.

Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациенток и результатов патоморфологических исследований самопроизвольных выкидышей от 5 до 12 недели беременности.

Проанализировано 324 случая самопроизвольных выкидышей. По данным исследования частота различных хромосомных aberrаций, явившихся причиной самопроизвольного выкидыша раннего срока составляет 24,7%.

В результате проведенного исследования выполнена оценка уровня значимости факторов риска в возникновении хромосомной патологии у плода. Определены факторы с сильной корреляционной связью: возраст беременной, возраст отца ребенка, группа крови беременной, наличие соматической патологии, присутствие инфекционных заболеваний мочеполовой системы, наличие патологии матки, абортс в анамнезе, паритет.

Оценена эффективность современных методов пренатальной диагностики хромосомной патологии и определены показания для проведения пренатального кариотипирования.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ УГРОЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ

Павлов А.В., Кулида Л.В., Панова И.А.

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздравсоцразвития России, г. Иваново, Россия.*

Цель работы: выявить патоморфологические особенности плацент при угрозе прерывания беременности в 22-33 недели.

Материал и методы: проведено патоморфологическое исследование 65 плацент. В основную группу (n=40) вошли плаценты от женщин с угрозой невынашивания в 22-33 недели, родивших в срок; в контрольную (n=25) – плаценты у женщин с физиологическим течением беременности и родов.

Результаты: как в основной, так и контрольной группе преобладали плаценты овальной и округлой форм, с центральным и парацентральным прикреплением пуповины ($p>0,05$). В основной группе выявлено снижение органомерических параметров плацент с доминированием гипоплазии 1 и 3 степени ($p<0,05$), сочетающееся с недоразвитием вартонова студня и наличием ложных узлов по ходу пуповины. В 23% случаев в основной группе диагностирован базальный и париетальный децидуит смешанной вирусно-бактериальной этиологии ($p<0,05$). В 35% воспаление в базальной пластинке сочеталось с пролиферативным виллузитом промежуточных и терминальных ворсин, а в 65% – со стенозирующим васкулитом створчатых ворсин первого и второго порядков. Геморрагические и ишемические инфаркты, мелкоочаговые петрификаты в базальной пластинке и строме ворсин определялись в плацентах обеих групп ($p>0,05$).

Заключение: выявленные патоморфологические изменения в плаценте свидетельствуют о персистирующем воспалении, которое явилось одним из факторов угрозы прерывания беременности в 22-33 недели и в сочетании с расстройствами материнско-плодового кровообращения составило структурную основу компенсированной (76,5%) и субкомпенсированной (23,5%) плацентарной недостаточности.

ПРИМЕНЕНИЕ МРТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Панов В.О.¹, Кулабухова Е.Н.¹, Труфанов Г.Е.², Иванов Д.О.², Фокин В.А.², Вихтинская И.А.²

*¹ ФГУ «Научный центр Акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ,
г. Москва, Россия.*

*² Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
г. Санкт-Петербург, Россия.*

Цель. Ознакомить специалистов с возможностями МРТ в диагностике нарушений развития легких у плодов и новорожденных.

Материалы и методы. Данные МРТ и УЗИ сравнивали у 6 плодов и 27 новорожденных с подозрением на поражение легких и органов грудной клетки, 18 новорожденным была выполнена рентгенография грудной клетки. МРТ проводили на 1,0 и 1,5 Тл МРТ-системах.

Результаты. МРТ легких плода облегчено отсутствием пневматизации легочной ткани. Были выявлены: 1 киста легких внутриутробного плода и 1 случай – у новорожденного в периферических частях легких. Аденоматоз легких был выявлен всего у 4 плодов и 3 новорожденных. Секвестр легких в 3 случаях сопровождался наличием свободной жидкости в плевральной полости. Всего был выявлен 1 случай секвестра легких у плода и 5 случаев секвестра легкого новорожденных. Во всех случаях УЗИ и рентгенография органов грудной клетки новорожденного не позволили провести точный дифференциальный диагноз.

Выводы. Для диагностики нарушений развития легких у плода и новорожденных (аденоматоз, секвестр и/или кисты легких) МРТ является эффективным, безопасным и неинвазивным альтернативным методом диагностики, который должен использоваться в комплексе с традиционными УЗИ плодов и новорожденных, а также рентгенографией органов грудной клетки новорожденных как уточняющий и завершающий этап диагностики.

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА (РДС) У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Перепелица С.А.², Голубев А.М.¹, Мороз В.В.¹

¹ ГУ «НИИ Общей реаниматологии им. В.А. Неговского» РАМН, г. Москва, Россия.

² ГУЗ «Перинатальный центр Калининградской области», г. Калининград, Россия.

Цель работы. Исследование роли интерлейкина-6 (ИЛ-6) в патогенезе РДС у недоношенных новорождённых.

Материалы и методы. Исследована продукция ИЛ-6 в различных биологических жидкостях матерей и недоношенных новорождённых: периферической крови матерей в конце первого периода преждевременных родов или во время оперативного родоразрешения; передних околоплодных водах; бронхоальвеолярной жидкости, аспирированной сразу после рождения (БАЛ1) и через 8 часов после введения экзогенного сурфактанта «Куросурфа» (БАЛ2); остаточной пуповинной крови (ОПК) недоношенных новорождённых; центральной венозной крови (ЦВК) недоношенных новорожденных первой недели жизни; желудочном аспирате (ЖА), полученном сразу после рождения. В конце первого периода родов у матери осуществляли забор крови из периферической вены. Забор амниотической жидкости (АЖ) проводили методом амниоцентеза во время операции кесарева сечения, динамического осмотра родовых путей при её излитии, амниотомии в первом периоде родов. ОПК забиралась сразу после пересечения пуповины. Исследование ЦВК осуществляли через 8 часов после рождения, на 3 и 5 сутки жизни. Содержание ИЛ-6 определяли методом ИФА с использованием моноклональных антител на фотометре Stat Fax 2100 (США) и тест-систем BioSonroe-International (Франция). Единица измерения – пикограммы в миллилитре (пг/мл) биологической жидкости. В исследование включено 57 недоношенных новорожденных. Выделены 2 группы новорождённых, в зависимости от выраженности клинических проявлений РДС. В группу «А» включено 34 ребёнка с тяжёлым течением РДС, в связи с чем, всем новорождённым с рождения проводились профилактическое введение экзогенного сурфактанта «Куросурфа» и искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ). В группу сравнения-«В», включено 23 недоношенных новорождённых с физиологическим течением раннего неонатального периода. В группе «А» средний гестационный возраст (ГВ) составил 30,9±2,5 нед., масса тела (мт) при рождении – 1684±472,7 г. В группе «В» средний ГВ – 34,5±1,03 нед., мт – 2248± 393,7 г.

Результаты и обсуждение. Содержание ИЛ-6 в различных биологических жидкостях у недоношенных новорождённых без признаков РДС (группа «В»). Преждевременные роды ассоциированы с повышенным синтезом провоспалительных цитокинов, прежде всего ИЛ-6. Конец первого периода родов характеризовался различными концентрациями ИЛ-6 в плазме периферической крови рожениц: от 47,77 пг/мл до 79,03 пг/мл ($M \pm \sigma = 72,99 \pm 8,5$ пг/мл). Концентрация ИЛ-6 в АЖ варьировала от 308,66 пг/мл до 851,89 пг/мл, ($M \pm \sigma = 607,4 \pm 140,2$ пг/мл), что свидетельствовало о наличии интраамниотической инфекции у матери и сопряжено с высоким риском внутриутробной инфекции у ребёнка. У новорождённых этой группы выявлены индивидуальные колебания уровней синтеза ИЛ-6 в ОПК, в связи с чем пациенты разделены на 2 подгруппы, различающиеся по концентрации этого интерлейкина. 1-я подгруппа – 17,4% наблюдений, характеризовалась высоким содержанием исследуемого ИЛ в ОПК: $M \pm \sigma = 447,5 \pm 138,4$ пг/мл. Во второй подгруппе – 82,6% случаев, выявлена достоверно низкая ($p < 0,001$) функциональная активность ИЛ-6 в ОПК: $M \pm \sigma = 12,2 \pm 5,1$ пг/мл. В ЖА, полученном сразу после рождения, определялось статистически достоверное ($p < 0,05$) различие содержания ИЛ-6: у новорождённых 1-й подгруппы $M \pm \sigma = 852,9 \pm 309,7$ пг/мл, во 2-й подгруппе – $M \pm \sigma = 358,0 \pm 170,6$ пг/мл. В дальнейшем у новорожденных обеих подгрупп динамика продукции ИЛ-6 в ЦВК была разнонаправленной. В 1-й подгруппе через 8 часов после рождения содержание ИЛ-6 в ЦВК достоверно снижалось ($p < 0,05$). К 5-м суткам жизни средняя величина показателя снизилась до $M \pm \sigma = 14,02 \pm 5,0$ пг/мл. Во 2-й подгруппе через 8 часов после рождения экспрессия ИЛ-6 достоверно ($p < 0,05$) увеличилась в 4 раза ($M \pm \sigma = 80,3 \pm 27,6$ пг/мл). К 3-м суткам постнатального возраста выявлена максимальная продукция ИЛ-6 в плазме крови – $M \pm \sigma = 118,3 \pm 81,6$ пг/мл, что достоверно выше, по сравнению с исходным показателем ($p < 0,05$). К 5 суткам жизни содержание ИЛ-6 в ЦВК снизилось: $M \pm \sigma = 13,04 \pm 5,47$ пг/мл.

Содержание ИЛ-6 в различных биологических жидкостях у недоношенных новорождённых с РДС (группа «А»). В конце первого периода родов определялось различное содержание ИЛ-6 в плазме периферической крови рожениц: от 14,97 пг/мл до 117,74 пг/мл. Концентрация ИЛ-6 в АЖ варьировала от 609,7 пг/мл до 3869 пг/мл ($M \pm \sigma = 1217,4 \pm 296,4$ пг/мл), в 3 наблюдениях содержание цитокина повышено до 1624-3869 пг/мл. В ОПК у новорождённых этой группы выявлены особенности синтеза ИЛ-6. В связи с этим выделены 2 подгруппы, различающиеся по содержанию этого интерлейкина в ОПК. В 3-ей подгруппе – 38,2% наблюдений, определялось высокое содержание исследуемого ИЛ: $M \pm \sigma = 493,3 \pm 92,3$ пг/мл. 4-я подгруппа – 61,8% случаев, характеризовалась низким содержанием ИЛ-6, $M \pm \sigma = 20,3 \pm 8,7$ пг/мл. В ЖА, полученном сразу после рождения, определялась высокая продукция ИЛ-6: $M \pm \sigma = 607,4 \pm 340,3$ пг/мл у новорождённых 3-й подгруппы и 636,04±177,5 пг/мл у детей 4-й подгруппы. Динамика концентрации ИЛ-6 в ЦВК у новорожденных обеих подгрупп была разнонаправленной. В 3-й подгруппе через 8 часов после рождения величина показателя в ЦВК практически не изменялась, затем началось достоверное ($p < 0,05$) снижение продукции ИЛ-6, к 5-м суткам жизни уровень интерлейкина снизился до 44,4±17,7 пг/мл, что соответствует физиологическому значению содержания ИЛ-6 у здоровых детей. В 4-й подгруппе изменения ИЛ-6 были

противоположными. Через 8 часов после рождения концентрация интерлейкина увеличилась в 4 раза. К 3-м суткам лечения синтез ИЛ-6 достоверно увеличился ($p < 0,05$), его содержание в ЦВК составило $M \pm \sigma = 233,6 \pm 181,5$ пг/мл. К 5 суткам жизни произошло снижение содержания ИЛ-6 в плазме крови: $M \pm \sigma = 83,1 \pm 30,6$ пг/мл, что в 2 раза выше, чем у новорожденных 3-й подгруппы.

Содержание ИЛ-6 в БАЛ1 достоверно не отличалось: в 3-й подгруппе $M \pm \sigma = 154,3 \pm 86,5$ пг/мл и 2-й – $134,2 \pm 61,5$ пг/мл. Через 8 часов после введения «Курсорфа» у новорожденных 3-й подгруппы произошло увеличение содержания ИЛ-6 в БАЛ2 до $299,7 \pm 70,7$ пг/мл; у новорожденных 4-й подгруппы отмечалось незначительное снижение до $117,4 \pm 58,1$ пг/мл. При проведении корреляционного анализа выявлено наличие сильной связи уровня ИЛ-6 в БАЛ и оценкой по Апгар на 1-ой минуте жизни ($r = 0,88$; $p = 0,009$), длительностью ИВЛ ($r = 0,82$, $p = 0,05$), что подтверждает взаимосвязь степени тяжести ante- и интранатальной гипоксии и интенсивности продукции ИЛ-6. Изменения концентрации ИЛ-6 в БАЛ отражали процессы, происходящие в лёгких: повреждение альвеолярного эпителия, формирование гиалиновых мембран расстройства кровообращения.

Выводы. Экспрессия ИЛ-6 в биологических жидкостях матерей и недоношенных новорожденных вариабельна. Наиболее значимым, на наш взгляд, является исследование цитокина в АЖ и БАЛ. Функциональная активность ИЛ-6 в АЖ достоверно выше ($p < 0,05$) у новорожденных с РДС. Кроме того, у новорожденных этой группы повышена экспрессия ИЛ-6 в БАЛ. Высокая концентрация ИЛ-6 в этих биологических жидкостях, возможно, способствует внутриутробному повреждению альвеолярного эпителия и развитию РДС, влияет на длительность ИВЛ. В ЖА повышенная концентрация ИЛ-6 подтверждает внутриутробную стимуляцию макрофагальных реакций и Т-клеточного иммунитета плода. Экспрессия ИЛ-6 в ОПК наиболее выражена у недоношенных новорожденных с РДС, хотя высокая продукция ИЛ-6 встречается и у новорожденных без дыхательной недостаточности. В целом у новорожденных РДС протекал благоприятно. Это связано с полноценной респираторно-гемодинамической, иммунной адаптацией к условиям внеутробной жизни.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Петрова Л.Е., Васильев В.Е.

ФГУ «Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», г. Санкт-Петербург, Россия.

СПБ ГУЗ «Родильный дом №16», г. Санкт-Петербург, Россия.

Неуклонный рост частоты операций кесарева сечения за последние десятилетия с целью снижения перинатальных потерь не решил проблем перинатальной заболеваемости, однако увеличилось число женщин детородного возраста, имеющих оперированную матку. На текущий момент на одно из первых мест вышла проблема ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Особенно это актуально при недоношенной беременности.

Около 20 лет в родильном доме №16 Санкт-Петербурга практикуются роды с рубцом на матке через естественные родовые пути. Общий процент консервативных родов с рубцом на матке за период 1997-2006 гг. колебался в пределах 44% – 64,5%.

Цель работы. Ретроспективный анализ ведения преждевременных родов с рубцом на матке за 10 лет.

Полученные результаты и их обсуждение. Нами проведен ретроспективный анализ 132 преждевременных родов (ПР) с рубцом на матке, что составило 9,4% от общего числа родов с рубцом на матке за исследуемый период (1081 роды). Роды через естественные родовые пути были проведены у 82 женщин (62,1%), закончились операцией кесарева сечения у 50 пациенток (37,9%).

У основного числа женщин интервал времени между предыдущим рубцом на матке и настоящими ПР составил от 1 года до 8 лет, а пик наступления последующей беременности и родов приходился спустя 2–5 лет после перенесенной операции на матке.

В 95,5% случаев ПР рубец на матке был после предыдущего кесарева сечения. Почти в каждом третьем случае (31,8%) кесарево сечение было выполнено на малом сроке с целью прерывания беременности по медицинским или социальным показаниям. В остальных случаях операция выполнялось по преходящим показаниям со стороны матери и плода в различные сроки беременности (слабость родовой деятельности, гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), предлежание плаценты и др.).

Средний возраст женщин составил 29,7 года. Поступившие пациентки имели многофакторные причины невынашивания беременности, многие из которых негативно влияют на морфофункциональное состояние миометрия, течение в нем репаративных процессов и формирование полноценного рубца.

Большинство женщин (84,8%) поступило в экстренном порядке, что в 5,5 раз больше, чем в плановом. Каждая 4-ая женщина (25%) поступила в учреждение в связи с родовым излитием околоплодных вод, каждая 5-ая женщина (22%) – с угрожающими преждевременными родами, по-видимому, в эту группу входили пациентки и с начинающимися ПР. Более половины пациенток (57,3%) с рубцом на матке поступили на разных этапах начавшихся ПР. При отборе женщин с рубцом на матке на роды через естественные родовые пути одним из важных критериев в оценке состояния сформировавшегося рубца на матке помимо анамнестических данных, оценки жалоб, данных общего осмотра и пальпации области послеоперационного рубца является степень зрелости шейки матки, так как нами выявлена прямая корреляционная зависимость между состоянием рубца на матке и степенью зрелости шейки

матки. Ретроспективный анализ показал, что в 75–85,7% случаев ПР с рубцом на матке родоразрешенных операцией Кесарево сечение имела «незрелая» шейка матки. При наличии «зрелой» шейки матки или ее созревании в процессе подготовки мягких родовых путей начинались самопроизвольные ПР, что указывало на состоятельность рубца на матке. Особенно яркое подтверждение этому – 4 случая самопроизвольных ПР с 2-мя рубцами на матке. Кроме того, при наличии зрелых родовых путей и спонтанном вступлении в роды, за исследуемый период через естественные родовые пути было проведено 4-о ПР с рубцом на матке в тазовом предлежании, 2-ое – двойней.

У каждой 3-ей пациентки ПР с рубцом на матке роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод. Длительный безводный промежуток от 2-х до 4-х суток в каждом 3-ем случае он сочетался с клиническими проявлениями хориоамнионита. Почти в каждом 5-ом случае ПР с рубцом на матке имела место хроническая плацентарная недостаточность, гипотрофия плода или задержка внутриутробного развития (ЗВУР) по типу гипостатуры.

В 9-ти случаях ПР с рубцом на матке были индуцированы по медицинским показаниям. С целью родовозбуждения производилась как амниотомия, так и инфузия простагландина F2a.

Использование эхографии в диагностике состоятельности рубца на матке в практике учреждения является дополнительным методом исследования, т. к. ретроспективный анализ показал, что УЗИ во время беременности или родов проводилось лишь у половины пациенток, а состояние нижнего сегмента описано только в каждом 4-ом случае (рубец на матке не визуализируется, а в части случаев имеются данные о толщине нижнего сегмента от 3 до 7 мм).

При ручном обследовании послеродовой матки в случаях ПР с рубцом на матке через естественные родовые пути в 65,9% случаях рубец на матке не определялся, т. е. был полностью состоятелен, что свидетельствовало о полной мускуляризации рубца и еще в 18,3% случаев рубец на матке определялся в виде «ниши», что указывало на его частичную мускуляризацию.

У 50 пациенток (37,9%) ПР с рубцом на матке закончились повторной операцией кесарева сечения, в подавляющем большинстве случаев (90%) в экстренном порядке. Интраперитонеальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом выполнено в 76% случаев, экстраперитонеальное кесарево сечение в 24% случаев. В половине случаев повторное кесарево сечение проводилось по преходящим акушерским показаниям, каждая 4-ая пациентка была родоразрешена досрочно в связи с тяжестью гестоза или тяжелой соматической патологией, а каждая 5-ая – в связи с преждевременным излитием вод, «незрелыми» родовыми путями при наличии рубца на матке.

Наиболее часто 60,6% ПР с рубцом на матке отмечались при сроке 34-37 нед. беременности, очень ранние ПР при сроке 27-28 нед. имели место в 2,3% случаев.

В сроки беременности 28-32 нед. ПР у женщин с рубцом на матке происходили через естественные родовые пути в 2 раза чаще, чем с помощью операции кесарева сечения, а в сроки 32-34 нед. наоборот.

Всего за исследуемый период родилось 135 детей из них живых – 130. С экстремально низкой массой тела до 1000 г родилось 4 новорожденных (3%), с очень низкой до 1500 г – 12 новорожденных (9,6%). При рождении у 95 новорожденных (73%) состояние оценено на 7-8 и 8-9 баллов по шкале Апгар. В состоянии асфиксии средней степени тяжести родилось 27 новорожденных (20,7%), причем в оперативной группе это состояние отмечалось в 1,5 раза чаще, чем при родах через естественные родовые пути. В 6,2% случаев ПР с рубцом на матке новорожденные родились в состоянии тяжелой асфиксии, при этом в оперативной группе в это отмечалось 2,5 раза чаще чем при естественных родах.

Выводы. Полученные результаты ретроспективного анализа клинического материала свидетельствуют о следующем:

1. Степень зрелости шейки матки с большой степенью вероятности указывает на состоятельность рубца на матке. В 58,3% случаев ПР с рубцом на матке отмечалась полная состоятельность рубца.

2. ПР через естественные родовые пути с рубцом на матке не только возможны, но и являются относительно безопасной альтернативой повторной операции кесарева сечения как для матери так и для плода.

3. Ведение преждевременных родов у женщин с рубцом на матке через естественные родовые пути является резервом к снижению частоты операций кесарева сечения.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ОСЛОЖНЕННОГО МОНОХОРИАЛЬНОГО МНОГОПЛОДИЯ

Петрова М.М., Романовский А.Н., Новикова А.В., Каптанова Т.А., Шлыкова А.В., Михайлов А.В.

СПбГУЗ «Родильный дом №17»,

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный Университет»,

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

Минздравоохранения РФ.

При монохориальном многоплодии (ММ) частота перинатальной смертности превышает в 3-5 раз, а перинатальная заболеваемость в 7-10 раз таковые при дихориальном многоплодии за счет осложнений, специфических для данного типа многоплодия. К осложнениям ММ относятся фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС), синдром обратной артериальной перфузии (РАР), антенатальная гибель одного близнеца (АГБ). При отсутствии

оказания высокотехнологичной перинатальной помощи при ФФТС суммарная частота перинатальной, младенческой и ранней детской смертности превышает 80-90%, при частоте тяжелых неврологических нарушений у выживших 17-25%; при синдроме RAP перинатальная смертность достигает 55-70%; при АГБ перинатальная смертность вторых плодов достигает 9-28% при частоте тяжелых неврологических нарушений у выживших 6-14%. Исследовано 17 беременных при ФФТС при ММ. Во всех случаях проводилась селективная коагуляция анастомозов плаценты. При синдроме RAP в 11 из 12 случаев имела место монохориальная диамниотическая двойня, одним – монохориальная диамниотическая тройня. Целью внутриматочной операции являлось проведение лазерной коагуляции основного магистрального сосуда в теле акардиального плода. При монохориальном многоплодии в случае АГБ проводили оценку выраженности анемии выжившего плода при помощи доплерометрии максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии. Коррекцию анемии выполняли внутриматочным переливанием крови плоду и, затем, через 4-5 недель МРТ головного мозга плода.

Таким образом, ведение беременности при ММ в целях снижения перинатальной заболеваемости и смертности должно осуществляться в специализированных центрах, имеющих в своем клиническом арсенале весь спектр внутриматочных хирургических вмешательств.

ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Петрова Н.А., Добродеева И.В., Петренко Ю.В., Федосеева Т.А.

*Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
г. Санкт-Петербург, Россия.*

Цель. Периодическое дыхание (ПД) – часто встречающийся у недоношенных детей феномен. Целью исследования было изучение частоты встречаемости ПД и изменений оксигенации во время ПД у детей с бронхолегочной дисплазией (БЛД) разной степени тяжести в сравнении с детьми без БЛД.

Методы. Поводилось изучение пневмограммы, воздушного потока в дыхательных путях, уровня сатурации кислорода (SatO_2), частоты сердечных сокращений (ЧСС) у 25 детей с БЛД (1 случай тяжелого течения, 8 – среднетяжелого, 16 – легкого) и 25 детей без БЛД, сравнимых по гестационному возрасту (26-30 недель). Дети обследованы от 1 до 3 раз в возрастных отрезках менее 29 дней, 29 – 50 дней, старше 50 дней. Частота наиболее значимых неврологических изменений (внутрижелудочковые кровоизлияния 3-4 степени, кистозная форма перивентрикулярной лейкомаляции) не различалась между группами.

Результаты. Частота встречаемости и длительность ПД у детей с легкой БЛД не отличалась от показателей младенцев без БЛД на всех возрастных отрезках. Ни у кого из трех детей с тяжелой и среднетяжелой БЛД, обследованных в первый месяц жизни, не отмечено ПД. У детей без БЛД и с легким течением болезни ПД встречалось в половине случаев (5 из 10, 13 из 26 обследованных, соответственно), продолжительность его была минимальна ($1,2 \pm 0,8\%$, $1,9 \pm 0,7\%$ от времени записи, соответственно).

При обследовании в возрасте 29–50 дней ПД зафиксировано у одного из трех детей с тяжелой и среднетяжелой БЛД и у большинства детей с легкой БЛД (8 из 10) и без БЛД (17 из 18, $p < 0,005$ по сравнению с детьми с тяжелой и среднетяжелой БЛД). Значимой разницы в продолжительности ПД в этом возрасте не получено.

В третьем обследовании у детей с тяжелой и среднетяжелой БЛД при сходной частоте ПД (7 из 10) отмечена значительно меньшая его продолжительность ($4,3 \pm 3,1\%$ времени записи) по сравнению с пациентами с БЛД легкой степени (8 из 10; $18,3 \pm 6,7\%$) и без БЛД (5 из 7; $13,3 \pm 5,3\%$).

В большинстве случаев ПД сопровождалось колебаниями SatO_2 . Проанализирована частота встречаемости во время ПД эпизодов десатурации разной степени. Обращает внимание, что у большинства детей минимальная SatO_2 находилась в пределах 81–90%, однако, у детей с БЛД в возрасте старше 28 дней отмечались падения ее до 80% и ниже. У детей без БЛД (исключая одного младенца 10 дней жизни, SatO_2 у которого снижалась до 75%) таких падений SatO_2 не было ($p < 0,05$). Минимальное значение SatO_2 во время ПД составило 70% и зафиксировано у ребенка с БЛД в возрасте 73 дней. Снижения SatO_2 во время ПД до 80% и ниже часто встречались у детей с легким течением БЛД (в 1 обследовании – 1 ребенок, во 2-м – 4 из 8 детей с ПД, в 3-м – 2 из 8 детей с ПД).

Частота сердечных сокращений во время ПД варьировалась в пределах 11% от базовой и эти колебания не различались между группами.

Заключение. Активность периферических рецепторов, вероятно, выше у недоношенных детей с легким течением БЛД по сравнению с младенцами, у которых заболевание протекает в среднетяжелой и тяжелой форме. У детей с БЛД периодическое дыхание сопровождается значительными десатурациями, независимо от степени тяжести болезни.

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Печеникова В.А.

Наиболее эффективным способом лечения эндометриоза яичников (ЭЯ) является сочетание хирургического метода и консервативной терапии. Данные о целесообразности предоперационной гормональной терапии противоречивы.

Цель исследования – провести сравнительный клинико-морфологический анализ эффективности гормональной терапии ЭЯ на дооперационном этапе.

Изучены анамнестические данные и операционный материал 139 больных с ЭЯ, 53 (38,1%) из которых на дооперационном этапе получали гормональную терапию: 37,7% дюфастон, 15,1% бусерилин, 47,2% КОК. Периодические умеренные боли в течение большей части цикла отмечали 54,7% больных с гормональной терапией и 47,7% пациенток без лечения, сильные боли – 22,6% и 17,4% женщин. Усиление болевого синдрома в динамике заболевания отмечали 43,4% женщин основной и 40,7% контрольной групп. Во время операции у большинства больных обнаруживали выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника (52,8% и 47,7%). При морфологическом исследовании операционного материала самым частым вариантом ЭЯ как у пациенток с предоперационным лечением, так и без него оказался кистозный. У большинства больных диагностировали макрокистозную трансформацию (72% и 73,1%). Прогрессирующую морфофункциональную форму чаще выявляли у пациенток с гормональной терапией (22,6%), чем без нее (18,6%).

Проведенный анализ не выявил клинических и морфологических признаков положительной динамики течения ЭЯ при назначении гормональной терапии на дооперационном этапе. Несвоевременное хирургическое лечение может способствовать поражению большего объема яичниковой ткани и снижению, таким образом, овариального резерва, что особенно актуально для пациенток репродуктивного возраста.

ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ИСХОДОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Плаксина А.Н., Ковтун О.П.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, Екатеринбург, Россия.

Репродуктивное здоровье семьи рассматривается как важнейшая общемедицинская и социальная проблема. В Свердловской области зарегистрировано около 300 тысяч бесплодных и бездетных супружеских пар. Решением проблемы является использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), что, по мнению ВОЗ, представляется самым эффективным методом лечения бесплодия. Однако по данным систематических обзоров и мета-анализов (Cochrane database) осложнениями данных технологий являются многоплодные беременности и преждевременные роды, что взаимно дополняет друг друга и вносит большой вклад в формирование неврологической патологии у детей.

Цель – оценить вклад ВРТ в увеличение частоты многоплодных беременностей и преждевременных родов в условиях промышленного региона.

Материалы и методы исследования. Проведено пилотное нерандомизированное проспективное когортное обсервационное исследование. Проспективно в центрах ВРТ г.Екатеринбурга сформирована простая случайная выборка генератором случайных чисел. В основную группу были отобраны 240 женщин и мужчин в возрасте от 25 до 35 лет, включительно, обратившихся за проведением ВРТ (за исключением процедуры инсеминации, донорством спермы или ооцитов) и пришедшие на катamnестический прием после родоразрешения. Ограничениями и смещающими факторами исследования явились: отсутствие желания родителей информировать о способе зачатия ребенка, смена телефонного номера и местожительства. Потери составили 2,5%. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа SPSS 13.0. Данные, имеющие нормальное распределение, были представлены в виде средней (M) и ошибки средней (SD), не имеющие нормального распределения с помощью медианы (Me) и в скобках границ межквартильного интервала, бинарные данные – с указанием доли границ и 95% доверительного интервала (95% ДИ) для доли. Были выделены следующие группы сравнения: первичное бесплодие и вторичное бесплодие; возраст с 25 до 29 лет и возраст с 30 лет до 35 лет. Конечными точками послужили: многоплодные беременности, преждевременные роды, масса тела детей. Для сравнения групп при нормальном распределении и равенстве дисперсии использовался критерий Стьюдента для независимых выборок, при ненормальном распределении – критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при достижении уровня $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе возрастной категории семейных пар выявлено, что

медиана возраста пациентов составила 31 (29-34) год. Причем, в процентном соотношении бесплодие в возрасте до 30 лет встречалось в 34 % случаев. Среди исследуемых 234 семейных пар долю первичного бесплодия имело 54% (95% ДИ 47-60), вторичное бесплодие составляло 46% (95% ДИ 39-52).

В гендерном соотношении пациенты распределились следующим образом: доля женского фактора бесплодия имело место в 60% (95% ДИ 54-67), доля мужского фактора в 22 % случаях, доля смешанной этиологии бесплодия диагностировалась у 18% (95% ДИ 13-23) семейных пар. В этиологической структуре женского бесплодия преобладала доля трубно-перитонеального фактора в 41% (95% ДИ 34-48), в основном в группе вторичного бесплодия. Вторую долю по значимости занимало эндокринное бесплодие – 23 % (95% ДИ 17-29). В равной доле в группе первичного и вторичного бесплодия встречалась инфертильность неясного генеза 16% (95% ДИ 10-21). Доля анемии при беременности встречалась в 27% (95% ДИ 21-34). Беременность сопровождалась угрозой прерывания в 42% (95% ДИ 36-49), что требовало необходимости госпитализации. Развитие хронической фето-плацентарной недостаточности диагностировалось в 51% (44-58) доли беременности.

Исходами беременностей явилось рождение 206 детей от одноплодной беременности, что составило долю одноплодной беременности 88% (95% ДИ 83-91), и 64 детей от многоплодной беременности в доле 12% (95% ДИ 8-16), причем беременность двойней составила 71% , тройней 29% от числа многоплодной беременности.

В группе первичного бесплодия многоплодие встречалось только в доле 5% (2-10), тогда как в группе вторичного бесплодия доля многоплодия составила 20% (95% ДИ 13-29) и включала 8 беременностей тройней. Среди группы старше 30 лет также отмечено преобладание многоплодной беременности в 3,55 раз чаще, чем в группе женщин младше 30 лет.

Доля доношенных новорожденных составила 52% (95% ДИ 46-58), недоношенных детей, соответственно, 48%. Степени недоношенности распределились следующим образом: недоношенность I ст – 23%(95% ДИ 18-29), недоношенность II ст- 14% (95% ДИ 9-18), недоношенность III ст -8% (95% ДИ 5-12), доля детей с экстремально низкой массой тела (недоношенность IVст) – 3% (1-5).

При сравнении двух групп разделенных по возрасту (до 29 лет и старше 30 лет) статистически значимых различий по сроку гестации и массе тела детей выявлено не было ($p>0,05$).

При сравнении групп разделенных по этиологии бесплодия (первичная и вторичная) выявлены статистически значимые различия по сроку гестации (критерий Манна-Уитни $p=0,008$) и массе тела детей (критерий Стьюдента $p=0,004$).

Выводы.

1. При вторичном бесплодии, независимо от возраста женщин (до 30 либо после 30 лет) наблюдается большая частота многоплодной беременности, преждевременных родов и, соответственно, малой массы тела детей при рождении, что статистически значимо.

2. Преобладание многоплодной беременности в группе старше 30 лет, вероятно, связано с подсадкой большего количества эмбрионов для увеличения частоты наступления беременности. Однако, отсутствие различий в возрастных группах по сроку гестации и массе тела детей, предрасполагает к необходимости первичной профилактики бесплодия.

3. Сравнение полученных данных многоплодных беременностей и преждевременных родов с популяционными показателями г.Екатеринбурга неправомерно, так как они непосредственно сами являются общепопуляционной составляющей. Данное исследование является частью когортного обсервационного исследования с подбором контрольной группы методом копи-пара с сопоставлением с основной группой по следующим параметрам, рекомендованных к сопоставлению по данным мета-анализов: возраст женщин, паритет, плодность, срок гестации, масса при рождении, пол ребенка, соматическая патология матери, тип плацентации, а также проведение катамнеза состояния здоровья детей сопоставленных по вышеперечисленным критериям.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО АДРЕНАРХЕ У ДЕВОЧЕК

*Плотникова Е.В., Барашева О.В., Тыртова Л.В., Кравцова А.А., Дитковская Л.В.
ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»
Минздравасоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.*

Обследовали 20 пациенток с преждевременным адренархе в возрасте 3,5-8 лет ($7,2\pm 0,94$ года). Оценивались данные анамнеза (возраст появления адренархе), наследственность, антропометрические показатели на момент обследования, костный возраст, данные УЗИ надпочечников и органов малого таза, результаты исследования уровня гормонов. При проведении УЗИ яичников у 1 пациентки 7 лет были выявлены ультрасонографические признаки овариального поликистоза, что в сочетании с клиническими признаками гиперандрогении (адренархе, андрогенная дермопатия в виде угревой сыпи) и лабораторными показателями (повышение уровня тестостерона), позволяет диагностировать у нее формирующийся синдром поликистозных яичников. У пациентки с необычно ранним адренархе (3,5 года) с помощью положительного АКТГ-теста выявлена НК ВГКН вследствие недостаточности 21-гидроксилазы.

У остальных 18 девочек на основании данных обследования исключили патологию надпочечников и яичников, что позволяет констатировать у них изолированное преждевременное адренархе. Срок появления полового оволосения у них – от 4,5 до 7,5 лет. Рост у 5 девочек был средним, у одной – ниже среднего, у остальных 14 (70%) – выше среднего и высоким (среднее SDS роста у них $+2,08 \pm 0,6\sigma$). При этом у всех обследуемых было опережение темпов окостенения в среднем на $2,25 \pm 0,93$ года (1-4 года). Абсолютные уровни гонадотропных гормонов, пролактина, эстрадиола и соотношение ЛГ/ФСГ у этих девочек были в пределах нормы. Базальный уровень 17-ОНП умеренно превышал норму у 12 пациенток (60%), 21-гидроксилазная недостаточность у них была исключена при проведении АКТГ-теста. Средний уровень 17-ОНП составил $0,91 \pm 0,28$ нг/мл. Умеренное повышение уровня тестостерона отмечалось у 6 девочек (30%), у остальных концентрация гормона была нормальной. Среднее содержание тестостерона составило $0,32 \pm 0,27$ нмоль/л. Уровень дегидроэпиандростерона сульфата ($2,59 \pm 0,64$ мкмоль/л) колебался в пределах нормальных значений. Уровень андростендиона был повышен у всех девочек и составил в среднем $4,29 \pm 1,09$ нмоль/л.

Таким образом, преждевременное изолированное адренархе сопровождается в большинстве случаев умеренным ускорением роста и костного возраста. Гормональным маркером изолированного преждевременного адренархе, по нашим данным, является повышенный уровень андростендиона. Умеренное повышение уровня тестостерона у части пациенток можно объяснить, по-видимому, периферической конверсией андростендиона. Сочетание высокого уровня андростендиона и нормальной концентрации ДГЭА и умеренного повышения 17-ОНП позволяет предположить активацию синтеза андростендиона преимущественно по Δ_4 пути.

NO-СИНТАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ И ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Потанова И.А.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия.

В течение последнего десятилетия в акушерско-гинекологической практике оксид азота получает все большее применение. Нарушения образования оксида азота вызывают осложненное течение беременности и родов и неонатального периода. Понимание биохимических процессов позволяет использовать доноры оксида азота или ингибиторы синтеза оксида азота при нарушениях репродуктивной системы женщины, в частности, при акушерских осложнениях (гестоз, преждевременные роды, плацентарная недостаточность). Таким образом, в основе патологических процессов в различных органах и системах лежат нарушения синтеза оксида азота.

Цель работы состояла в изучении NO-синтазной активности при различных сроках гестации и при различных исходах беременности.

Материал и методы исследования. Для выполнения данного раздела нами было обследовано 68 женщин с различными сроками и различными исходами беременности. Произведено гистохимическое исследование 345 срезов из 38 плацент. Степень активности NO-синтазы оценивали по интенсивности окрашивания полученных срезов. При слабой степени окрашивания препарата говорили о низкой активности NOS в ткани плаценты. При средней степени окрашивания активность характеризовали как умеренную. И, наконец, наиболее интенсивную окраску срезов рассматривали как высокую степень активности фермента.

Результаты и их обсуждение. При оценке NO-синтазной активности плаценты по результатам гистохимического исследования препаратов было выявлено, что гранулы НСТ-формаза, придающие окраску препарату и характеризующие НАДФ-диафоразную активность, в основном концентрируются в клетках трофобласта, по ходу эндотелиальной выстилки сосудов плаценты и реже в пределах децидуальной ткани. При изучении активности NO-синтазы в ткани плаценты при различных сроках беременности было выявлено, что количество участков с низкой активностью NOS прогрессивно уменьшается к доношенному сроку как в центральной зоне, так и на периферии. При этом количество фрагментов со средней и высокой активностью фермента постепенно увеличивается также к доношенному сроку гестации, достигая максимального преобладания над фрагментами с низкой активностью в 38-39 недель во всех отделах плаценты. При сроках 40-41 неделя беременности активность фермента вновь несколько снижается таким образом, что в центральной зоне число участков с различной степенью активности (низкая, средняя и высокая) NO-синтазы распределяется в равном соотношении, а в периферических отделах преобладают фрагменты с умеренной интенсивностью окрашивания, практически в 2 раза превышая содержание участков с низкой и высокой активностью. Интересно отметить, что высокая интенсивность окрашивания срезов ткани отмечается в центральных отделах плаценты только при доношенной беременности и несколько раньше – в периферических.

Заключение. Таким образом, по мере прогрессирования беременности наблюдается возрастание активности NO-синтазы вплоть до 38-39 недель гестации с некоторым снижением изучаемого показателя в сроки 40-41 неделя.

Как при недоношенной, так и при доношенной беременности, завершившейся спонтанными родами через естественные родовые пути, активность NO-синтазы в плацентарной ткани была меньше по сравнению с аналогичными показателями, полученными при исследовании плацент женщин, не вступивших в роды (родоразрешенных абдоминальным путем до развития родовой деятельности). Следует отметить, что изменение активности фермента, по

всей вероятности, начинается с центральных отделов плаценты, где снижение выражено в большей степени, чем на периферии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Потешкина О.В., Крюкова И.А., Крюков Е.Ю., Резнюк Е.А.

*Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия.
ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»
Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.
Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования – оценить практическое значение модифицированной классификации ВЖК у новорожденных (Иова А.С., 2005) для неонатальной неврологии и нейрохирургии.

Материалы и методы. Модифицированная классификация ВЖК основана на данных нейросонографии (НСГ) и была применена у 184 новорожденных в условиях Центра реанимации и интенсивной терапии новорожденных ДГБ № 1 Санкт-Петербурга в период 2005-2010 года. НСГ выполнялась по транскраниально-чрезродничковой методике (Иова А.С., 1996). При этом оценивалась локализация свертков, их размеры, наличие и степень вентрикуломегалии, наличие окклюзии путей ликворооттока.

Результаты. Применение данной классификации позволило у 129 пациентов (70%) применить хирургическое лечение до развития признаков клинической декомпенсации, а у 28 (15%) – избежать хирургических вмешательств.

Выводы. 1. Существующие классификации ВЖК основаны лишь на локализации свертка крови, что является недостаточным в условиях неонатальной нейрохирургии. 2. Модифицированная классификация ВЖК позволяет более объективно оценить степень тяжести геморрагии (на основании локализации, массивности ВЖК, выраженности вентрикуломегалии и степени окклюзии ликворных путей), строго индивидуализирует характер и динамику структурных внутричерепных изменений. 3. Модифицированная классификация ВЖК имеет принципиальное значение в выборе индивидуальной лечебной тактики в условиях современной неонатальной неврологии и нейрохирургии.

ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Приворотский В.В., Зазерская И.Е., Шевелева Т.С., Зубарева Т.М., Ветров В.В.

*Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования. Изучить первый опыт при использовании эмболизации маточных артерий (ЭМА) у больных с миомой матки.

Материал и методы. Методику ЭМА применили у восьми больных в возрасте 38-52 лет с симптомной миомой матки в постоянном и временном вариантах. В первом варианте, как самостоятельный вид лечения, выполнили билатеральную постоянную ЭМА с помощью нерассасывающихся микрочастиц поливинилалкоголя (ПВА; 6 случаев). Во втором варианте у двух пациенток с миомой матки больших размеров (более 8 см. в диаметре) провели временную ЭМА частицами измельченной гемостатической губки с целью уменьшения кровопотери при последующей миомэктомии.

Результаты исследования. Осложнений во время и после ЭМА не наблюдали. В первом варианте во всех шести случаях достигнут оптимальный эффект с полным прекращением кровотока по маточным артериям, женщины были выписаны под наблюдение гинеколога по месту жительства, с регрессом миомы. Во втором варианте у пациенток с временной ЭМА, миомэктомией кровопотеря при операциях была минимальной послеоперационный период протекал гладко и затем было отмечено полное восстановление кровотока в оперированной матке к моменту выписки домой. Функция органа сохранена.

Вывод. Избирательное проведение ЭМА эффективно при симптомной миоме матки небольших размеров, а при удалении узлов больших размеров способствует минимизации операционной кровопотери с последующим сохранением функции органа.

СОСТОЯНИЕ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ПИЕЛОУРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Расулов Н.С., Бабанин И.Л., Ростовская В.В., Матюшина К.М.

ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ СР», г. Москва, Россия.

Актуальность. Причиной нарушения уродинамики верхних мочевых путей (ВМП) и формирования гидронефротической трансформации почки (ГНТП) у детей, может быть как обструкция пиелoureтерального сегмента, так и патология лоханки.

В настоящее время при лечении гидронефроза у детей все больший приоритет получают эндоскопические перкутанные и трансуретральные методы восстановления уродинамики ВМП.

Разработанная в нашей клинике методика трансуретральной уретеропластики пиелoureтерального сегмента (ПУС) и пролонгированного дренирования лоханки, с использованием алифатических полиуретановых мочеточниковых стентов универсальной длины фирмы «ООО-МИТ» (Россия) находит наибольшее применение, особенно у детей раннего возраста.

Цель исследования. Оценить состояние уродинамики ВМП на уровне лоханки и ПУС после трансуретрального восстановления проходимости мочеточника и пролонгированного дренирования лоханки.

Материалы и методы. Трансуретральная уретеропластика ПУС с пролонгированным дренированием лоханки проведена 26 пациентам в возрасте от 2 месяцев до 3-х лет. Средний возраст составлял 14 ± 2 месяцев, 11 пациентов были младше 12 месяцев. В данной группе детей по полу преобладали мальчики, по стороне гидронефротической трансформации чаще всего поражалась левая почка.

Результаты обследования. По данным экскреторной урографии 2 и 3 степени ГНТП с сохраненной ренальной функцией диагностирована у 24 пациентов, у двоих детей установлена 4 степень гидронефроза с резким снижением функции почки. Для дифференциальной диагностики варианта нарушения уродинамики ВМП всем больным была проведена диуретическая ультразвуковая пиелография (ДУПГ) с определением коэффициента эффективности опорожнения лоханки (K_0), коэффициента адаптации лоханки к повышенному потоку мочи (K_L), коэффициента проходимости ПУС (K_{pus}) в отношении объема транспорта мочи в течение 10 минут опорожнения. Уродинамические показатели ДУПГ у 14 детей (54%) характеризовали обструктивно-гипертензионный вариант нарушения уродинамики ВМП ($K_0 < 1$, $K_L < 1$, $K_{pus} < 1$). Обструктивный вариант нарушения уродинамики ВМП с сохраненной функцией лоханки и обструкцией ПУС ($K_0 < 1$, $K_L > 1$, $K_{pus} < 1$) определялся у 8 пациентов (31%). Адаптационный вариант установлен у 4 детей (15%) при нормальной проходимости ПУС и сохраненной функцией лоханки ($K_0 < 1$, $K_L > 1$, $K_{pus} > 1$).

Оценка эффективности трансуретральной уретеропластики ПУС с пролонгированным дренированием лоханки проводилась через 12 месяцев после удаления стента. По данным контрольной ДУПГ достоверное улучшение изучаемых уродинамических показателей отмечалось у 65% детей ($n=17$). Улучшение дренажной функции ПУС ($K_{pus} = 0,98 \pm 0,08$ ($0,90-1,06$)) и уменьшение внутрилоханочной гипертензии ($K_L = 1,12 \pm 0,09$ ($1,03-1,21$)) отмечалось у 7 детей с обструктивно-гипертензионным вариантом нарушения уродинамики ВМП. У 8 пациентов с обструктивным вариантом проходимость мочеточника была полностью восстановлена ($K_{pus} > 1$). Повышение коэффициента эффективности опорожнения лоханки ($K_0 = 0,76 \pm 0,04$ ($0,72-0,80$)) наблюдалось у 2 пациентов с адаптационным вариантом.

Заключение. Малоинвазивность и безопасность трансуретральной уретеропластики ПУС с пролонгированным дренированием лоханки позволяет рассматривать его как эффективный метод восстановления уродинамики верхних мочевых путей у детей раннего возраста с гидронефрозом.

ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ВРОЖДЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Романенко О.П.

Медико-генетический центр, Санкт-Петербург, Россия.

Доля генетически обусловленных болезней среди новорожденных составляет 5%. Диагностика наследственных и врожденных заболеваний включает доклиническую диагностику и диагностику с появлением клинических проявлений болезни. Доклиническая диагностика реализуется скринирующими программами в соответствии с национальным проектом «Здоровье» в связи с которым новорожденные обследуются на пять наиболее частых заболеваний, и для которых разработаны методы и средства лечения. В эту группу болезней входят фенилкетонурия (ФКУ), муковисцидоз (МВ), галактоземия (ГАЛ), аденогенитальный синдром (АГС) и врожденный гипотиреоз (ВГ). За 2006–2010 г.г. обследовано 206485 новорожденных, выявлено 143 патологии, в том числе 31 новорожденный с ФКУ,

16 с МВ, 12 – ГАЛ, 18 – АГС, 66 – ВГ. На выявленные заболевания установлена частота среди новорожденных. Все они находятся на диспансерном учете в медико-генетическом центре и получают патогенетическую терапию, что позволяет им расти и развиваться физически и умственно полноценными, как и их здоровые сверстники. Второй группой диагностики наследственных и врожденных заболеваний являются дети, у которых в тяжелой форме проявляются те или иные болезни, не поддающиеся обычным терапевтическим методам лечения. За этот же период при наличии клиники получили медико-генетическое консультирование 38507 детей, у 3124 детей выявлены заболевания, в том числе у 481 ребенка хромосомные заболевания, у 2643 – моногенные. В настоящее время остро встала проблема редких (орфанных) заболеваний. Гос. Думой РФ в первом чтении принят законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в котором впервые введены специальные критерии редкого заболевания: один больной на 10 тысяч населения и реже. В РФ в 2010 году начата работа по определению перечня редких заболеваний и созданию общероссийского регистра под эгидой департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗиСР в связи с поручением министра Т.А.Голиковой. Возможное количество нозологий орфанных болезней 83. Медико-генетический центр с момента открытия проводит диагностику таких редких заболеваний как мукополисахаридоз, фенилкетонурия кофакторная, лейциноз, галактоземия, болезнь Марфана, синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой X- хромосомой, редкие синдромы (ежегодно их диагностируется более 40), нейрофиброматозы и др. Расширением возможности диагностики редких заболеваний в Санкт-Петербурге является внедрение новых технологий на тандемном масс-спектрометре, начатых медико-генетическим центром в 2010 году.

Таким образом, постнатальная диагностика наследственных и врожденных заболеваний осуществляется современными технологиями и всем нуждающимся.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ, ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И МРТ ПРИ ГИБЕЛИ ОДНОГО ПЛОДА ИЗ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНИ

Романовский А.Н., Новикова А.В., Каитанова Т.А., Шлыкова А.В., Петрова М.М., Михайлов А.В.

СПбГУЗ «Родильный дом №17».

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный Университет»,

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

Минздравсоцразвития РФ.

Монохориальное многоплодие (ММ) относится к беременности высокого риска. При ММ развивается ряд специфических осложнений, связанных с наличием сосудистых анастомозов плаценты: фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС), синдром обратной артериальной перфузии, последствия антенатальной гибели одного из плодов из двойни. После гибели одного плода (ГОП) при ММ частота гибели или антенатальных поражений головного мозга среди выживших – 10-25 и 20-45%.

Исследованы исходы 8 беременностей при ГОП при ММ. Срок беременности на момент ГОП составлял от 16 до 35 недель. В 4 случаях ГОП была спонтанной. В 4 ГОП имела место после лазерной коагуляции сосудистых анастомозов при ФФТС 2-3 стадии. У всех пациенток проводили оценку выраженности анемии выжившего плода при помощи доплерометрии максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии. Коррекцию анемии выполняли внутриматочным переливанием крови плоду и, затем, через 4-5 недель МРТ головного мозга плода для пренатального исключения повреждений его структур.

Выводы: 1) Отсутствие доплерометрических признаков анемии при ГОП является благоприятным признаком в отношении отсутствия пренатальных повреждений головного мозга у второго плода. 2) Выявление признаков анемии у выжившего плода при ГОП после лазерного лечения ФФТС, вероятно, является признаком неполной коагуляции сосудистых анастомозов. 3) Малочисленность выборки не позволяет сделать заключение об эффективности лечения анемии у второго плода после ГОП. 4) После ГОП пренатальные повреждения структур головного мозга у второго плода могут не оказывать влияния на его состояние при рождении и не иметь клинических проявлений, что обосновывает пренатальное МРТ для своевременного выявления, планирования обследования и своевременного начала мероприятий по коррекции этих повреждений.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА КОЛЕННОГО СУСТАВА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Румянцев Н.Ю., Вихтинская И.А., Адаева Е.Н., Рязанов В.В.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Хрящевое строение надколенника, эпифизов бедренной и большеберцовой костей ограничивает применение рентгенологического метода исследования коленного сустава (КС) в раннем возрасте, однако расширяет возможности метода магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Цель исследования. Оценка диагностических возможностей МРТ в определении состояния КС у детей младшей возрастной группы.

Материалы и метод. Диагноз врожденных вывихов КС был установлен в антенатальном периоде (УЗИ – Воронин Д.В., МРТ – Халиков А.Д.). В постнатальном периоде проводили МРТ (Siemens «Trio», Германия) с использованием катушки для КС. Были получены T1-ВИ, T2-ВИ, а также PD-FS-ВИ в трех плоскостях, с толщиной среза не более 3 мм. Условием для проведения исследования было иммобилизация конечности гипсовыми лангетами в рамках проводимого лечения.

Результаты. В возрасте 7 дней МРТ коленного сустава (КС) выявило полный передний вывих большеберцовой кости и внутрисуставной эпифизарный перелом внутреннего мыщелка правой бедренной кости. Контрольное МРТ обоих коленных суставов в возрасте 2 месяцев, выполненное из-за отсутствия динамики от проводимой терапии, определило увеличение длины хрящевых мыщелков бедренных и большеберцовых костей. В обоих суставах крестообразные связки были представлены конгломератом соединительнотканых волокон с признаками мукоидной дегенерации, ядра Бекляра не визуализировались.

Заключение. МРТ в диагностике коленных суставов оказалась более информативным методом диагностики с возможностью прямого отображения всех вне- и внутрисуставных структур, а также их патологических изменений.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Румянцев Н.Ю., Адаева Е.Н., Вихтинская И.А., Труфанов Г.Е., Иванов Д.О., Рязанов В.В.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Кости стопы у детей раннего возраста представлены преимущественно хрящевой тканью. Наиболее информативным методом диагностики является МРТ, который позволяет визуализировать формирующиеся кости, их взаимоотношения, а также связочный аппарат голеностопного сустава и стопы.

Цель. Ознакомить специалистов с возможностями МРТ в ранней диагностике причин врожденной косолапости.

Материалы и методы. Обследован один ребенок в возрасте 5 месяцев с врожденной правосторонней косолапостью тяжелой степени. МР-исследование проводили на аппарате 3 Тл («Siemens Trio», Германия) с использованием специализированных катушек с иммобилизацией исследуемой конечности гипсовой лангетой. Были получены T1-ВИ, T2-ВИ, а также PD-FS-ВИ в трех плоскостях (корональной, сагиттальной и косоплантарной, проходящей через медиальную лодыжку, таранную и ладьевидную кости), с толщиной среза не более 3 мм.

Результаты. Было установлено атипичное расположение костей стопы: дорзо-медиальное смещение ладьевидного хряща, таранной и пяточной костей. Таранно-ладьевидное соотношение соответствовало ПА типу с углом TNA (talar neck angle) равным 25°. Визуализирована зона фиброзно-хрящевых изменений мягких тканей между хрящем медиальной лодыжки и ладьевидным хрящем. С учетом выявленных изменений было проведено хирургическое лечение с иссечением фиброзных масс и исследованием биопсийного материала.

Выводы. МР-исследование позволило выявить объективную причину косолапости у ребенка и своевременно определить тактику лечения и объем хирургического вмешательства.

СИНДРОМ LAURIN-SANDROW – КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Румянцева Н.В.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Беларусь.

Laurin-Sandrow синдром (LSS, OMIM 135750) – исключительно редкое генетическое заболевание. Характерные признаки – полисиндактилия (вариант «mitto»), тетрамелия, дефекты носа. Преобладают спорадические случаи, семейные наблюдения демонстрируют аутосомно-доминантное наследование.

Цель: представить клиничко-генетические данные семейного наблюдения LSS.

Методы: клиничко-генеалогический анализ, синдромологическая диагностика.

Результаты:

1. Пробанд – девочка (G2; P2) родилась в срок с массой 2110г., длиной 42см., окружностью черепа 32см. Фенотип: пренатальная гипоплазия, микроцефалия, гипотония, угнетение рефлексов, загылочная черепно-мозговая грыжа, гипертелоризм, микрофтальмия, частичная аплазия костей носа, дефекты ноздрей, микрогнатия, расщелина губы и неба, укорочение нижних конечностей, косолапость, полидактилия (по 8 пальцев), синдактилия 3,4. ДМПП. Тяжелая задержка общего развития. Умерла в возрасте 3 месяцев.

2. Отец пробанда, возраст 27 лет. Нормальный интеллект, физическое развитие, пропорциональное телосложение и конечности. Эластическое образование (2х 2х1см) в области лба (биопсия не проводилась), гипертелоризм (40 мм), эктопия слезных точек, миопия, астигматизм, ангиопатия сетчатки, широкое переносье и спинка носа, anomальная форма ноздрей (в 17 лет оперативная коррекция дефектов костей носа), ДХЛЖ (ЭхоКГ). Кариотип (GTG) – 46,XY.

Диагноз: синдром Laurin-Sandrow, аутосомно-доминантный тип наследования.

В качестве ключевых диагностических признаков LSS учтены аномалии носа, полисиндактилия, мезомелическое укорочение конечностей. Генетический риск оценен в 50%, рекомендован УЗ мониторинг плода. G3 – здоровый мальчик.

Заключение. Наблюдение иллюстрирует внутрисемейную фенотипическую вариабельность и необходимость тщательного осмотра родителей и сибсов, а также подтверждает аутосомно-доминантный тип наследования LSS.

ИЗОЛИРОВАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Савинова Е.Б., Соколова Л.А., Неженцева Е.Л.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова»

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

При обследовании беременных женщин с повышенным АД, в ряде случаев выявляется изолированная клиническая артериальная гипертензия (ИКАГ), т.е. повышение офисного АД и нормальные значения АД при домашних измерениях и показателей суточного мониторирования АД (СМАД). Однако, вопросы распространенности и тактики ведения данных пациенток не уточнены.

Цель исследования: выявление частоты регистрации ИКАГ и анализ факторов риска АГ у беременных женщин.

Материалы и методы исследования: обследовано 112 беременных женщин с АГ в возрасте $26,1 \pm 1,7$ года; в сроки беременности 12-36 недель. Всем беременным проводили измерение офисного АД, СМАД, ЭКГ, ЭХО кардиографию, определение микроальбуминурии, оценку сосудов глазного дна, определение эндотелиальной дисфункции (ЭД).

Результаты исследования: ИКАГ определялась у 38 (34%) из 112 обследованных по поводу АГ беременных. У данной группы выявлено повышение офисного САД 147 ± 11 мм. рт. ст. и ДАД 92 ± 9 мм рт. ст. Значения СМАД в пределах нормы: $118 \pm 7,0 / 71 \pm 5,0$ мм рт. ст. среднесуточное; $105,6 \pm 5,2 / 60 \pm 5,0$ мм рт. ст. среднедневное; $115 \pm 6,0 / 68 \pm 5,0$ мм рт. ст. средненочное АД. В 60% случаев определялась отягощенная наследственность по АГ, в 27% – избыток потребления соли и повышение индекса массы тела (ИМТ). У 50 % пациенток с ИКАГ выявлено нарушение ЭД. У 12% – микроальбуминурия.

Выводы: ИКАГ встречается у 34% исследованных беременных женщин с АГ, у которых выявлены все основные факторы риска АГ, микроальбуминурия и дисфункция эндотелия, что свидетельствует о необходимости дальнейшего диспансерного наблюдения за исследованными женщинами с АГ.

РОЛЬ АКВААЭРОБИКИ В СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО

Садретдинова Т.Л., Василенко Л.В., Зрячкин Н.И.
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия.

Цель: снизить частоту перинатальных осложнений у матери и новорожденного путем проведения регулярных занятий аквааэробикой с беременными групп риска.

Материалы и методы: проспективно изучено течение беременности, родов, послеродового периода у 67 женщин группы риска по развитию ВУИП, гестозов, недонашивания беременности и периода новорожденности у 67 детей (основная группа). Риск развития указанных осложнений определялся отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом: наличием кольпитов, цервицитов, пиелонефритов, ОРВИ во время беременности. Беременным основной группы проведена санация родовых путей в I и начале II триместра беременности. Беременные основной группы 2 раза в неделю занимались аквааэробикой по 45 минут. 100 беременных (группа сравнения), сопоставимых по акушерско-гинекологическому анамнезу, санировались аналогично, но бассейн не посещали. У беременных определяли на протяжении гестации показатели центральной гемодинамики: ударный объем, минутный объем кровотока, сердечный индекс, общее периферическое сосудистое сопротивление.

Результаты. У беременных основной группы легкие формы гестозов развились у 3(4,5%) женщин, в группе сравнения – у 38(38%) ($p < 0,001$), преждевременные роды произошли у 2(3%) и у 24(24%) женщин ($p < 0,001$) соответственно. В основной группе в состоянии легкой асфиксии родились 2 (3%) ребенка, в группе сравнения – 33(33%) ($p < 0,001$), церебральная ишемия отмечена у 3(4,5%) и у 35(35%) детей ($p < 0,001$) соответственно. ЗРП у детей основной группы не было, в группе сравнения – у 31(31%) младенца ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, аквааэробика в подготовке беременных к родам позволяет значительно уменьшить количество осложнений у матери и ребенка.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ВОРСИН ПЛАЦЕНТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сажина Т.В.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ.

Полноценная реализация материнства у женщин с эндокринной патологией является актуальной, так как сегодня есть возможность стойко компенсировать течение заболевания благодаря широкому арсеналу качественных лекарственных препаратов.

Исследовали структурные адаптационные реакции терминальных ворсин плацент после самопроизвольных родов на сроках беременности 36-40 недель при беременности: физиологической, осложненной гестозом и компенсированными – аутоиммунным тиреоидитом, диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом 1-го типа. Использовали методы световой микроскопии и иммуногистохимии.

При морфологическом исследовании последа выявлены общие морфологические и цитохимические компенсаторными признаки в терминальных ворсинах плацент при осложненной беременности: уменьшение диаметра, усиление степени капилляризации, уменьшение плацентарного барьера, увеличения количества симпластических почек и численной плотности ядер в них, изменение состава коллагенов и повышенной активности матричных метталлопротеиназ.

Компенсаторные процессы при гестозе обеспечиваются преимущественно за счет синцитиотрофобласта, при эндокринных заболеваниях – за счет усиления капилляризации и повышенной активности матричных метталлопротеиназ, что, вероятно, в большей степени связано с процессами перестройки экстрацеллюлярного матрикса терминальных ворсин и можно рассматривать как компенсаторный механизм, облегчающий обменные процессы между матерью и плодом. Нами отмечено, что наиболее слабо выражены компенсаторные процессы на уровне терминальных ворсин при диффузном токсическом зобе.

РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ КАК СОВРЕМЕННАЯ ПРОБЛЕМА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Сайдашева Э.И., Нероев В.В.

*ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава»,
Санкт-Петербург, Россия.*

*ФГУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздравсоцразвития»,
Санкт-Петербург, Россия.*

Перинатальный период – это краткий миг человеческой жизни, который во многом определяет качество здоровья новорожденного и последующее его постнатальное развитие. Поэтому среди большого числа проблем перинатальной и неонатальной медицины в последние годы особое внимание обращается на нарушения функционального состояния сенсорных органов, в том числе и на проблему снижения зрения у новорожденных детей.

Ретинопатия недоношенных (РН) – одно из наиболее значимых заболеваний недоношенных детей, особенно среди новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ), тяжелые формы течения которого приводят к утрате зрения уже в младенчестве. Несмотря на то, что в развитых странах частота и тяжесть РН за последние 20 лет снизились, в России в новом тысячелетии эти показатели резко увеличиваются, поэтому в ближайшие годы можно прогнозировать эпидемию детской слепоты по причине РН. Это связано с улучшением методов интенсивного перинатального ухода и расширением границ жизнеспособности новорожденных с ЭНМТ при рождении (Байбарина Е.Н., Антонов А.Г., Ленишуккина А.А. 2006; Катаргина Л.А., Коголева Л.В., 2009; Gilbert С., 2009).

Цель исследования. Анализ частоты возникновения, особенностей течения и исходов активной РН в городском неонатальном центре за период с 2007 по 2009 гг.

Материал и методы. Исследование проводилось в условиях крупнейшего в РФ центра помощи новорожденным при ДГБ № 1 Санкт-Петербурга, рассчитанного на 136 коек, где показатель выживаемости недоношенных с ЭНМТ при рождении самый высокий в РФ и составляет 86%. За период с января 2007 г. по декабрь 2009 г. нами было обследовано 1518 недоношенных детей с массой тела при рождении от 630 г и сроком гестации от 23 недель. Из них доля детей с МТ менее 1000 г составила 12,3% (187), с МТ от 1000 г до 1500 г – 30,7% (467) и с МТ более 1500 г – 57% (864).

Первичное офтальмологическое обследование новорожденных начинали при достижении 31-32-х недель постконцептуального возраста непосредственно в отделении реанимации и интенсивной терапии или в условиях специально оборудованного офтальмологического кабинета, организация которого предусматривает оказание минимального объема реанимационной помощи. Мониторинг осуществляли регулярно в зависимости от результатов первичного осмотра с помощью инновационной технологии в офтальмопедиатрии – широкопольной цифровой ретинальной видеокамеры «RetCam II» (Clarity Medical Systems, Pleasanton, CA, USA), которая является «золотым» стандартом диагностики РН. Лазерное хирургическое лечение РН проводили с использованием отечественного инфракрасного диодного офтальмокоагулятора Алод-01 – «Алком», непосредственно в неонатальном центре, в специализированной офтальмологической операционной.

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период времени в результате офтальмологического скрининга и мониторинга за течением болезни РН была выявлена у 260 (19,5%) пациентов и распределена по стадиям согласно Международной классификации РН: 1 стадия болезни была диагностирована у 121 (46,5%) ребенка, 2-я стадия – у 91 (35,0%) ребенка, 3-я стадия – у 29 (11,2%) детей и 4-я и 5-я стадии, характеризующиеся отслойкой сетчатки и потерей зрения – у 19 (7,3%) детей.

Выявлена тесная связь не только между степенью незрелости ребенка на момент рождения и частотой возникновения РН, но и прогрессированием патологического процесса до тяжелых, необратимых стадий болезни. Так, несмотря на своевременно проведенное лазерное лечение при достижении пороговой стадии болезни, частота неблагоприятных исходов РН среди детей с МТ при рождении до 1500 г составила около 9%, тогда как в группах детей с МТ от 1500 г этот показатель был ниже на 30%, соответственно – 6,4%.

Известно, что степень недоношенности (незрелости) ребенка является определяющей в частоте возникновения РН, в то время как характер течения заболевания в большей мере зависит от наличия множества факторов риска, отражающих соматическую отягощенность и условия выхаживания младенца (наличие респираторного дистресс-синдрома, гемодинамически значимого открытого артериального протока, бронхолегочной дисплазии, внутрижелудочковых кровоизлияний головного мозга тяжелой степени, осложненных постгеморрагической окклюзионной гидроцефалией; длительное пребывание ребенка на искусственной вентиляции легких, реинтубация и др.).

Заключение. Снижение частоты и тяжести проявления РН можно ожидать не от поисков новых универсальных средств и методов лечения данной патологии, а от совершенствования уровня оказываемой неонатальной помощи новорожденным, особенно с ЭНМТ. В конечном итоге это позволит минимизировать инвалидизацию детей по зрению по причине РН, снизить затраты на попытки реабилитации слепых и слабовидящих.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

*Самборская Н.И.^{1,3}, Лебедева О.П.¹, Ивашова О.Н.¹, Пахомов С.П.¹, Чурносков М.И.¹,
Калуцкий П.В.², Липшеева З.К.³, Ерофеева О.А.³, Москаленко Н.К.³, Довгий П.Г.¹*

¹ Белгородский национальный государственный исследовательский университет.

² Курский государственный медицинский университет.

³ Перинатальный Центр Белгородской ОКБ Св. Иоасафа.

Целью работы было установить роль Толл-подобных рецепторов (TLR) 1, 2, 4 и 5, белка первичного ответа миелоидной дифференцировки 88 (MyD88) и ядерного транскрипционного фактора NF-κB в патогенезе послеродового эндометрита. Основную группу составили 48 пациенток с признаками послеродового эндометрита, контрольную – 56 пациенток с нормально протекающим послеродовым периодом. Все пациентки были родоразрешены через естественные родовые пути. В качестве материала использовали соскоб эпителиальных клеток, полученных из цервикального канала на 3-4 сутки послеродового периода. РНК выделяли методом фенол-хлороформной экстракции, обратную транскрипцию и количественную ПЦР проводили с помощью наборов Mint и qPCR-HS SYBR («Евроген»). В качестве генов-нормировщиков использовали β-актин и пептидилпропилизомеру А. Было установлено, что у пациенток с послеродовым эндометритом уровень экспрессии TLR4 и TLR5 был достоверно ниже, чем у женщин с нормально протекавшим послеродовым периодом. Это сопровождалось снижением уровня экспрессии MyD88 и NF-κB, которые являются основными белками сигнального пути с данных рецепторов. Уровень экспрессии TLR1 и TLR2 достоверно не изменялись.

Таким образом, снижение экспрессии рецепторов, распознающих бактериальные лиганды, по-видимому, приводит к уменьшению выработки провоспалительных цитокинов и антимикробных пептидов на поверхности слизистых в связи с уменьшением экспрессии белков MyD88-зависимого пути, что может способствовать инвазии возбудителя даже при небольшом количестве патогена. Выполнено при поддержке гранта Президента РФ МК-1564.2010.7

ВЛИЯНИЕ ТРАНСФУЗИЙ ЭРИТРОЦИТОВ НА ЭРИТРОПОЭЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Серебрякова Е.Н., Волосников Д.К., Рыжкова А.И., Ключкина А.В.

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Челябинск.

Данные о влиянии трансфузий на эритропоэз у новорожденных противоречивы. С целью изучения влияния трансфузий эритроцитов на эритропоэз у новорожденных с синдромом полиорганной недостаточности (СПОН) было проведено сравнение абсолютного количества ретикулоцитов (RET#) на 7-е и 15-е сутки жизни у новорожденных со СПОН, получивших трансфузии эритроцитов между 7-ми и 15-ми сутками жизни (n=12), с RET# у новорожденных со СПОН, не получавших трансфузий в неонатальном периоде (n=18). Новорожденные сопоставимы по тяжести состояния, тяжесть состояния определялась с использованием шкалы NEOMOD (Janota J. et al., 2008). Определение RET# проводилось на люминисцентном микроскопе «Nikon Eclipse E 200» (Япония). Среди новорожденных со СПОН, не получавших трансфузии эритроцитов в неонатальном периоде, RET# на 7-е сутки жизни составило $170 (120-260) \times 10^9/\text{л}$, среди новорожденных, получивших первую трансфузию эритроцитов между 7-ми и 15-ми сутками жизни, RET# на 7-е сутки жизни составило $180 (120-170) \times 10^9/\text{л}$ (p=0,8), на 15-е сутки жизни — RET# $180 (110-230) \times 10^9/\text{л}$ и $160 (100-180) \times 10^9/\text{л}$ в группах новорожденных соответственно (p=0,7). При сравнении RET# на 7-е и 15-е сутки жизни среди новорожденных, получивших первую трансфузию эритроцитов между 7-ми и 15-ми сутками, статистически значимых различий выявлено не было (p=0,4), также не было выявлено статистически значимых различий в абсолютном количестве ретикулоцитов между 7-ми и 15-ми сутками в группе новорожденных, не получавших трансфузий эритроцитов в неонатальном периоде (p=0,4), то есть угнетающего влияния на эритропоэз трансфузий эритроцитов у новорожденных со СПОН в данном исследовании не обнаружено.

МР-МАММОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ФИБРОАДЕНОМАТОЗА

Серебрякова С.В., Южно Е.А., Труфанов Г.Е.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

ФГБОУ ВПО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Определить возможности МР-маммографии с динамическим контрастным усилением (ДКУ) в диагностике фиброаденоматоза (ФАМ) молочных желез.

Материалы и методы. Проведено МР-исследование (1,5 Тл) 43 женщинам (39±7 лет) на высокопольном томографе «Magnetom Symphony» (1,5Тл) с использованием поверхностной катушки «breast coil» и динамического контрастного усиления. Исследование выполняли в I фазу менструального цикла.

Результаты. В большинстве наблюдений определялось асимметрия строения ткани молочных желез (97,7%) с преимущественной локализацией в верхне-наружном квадранте (81,4%). Смешанную форму ФАМ с наличием разнокалиберных кист выявляли у 25 пациентов. Локализованную одностороннюю форму ФАМ визуализировали в 67,4%. У 34 женщин локальные участки ФАМ имели неправильную форму, без четких контуров, неоднородную структуру. При ДКУ отмечали очаговое (81,4%) накопление гиперплазированными железистыми дольками диаметром 3-5 мм – проявления аденоза. У каждой седьмой обследованной, преимущественно молодого возраста (до 35 лет), на фоне выраженной железистой ткани, регистрировали повышенную васкуляризацию локального фиброаденоматоза, с постепенным нарастанием МР-сигнала до 75-85% к третьей-четвертой минуте и медленным его снижением. У пациенток с фиброзными изменениями отмечали слабое накопление контрастного вещества до 17-23% в течение всего времени исследования. При построении МР-реконструкций деформации сосудистой сети молочных желез выявлено не было.

Выводы. Наибольшую информативность МР-исследование имело место в дифференциальной диагностике локализованных форм ФАМ и образований, особенно при асимметричной двухсторонней локализации пролиферативного процесса, которое затрудняло диагностику традиционными методами визуализации.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ АКУШЕРСТВЕ

Слабинская Т.В., Башмакова Н.В., Емельяненко Т.П.

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

Показатель частоты преждевременных родов в разных странах колеблется от 5 до 20% [1,2]. В ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» досрочные роды составили 12,5% от всех прошедших в 2009 году родов. Зачастую преждевременное родоразрешение случается вследствие неуточненных причин, дородового разрыва плодного пузыря или в результате предпринимаемых по различным причинам акушерских вмешательств [3].

Цель работы: изучить частоту и показания к эклективным и экстренным абдоминальным преждевременным родам в условиях регионального перинатального центра.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 329 случаев преждевременного родоразрешения пациенток регионального перинатального центра на базе ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» в 2009 году. Все женщины относились к группе высокого риска развития перинатальной патологии. Возраст беременных составил от 15 до 46 лет, у большинства имелось отягощение соматического и акушерского анамнеза. Родоразрешение проводилось в сроке беременности от 22 до 36 недель. Распределение новорожденных по массе тела представлено на рисунке.

1 – Масса тела до 1000г., 2 – Масса тела 1001-1499г.,
3 – Масса тела 1500-1999г., 4 – Масса тела 2000 и более г.

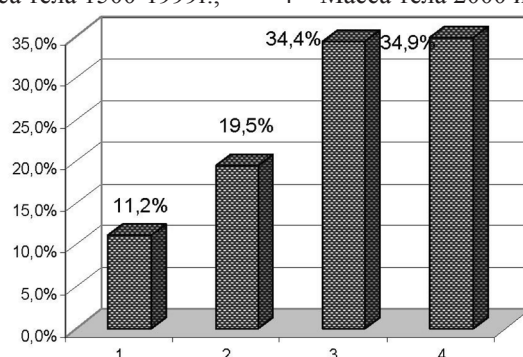


Рис. Распределение новорожденных по массе тела.

В 2009 году в условиях ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» родоразрешились 108 женщин в сроке преждевременных родов при многоплодной беременности, в том числе 12 – с тройней. Перинатальная смертность недоношенных детей составила в 2009 году 28,2%.

Результаты исследования. Сверхранные преждевременные роды (до 27 недель) прошли у 27 пациенток (8,2%), в сроке гестации 28-33 недели – у 124 (37,7%), в 34-36 недель – у 178 (54,1%) женщин. Абдоминальное родоразрешение было проведено у 254 пациенток (77,2% от числа преждевременных родов), причем у 132 (52,0%) – в плановом порядке, у 122 (48,0%) – в экстренном. Способы родоразрешения при недоношенной беременности представлены в таблице.

Таблица

Способ родоразрешения при недоношенной беременности

Способ и срок родов	22-27 нед. n = 27		28-33 нед. n = 124		34-36 нед. n = 178	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Через естественные родовые пути	18	5,5	18	5,5	39	11,9
Элективное кесарево сечение	-	-	52	15,8	80	24,3
Экстренное кесарево сечение	9	2,7	54	16,4	59	17,9

Показаниями к экстренному абдоминальному родоразрешению в сроке недоношенной беременности служили: прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты (у 25 беременных или 20,5% от числа экстренных кесаревых сечений), кровотечение при центральном предлежании плаценты (у 5 – 4,1%), неполноценный рубец на матке (у 5 – 4,1%), прогрессирующая фето-плацентарная недостаточность (у 23 – 18,8%), первичная слабость родовой деятельности (1 – 0,8%), выпадение петель пуповины при преждевременном излитии вод (1 – 0,8%). В остальных случаях имело место сочетание показаний в виде тяжелой соматической патологии или прогрессирующего гестоза тяжелой степени у первородящих старшего возраста, при беременности, наступившей в результате ВРТ, с неблагоприятным расположением плодов при многоплодной беременности и др. Срок проведения кесарева сечения в экстренном порядке при недоношенной беременности составил 31,3±1,2 недели. Оценка новорожденных по шкале Аргар была 4,7±1,4 балла на первой минуте жизни, 5,5±1,5 на пятой минуте жизни. Оценка по шкале Аргар в случае родоразрешения через естественные родовые пути в сроке недоношенной беременности существенно не отличалась и составила 4,8±1,7 балла на первой минуте жизни, 4,9±0,9 на пятой минуте жизни.

Показаниями к элективному кесареву сечению при преждевременном родоразрешении явились: гемолитическая болезнь плода по Rh – фактору (у 12 женщин или 9,1% от числа плановых абдоминальных родоразрешений), диабетическая фетопатия (у 36 – 27,3%), бе-ременность тройней (у 10 – 7,6%), неблагоприятное расположение плодов при двойне (у 20 женщин – 15,2%), а так же сочетанные показания в виде тяжелой соматической патологии у матери или выраженной внутриутробной задержки роста плода при наличии рубца на матке, гестоза тяжелой степени (у 66 беременных – 50,0%). Срок проведения элективного кесарева сечения при недоношенной беременности 34,5±0,5 нед. Оценка новорожденных по шкале Аргар составила 5,9±0,5 балла на первой минуте жизни, 7,0±0,6 на пятой минуте жизни.

Заключение. Таким образом, родоразрешение в сроке недоношенной беременности в условиях перинатального подхода чаще проводится способом кесарева сечения. Сверхранные преждевременные роды чаще проводятся через естественные родовые пути, абдоминальным способом – при экстренных показаниях. Элективное кесарево сечение в сроке ранних преждевременных родов проводится с такой же частотой, как экстренное. Показания и сроки проведения элективных и экстренных абдоминальных родоразрешений в сроке недоношенной беременности неоднородны.

Различий в оценке по шкале Аргар у недоношенных новорожденных после экстренного кесарева сечения и спонтанных родов не выявлено.

При запланированных преждевременных родах повышается вероятность родоразрешения в несколько более поздние сроки гестации, после успешного проведения курса профилактики РДС новорожденного, что подтверждается более высоким адаптационным показателем у детей этой группы.

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В ТЕКУЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Смирнов А.Г., Мануйлова С.В.

*ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный Университет», Кафедра ВНД и психофизиологии.
Женская консультация №31.
Санкт-Петербург, Россия.*

Одной из причин преждевременных родов может быть срыв адаптации к беременности, обусловленной нарушением в центральной регуляции гормонального, иммунного и гомеостатического статуса организма женщины. Беременность, протекающая с невыраженными гормональными отклонениями, может не проявлять симптомов угрозы ее прерывания, хотя риск невынашивания плода может быть высоким, так как этот риск будет определяться изменениями в центральной регуляции адаптации к беременности. Диагностика такого рода отклонений требует использования специализированной аппаратуры и наличия соответствующих специалистов, что затрудняет ее использование в практике врачей-гинекологов. ЭЭГ является одним из относительно удобных методов для оценки функционального состояния головного мозга, использование которого позволяет дать предварительную оценку нарушений в функционировании структур, регулирующих процесс гестации. **Целью данного исследования** являлась оценка функционального состояния ЦНС по показателям ЭЭГ у женщин с преждевременными родами в текущей беременности.

Исследование было проведено на 254 беременных женщинах. Спецификой обследования являлось то, что ЭЭГ у беременных женщин регистрировали вне периода наличия угрозы или обострения болезни, связанной с текущим состоянием. В этой связи мы не могли прогнозировать неблагоприятного исхода беременности. Поэтому анализ ЭЭГ и соотнесение ее параметров с результатом протекания гестационного процесса проводили после родов, используя для этого медицинские карты беременных.

В результате длительных исследований была выделена группа, у которой по разным причинам текущая беременность не состоялась. Из 254 женщин было выделено 29 с преждевременными родами, но при этом плод остался живым (1 группа), а также 11 женщин, у которых плод по какой-то причине погиб (2 группа). Таким образом, всего было выделено 40 женщин с преждевременными родами, что составляло около 16% от всей выборки.

Из этой общей выборки 26 женщин было первородящими, а 14 из них – первобеременными. Соответственно, если учитывать только повторнобеременных женщин, то почти у половины из них (у 12 из 26) в анамнезе отмечались преждевременные роды (выкидыши). Если рассматривать отдельно группу с репродуктивными потерями, то таких там из девяти женщин было 6. Уже этот факт указывает на то, что вероятность повторной неудачной беременности у женщин с выкидышем в анамнезе существенно выше. Следует отметить, что у женщин с преждевременными родами первой группы выделились беременные, у которых роды хотя и были преждевременными, но произошли они после 36 недели, т.е. – практически в срок. Таких женщин было 13. Основной причиной, послужившей началу родов в этом случае, было преждевременное отхождение вод. Выделенная подгруппа беременных отличалась и тем, что у 8 из них беременность протекала без осложнений. А в первой подгруппе таких женщин не было. У беременных с репродуктивными потерями только у 4 был поставлен диагноз «угроза прерывания беременности».

В целом в обеих группах уровень личностной тревожности повышенный, но не у всех достаточно высокий. С высокой личностной тревожностью (больше 50 баллов, тест на тревожность Спилбергера-Ханина) в группе с преждевременными родами было пять женщин, а в группе с репродуктивными потерями – две. В среднем для ситуативной тревожности эта величина составляет 39.10 ± 1.34 балла, а для личностной – 46.21 ± 1.45 .

Регистрация ЭЭГ у беременных данной группы в подавляющем большинстве была осуществлена во втором, наиболее благополучном с медицинской точки зрения, триместре. В результате анализа ЭЭГ было выявлено, что в подгруппе женщин, у которых преждевременные роды произошли после 36 недели, большинство параметров ЭЭГ достоверно не отличались от таковых у женщин с нормально протекающей беременностью. У остальных беременных отмечались следующие особенности ЭЭГ:

– у 12 беременных женщин с преждевременными родами (7) и репродуктивными потерями (5) ЭЭГ характеризовалась низкоамплитудным нерегулярным, искаженным высокочастотной активностью альфа-ритмом. Его спектральная мощность в затылочных отведениях не превышала 3.00 мкВ₂. Отмечались низкоамплитудные генерализованные всплески альфа-ритма, а также острые волны в передних областях. Тяжесть протекания беременности (наличие в течение длительного времени угрозы ее прерывания, наличие сопутствующих заболеваний и пр.) коррелировала с увеличением мощности высокочастотной активности, выраженностью острых волн или всплесков медленных ритмов в лобно-центральных областях, а также с уровнем личностной тревожности. Следует отметить, что гипервентиляция у таких беременных улучшала как их общее состояние, так и картину биоэлектрической активности их головного мозга.

– у 14 беременных женщин, наоборот, ЭЭГ отличалась высокоамплитудным гиперсинхронным фоновым альфа-ритмом, склонным к пароксизмальной активности при гипервентиляционной нагрузке, неустойчивым по частоте и в значительной степени представленным в лобно-центральных областях. Его спектральная мощность превышала 10.00 мкВ₂. Клинический анализ их ЭЭГ выявил такие особенности, как компактные генерализованные длительностью около 1 с всплески низкочастотного альфа-ритма, или его всплески в виде воронки, т.е. пространственная

инверсия альфа-ритма. Кроме того, когерентные связи в диапазоне альфа-ритма отмечались преимущественно в лобно-центральных областях. Представительницы этой группы отличались более тяжелым протеканием беременности, более ранними сроками преждевременных родов, наличием гормональных отклонений, нарушением менструального цикла и более часто встречающимся отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Они характеризовались повышенной личностной тревожностью, хотя и не в такой степени как в предыдущей группе.

В клинических исследованиях было показано, что глобальные, ритмические изменения в ЭЭГ чаще всего характерны при нарушениях в функциональном состоянии гипоталамо-гипофизарных структур, а более дифференцированные, типа вспышек ритмов, появления разных комплексов, острых или медленных волн – при изменениях активности неспецифических таламических и лимбических образований. Низкоамплитудная и десинхронная ЭЭГ характерна как для состояния повышенного психоэмоционального напряжения, что может быть связано со стрессом, вызванным беременностью. Активация гипофиз-адреналовой системы приводит к выделению значительного количества АКТГ, кортикостероидов и катехоламинов, что приводит к изменениям метаболизма. Возможно, что организм беременной женщины, стремясь уменьшить влияние такой мощной нагрузки на ЦНС, стремится избавиться от влияния этого фактора и происходит его устранение, т. е. самопроизвольное прерывание беременности.

В случае преобладания гиперсинхронизирующих тенденций в ЭЭГ необходимо учитывать и то, что параллельно с усилением деятельности гипоталамо-гипофизарных структур, увеличиваются и гормональные влияния на ЦНС, связанные со значительным повышением уровня эстрогенов и прогестерона в крови. Гиперсинхронные проявления в ЭЭГ чаще всего связаны с изменениями в проницаемости нервных клеток, что определяется различными иммунными и гормональными процессами, происходящими в организме беременной женщины. Эти изменения существенно чаще сопровождаются неблагоприятно протекающей беременностью. Одним из механизмов таких изменений является влияние тех же эстрогенов, так как они проявляют свое воздействие не только механизмом генного действия, а и изменением проницаемости канальцев клеточных мембран, что, к примеру, является одной из причин усиления эпилептических проявлений при беременности. Указанные изменения сами по себе могут и не спровоцировать фатальный исход беременности. Однако, в сочетании с проблемами, связанными с соматическими нарушениями в организме женщины, такие изменения в регуляции гестационного процесса могут привести к появлению дезадаптации в системе «мать-дитя» и, как следствие, – к преждевременным родам.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ ТЕКУЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Смирнов А.Г.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный Университет», г. Санкт-Петербург, Россия.

Протекание беременности во многом зависит от функционального состояния головного мозга, так как именно центральная регуляция обеспечивает психологический, гормональный и гомеостатический статус беременной женщины. **Целью исследований** является оценка психофизиологических особенностей женщин с невынашиванием текущей беременности.

Из 300 обследованных беременных женщин 12 оказались с репродуктивными потерями. В обследуемой группе основой этих потерь были выкидыши в первой половине беременности и преждевременные роды во второй. В начале обследования определяли уровень тревожности и самооценку своего состояния. ЭЭГ регистрировали монополярно с ушным референтным электродом, раздельно для каждого полушария.

Показано, что уровень личностной тревожности у беременных в среднем высокий, а ситуативной – относительно низкий. Анализ ЭЭГ беременных с выкидышами показал, что у них отмечается высокоамплитудный, неустойчивый по частоте, гиперсинхронный и значительно представленный в лобно-центральных областях альфа-ритм. Часто регистрируются вспышки множественных острых или одиночных медленных волн также с фокусом в передне-центральных областях.

ЭЭГ беременных с преждевременными родами не представляют такой цельной картины. Здесь в ЭЭГ отмечается значительное представительство высокочастотной активности. У всех беременных этой группы отмечается большое количество вспышек острых волн, как генерализованного характера, так и локального, с фокусом в лобно-центральных отведениях, а также вспышек альфа-ритма с преобладанием в передних областях.

Таким образом, отмечается различие в картине ЭЭГ активности у женщин в зависимости от срока преждевременного прерывания беременности.

ДЕЛЕЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ГЕНА BIRC1

Сокольник В.П., Хмель Р.Д.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь.

Ген BIRC1 (baculoviral inhibitor of apoptosis repeat containing protein 1 gene) кодирует белок, принадлежащий к высококонсервативному классу IAP (inhibitors of apoptosis protein) и семейству NLR (NOD-like receptors). Белки этих семейств имеют отношение к регуляции клеточного роста, апоптозу и реализации врожденного иммунитета. Мутации либо изменения характера экспрессии BIRC1 выявлены при спинальной мышечной атрофии (СМА), синдроме Дауна, болезни Альцгеймера, некоторых формах рака.

Цель исследования: делеционный анализ гена BIRC1 в семьях, имеющих детей с заболеваниями, характеризующимися тяжелой мышечной гипотонией.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов с клиническим диагнозом СМА, 91 член их семей без признаков СМА (86 родителей и 5 сибсов) и 120 новорожденных белорусской популяции. Кроме этого изучено 11 пациентов с другими клиническими диагнозами, сопровождающимися тяжелой мышечной гипотонией, и 13 асимптоматичных членов их семей. BIRC1-ген (4- и 12-ый экзоны) амплифицировали и анализировали по общепринятым технологиям.

Результаты. Гомозиготная делеция экзона 4 BIRC1-гена выявлена у 12 из 49 проанализированных пациентов со СМА, что составило 24,5%, при этом все они имели тяжелую форму заболевания – СМА I. Среди пациентов со СМА I частота выявления данной мутации составила 43%. Такие делеции имели также 3 родителя детей со СМА из 86 обследованных, что составило 3,5%. В других изученных группах данная мутация не обнаружена. В целом, проведенное исследование указывает на высокую степень мутирования гена BIRC1 при СМА I и позволяет предположить дисбаланс функционального белка у гемизиготных родителей таких детей. В связи с фундаментальной биологической ролью BIRC1 все они нуждаются в дальнейшем медицинском наблюдении.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ (НГЭ)

Солодовникова Н.Г., Ниаури Д.А., Сельков С.А.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Изучить особенности локальной продукции цитокинов у больных с НГЭ в зависимости от степени тяжести заболевания.

Задачи исследования. Изучить характер секреции провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерлейкина-2 (IL-2), интерлейкина-6 (IL-6), трансформирующего фактора роста- β 1 (TGF- β 1), васкуло-эндотелиального фактора роста (VEGF) в эндометриоидных гетеротопиях у больных с НГЭ различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Обследовано 111 женщин с наружным генитальным эндометриозом. Средний возраст больных составил 32,5 \pm 4,6 года. Степень тяжести генитального эндометриоза определена в соответствии с классификацией Американского Общества Фертильности (R-AFS). В соответствии с этой классификацией I-II степень НГЭ была диагностирована у 72 больных, III-IV степень – у 39 женщин. Для изучения локальной секреции цитокинов проводилось органотипическое культивирование ткани эндометриоидных очагов. Определение содержания цитокинов в культуральной среде проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA).

Результаты. Секреторная активность эндометриоидных гетеротопий характеризовалась снижением уровня продукции IL-1 β при тяжелых формах НГЭ, однако из-за значительных колебаний показателей это различие не носило достоверного характера. Интенсивность секреции IL-2 и IL-6 в очагах эндометриоза при тяжелых формах НГЭ более чем в 3 раза превосходила аналогичные показатели для I-II степени заболевания. Установлено, что степень тяжести НГЭ находилась в корреляционной зависимости от секреции VEGF в эндометриоидных гетеротопиях ($r=0,5$, $p<0,05$). При тяжелых формах заболевания в эндометриоидных гетеротопиях наблюдалось увеличение уровня продукции VEGF на 80% по сравнению с более легкими формами НГЭ. Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем продукции IL-6 и VEGF в эндометриоидных очагах ($r = 0,6$, $p<0,05$).

При распространенных формах НГЭ уровень секреции TGF- β 1 в очагах эндометриоза снижался.

Заключение – результаты проведенного исследования подтвердили патогенетическое значение локальных компонентов иммунной системы в прогрессировании НГЭ.

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНТЕЗА VEGF МОНОЦИТАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И МАКРОФАГАМИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сотникова Н.Ю., Панова И.А., Кудряшова А.В., Барановская Ю.П.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития РФ, г. Иваново, Россия.

Сосудистый-эндотелиальный фактор роста (VEGF) является основным регулятором ангиогенеза и проницаемости сосудов во время беременности. Нами проводилось изучение содержания данного фактора роста в сыворотке периферической крови и в экстрактах децидуальной ткани, а также особенностей синтеза VEGF периферическими и плацентарными макрофагами при неосложненной беременности и беременности осложнившейся плацентарной недостаточностью (ПН). Контрольную группу составили 20 женщин без ПН. В основную группу вошли 36 женщин, имевших ПН по данным УЗИ и доплерометрии. Содержание VEGF в сыворотке крови и в экстрактах децидуальной ткани оценивали методом ИФА (CYTImmUNE), уровень синтеза мРНК VEGF определяли методом RT-PCR с использованием тест-системы ЗАО «Синтол» (Москва). Экстракты ткани децидуальной оболочки плаценты получали методом вымораживания. Проведенные исследования показали, что в сыворотке периферической крови всех обследованных женщин уровень VEGF был ниже предела чувствительности тест-системы (20 пг/мл) и не различался в сравниваемых группах. Однако по данным ПЦР развитие ПН сопровождалось усилением синтеза мРНК VEGF моноцитами. В плаценте на уровне децидуальной оболочки при ПН отмечались тенденции к повышению содержания VEGF в тканевых экстрактах и усилению его синтеза децидуальными макрофагами по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Выраженных различий между сравниваемыми группами в характере синтеза VEGF макрофагальными клетками ворсинчатого хориона выявить не удалось. Усиление синтеза и продукции VEGF на системном уровне и в материнской части плаценты при ПН, вероятно, следует расценивать как реакцию, направленную на усиление проницаемости маточных спиральных артерий для питательных веществ и кислорода к плоду, компенсирующую нарушение маточно-плацентарного кровотока.

РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Старевская С.В.¹, Голобородько М.М.¹, Сметанко И.И.¹, Пиневская М.В.¹, Осипова М.П.¹, Сидоренко А.С.¹, Адаева Е.Н.¹, Рязанов В.В.², Труфанов Г.Е.², Вихтинская И.А.²

¹ ДГБ № 19 им. К.А. Раухфуса, Санкт-Петербург, Россия.

² Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Ознакомить специалистов по лучевым методам диагностики, неонатологов, педиатров, пульмонологов с результатами многолетнего наблюдения за детьми с бронхолегочной дисплазией (БЛД), исходами и характером сформированных на её фоне ХНЗЛ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты многолетнего наблюдения (7-18 лет) и обследования у 87 детей с различной степенью тяжести течения БЛД. Изучены клинические особенности, данные ФБС, ФВД, КТ, рентгенография органов грудной клетки, газы крови, ЭХО КГ.

Результаты. Все дети имели классическую форму БЛД. К 7-15-летнему возрасту сформировали облитерирующий бронхиолит 12 детей (14%), с легочной гипертензией у 4 больных и бронхоэктазами – у 6; диагностирована бронхиальная астма у 14 детей (16%), у 2-х детей буллезные изменения в легких; 70% пациентов (61 ребенок) не имели клинических симптомов заболевания и не болели с поражением нижних дыхательных путей. Эта группа детей разделилась на подгруппы: 23 ребенка (26%) наблюдались с диагнозом рецидивирующий обструктивный бронхит, рентгенологически отмечалась умеренная гиперинфляция легочной ткани, усиление легочного рисунка; при бронхоскопии – субатрофический эндобронхит; по ФВД – гиперреактивность бронхиального дерева со снижением скоростных показателей при физической нагрузке. Вторая подгруппа – 21 ребенок (24%), наблюдались с различными диагнозами, преимущественно с бронхиолитом, легкое течение – на КТ дополнительно к имеющимся изменениям определялась неравномерная вентиляция с воздушными ловушками на выдохе. В третьей подгруппе – 17 человек (20%) – по КТ выявлена буллезная эмфизема в исходе БЛД.

Выводы. У 30% детей с диагнозом БЛД в раннем детском возрасте сформировалась ХНЗЛ, у 70% имелись остаточные рентгенологические изменения в структуре перенесенной БЛД без клинических проявлений заболевания.

РАННИЕ РЕЦИДИВЫ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ, ЛЕЧИВШИХСЯ ПО МЕТОДУ ПОНСЕТИ

*Степанова Ю.А., Сапоговский А.В., Кенис В.М.
ФГУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздравсоцразвития РФ.*

В связи с широким распространением лечения косолапости по методике Понсети все большую актуальность приобретает проблема рецидивов деформации.

Цель работы: уточнение причин ранних рецидивов врожденной косолапости у детей, лечившихся по методу Понсети и оптимизация их лечения.

Проанализированы результаты лечения 150 детей (223 стопы) с врожденной косолапостью, получавших лечение по методу Понсети. Ранние рецидивы, под которыми мы понимали появление одного или нескольких компонентов деформации, выраженность которых превышала 1 балл по шкале Пирани на протяжении 2 лет после окончания гипсовых коррекций, были выявлены в 6,6% случаев (10 детей – 12 стоп). У 8 из этих детей изначально была тяжелая форма косолапости, у 6 присутствовал неблагоприятный неврологический фон, в 7 случаях был нарушен режим ношения брейсов (в 3 – полный отказ).

Рецидивы были оценены в среднем по шкале Пирани в 3,5 балла, и чаще возникли в возрасте от 18 до 24 месяцев. Лечение рецидивов состояло в мануальных редрессациях (у всех пациентов) в течение 1-2 месяцев. При неэффективности проводился курс повторных гипсовых коррекций (у 5 человек), и повторно выполнялась ахиллотомия (у 4 человек). Одному пациенту был выполнен ограниченный задне-медиальный релиз. Всем пациентам рекомендован жесткий протокол ношения брейсов.

Раннее распознавание рецидива деформации и его своевременное лечение – ключ к достижению хорошего результата.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ИСТИМО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Степанян А.В., Джобавя Э.М., Любанская С.В., Судакова Г.Ю., Доброхотова Ю.Э.
Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ.
Родильный дом №5 УЗ СВАО.
г. Москва, Россия.*

Цель: оптимизировать методы коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) с учетом срока гестации и акушерской ситуации, а так же разработать алгоритм ведения беременных с ИЦН после нехирургической коррекции. Как уже хорошо известно, выделяют следующие виды ИЦН: анатомическую – разрывы шейки матки 2-3 степени, частые внутриматочные вмешательства (механическая дилатация цервикального канала) при искусственных абортах, диагностических выскабливаниях, поздних выкидышах и др., и функциональную – гипоплазия матки, пороки развития матки, генитальный инфантилизм, гиперандрогения. Частота данной патологии составляет 1-9 % в популяции и 15-42 % у пациенток с невынашиванием беременности. Развитию ИЦН часто способствуют и сопутствуют инфекционные факторы невынашивания: неспецифические бактериальные агенты, персистирующая вирусная инфекция. Критериями постановки диагноза являются: анамнез, данные объективного обследования: осмотр в зеркалах, влагалищное исследование – укорочение до 2 см и размягчение шейки матки, с открытием наружного зева, ультразвуковое исследование (УЗИ) (предпочтительнее трансвагинальное) – ширина истмуса 0,8 см и более. При этом существует несколько вариантов балльной оценки степени ИЦН с учетом УЗИ-данных. Традиционно существует хирургический метод коррекции ИЦН – это серкляж или наложение швов на шейку матки. Аспектами данной методики являются: сроки 13-24 недели, но предпочтительнее не позднее 20 недель, проводить следует на фоне антибиотиков, иммуномодуляторов и зубитиков, только в стационаре и на фоне токолитической терапии, механизм основан на механическом сужении цервикального канала. Данный метод не влияет на расположение подлежащей части. Существует и нехирургическая коррекция ИЦН: кольцо Гольджи, которое требует извлечения и санации 1 раз в 2 недели. Современным методом такого варианта коррекции является разгружающий акушерский pessary. Аспектами данной методики являются: любой срок беременности, это амбулаторная процедура, показания такие же, как и при наложении швов, а так же профилактика или лечение прорезывания швов. Так же важным аспектом применения pessaria является угроза развития ИЦН, при этом низкая плацентация не является противопоказанием. Однако не следует забывать, что при возможности наложения швов, pessary не является основным методом. За счет введения pessaria происходит уменьшение нагрузки на шейку матки, её сакрализация, «высокое» расположение подлежащей части, а так же механическое сужение цервикального канала. Pessary существует в 3-х размерах. Главным залогом успеха является правильный подбор размера. При неверном выборе возможно прогрессирование ИЦН.

Материалы и методы: в исследование было включено 70 беременных, сроки гестации составили от 18-19 недель

до 37 недель, которым вводился акушерский пессарий – 1 группа. Так же 24 беременных, сроки гестации у которых составили до 18-19 недель, которым проводилось наложение швов – 2 группа. 3 группу составили 12 беременных, в сроке гестации 18-19 недель, которым по результатам УЗИ-контроля после наложения швов проводилось введение пессария в 20-21 неделю, ввиду угрозы пререзывания и несостоятельности швов, а так же низкого расположения плода. Показаниями для коррекции являлись: клинические признаки ИЦН, УЗИ – расширение внутреннего зева до 8 мм и более и/или укорочение шейки матки до 3 см и менее при трансвагинальном сканировании, прерывание беременности по типу ИЦН в анамнезе. При этом учитывались следующие факторы в диагностике ИЦН: длина менее 3 см при сроке до 20 недель – группа высокого риска по развитию ИЦН, в данной ситуации проводилось тщательное наблюдение 1 раз в 1,5-2 недели с оценкой УЗИ и шейки матки в зеркалах, мазки, бактериологический посев. При трансвагинальном УЗИ и многоплодной беременности до 28 недель нижняя граница нормы длины шейки матки для первых родов составляет 37 мм, для повторных – 45 мм. У многогрозавших длина шейки составляет 36-37 мм в 13-14 недель, ИЦН развивается при укорочении до 29 мм в 17-20 недель. Длина шейки матки 2 см – абсолютный признак ИЦН, требующий хирургической коррекции. Трансвагинальный УЗИ отличается от трансабдоминального на 5 мм. В норме ширина шейки матки с течением беременности возрастает с 3 до 4 см с 10 по 36 недель беременности. Противопоказаниями для коррекции являлись: общие противопоказания для сохранения беременности (экстрагенитальная патология, пороки развития плода), повышенный тонус матки, не поддающийся коррекции, кровяные выделения, патология прикрепления плаценты, III-IV степень чистоты мазка из шейки матки или наличие патогенной флоры, для циркулярного шва – рубцовая деформация или резкое укорочение шейки матки. Перед проведением коррекции проводилась подготовка: микроскопия мазка, с санацией при необходимости, исследование на урогенитальные инфекции и неспецифическую флору с чувствительностью к антибиотикам и при необходимости их лечение, а так же исследование на другие факторы невынашивания беременности.

Результаты и обсуждение: Через 3 недели после проведения коррекции ИЦН проводилось исследование состояния микроценоза влагалища. Было выявлено, что в 1 группе I-II степень чистоты влагалищного мазка определялась у 88,6% беременных, во 2 и 3 группах этот показатель составил 58,6% и 66,7% соответственно. У остальных пациенток выявлялась III-IV степень чистоты, что свидетельствует о более щадящем воздействии пессария на микроценоз влагалища. При сравнительном анализе продолжительности сроков гестации после коррекции ИЦН было выявлено, что сроки родоразрешения в 1 группе составили $39,9 \pm 0,4$ недель (39-40 недель), тогда как во 2 и 3 группах $38,2 \pm 0,5$ недель (37-38 недель) и $39,1 \pm 0,2$ недель (38-39 недель) соответственно. Интервал от момента удаления пессария / снятия швов до начала родов 1 группе составил $14,7 \pm 0,5$ (12-17 дней). Во 2 и 3 группах $4,5 \pm 0,3$ (3-6 дней) и $9,3 \pm 0,5$ (7-10 дней) соответственно. После проведения коррекции ИЦН мы придерживались определенной тактики ведения: УЗИ-контроль 1 раз в 2-3 недели, посев и микроскопия с той же периодичностью, профилактическая санация 1 раз в 3 недели и по результатам мазка не менее 14 дней (предпочтительнее неспецифические препараты в жидких формах, а так же вагилак, вагинорм-С), проводилась профилактика плацентарной недостаточности, токолитическая терапия с индивидуальной коррекцией, иммунокорректирующая терапия. Снятие швов, пессария производилось в 37 (38) недель с последующей санацией при отсутствии показаний для досрочного снятия (кровяные выделения, родовая деятельность, сократительная активность матки после 36 недель гестации, явления хориоамнионита, излитие вод). При анализе течения беременности после коррекции ИЦН самым частым выявленным акушерским осложнением была угроза преждевременных родов, составившая в 1, 2 и 3 группах 5,8%, 16,7% и 33,3% соответственно. Существенно реже встречалась плацентарная недостаточность и гестоз – менее 10% во всех группах, случаев синдрома задержки роста плода, преждевременной отслойки плаценты, антенатальной гибели плода или прерывания беременности выявлено не было. При анализе течения родов обращала на себя внимание более чем в 2 раза большая частота быстрых и стремительных родов во 2 и 3 группах исследования, за счет укорочения латентной фазы родов. При анализе исходов родов достоверных отличий по группам выявлено не было, при этом во 2 группе было выявлено 3 случая преждевременных родов, ввиду пререзывания швов в 34 недели гестации. Однако, во 2 и 3 группах чаще выявлялись осложнения течения послеродового периода: субинволюция матки, перинатальные инфекционные осложнения, травмы шейки матки (в родах).

Выводы: применение разгружающего акушерского пессария изолированно или после наложения швов является эффективным, альтернативным методом коррекции ИЦН, с минимальным влиянием на микроценоз влагалища. Данный метод приводит к снижению частоты угрозы и самих преждевременных родов, а так же к снижению частоты послеродовых осложнений. Не следует считать введение пессария основным методом коррекции ИЦН при возможности и наличии показаний и условий для наложения швов.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОСТЕОПЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Судаков Д.С.¹, Зазерская И.Е.², Галкина О.В.¹, Богданова Е.О.¹

¹ ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия.

² Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Оценить возможность прогноза развития остеопении при беременности на основании биохимических маркеров ремоделирования костной ткани.

Материалы и методы исследования. При сроках беременности 10-12 недели, 22-24 недели и 34-36 недель обследованы 35 беременных. Ремоделирование костной ткани оценивалось на основании определения β-изомера С-терминального телопептида коллагена I типа (β-СТТК), костного изофермента щелочной фосфатазы (КЩФ) и остеокальцина (ОК). Определение уровня МПК проводилось на 4-6 сутки послеродового периода ДЭРА.

Результаты. В поясничном отделе позвоночника остеопения встречалась в 34,5% случаев, в дистальном отделе предплечья в 25,7% случаев, а в проксимальном отделе бедра в 11,4% случаев. Корреляционный анализ показал наличие умеренной отрицательной связи между активностью КЩФ во II триместре более 6,0 ЕД/л и остеопенией в дистальном отделе предплечья ($r = -0,36$; $p < 0,05$), проксимальном отделе бедра ($r = -0,37$; $p < 0,05$) и поясничного отдела позвоночника ($r = -0,48$; $p < 0,05$). Так же было выявлено наличие умеренной отрицательной связи между уровнем ОК во II триместре более 9,0 нг/мл и остеопенией в дистальном отделе предплечья ($r = -0,40$; $p < 0,05$), и поясничном отделе позвоночника ($r = -0,40$; $p < 0,05$).

Выводы. Оценка биохимических маркеров ремоделирования костной ткани позволяет выявить группу беременных женщин, у которых имеется риск развития остеопении. Превышение активности КЩФ более 6 ЕД/л и ОК более 9 нг/мл при сроке беременности 22-24 недели позволяет прогнозировать развитие остеопении и выявить группу беременных женщин, которым показан дополнительный прием кальция 1000 мг/сутки и выполнение в послеродовом периоде определения МПК методом ДЭРА.

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА I ТИПА НА РЕГУЛЯЦИЮ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Судаков Д.С.¹, Зазерская И.Е.², Галкина О.В.¹, Богданова Е.О.¹

¹ ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия.

² Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования: оценить влияние ИФР-I на процессы ремоделирования костной ткани при беременности.

Материалы и методы. Значение инсулиноподобного фактора роста I типа (ИФР-I) определялись при сроках беременности 10-12 недель, 22-24 недели и 34-36 недель у 35 беременных женщин, методом иммуноферментного анализа. Определение уровня МПК проводилось на 4-6 сутки послеродового периода методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА).

Результаты. Пациентки были разделены на 2 группы: группу 1 составили 17 беременных, у которых в послеродовом периоде значения МПК находились в пределах нормальных значений, группу 2 составили 18 человек, у которых после родов была диагностирована остеопения хотя бы в одном отделе скелета. Уровень ИФР-I нарастал на протяжении беременности и составил ($M \pm m$ нг/мл) 219,1 \pm 15,5; 290,2 \pm 26,7; 449,4 \pm 31,4 в I, II и III триместрах соответственно. В группе 1 значения ИФР-I составили 230,3 \pm 23,1 нг/мл, 238,6 \pm 16,3 нг/мл, 417,9 \pm 37,1 нг/мл в I, II и III триместрах. В группе 2 значения ИФР-I во II и III триместрах были выше и составили 204,1 \pm 18,8 нг/мл, 333,6 \pm 50,2 нг/мл, 491,3 \pm 53,1 нг/мл соответственно. Различия значений ИФР-I во II и III триместрах статистически значимы ($p < 0,05$). Корреляционный анализ выявил наличие умеренной отрицательной связи между уровнем ИФР-I во II триместре и МПК дистального отдела предплечья ($r = -0,35$, $p < 0,5$).

Выводы. На основании приведенных данных можно сказать, что ИФР-I является одним из тех гормональных факторов, которые оказывают влияние на скорость и направленность костного обмена при беременности.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА +3953 С/Т ГЕНА IL-1 β С ПРОЦЕССОМ АПОПТОЗА ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Сунгатуллина Л.М., Павлова Г.А., Ковалева Ю.А., Кравцова О.А.

Казанский (приволжский) федеральный университет, кафедра биохимии, Казань, Россия.

В последние годы все большее значение в развитии патологий беременности придается нарушениям иммунной системы беременных.

Целью исследования явилось выявление роли полиморфизма +3953 С/Т гена IL-1 β как генетического маркера нарушения апоптоза при осложненном течении беременности, а также определение уровня содержания внеклеточной ДНК (внДНК) в сыворотке крови у беременных женщин.

Методы. Геномную ДНК из лейкоцитов венозной крови выделяли методом фенол-хлороформной экстракции с некоторыми модификациями. Анализ генетического полиморфизма +3953 С/Т гена IL-1 β осуществляли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием локус-специфичных олигонуклеотидных праймеров у 67 женщин с диагнозом плацентарная недостаточность и гестоз и 97 лиц из контрольной группы сравнения. Внеклеточную ДНК выделяли из сыворотки крови с использованием комплекта «Набор для выделения ДНК из биопроб» фирмы Литех согласно инструкции. Статистическую обработку данных проводили с использованием 95% доверительных интервалов (95%ДИ), оценку ассоциаций полиморфизмов генов - с помощью расчета относительного риска (OR). Для сравнения концентрации внДНК в группах больных и группе контроля применяли метод интервальной оценки (вычисляли медиану, 97,5% и 2,5% перцентиль).

Результаты и выводы.

1. Генотип СТ полиморфизма +3953 С/Т гена IL-1 β является одним из маркеров риска развития осложнений беременности (OR=3,17).

2. Концентрации внДНК в сыворотке крови женщин с патологическим и физиологическим течением беременности не различаются.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ММР-9 НА СИСТЕМНОМ УРОВНЕ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ

Сытова Л.А., Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю., Мартенова А.А.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В. Н. Городкова» Минздравсоцразвития РФ, Иваново, Россия.

Современная концепция ведения беременности и родов направлена на обеспечение безопасного материнства и рождение здорового ребенка. Основным критерием готовности организма к родам служит состояние шейки матки, ее «зрелость». Многими исследованиями установлен массивный приток нейтрофилов и макрофагов перед родами в шейку матки. Нейтрофилы являются главным и, возможно, единственным источником матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9). ММП-9 облегчает вторжение лейкоцитов в ткани шейки матки путем расщепления коллагена IV, основного белка экстрацеллюлярного матрикса и базальных мембран. Однако в литературе нет данных, как происходит изменение концентрации ММП-9 при созревании шейки матки. Обследовано 150 здоровых первобеременных первородящих женщин в срок гестации 38-40 недель с различной степенью «зрелости» шейки матки (шкала Бишопа). Методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови определялась концентрация ММП-9 при различной степени шейки матки. Анализ полученных результатов показал, что максимальное содержание ММП-9 в сыворотке крови отмечено в группе женщин с «незрелой» шейкой матки что достоверно выше по сравнению с группой с «созревающей» и «зрелой» шейкой матки ($p < 0,05$ в первом и втором случае). Можно предположить, что более высокое содержание ММП-9 при «незрелой» шейки матки, связано с разрушением базальной мембраны на начальных этапах созревания и является приоритетной функцией ММП-9. Открытие новых механизмов процесса «созревания» шейки матки, поможет в будущем выработать новые подходы и новые способы для подготовки организма к родам.

ПРОФИЛАКТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Татарова Н.А., Петрова С.В., Сохадзе Х.С.

ГОУВПО «Санкт-Петербургская медицинская академия им. И.И. Мечникова» Минсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Важнейшая функция тиреоидных гормонов состоит в обеспечении развития большинства органов и систем на протяжении всего эмбриогенеза, начиная с первых недель беременности. Именно дисбалансу тиреоидных гормонов матери во время беременности отводится ведущая роль в нарушении психоневрологического развития детей

Всего обследовано 161 беременная женщина с репродуктивными потерями в анамнезе (самопроизвольный аборт и преждевременные роды, замершая беременность, внематочная беременность). Сопутствующая патология была диагностирована у 15.5% метаболический синдром, заболевание почек у 7.04%, гормонозависимые заболевания женских половых органов (миома матки) у 5.6% .

У 88 (54%) пациенток самопроизвольный выкидыш произошел в I триместре беременности, при неразвивающейся беременности у 45.3% женщин. 6 пациенток прооперированы по поводу внематочной беременности. Репродуктивные потери во II и III триместрах распределялись следующим образом: антенатальная гибель плода при доношенной беременности – у 8 (6.8%). Врожденные пороки развития плода – у 4 пациенток (3.4%).

При обследовании функции щитовидной железы оценивали: манифестный гипотиреоз (высокий уровень ТТГ и низкий fT4) – 33 пациентки, субклинический гипотиреоз (высокий уровень ТТГ и нормальный уровень fT4) у 85 пациенток, гипотироксинемии и АИТ (снижение fT4 при нормальных уровнях ТТГ и наличие АТ-ТПО) и АИТ (высокие титры АТ-ТПО) у 43 пациенток.

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является основной причиной спонтанного гипотиреоза. АИТ во время беременности несет риск манифестации гипотиреоза у женщины и относительной гипотироксинемии у плода. Предлагаемый скрининг базируется на определении уровня ТТГ, fT4 и АТ-ТПО на ранних сроках беременности. Если уровень ТТГ превышает 4 мМЕ/л, независимо от наличия или отсутствия антител женщинам показана терапия L-T4. Если уровень ТТГ у носительниц АТ-ТПО составляет менее 2 мМЕ/л, назначение L-T4 не показано, но уровень ТТГ необходимо контролировать в каждом триместре беременности.

Для женщин, имеющих АТ-ТПО, низконормальный уровень fT4 и ТТГ в нормальных пределах, но составляющий 2,2 – 4 мМЕ/л, необходимо рассматривать вопрос о назначении превентивной терапии левотироксином.

При субклиническом гипотиреозе сразу назначается полная заместительная доза L – T4 (2 – 2.3 мкг/кг веса).

Исходы беременности при своевременной коррекции функции щитовидной железы матери были благоприятны для всех женщин. Во всех клинических группах роды были срочными. Родоразрешены путем операции кесарево сечение 14.3% женщин, показатель не отличался у группы сравнения. Исходы у детей также были благоприятными.

Выводы:

- Адекватной заместительной терапии беременных соответствует поддержание низконормального ТТГ < 2 МЕД/л и высоко нормального fT4.
- Оптимальными границами уровня T4 свободного у беременных женщин необходимо считать 17.0 – 22.0, уровень ТТГ – 2.2.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В 1 ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ

Тихоненко И.В.

УЗ «1-я ГКБ» г. Минска.

*Межрайонный центр пренатальной ультразвуковой диагностики.
Республика Беларусь.*

Цель исследования: разработать ультразвуковые признаки угрозы невынашивания беременности и прогностические признаки развития плацентарной недостаточности у беременных с угрозой невынашивания в I триместре на основании оценки развития экстраэмбриональных структур и внутриматочной гемодинамики.

Материалы и методы: проведено проспективное обследование 40 женщин, госпитализированных по поводу угрозы невынашивания в сроке гестации 7-9 недель, с нормальным биоценозом влагалища, которые составили 1-ю группу; 40 беременных с нарушениями микробиоценоза влагалища (2-я группа), и 30 женщин с неосложненным течением беременности в этом же гестационном сроке (3-я группа). Всем женщинам проводилось полное клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое и доплерометрическое исследования, цветное доплеровское кар-

тирование (ЦДК) с использованием УЗ-аппарата «Philips iU22» в сроках 7-9 недель, 20-22 недели и 34-36 недель беременности.

Результаты и их обсуждение. При ультразвуковом исследовании в 7-9 недель гестации, объем полости плодного яйца, как и размер желточного мешка, были минимальными в 1-й группе ($p < 0,01$). Размеры желтого тела беременности, как и длина шейки матки, не различались в группах обследованных женщин. Однако, индексы сосудистого сопротивления в спиральных артериях в 1-й и 2-й группах были достоверно выше ($p < 0,05$), а скорости кровотока как в спиральных, так и в обеих маточных артериях – ниже по сравнению с группой контроля.

Плацентарная недостаточность развилась у 43,59% женщин 1-й группы, у 30,77% - 2-й и лишь у 3,33% беременных 3-й группы. По исходам беременности были выделены женщины, у которых развилась плацентарная недостаточность (группа 1А), и у которых плацентарной недостаточности не отмечалось (группа 2А). В группе 1А объем плодного яйца был меньше данного показателя в группе 2А ($p < 0,05$). В 1А группе ворсинчатый хорион локализовался в области внутреннего зева в 21,13% случаев, тогда как в группе 2А – в 41,03% ($p < 0,05$). Желтое тело беременности визуализировалось в правом яичнике в 61,97% в 1А группе и в 41,03% во 2А группе ($p < 0,05$). Разница в визуализации различных типов кровотока в желтом теле между этими группами не определялась. Однако, в 1А группе в большинстве случаев (71,83%) индексы сосудистой резистентности в маточной артерии на стороне локализации ворсинчатого хориона были выше по сравнению с контрлатеральной, в то время как во 2А группе это отмечалось в 43,59% ($p < 0,05$). Скорости кровотока в спиральных артериях при развитии плацентарной недостаточности были выше, а индексы сосудистой резистентности в спиральных артериях и левой маточной артерии – ниже по сравнению с группой 2А. У 80,9% женщин 1А группы отношение индекса резистентности в правой маточной артерии к индексу резистентности в спиральной артерии было 1,5 и ниже (по сравнению с 17,3% в группе 2А).

Структура невынашивания беременности выглядела следующим образом: в 1-й группе самопроизвольные выкидыши до 22 недель гестации произошли в 3%, во 2-й – в 3% (в группе контроля их не было), а, в целом, невынашивание (до 37 недель беременности) отмечалось в 1-й группе в 11% случаев, во 2-й – в 6%, а в контрольной группе – в 7%. У женщин с невынашиванием беременности в I триместре отмечались: изменение структуры желточного мешка (его гиперэхогенность, удвоение); визуализация кровотока в желтом теле беременности в виде единичных сосудистых локусов (50% по сравнению с 8,82% при родах в срок); высокие индексы резистентности в маточной артерии на стороне расположения ворсинчатого хориона.

Выводы: При осложнении беременности как угрозой невынашивания, так и при наличии генитальных инфекций в ранние сроки гестации, плацентарная недостаточность развивается значительно чаще, и эти беременные относятся к группе высокого риска по развитию плацентарной недостаточности. При развитии в последующем плацентарной недостаточности в I триместре беременности при ультразвуковом исследовании чаще выявляются: уменьшение объема хориальной полости, повышение индексов сосудистого сопротивления в маточной артерии на стороне локализации ворсинчатого хориона; снижение скоростей кровотока в спиральных артериях и повышение индексов сосудистой резистентности в спиральных артериях и левой маточной артерии; а также отношение индекса резистентности в правой маточной артерии к индексу резистентности в спиральной артерии 1,5 и ниже. Ультразвуковыми признаками угрозы невынашивания беременности в I триместре гестации можно считать: уменьшение объема хориальной полости; предлежание ворсинчатого хориона; изменение структуры желточного мешка; визуализация кровотока в желтом теле беременности в виде единичных сосудистых локусов; повышение индексов сосудистой резистентности в маточной артерии на стороне локализации ворсинчатого хориона по сравнению с контрлатеральной.

СЛУЧАЙ ДИСТЕНЕЗИИ ГОНАД У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Тодиева А.М., Первунина Т.М., Никитина И.Л.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Вопросы, связанные с ведением пациентов с неопределенностью пола, относятся к наиболее сложным в разработке тактики ведения и включают многокомпонентную диагностику и терапию. Необходимо осуществление комплексного анализа генетического, гонадного, фенотипического и психологического пола с принятием решения о присвоении паспортного пола, хирургической и гормональной коррекцией в соответствии с избранным полом, осуществлением психологической и социальной реабилитации, мониторингом вероятного онкологического риска. Представляем клинический случай пациента с нарушением формирования пола (НФП). Пациент Ч., 10 лет. Родился с интерсексуальным строением гениталий: микропенис, мошоночная гипоспадия, двусторонний крипторхизм – брюшная эктопия яичек. Кариотип 46ХУ, на основании положительной пробы с гонадотропином присвоен мужской паспортный пол. В возрасте 2 лет проведена двусторонняя орхопексия, затем ежегодно до 6 лет – многоэтапная пластика уретры. В 5 лет перевязан d.deferens слева в связи с рецидивирующими орхитами. По данным УЗИ малого таза и цистографии выявлено округлое образование позади мочевого пузыря. В возрасте 10 лет впервые обследован в ФГУ «ФЦСКЭ им В.А. Алмазова» с жалобами на подтекание мочи между мочеиспусканиями. При обследовании выявлено, что ребенок соответствует средним показателям физического развития, психосоциальная идентификация

в мужском поле. Половая формула по Таннер: А1, Р1, мошонка расщеплена, послеоперационные рубцы; testis dexter в мошонке ~ 3 мл, testis sinister в мошонке ~ 1-2 мл, дрябкое; penis 3x1,5 см, сформированное отверстие уретры открывается на головке полового члена. Повторное кариотипирование подтвердило мужской генетический пол 46XY, проведена FISH-диагностика на мутацию SRУ-гена, не выявившая патологии. Получена положительная трехдневная проба с хорионическим гонадотропином, что свидетельствовало о сохранной спонтанной функциональной активности гонад. На МРТ органов малого таза подтверждено наличие округлого образования сообщающегося фистулой с мочевым пузырем (дериват мюллеровых протоков). Был выставлен диагноз: нарушение формирования пола с кариотипом 46 XY, смешанная дисгенезия гонад, цисто-вагинальная фистула. Тактика ведения в данной ситуации заключается в следующем: оперативное удаление мюллеровых протоков с закрытием фистулы, решение вопроса о заместительной терапии половыми гормонами по достижении пубертатного возраста (12-13 лет), адаптация в мужском паспортном поле, учитывая психосоциальную идентификацию ребенка и сохранную функциональную активность тестикул. Учитывая онкологический риск, показан ежегодной ультразвуковой мониторинг гонад.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ФОТОГЕМОТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ К ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМУ ОПЛОДОТВОРЕНИЮ

Троик Е.Б., Марченко К.А., Дудниченко Т.А.

ГОУ ДПО СПбМАПО, Кафедра акушерства и гинекологии №1, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Сравнить эффективность лечения больных хроническим эндометритом и бесплодием с помощью традиционной терапии и с включением в курс внутриматочной фототерапии при подготовке к ЭКО

Материал и методы исследования. Обследованы и пролечены 45 женщин репродуктивного возраста (32,5±2,7 лет) с хроническим эндометритом и бесплодием. В основной группе были 32 пациентки, которым в комплексную терапию включали курсы внутриматочной фототерапии из 6-7 сеансов, через 1-2 дня, с помощью аппарата ОВК-03 при индивидуальных режимах. Контролем служили 13 женщин, получавших только стандартное лечение.

Результаты. По окончании курса лечения при трансвагинальной эхографии выявили исчезновение признаков хронического эндометрита у 31 пациентки (98%) основной группы и у 3 пациенток (23%) группы сравнения. При исследовании аспирата эндометрия выявлено резкое уменьшение, вплоть до полного исчезновения, признаков хронического эндометрита у большинства пациенток, но только в основной группе. Из 32 больных основной группы 19 прибегли к ЭКО в течение года после окончания лечения. Беременность наступила у 8 пациенток (42%). Из них у одной женщины была замершая беременность, у трех – беременность закончилась рождением живых доношенных детей, а у четырех – беременность прогрессирует.

Вывод. Фототерапия с индивидуальными спектральными режимами оптического излучения способствует повышению эффективности лечения пациенток с хроническим эндометритом и бесплодием, обеспечивая более оптимальные условия, чем при одной традиционной терапии, для ЭКО.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ У ЖЕНЩИН С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Труфанов Г.Е.¹, Вихтинская И.А.¹, Иванов А.С.², Шмедьк Н.Ю.²

¹ Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВПО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Беременные женщины с Кесаревым сечением (КС) в анамнезе имеют большую вероятность повторных КС при последующих беременностях из-за несоответствия головки плода родовым путям, а также риска возникновения несостоятельности рубца на матке.

Цель. Ознакомить специалистов с возможностями МРТ беременных женщин с предшествующим КС в анамнезе в определении степени риска по клиническому и анатомическому несоответствию головки плода родовым путям матери с помощью применения тазово-головного индекса диспропорции и двух индексов для оценки размеров таза.

Материалы и методы. Выполнены МР-исследования по стандартной методике МР-пельвиметрии с МР-фетометрией 3 беременных с КС в анамнезе с одноплодной беременностью в головном предлежании на сроке 38-40 недель, а также МР-пельвиметрия 2 женщинам в ранний послеродовый период после операции КС с клинически узким тазом.

Результаты. У одной из трех беременных был диагностирован поперечносуженный таз и тазово-головная диспропорция. Две женщины были обследованы в ранний послеродовый период после КС, у обеих было установлено

сужение размеров таза II степени. Признаков несостоятельности рубца на матке у исследуемых женщин не было.

Выводы. МР-пельвиметрия и МР-фетометрия позволяют точно определить анатомические сужения таза, а также соответствие размеров головки плода родовым путям матери с КС в анамнезе, что необходимо учитывать для определения тактики ведения родов у данной группы женщин, которая может быть изменена при наличии или отсутствии сопутствующей патологии плода или матери.

БЕЗОПАСНАЯ И ИНФОРМАТИВНАЯ МРТ-ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

Труфанов Г.Е., Вихтинская И.А., Фокин В.А., Иванов Д.О.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. МРТ плода является востребованным методом диагностики в отечественной акушерско-перинатальной практике. Однако до сих пор имеется недостаточное информирование врачей о диагностических возможностях МРТ и о степени безопасности этого метода.

Цель. Акцентировать внимание специалистов на возможностях МРТ в диагностике врожденных пороков внутриутробного плода.

Материалы и методы. Исследование плода, согласно международным стандартам, разрешено проводить с 18-й недели беременности, когда основные процессы органогенеза завершены и анатомические структуры достигают достаточного размера. Большинство исследователей не подтверждено вредного влияния МРТ на плод; не выявлено вредных цитотоксических и цитопатических эффектов на клетки млекопитающих животных при воздействии магнитного поля; не определено увеличения частоты аномалий развития плода у женщин, работавших во время беременности на МРТ.

Результаты. По результатам накопленного опыта отечественными специалистами полное совпадение диагнозов УЗИ и МРТ наблюдается в 20-75% случаев, в 8-45% МРТ плода позволила уточнить и дополнить результаты УЗИ, в 6-25% случаев результаты МРТ полностью изменили диагноз поставлены по результатам УЗИ, в 10,3% случаев диагноз полностью был снят, а диагностическая информативность УЗИ (около 80%) дополненного МРТ составляет 98%.

Выводы. МРТ плода безвредный, информативный, неинвазивный метод диагностики внутриутробной патологии плода.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ОДИНОЧНО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И БЛИЗНЕЦОВ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ

Федерякина О.Б., Шibaев А.Н., Гнусаев С.Ф., Шелгунова И.В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия.

Цель: установить значение ЭКГ и ДоЭКГ в диагностике сердечнососудистых нарушений у новорожденных детей при гипоксии.

Обследовано в неонатальном периоде с помощью ЭКГ и ДоЭКГ 113 детей: основную группу составили 33 доношенных одиночно рожденных ребенка и 25 пар близнецов, перенесших среднетяжелую и тяжелую гипоксию. По данным стандартной ЭКГ типичными нарушениями у детей с перинатальной гипоксией явились нарушения ритма и реполяризации желудочков. Депрессия или элевация сегмента ST наблюдались у каждого пятого одиночно рожденного ребенка и близнеца, удлинение интервала QT и скорректированного интервала QT встречались чаще у детей основной группы ($p < 0,05$), что, вероятно, было связано с внутриклеточным электролитным дисбалансом. Гемодинамические изменения у новорожденных, перенесших тяжелую перинатальную гипоксию, характеризовались уменьшением кровенаполнения левого желудочка. Это проявлялось достоверным снижением у них КДО и КСО, а также достоверным снижением ударного ($p < 0,01$) и минутного объемов сердца ($p < 0,001$). Уменьшенное кровенаполнение левого желудочка могло быть связано со снижением притока крови к левому предсердию по легочным венам, что было следствием неонатальной стойкой легочной гипертензии. Гемодинамические нарушения явились причиной диастолической дисфункции левого желудочка. Интегральный показатель – индекс Tei ($\text{Index} = (\text{IVCT} + \text{IVRT}) / \text{LVET}$) был достоверно выше у детей основной группы ($p < 0,001$) и составил – 0,63. По данным функциональных методов исследования признаки транзиторной ишемии миокарда у новорожденных от многоплодной беременности при перинатальной гипоксии встречались в 2 раза чаще в группе монохориальных двоен по сравнению с детьми, имеющими две плаценты.

Выводы: функциональные методы исследования состояния сердца у детей в неонатальном периоде позволяют

диагностировать транзиторную ишемию миокарда. Данный дисадаптационный синдром встречается не только у детей, перенесших тяжелую перинатальную гипоксию, но и у монохориальных близнецов при среднетяжелом варианте гипоксии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ КАТАМНЕЗЕ ПОСЛЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА НА ГОЛОВУ

Филиппова С.Н.², Васильев В.Е.¹, Курзина Е.А.², Иванов Д.О.¹, Петрова Н.В.¹

¹ *Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»*

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² *Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»*

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Наиболее физиологичным для оптимального роста и адекватного развития плода является его головное предлежание. Однако, до 3–5% беременностей протекает с тазовым предлежанием плода. В связи с этим, представляет интерес изучение особенностей роста и развития этих детей в катамнезе.

Нами было предпринято исследование по оценке сердечной деятельности детей, находящихся во время беременности в тазовом предлежании. Для исключения возможного повреждения в интранатальном периоде в исследование включены только дети у которых в антенатальный период (36–38 неделя гестации) успешно проведен наружный профилактический акушерский поворот в головное предлежание. Всего обследовано 60 детей в возрасте от 2 до 7 лет.

Всем детям проведено ЭКГ – исследование по стандартной методике (12 отведений), с оценкой количественных (частота сердечных сокращений, интервал PQ, интервал QT, продолжительность зубца P и QRS) показателей и качественной оценкой электрокардиограммы.

При оценке показателей выявлен целый ряд особенностей. Так, у 53% детей определяется более низкая частота сердечных сокращений, чем свойственная для их возраста. Выраженная нерегулярность сердечного ритма определена у 66% детей, неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 46%, а электрическая альтернация желудочковых комплексов у 53% обследованных детей.

Полученные результаты могут говорить о внутриутробных особенностях созревания проводящей системы сердца у плодов, находящихся в тазовом предлежании.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Фокин В.А.¹, Вихтинская И.А.¹, Рязанов Г.Е.¹, Труфанов Г.Е.¹, Родионов Ю.В.²

¹ *Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»*

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² *Федеральный специализированный перинатальный центр ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»*

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Ознакомить специалистов с современными возможностями и методическими особенностями МРТ для диагностики врожденных мальформаций головного мозга (ГМ) плода.

Материалы и методы. МРТ обладает возможностью, в равной степени со взрослыми больными, оценивать патологические изменения ГМ плода. Он характеризуется прекрасным межтканевым контрастом, возможностью прямого отображения нормальной анатомии и патологии, любой ориентацией и толщиной срезов (до 1 мм), специфической характеристикой изменений благодаря различным импульсным последовательностям (T1-ВИ; T2-ВИ с длинным TE, TR; DWI) и изменениям интенсивности сигнала.

Результаты. Оптимальное МР-исследование ГМ плода должно быть многоплоскостным, минимум в 3-х стандартных плоскостях: сагиттальная – оценка структур средней линии, латеральных структур, червя мозжечка, ствола мозга, корональная – оценка полушарий мозга, боковых стенок желудочков, структур мозжечка, височных и теменных долей, аксиальная – оценка базальных ядер, коры островка, межполушарной и латеральных щелей, среднего мозга, лобных и затылочных долей. Также, важна оценка правильного развития коры полушарий в соответствии со сроком гестации. Диагностика мальформации ГМ плода возможна, если изменения визуализируются на МР-изображениях минимум в двух стандартных плоскостях.

Заключение. Для ранней и точной диагностики врожденных мальформаций ГМ у плода необходимо строгое

соблюдение методических особенностей МРТ исследования, а также знание нормальной МР-анатомии ГМ, соответствующей сроку гестации плода.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ТРОМБОЦИТОВ И ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ И НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Фомина М.П., Дивакова Т.С., Ржеусская Л.Д.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь.

Согласно данным микробиологических исследований только 25-40% преждевременных родов обусловлены внутриматочной инфекцией (Goldenberg R.L. et al., 2000). Среди механизмов реализации преждевременных родов ряд авторов отмечает снижение маточно-плацентарного кровотока, в основе которого лежит нарушение реокоагуляционных свойств крови беременной (Romero R. et al., 2006).

Цель исследования: изучение морфометрических параметров тромбоцитов и показателей плазменного звена гемостаза у беременных с инфекционными и неинфекционными причинными факторами преждевременных родов.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 64 женщины 24,6±5,6 лет с одноплодной беременностью, у которых роды начались преждевременно в сроке гестации 34±2,1 недели. В основную группу вошли 40 беременных, у которых при гистологическом исследовании последа отсутствовали признаки воспаления. Группу сравнения составили 24 женщины с гистологически верифицированным воспалением последа. Во всех группах у беременных и рожениц анализировали индекс массы тела (ИМТ), показатели тромбоцитов: количество тромбоцитов в крови (PLT), средний объём тромбоцитов (MPV), ширина распределения тромбоцитов по объёмам (PDW), относительное количество крупных тромбоцитов (P-LCR), тромбокрит (PCT). У всех пациенток проводили анализ параметров коагулограммы: активное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, D-димеры. При макроскопическом исследовании последов использовали макроскопический, морфометрический и гистологический методы. Статистический анализ проведён с использованием модуля «Непараметрические статистики» (тест Манна-Уитни, критерий χ^2) прикладной компьютерной программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. В основной группе первобеременными были 22 (55,0%) пациентки, первородящими – 23 (57,5%), что было сопоставимо с группой сравнения ($P=0,13$ и $P=0,24$, соответственно). Индекс массы тела у женщин основной группы и группы сравнения не различался (22,7 [21,4; 31] и 26,1 [23,2; 28,2] соответственно, $P=0,45$).

При оценке количественных и морфометрических показателей тромбоцитов отмечена тенденция к снижению относительного количества крупных тромбоцитов в основной группе по отношению к группе сравнения (32,0% [31,1; 46,3] и 38,8% [29,0; 42,7] соответственно, $P=0,21$). В основной группе отмечено повышение тромбокрита (0,39% [0,31; 0,44] и 0,23% [0,21; 0,28] соответственно, $P=0,04$). Анализ параметров коагулограммы показал достоверный рост уровня D-димеров в крови у женщин основной группы в отличие от группы сравнения (811,5 нг/мл [602; 1230] и 268,0 нг/мл [230; 578] соответственно, $P=0,03$). Не выявлено достоверных отличий в количестве и среднем объёме тромбоцитов (MPV), степени анизоцитоза тромбоцитов (PDW) и показателях коагулограммы (АЧТВ, фибриноген) в основной группе и группе сравнения.

В основной группе у 20 (50,0%) женщин беременность осложнилась преждевременным излитием околоплодных вод, что не отличалось от группы сравнения ($P=0,12$). 23 (57,5%) пациентки основной группы были родоразрешены через естественные родовые пути, 17 (42,5%) – операцией кесарева сечения, что было сопоставимо с группой сравнения.

У всех детей исследуемых групп была констатирована недоношенность. Вес новорождённых в основной группе имел тенденцию к повышению в отличие от группы сравнения (2330 г [1990; 2480] и 1980 г [1530; 2490] соответственно, $P=0,24$). Маловесными к сроку гестации в основной группе оказались 9 (22,5%) новорождённых и 8 (33,3%) – в группе сравнения ($\chi^2=2,27$, $P=0,13$). В структуре заболеваемости новорождённых достоверные различия были отмечены в отношении неонатальной желтухи, респираторного дистресс-синдрома и субэпендимальных кровоизлияний. Неонатальная желтуха в основной группе встречалась в 5 раз чаще, чем в группе сравнения ($\chi^2=26,39$, $P=0,000001$). Респираторный дистресс-синдром отмечен в 2,5 раза чаще при воспалительных изменениях последа ($\chi^2=4,25$, $P=0,04$). Субэпендимальные кровоизлияния наблюдались в 4,9 раза реже в основной группе по отношению к группе сравнения ($\chi^2=3,90$, $P=0,04$). В исследуемых группах не отмечалось достоверных различий по частоте церебральной депрессии с синдромом угнетения, церебральной ишемии с синдромом нервно-рефлекторной возбуждёмости и пневмонии. Врождённые пороки сердца выявлены у 3 (7,5%) новорождённых основной группы и у 1 (4,2%) – из группы сравнения ($\chi^2=0,53$, $P=0,47$). На второй этап выхаживания были переведены 36 (90,0%) детей основной группы и 23 (95,8%) ребёнка группы сравнения.

При морфологическом исследовании последа у 23 (57,5%) пациенток основной группы были выявлены наруше-

ния микроциркуляции в виде кровоизлияний в плаценту и пуповину, у 16 (40,0%) – компенсаторные изменения и преждевременное созревание плаценты, у 10 (25,0%) – инфаркты и тромбозы в плаценте. В группе сравнения у 21 (52,5%) женщины был обнаружен базальный децидуит, у 14 (35,0%) – интервиллзит и виллузит, у 9 (22,5%) – плацентарный хорионит, у 3 (7,5%) – фуникулит с эндovasкулитом пуповины.

В основной группе увеличение фракции тромбоцитов в цельной крови, которое выражалось возрастанием тромбокрита, на фоне повышения уровня D-димеров свидетельствовало о нарастании гиперкоагуляции с образованием тромбозов, в том числе в сосудах плацентарного ложа и плаценты. Такие изменения вызывают снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, способствуя реализации преждевременных родов. При воспалительных изменениях последа тенденция к повышению относительного количества крупных функционально неполноценных тромбоцитов на фоне снижения тромбокрита может отражать гипердеструкцию тромбоцитов, что в сочетании с нормальным уровнем D-димеров косвенно указывает на изокоагуляцию и синдром гестационной дизадаптации системы гемостаза. Пятикратное увеличение частоты субэпендимальных кровоизлияний у новорожденных на фоне воспалительных изменений последа свидетельствует о реализации внутриутробного гипоксически-ишемического повреждения головного мозга.

Заключение. Таким образом, в реализации патогенетических механизмов преждевременных родов и связанных с ними неблагоприятных исходов для плода и новорожденного, весомую роль играет не только инфекционный фактор, но и патологические изменения реокоагуляционных свойств крови, определяющих повреждение плаценты, нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, гипоксически-ишемические поражения нервной системы новорожденных.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ

*Хаматханова Е.М., Берсенева Е.А., Фролова О.Г., Кучеров Ю.И., Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И.
«Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова», Москва, Россия.*

Актуальность проблемы врожденных пороков развития не вызывает сомнений. С целью выявления факторов, влияющих на исход лечения врожденных пороков развития, мы из 360 детей, получавших лечебно-диагностическую помощь в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных по поводу антенатально выявленных пороков развития, сформировали 2 группы в зависимости от исходов лечения. В 1 группу вошли данные 333 живых детей, во 2-ю группу – данные по 27 новорожденным с летальными исходами. Определение признаков, влияющих на исходы лечения, проводили путем сравнения частот встречаемости признаков в группах. Сравнение частот осуществлялось с использованием критерия χ^2 для таблицы сопряженности признаков 2*2. Так в группе 1 количество детей с множественными пороками развития составило 22,2%, в то время как в группе умерших новорожденных множественные пороки были диагностированы у 77,8% (статистически значимо). В 62% наблюдений ВПР, беременные из 1-й группы и 48% беременных из 2-й группы проживали в Московском регионе. Беременных в возрасте до 24 лет во 2-й группе было больше чем в 1-й (48,2% и 37,5% соответственно). В обеих группах число работающих женщин (более 63%) преобладало над долей женщин, находящихся в статусе «домохозяйка». Число первородящих женщин значительно превышало повторнородящих. Однако, во 2-й группе доля женщин с прерываниями беременностей в анамнезе превосходила таковых в 1-й группе на 8,5%. (достоверных различий не выявлено). По способам родоразрешения, женщины в группах распределились с незначительной разницей, проверка влияния способа родоразрешения на исходы достоверных различий не выявила. По половому признаку между группами распределение было равномерным – около 48% девочек и 52% мальчиков. Недоношенных по сроку гестации новорожденных в группе выживших новорожденных с ВПР было 19,8%, в то время как в группе умерших – 55,6% (достоверные различия $\alpha=0.01$.) Дети, с массой тела при рождении менее 2500 г преобладали во 2-й группе – 40,7%, в 1-й группе доля таких же детей составила 12,6%. (достоверные различия $\alpha=0.01$.) Число оперированных новорожденных преобладало в 1-й группе (65,8%), в группе 2 преобладали дети, которым оперативная коррекция порока не проводилась (59,3%). Для проверки количественных данных, следующим этапом была проведена проверка на нормальность в группе живых и группе умерших, которая осуществлялась с использованием критерия Шапиро-Уилка.

Основываясь на результатах предшествующей проверки на нормальность, сравнение живых и умерших осуществлялось с использованием критерия Вилкоксона-Манна-Уитни. В результате данного сравнения были выявлены статистически значимые различия ($\alpha=0.01$) в группах по оценке Апгар1 и Апгар 5 которая была достоверно ниже (3.42 балла и 5,38) в группе детей с летальными исходами.

По результатам проведенного исследования, исход лечения при врожденных пороках развития зависит от наличия сопутствующих пороков (МВПР), срока гестации, массы тела при рождении, оценки по Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, возможности проведения оперативной коррекции порока. Так летальность в группе детей с множественными пороками развития (22,1%) была почти в 10 раз выше, чем в группе с изолированными пороками (2,3%).

У недоношенных новорожденных с пороками развития, летальность превосходила почти в 7 раз и составила 29,5%. Уровень летальности у доношенных новорожденных с пороками развития составила лишь 4,3%.

В группе детей с массой тела при рождении менее 2500 г, летальность в 4 раза была выше, чем у детей с более высокими параметрами, и составила 21,8%.

Достоверные различия имеются также среди живых и умерших детей с ИВЛ.

Из 230 оперированных новорожденных умерли 11 (летальность составила 4,8%). Из 130 детей, которым оперативные вмешательства не проводились умерли 16 (13,3%). Высокая летальность в этой группе была обусловлена неоперабельностью пациентов, из-за наличия пороков, несовместимых с жизнью.

В группе живых детей оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни составила 6,8 – 8,2 балла. В группе летальных исходов 3,4 – 5,4 баллов соответственно.

Таким образом, прогностически неблагоприятными признаками, повышающими уровень летальности при врожденных пороках развития, являются: сопутствующие пороки развития (МВПР), срок гестации менее 37 недель, масса тела при рождении менее 2500г, оценка Апгар ниже 7 баллов на 1-й и 5-й минутах жизни.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ

Хомич М.М.¹, Леонова И.А.¹, Юрьев В.В.¹, Эдлеева А.Г.¹, Петрова Н.В.²

¹ *Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.*

² *Ленинградское областное государственное учреждение здравоохранения «Детская клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия.*

Состояние питания ребенка во многом определяет способность переносить травмы, инфекции, хирургические вмешательства, уменьшает риск развития возможных послеоперационных осложнений и, в конечном итоге, сокращает количество дней госпитализации и летальность. Не смотря на отсутствие рандомизированных многоцентровых отечественных исследований в педиатрии, опыт зарубежных авторов убедительно показывает влияние недостаточности питания на клинические исходы при критических состояниях, хирургической патологии, муковисцидозе, онкологии, отсроченный риск при операциях на сердце, заболеваниях сердца и почек. При этом следует отметить, что недостаточность питания в раннем детстве согласно теории Баркера программирует формирование будущих сердечно-сосудистых заболеваний в зрелом возрасте, ожирения, сахарного диабета, дислипидемии, гипертонии, нарушений нервной системы.

По данным многих авторов распространенность нарушений питания среди госпитализированных детей составляет 20-30%. В отличие от детально структурированных протоколов ведения взрослых пациентов с нутриционной недостаточностью, в педиатрии до сих пор отсутствуют единые подходы к мониторингу и коррекции состояния питания детей, нет четко очерченных критериев и отработанных форм документации.

Сотрудниками НИЛ диагностики и лечения патологии детского возраста Института перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ разработана и внедрена «Карта оценки нутриционного статуса ребенка», основанная на комплексном анализе следующих данных:

1. Клинические показатели (состояние кожи, придатков кожи, языка, подкожно-жирового слоя, оценка тургора мягких тканей);
2. Антропометрические показатели (длина тела, масса тела, масса тела по длине тела);
3. Лабораторные показатели (уровень общего белка, альбуминов, трансферрина, количество лимфоцитов);
4. Инструментальные показатели (калиперометрия – толщина подкожно-жирового слоя в стандартных точках; биоимпедансометрия – оценка компонентного состава тела);
5. Общие показатели (активность, температура тела, ожоги, анестезия, увечье, тяжесть заболевания)

Заключительная оценка предусматривает выделение очень низкого, низкого, ниже среднего, выше среднего, высокого, очень высокого нутриционного статуса. В дальнейшем определяется необходимость, вид, объем и характер нутриционной поддержки с еженедельным контролем показателей и расчетом потребления питательных веществ на кг массы тела ребенка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ «КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» КАК ОДНОГО ИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Черников В.В., Ивардава М.И., Шахтактинская Ф.Ч.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия.

Цель: Оценить качество жизни (КЖ) детей с перинатальным поражением ЦНС на фоне проведения реабилитационных мероприятий на первом году жизни.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие матери детей первого года жизни – 58 человек. Оценка КЖ проводилась с помощью русскоязычной версии общего опросника QUALIN для детей от 3 мес. до 1 года посредством анкетирования родителей. Родители опрашивались двукратно: до начала курса реабилитации и спустя 2 недели.

Результаты: Было выявлено, что через 2 недели после проведения курса восстановительного лечения КЖ детей достоверно повышалось по таким аспектам функционирования как: «Поведение и общение» ($4,3 \pm 0,4$ – до лечения и $4,5 \pm 0,4$ после, $p=0,01$), «Способность оставаться одному» ($2,9 \pm 0,4$ против $3,2 \pm 0,5$, $p=0,001$), а также по общему баллу ($3,9 \pm 0,3$ и $4,1 \pm 0,4$ соответственно, $p=0,006$). По аспектам «Семейное окружение» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» различий выявлено не было.

Выводы: Исследование КЖ детей открывает возможность полноценного комплексного анализа состояния здоровья ребенка. Информация о параметрах КЖ ребенка может представлять ценность как для врачей наблюдающих ребёнка, так и для его родителей. Кроме того, показатель КЖ может служить конечной точкой в оценке эффективности медицинских вмешательств в области профилактики, лечения и реабилитации. Не смотря на ранний возраст ребенка, проведение комплексного восстановительного лечения напрямую влияет на улучшение его КЖ.

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ДАУНА (ТРИСОМИИ G1) В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Чубкин И.В., Воронин Д.В., Карпов К.П.

Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Диагностический центр (медико-генетический)», Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы. Повышение качества пренатальной ультразвуковой диагностики состояния плода в популяции Санкт-Петербурга.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы протоколы пренатального ультразвукового исследования 165 пациенток, у которых на протяжении 2002-2008 г. в Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения «Диагностический центр (медико-генетический)» был диагностирован синдром Дауна (трисомия G1) при сроках от 11 недель 5 дней до 39 недель 6 дней беременности.

Результаты. Установлены статистически значимые отличия рассматриваемых параметров от аналогичных данных других когорт. Получены статистически достоверные (значение «р» в интервале от 0,00 до 0,04) отличия медиан и референсных значений (5 и 95 перцентиль) некоторых показателей эхофетометрии здоровых плодов и пациентов с трисомией G1 в популяции беременных женщин Санкт-Петербурга. Наиболее значимые отличия ($p < 0,001$) получены при сравнении референсных значений толщины воротникового пространства шеи плода (только в первом триместре) окружности живота и длины бедренной кости.

Выводы. Применение в клинической практике региональных номограмм эхофетометрии – один из возможных механизмов улучшения качества оказания медицинской диагностической помощи населению, в том числе при формировании групп повышенного риска по наличию трисомии G1 у плода.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕВУШЕК В ПОДРОСТКОВЫЙ ПЕРИОД С РАЗНЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Чумаков А.С., Филькина Е.В., Линовицкая С.А., Платонова Н.С.

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздравоохранения России, г. Иваново, Россия.*

Цель: Изучить особенности образа жизни у девушек-подростков с разным репродуктивным поведением в этот период.

Материалы и методы исследования: 500 девушек-подростков 13–17 лет, 1 группа – имевшие роды (72 чел.), 2 группа – имевшие аборт (328 чел.), 3 группа – с отсутствием беременностей (100 чел.) и социологическими методами (опрос). Статистическая обработка проведена с использованием компьютерных программ. Выявлены достоверные различия таких компонентов образа жизни у девушек групп сравнения как режим дня, медицинская активность, привычки к курению, увлечения (хобби), посещения культурно-зрелищных учреждений. В целом считали, *что готовы к выполнению функций взрослых* в значительно большем числе случаев девушки в первой группе с родами в подростковый период (в 3,3 раза) против группы с репродуктивной установкой на отказ от деторождения в подростковый период, при чем среди последних чаще девушки с искусственным прерыванием беременности (первая группа), чем с отсутствием беременностей (третья) (42,38% против 10%). Выявлены характеристики образа жизни у юных матерей и их семей.

Выявленные нами характеристики образа жизни девушек-подростков с различным репродуктивным поведением могут составить основу разработки путей дальнейшего улучшения медико-организационных мероприятий по коррекции неблагоприятного типа репродуктивного поведения девушки в подростковый период, а также по охране здоровья матери-подростка и ее ребенка.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВУШЕК В ПОДРОСТКОВЫЙ ПЕРИОД

Чумаков А.С., Филькина Е.В., Линовицкая С.А., Платонова Н.С., Черкашина Е.М., Астахов М.В.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравоохранения РФ, г. Иваново, Россия.

Цель: Определить социально-гигиенические факторы у подростков с разным репродуктивным поведением. Материал исследования: подростковое женское население Костромской области.

Материалы и методы исследования: 500 девушек-подростков 13–17 лет, 1 группа – имевшие роды (72 чел.), 2 группа – имевшие аборт (328 чел.), 3 группа – с отсутствием беременностей (100 чел.) и социологическими методами (опрос). Статистическая обработка проведена с использованием компьютерных программ. Выявлены достоверные различия между I и II групп по положительному отношению к половой жизни, регулярности половой жизни, среднему возрасту ее начала, отношению к добрачным половым отношениям, наличию постоянного и случайных партнеров, желанию вступить в подростковый период в зарегистрированный брак с кем-нибудь из своих настоящих партнеров, использованию противозачаточных средств (среди имевших половые контакты). Репродуктивная установка также имела достоверные отличия по идеальному числу детей, допустимости материнства в подростковом возрасте, в т.ч. внебрачного. Выявлены особенности юного материнства и юного отцовства, новые социально-гигиенические внесемейные и семейные факторы репродуктивного выбора девушки.

Полученные данные составили основу оптимизации медико-организационных мероприятий для устранения формирования репродуктивного поведения девушек, юных матерей и юных отцов.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Чумакова Г.Н., Усынина А.А., Лобанова Е.В., Грозина Н.А.

ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск, Россия.

Вентрикуломегалия (гидроцефалия) у недоношенных детей в большинстве случаев является исходом внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК). Так, у половины детей, перенёсших ВЖК III-IV степени, отмечается вентрикуломегалия, причём у каждого второго ребёнка она медленно прогрессирует (Murphy VP et al., 2002).

Учитывая высокую частоту ВЖК среди недоношенных младенцев (по данным разных авторов от 30 до 65%), а также увеличение в динамике благодаря внедрению современных перинатальных технологий доли выживших недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, представляется очевидной актуальность изучения вопроса патогенеза, диагностики и лечебной тактики при гидроцефальном синдроме.

Цель работы: провести анализ случаев вентрикулоперитонеального шунтирования (ВПШ) при постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных детей.

Материал и методы исследования: Проведен анализ 12 медицинских карт (историй болезней) недоношенных новорождённых – пациентов ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», которым проводилось вентрикулоперитонеальное шунтирование по поводу постгеморрагической гидроцефалии. Были изучены следующие данные: длительность госпитализации, гестационный возраст, масса при рождении, хронологический и постменструальный возраст на момент проведения операции, анализ и результаты посева ликвора, полученного до и во время операции, размеры желудочков перед ВПШ. Учитывали осложнения ВПШ (шунт-менингит, шунт-перитонит), необходимость ревизии шунта.

Результаты и их обсуждение: Продолжительная госпитализация (длительность её у 10 выживших детей из группы в среднем составила 70 дней) была обусловлена тяжёлой сочетанной патологией, отмечавшейся практически у каждого ребёнка исследуемой группы. Наибольший койко-день (148 дней) отмечен у ребёнка со сроком гестации 24 недели. Два ребёнка из выборки погибли на 26 день госпитализации. Срок гестации у обоих детей был 28 недель. Масса при рождении одного из погибших детей составила 1250 г; основной диагноз – ВЖК 4 ст., неонатальный сепсис, септический шок, генерализованная грибковая инфекция. Второй летальный случай относился к ребёнку, родившемуся с массой 1380 г. и имевшему клинический диагноз «ВЖК 4 ст. с обеих сторон, постгеморрагическая гидроцефалия. Судорожный синдром. Перивентрикулярная лейкомаляция лобных долей. Генерализованная кандидозная инфекция». Остальные дети были выписаны под амбулаторное наблюдение. Средний гестационный возраст в группе 12 шунтированных детей (включая двух погибших) составил 27,7 недель, средняя масса при рождении – 1000 г. Хронологический возраст на момент ВПШ составил в среднем 20 дней, постменструальный возраст – 31,5 недель.

В 9 случаях перед ВПШ анализ ликвора и посев его не проводился. Взятый во время операции у 7 из этих пациентов анализ ликвора не выявил повышения цитоза (максимальный – 16 кл./мкл) или выраженной протеинорамии (максимальный уровень белка – 0,576 г/л), но было отмечено большое количество свежих и изменённых эритроцитов (в 5 случаях). Отмечено 2 случая шунт-менингита и 1 – шунт-перитонита у новорождённых этой подгруппы.

Трём новорождённым анализ ликвора проведён до операции. У одного из детей был повышенный цитоз (277 кл./мкл), данный ребёнок потребовал в последующем ревизии шунта, был диагностирован шунт-менингит.

Непосредственно перед ВПШ размеры боковых желудочков варьировали, при этом ширина затылочных рогов составляла от 20 до 45 мм. (в среднем – 27,6 мм). При определении показаний к операции учитывались не только абсолютные размеры желудочков, но и динамика нарастания вентрикуломегалии.

Заключение: Небольшое количество случаев, а также наличие у всех новорождённых сочетанной тяжёлой патологии, определяющей, в том числе, характер течения неврологических нарушений не позволяют сделать однозначных выводов о своевременности и правомочности ВПШ. Необходимо проведение более углублённого исследования. Тем не менее, представляется целесообразной оценка ликвора до проведения операции; определённую настороженность вызывают случаи ВПШ при геморрагическом характере ликвора. Необходим более тщательный мониторинг окружности головы с использованием центильных диаграмм для недоношенных новорождённых (Fenton T, 2003). Необходимо организованное постоянное изучение катамнеза недоношенных детей для более точной оценки эффективности и безопасности проводимой терапии (в т.ч. ВПШ). Должна обсуждаться возможность альтернативных способов оперативного лечения постгеморрагической гидроцефалии.

АНАЛИЗ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Шабалова Н.Н.¹, Иванов Д.О.², Петренко Ю.В.², Фот А.Ю.¹, Шемякина О.О.²

¹ ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»
Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

² Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.

Аntenatalный период определяет не только особенности неонатального периода, но и всей жизни, следовательно, причины возникновения врожденных пороков развития (ВПР), как генетические, так и средовые, нужно искать именно в этом периоде жизни человека. Нарушения иммуно-эндокринных взаимоотношений матери и плода может играть роль ведущего звена патогенеза ВПР. Мы, разделяя концепцию связи между одноименными органами матери и плода, современные представления о ВПР как о фенотипических проявлениях синдрома недифференцированных дисплазий соединительной ткани (НДСТ) (Э.В. Земцовский, Т.И. Кадурина 2008г), предложенный в 1988г. Н.Н. Шабаловой гипотетический механизм нарушений внутриутробного развития с участием в качестве ведущего звена эндотоксина Гр- (ЭТ) бактерий, провели анализ антенатальных факторов риска развития врожденных пороков внутренних органов у детей.

С целью определения роли отдельных антенатальных факторов риска в развитие ВПР нами было проанализировано 98 историй родов и индивидуальных карт беременных по разработанной нами анкете, содержащей 75 пунктов, а также историй развития новорожденных детей этих матерей, родившихся в Федеральном специализированном перинатальном центре в 2011 году.

Результаты, проведенного нами исследования, показали:

1. Наличие у матерей ВПР, атопических заболеваний, а также болезней с наследственным предрасположением (АИЗ) предполагает участие генетических факторов в развитии врожденных пороков, возможно, в виде НДСТ, что уже выявлено ранее нами в отношении пороков мочевыделительной системы.

2. Осложненный акушерско- гинекологический анамнез в виде выкидышей, аборт, кист яичников, бесплодия, замершей беременности и хронического аднексита имел место у 71% женщин, родивших детей с ВПР.

3. Хронические заболевания матери инфекционного, аутоиммунного и аллергического генеза, свидетельствующие об исходно иммунопатологическом статусе, выявлены у 60% обследованных женщин. Инфекционный фактор в сочетании у 28% женщин с анемией беременных может быть как самостоятельным повреждающим морфогенез фактором, так и триггером хронической внутриутробной гипоксии плода, отмеченной у 50% обследованных нами женщин. Вероятно, он вторично нарушает рост и дифференцировку тканей плода, вызывающей ЗВУР, преждевременные роды и осложненное течение неонатального периода.

4. Хронический пиелонефрит не только повышает частоту пороков ОМС, но и оказывает неблагоприятное влияние на сердечно- сосудистую систему ребенка, повышая риск возникновения пороков сердца.

5. Особое место среди факторов риска нарушений внутриутробного развития и формирования ВПР принадлежит хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта матери, повышающих опасность «эндотоксиновой агрессии», способствующей реализации множественных патогенных эффектов эндотоксина, в том числе и развития инфекционных осложнений у ребенка.

6. Ведущими факторами риска развития ВПР в динамике данной беременности являются ОРВИ (особенно на ранних сроках), ранний токсикоз, гестоз, анемия беременных и обострение хронических очагов инфекции.

7. Факторы риска отмечены и в группе здоровых детей, хотя значительно реже. Мы расцениваем это как доказательство в пользу наследственного предрасположения к развитию порока, а неблагоприятные средовые факторы выполняют роль триггеров.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БЕЛКА КЛЕТОК КЛАРА

Шилова Н.А., Чаша Т.В., Хорошилова А.Г., Попова И.Г.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития РФ,
г. Иваново, Россия.

Цель: установить связь между уровнем белка клеток Клара (БКК) в бронхоальвеолярной лаважной жидкости и риском развития бронхолегочной дисплазии (БЛД) у детей, родившихся с массой менее 1500 г.

Материалы и методы исследования: обследовано 90 детей, имевших клинико-лабораторные признаки врожденной пневмонии, находившихся на ИВЛ. 60 из них имели очень низкую массу при рождении и 30 – экстремаль-

но низкую. Срок гестации составил 26-32 недели. БКК исследовали в бронхо-альвеолярной лаважной жидкости (БАЛЖ) на 3-5 день жизни методом ИФА..

Результаты исследования: В исходе пневмонии у 12 (13,3%) новорожденных развилась БЛД. Все эти дети имели ЭНМТ при рождении, а гестационный возраст составил 26-27 недель. У этих детей содержание БКК в бронхоальвеолярной лаважной жидкости было менее 53 нг/мл, что достоверно ниже, чем у пациентов, выздоровевших от пневмонии.

Заключение: Исследование содержания БКК в бронхоальвеолярной лаважной жидкости у глубоко недоношенных новорожденных на 3-5 день жизни может быть использовано для прогнозирования развития бронхолегочной дисплазии. Этот способ дает возможность своевременно назначить адекватную терапию и способствует снижению летальности при данной патологии, что приводит к уменьшению экономических затрат на лечение и предупреждает нарушения состояния здоровья ребенка в дальнейшем.

ПРИЗНАКИ АЛЕКСИТИМИИ БЕРЕМЕННОСТИ И АДАПТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НОВОРОЖДЕННОГО

Шкуротенко О.С., Жирков А.М., Неклюдова Л.Е.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия.

Целью данного исследования является изучение психологических особенностей женщин в период беременности и их влияние на психофизиологические характеристики новорожденного и оценка динамики этих показателей в ходе психопрофилактической подготовки к родам.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимало участие 226 беременных. Основную группу составили (n=157), контрольную (n=69) женщин на разных сроках беременности (от 19 недель до 32 недель), возраст женщин от 18 лет до 41 года, количество первородящих составило 118 человек, повторные роды 39 человек. По возрасту, срокам беременности, состоянию здоровья, социальному положению обе группы женщин не имели выраженных различий. Всем женщинам было предложено добровольно пройти психодиагностическое исследование на предмет оценки ее психоэмоционального состояния в беременности, готовности к материнству, родам, вскармливанию новорожденного. В работе выделены три этапа исследования: первый этап – беременность (второй триместр); второй этап – роды; третий этап – ранний послеродовый период (3-5 сутки пребывания женщин в родильном доме).

Для реализации поставленных в работе задач применялись: клиничко-психологический, экспериментально-психологический методы, проективные методики (рисуночные тесты). Клинический метод включал отметку физиологических показателей новорожденного при рождении (пол, вес, рост, состояние по шкале Апгар), данные наблюдения за новорожденным в первые дни жизни (температура тела, состояние кожных покровов, активность сосательного рефлекса, объем докорма). Со стороны женщины акушерско-гинекологический анамнез родов (продолжительность, характер течения).

Результаты и их обсуждение. Анализ психологических особенностей беременных на первом этапе исследования позволил нам выделить группу риска развития психосоматических осложнений(1) и группу относительно здоровых женщин(2). Было выявлено, что в первой группе выраженность нервно-психических и соматических жалоб выше, чем во второй (p=0,014); (p=0,016); материнская доминанта и доминанта вскармливания ниже (p<0,001 для всех различий); высокий уровень алекситимии (p=0,075) и личностной тревожности(p=0,054); высокий балл тревожности и депрессивности по методике HADS(p=0,012 для всех различий). На втором этапе исследования анализ поведенческих реакций матерей и новорожденных в родах показал отсутствие первичной стадии импринтинга в родах у 72 женщин (63,3%). Кроме того, было выявлено, что психофизиологические показатели новорожденных у первой группы менее благоприятны, чем у второй. Дети матерей первой группы имели ниже вес при рождении, рост и оценку по шкале Апгар (p<0,002); рефлекторный крик при рождении(p<0,004); снижение активности сосательного рефлекса(p<0,001); температурная реакция(p=0,001); МУМТ третьей степени выраженности (p=0,010).

В оценке адаптации новорожденного в родах учитывались физиологические показатели (рост, вес, шкала Апгар); система внешнего дыхания (рефлекторный крик при рождении); оценка самостоятельного дыхания; степень выраженности максимальной убыли массы тела. Установлена взаимосвязь между выраженностью личностных изменений беременной и наличием рефлекторного крика новорожденного в родах. Показатели максимальной убыли массы тела новорожденного (МУМТ третьей степени выраженности >10%) отсутствует в группе женщин с не осложненной беременностью, в группе с высокими показателями алекситимии (31,5±0,9), p<0,05; и в контрольной группе (30,9±0,12), p<0,05.

Заключение. Высокий уровень алекситимии в беременности затрудняет регуляцию и модуляцию эмоций, что приводит к усилению психофизиологических реакций влияющих на адаптированность женщин в родах и раннем послеродовом периоде, усиливая страх родов и страх материнства. Динамика показателей алекситимии не меняется под действием психопрофилактических, психокоррекционных мероприятий, что позволяет говорить об алекситимии, как о стойкой характерологической особенности личности. Психосоматические расстройства, имеющие пренатальные причины, свидетельствуют о реальности эмоционального восприятия и функционирования новорожденного

еще внутриутробно и напрямую зависят от психологических особенностей матери, ее реакций, переживаний в беременности. Дисстресс беременной может оказывать в будущем отрицательные последствия на развитие ребенка, способствовать нарушениям психического и физического развития, появлению психосоматических симптомов.

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ

*Шлыкова А.В., Капитанова Т.А., Новикова А.В., Романовский А.Н., Потанин С.А.,
Петрова М.М., Михайлов А.В.*

СПбГУЗ «Родильный дом №17», Санкт-Петербург, Россия.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный Университет», Санкт-Петербург, Россия.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

Минздравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Монохориальное многоплодие обуславливает ряд специфических осложнений беременности, связанных с наличием сосудистых анастомозов в плаценте, соединяющих системы гемодинамики монохориальных плодов. Одним из таких осложнений является TRAP-синдром (Twin reversed arterial perfusion – синдром обратной артериальной перфузии). Частота распространенности TRAP-синдрома составляет 1:35000 беременностей. Артериоартериальные и веновенозные анастомозы в хорионе на эмбриональном этапе развития плодов создают возможность формирования реверсно направленного тока кровотока в артериях пуповины одного из эмбрионов при возникновении существенного различия давлений крови в системах гемодинамики плодов. Подобное изменение гемодинамики, в свою очередь нарушает формирование камер сердца эмбриона, которое в дальнейшем может полностью не сформироваться, либо быть представлено как рудимент, что приводит к развитию плода акардиуса. Циркуляция крови в тканях акардиального плода осуществляется через анастомозы сосудов плаценты за счет сократительной функции сердца второго плода – плода – «помпы». TRAP-синдром часто сопровождается развитием сердечной недостаточности и перинатальной гибелью плода-помпы в 60–70% случаев. Для предотвращения гибели плода-помпы предложены различные методы прекращения кровотока в магистральных сосудах тела плода акардиуса путем их окклюзирования.

В период с 2008 по 2010 гг. наблюдалось 12 пациенток с TRAP-синдромом при сроке беременности 12 6/7 – 16 3/7 недель (6 случаев) и 19 – 25 3/7 недель (6 случаев). Диагноз синдрома обратной артериальной перфузии был установлен при проведении ультразвукового исследования с использованием цветового картирования и пульсового доплера. На момент исследования признаков нарушения плодово-плацентарной гемодинамики плода-помпы ни в одном случае выявлено не было. Всем пациенткам проведена лазерная коагуляция магистральных сосудов плода акардиуса при помощи лазера, введенного в область магистрального сосуда через пункционную иглу. Исследованы приближенные и отдаленные результаты лечения.

В 11 случаях из 12 в результате проведения лазерной коагуляции магистральных сосудов плода акардиуса удалось добиться полного прекращения кровотока, что привело к остановке развития акардиального плода. В 1 случае из 12 в связи с реканализацией магистрального сосуда и возобновлением гемодинамики у плода акардиуса операция была проведена повторно через 7 дней. В 8 случаях из 12 беременности продолжались, средний срок родоразрешения составил 35 недель (26 – 41 0/7 недель), при этом в 5 случаях родоразрешение проведено при сроке 37-41 неделя, оценка новорожденных по шкале Апгар составила 8/9 баллов, в 3 случаях – при сроке 26 – 27 5/7 недель, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Средний интервал между проведением операции и родоразрешением составил 13 недель (1,4 – 27 недель). В 4 случаях из 12 произошла антенатальная гибель плода-помпы в течение первых суток, в основном в первой половине беременности.

Выводы: операция лазерной коагуляции магистральных сосудов плода акардиуса может рассматриваться как метод снижения перинатальных потерь при своевременной диагностике развития синдрома обратной артериальной перфузии и проведения операции в первой половине беременности.

МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ БОЛЕЕ 41 НЕДЕЛИ

Шман В.В., Иванова М.С., Титова А.Г., Михайлов А.В.

СПбГУЗ «Родильный дом №17», Санкт-Петербург, Россия.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный Университет», Санкт-Петербург, Россия.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Переношенная беременность связана с увеличением частоты перинатальной заболеваемости и смертности.

Проведен ретроспективный анализ исхода 315 родов у пациенток, которым проводилась подготовка к родам при сроке беременности более 41 недели и родивших в сроке 41 3/7 и более. В 1-ую группу вошли 211 пациенток, которым была проведена последовательная подготовка шейки матки с применением ламинарий и Динопростона (препидил-геля). Во 2-ую группу вошли 104 пациентки, которым была проведена последовательная подготовка шейки матки с применением баллона (катетер Фолея с манжетой, заполненной 50 мл физиологического раствора) и, при необходимости, ламинарий. В обеих группах ежедневно проводилась оценка шейки матки по шкале Бишоп, при достижении «зрелости» шейки 10 баллов и более пациенткам проводили родовозбуждение с амниотомией.

Результаты исследования показали, что подготовка шейки матки к родам при помощи баллона приводит к пятикратному снижению частоты применения двух методов подготовки последовательно: 23,2% в первой группе и 4,8% во второй группе, частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения – 29,3% и 22,1%, соответственно. Последнее происходило как за счет операций, выполненных без родовой деятельности, так и за счет снижения частоты КС в родах. Частота развития дистонии шейки матки в группах составила в первой группе 16,1% и 2,9% – во второй, частота развития слабости родовой деятельности составила 27,4% и 17,4%, соответственно. Вероятно, это обусловлено двумя факторами: во-первых, достижением большей зрелости шейки матки к началу родовозбуждения или началу родовой деятельности, и во-вторых, в связи с более корректным использованием партограммы при родовозбуждении и, следовательно, с более обоснованной постановкой диагноза слабости родовой деятельности. Следует особо отметить, что среди пациенток второй группы случаев отсутствия эффекта от родовозбуждения зарегистрировано не было, в то время как в первой группе этот показатель составил 12,9%. Частота послеродовых кровотечений в исследованных группах не отличалась и составила 3,3% и 4,8%, при отсутствии случаев массивных кровопотерь, требовавших проведения гемотрансфузии. Случаев хориоамнионита не было зарегистрировано ни в одной из исследованных групп. Частота неонатальных осложнений не отличалась в обеих группах.

Выводы: применение баллона в целях подготовки шейки матки к родам при сроке беременности 41 неделя и более является эффективным и позволяет достичь оптимальной зрелости шейки матки к началу родовозбуждения, при отсутствии повышения частоты акушерских и неонатальных осложнений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ 5-18 ЛЕТ

Эдлеева А.Г., Хомич М.М.

Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Ожирение детей и подростков за два последних десятилетия превратилось в важную социально-экономическую и медицинскую проблему. В настоящее время у детей диагноз «ожирение» ставится по антропометрическим данным – используя сигмальные таблицы, определяется избыток массы тела от должествующей для данной длины тела. Однако данный метод не дает интерпретации нарушений структуры массы тела (дефицит/избыток за счет воды, мышечной массы, жировой ткани), в связи с чем возникает необходимость использования систем оценки компонентного состава тела, например, биоимпедансометрии.

Цель. Определить количество жирового компонента у детей 5–18 лет с избыточной массой тела с помощью биоимпедансометрии.

Материалы и методы. Из обследованных в 2008–2011 годах детей 5–18 лет были отобраны 120 человек с избыточной массой тела по данным антропометрии. Всем детям проведена биоимпедансометрия по стандартной тетраполярной схеме с использованием анализатора внутренних сред организма «Диамант-АИСТ» (ЗАО «Диамант», Санкт-Петербург).

Результаты. Все дети с избыточной массой тела были разделены на 2 группы по проценту избытка массы тела: группа №1 (46%) – дети с избытком массы тела в пределах 8-14% (дети, угрожаемые по формированию ожирения в будущем) и группа №2 – дети с ожирением, у которых избыток массы тела составил более 15% (54%). При проведе-

нии биоимпедансометрии только 96% детей группы №2 имели избыточное содержание жировой массы, у остальных 4% детей (6 человек) этой группы избыточная масса тела была обусловлена избыточным мышечным компонентом. Наибольший интерес представили данные биоимпедансометрии в группе №1, где детей с нормальным показателем жирового компонента было всего 14%, остальные 86% имели также избыточное содержание жировой массы.

Выводы.

1. Не все дети даже с избытком массы тела более 15% имеют ожирение
2. Большинство детей с избытком массы тела 8–14% уже имеют избыточное количество жирового компонента.
3. У детей с избыточной массой тела рекомендуется использовать биоимпедансометрию для определения количества жирового компонента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Юхно Е.А., Трофименко И.А., Труфанов Г.Е.

*Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

ФГБОУ ВПО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Оценить возможности МРТ в диагностике аномалий развития матки и влагалища.

Материалы и методы. Проведено МРТ 24 женщинам с различными аномалиями развития матки и влагалища. Исследование выполняли на высокопольном магнитно-резонансном томографе (Siemens, 1,5 Тл) с использованием 6 нативных последовательностей в трех ортогональных плоскостях с получением изображений, взвешенных по T1 и T2 и использованием поверхностной катушки для тела. Полученные данные сравнивали с результатами УЗИ и гистеросальпингографии (ГСГ).

Результаты. Дисгенезия мюллеровых протоков (синдром Майера-Рокитанского-Кюстера) выявлена у 5% женщин; изолированная однорогая матка у 5%, с наличием несообщающегося рудиментарного рога у 16%, что не было отмечено при ГСГ (в 5% был определен эндометрий в рудиментарном роге, в 10% – без эндометрия, оставшиеся неучтенными при УЗИ). Однорогая матка у двух женщин сочеталась с пороками развития почек, причем, измененная почка локализовалась с той же стороны, что и рудиментарный рог. Удвоение матки мы встретили у 10% обследованных, в одном случае в результате поперечной влагалищной перегородки развился обструктивный гематоколь-пос. Двурогая матка, стенки которой сохраняют нормальную зональную анатомию, что преимущественно видно при МРТ, выявлены в 10% случаев. Двурогая матка с высоким слиянием рогов (кл. седловидная) диагностирована нами у 10% женщин.

Высокая диагностическая способность МРТ отмечена при определении типа перегородки матки (фиброзная или миометриальная, с широким или узким основанием). Данная аномалия встречается наиболее часто (32%) и имеет наименее благоприятный прогноз в отношении репродуктивной функции.

Выводы. МРТ является ведущим методом в диагностике аномалий развития мюллеровых протоков, по данным которого планируется хирургическая коррекция. Данный метод предоставляет высококонтрастные изображения анатомии матки, позволяет проследить ее внутренний и наружный контуры, а также выявить сопутствующие аномалии развития почек. МРТ обладает высокой диагностической способностью в определении типа перегородки матки, что кардинально влияет на тактику лечения.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ В АСПЕКТЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Юхно Е.А., Трофименко И.А., Труфанов Г.Е.

*Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

ФГБОУ ВПО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Оценить возможности МРТ в диагностике генитального эндометриоза.

Материалы и методы. 67 пациенткам с синдромом тазовых болей с различными видами генитального эндометриоза было проведено исследование малого таза на высокопольном МРТ (1,5 Т). Протокол сканирования включал в себя T1 и T2 последовательности спинного эха и подавление сигнала от жировой ткани. Поле обзора: 300–320 мм. Диагноз подтвержден при гистоморфологическом исследовании материалов.

Результаты. У 43 женщин выявлен аденомиоз: диффузная форма в 29,7% случаев, очаговая – 43,3 %, узловая – 3,0%. У всех отмечалось увеличение размеров матки за счет диффузного или фокального расширения переходной зоны без четких контуров и признаков «масс-эффекта» с наличием у 27 больных кистозных включений – эктопиро-

ванные железы эндометрия со следами кровоизлияний различной степени давности ($p < 0,0001$).

Эндометриоидные кисты яичников мы встречали у 28,4 %, размерами от 0,5 до 3,6 см, с неоднородным содержанием – «феномен затенения» в Т2 ВИ ($p < 0,0001$), в 42,1% случаев – двусторонние с рубцово-спаечные изменения в параовариальной клетчатке у 36,8% обследованных.

В позадиматочном пространстве эндометриоидный инфильтрат выявлен у 25,4%, который определялся как тяжистая структура по задней поверхности шейки матки в основании крестцово-маточных связок. Облитерацию ретроцервикального пространства с деформацией передней стенки прямой кишки в этой группе мы встретили у 58,8% обследованных с жалобами на болезненную дефекацию. В 11,8% инфильтрат вызывал сдавление мочеточника с его престеностическим расширением.

Эндометриоз маточно-пузырной связки был диагностирован у 9,0% женщин, три из которых жаловались на дизурию.

В широкой связке матки эндометриоидные очаги мы выявили у 7,4 % в двух случаях с развитием обструктивного гидросальпинкса.

Выводы. Метод МРТ малого таза остается методом выбора в диагностике генитального эндометриоза. Детальное предоперационное исследование помогает спланировать оперативное вмешательство, а также избежать случаев, когда определение истинного объема поражения в ходе операции вынуждает хирургов на ходу менять тактику.

ОЦЕНКА УРОВНЯ МАРИНОБУФАГЕНИНА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Яковлева В.В.¹, Багров А.Я.³, Фролова Е.В.², Солодовникова Н.Г.¹, Иванов Д.О.¹, Зазерская И.Е.¹

¹ Институт перинатологии и педиатрии ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

² Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова. Россия. Санкт-Петербург, Россия.

³ Национальный институт старения, Национальные институты здоровья, Балтимор, Мериленд, США.

Преэклампсия является одним из самых частых и опасных осложнений беременности, встречающихся в акушерской практике. Ключевым звеном патогенеза является эндотелиальная дисфункция, с высвобождением большого количества вазоактивных веществ, в результате которой нарушаются реологические и коагуляционные свойства крови.

Эндогенные кардиотонические стероиды, связываясь с Na/K-АТФ-азой, не только ингибируют трансмембранный транспорт моновалентных катионов, а также активируют Src-EGF-опосредованный путь клеточной сигнализации. Таким образом, можно предположить, что повышение концентрации циркулирующего маринобуфагенина приводит к ингибированию Na/K-АТФ-азы, вызывая при этом вазоконстрикцию, участвуя в генезе преэклампсии.

Целью нашего исследования явилось определить уровень маринобуфагенина в крови и плаценте беременных с физиологически протекающей беременностью и беременных с преэклампсией (критерии отбора АД > 139/89 мм рт.ст., протеинурия > 0,3 г/сут, отеки). Группу беременных с преэклампсией составили 10 человек (средний возраст – 29,4 года, средний срок гестации 39 недель, среднее максимальное АД 155/95 мм рт.ст., протеинурия – 0,33 г/сут и отеки беременных в 98%). Группа контроля – 7 беременных с физиологически протекающей беременностью (Средний возраст – 28 лет, средний срок гестации – 39/40 недель, среднее АД – 105/65, протеинурия и отеки отсутствовали). Уровень маринобуфагенина определялся методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Уровень маринобуфагенина у беременных с преэклампсией составил 2,63±0,10 нмоль/л, что в 4 раза превышает его уровень в группе контроля – 0,697±0,16 нмоль/л.

Данное исследование показывает, что маринобуфагенин участвует в генезе преэклампсии, путем ингибирования Na/K-АТФ-азы и вызывая вазоконстрикцию.

АКУШЕРСКИЙ РАЗГРУЗОЧНЫЙ ПЕССАРИЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Янкевич Ю.В., Державина Н.Е., Чиринина П.Л., Михайлов А.В.

СПбГУЗ «Родильный дом №17», Санкт-Петербург, Россия.

СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия.

СПбГМА, Санкт-Петербург, Россия.

Преждевременные роды являются основной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности. В целях профилактики преждевременных родов применяются различные методы, так одним из них при выявлении цервикальной недостаточности (ЦН) является применение акушерского разгрузочного пессария (АРП).

Проведен ретроспективный анализ применения АРП у 46 беременных, которые имели ультразвуковые признаки уменьшения длины цервикального канала менее 25 мм. Постановка АРП проводилась в период с 22 по 27 неделю

беременности.

Частота срочных родов в исследовании составила 63%, преждевременных родов – 34%, и в 4% случаев произошли ранние преждевременные роды – до 28 недель беременности. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар составила 7,6 балла на 1-ой минуте и 8,4 балла на 5-ой минуте. Средний вес новорожденных составил 2532 грамма.

Частота преждевременных ранних преждевременных родов до 28 недели беременности при укорочении шейки матки менее 25 мм при сроке беременности 22–24 недели составляет в среднем 12–26%, что существенно выше их частоты в исследованной нами группы. Однако, учитывая не многочисленность пациенток вошедших в исследование и ограничения анализа данных ретроспективного исследования, сделать вывод об сравнительной эффективности акушерского разгрузочного пессария, преимущества метода по сравнению с традиционным хирургическим методом наложения шва на шейку матки весьма затруднительно. Для этого требуется проведение рандомизированных, желательного, мультицентровых исследований.

Именной указатель

А		Бею Т.Р.	17
Абдрахманова Л.Р.	3	Бибкова О.С.	16
Абрамченко В.В.	3, 5	Билалов Ф.С.	17
Аврелькина Е.В.	6	Бирюкова Т.В.	17
Адаева Е.Н.	7, 59, 101, 111	Богданова Е.О.	16, 114
Азамова З.Ш.	7	Бойко Е.Л.	18
Акопова И.С.	8	Бойко И.Н.	3, 5
Алимхаджиева М.А.	9	Бойцова А.В.	18
Антошина Н.Л.	87	Борисова Н.А.	54
Антошина Т.А.	15	Босин В.Ю.	83
Артюшевская М.В.	10	Буйнова О.Е.	3, 5
Архипов Е.А.	81	Буланов Р.Л.	19
Астафьев А. В.	11	Буланова Е.В.	19
Астахов М.В.	125	Быбченко Е.Г.	61
Атрошенко И.Г.	21	Быбченко Е.В.	61
Ахмадуллина Ю.А.	17	Бычков В.И	19
Ахмеджанова З.М.	23	Бычков И.В.	19
Б		В	
Бабанин И.Л.	99	Вагина Е.С.	49
Бабикова Ю.А.	61	Василенко Л.В.	103
Багров А.Я.	132	Васильев В.В	20, 23, 27
Баиндурашвили А.Г.	11, 12	Васильев В.Е	15, 20, 39, 46, 47, 55, 92, 120
Баиров А.Г.	12	Васильева М.Е.	21
Баиров В.Г.	13, 14, 41, 55	Васильева Т.П.	21, 76
Баирова Т.В.	12	Венчикова Н.А.	87
Баранов В.В.	81	Веснина О.В.	59
Барановская Ю.П.	15, 111	Ветров В.В.	15, 20, 22, 23, 39, 46, 47, 98
Бараташвили Г.Г.	15, 20, 23, 47	Винокурова Л.Н.	24
Барашева О.В.	96	Вихтинская И.А	7, 24, 25, 58, 59, 90, 101, 111, 118, 119, 120
Баркун Г.К.	69, 70, 73	Власюк В.В.	25, 27, 28
Бастанжиева А.И.	24	Волкова А.В.	28
Батракова Т.В.	15	Волкова Ю.С.	29
Бахарева И.В.	75	Волосников Д.К.	105
Бахтина Т.Ж.	69, 70, 73	Воронин Д.В.	124
Башмакова Н.В.	106	Воронин Д.Н.	29
Беккер В.Г.	24	Воронцов А.Л.	82
Бенис Н.А.	16		
Берсенева Е.А.	122		

Вялкова А.А.	17	Дробченко С.Н.	37, 38
		Дудниченко Т.А.	39, 46, 118
Г		Думанская Ю.А.	40, 47
Гайдуков С.Н.	20	Дьяук Г.И.	5
Гайсина М.В.	75	Е	
Галимова И.Р.	3	Евтюков Г.М.	41
Галкина О.В.	114	Евтюкова Ю.Г.	89
Ганковская Л.В.	75	Елизарова М.Г.	42, 43
Гармашов Ю.А.	51	Еликбаев Г.М.	42
Гимбут В.С.	30	Емельяненко Т.П.	106
Глушко А.А.	30	Ермоленко С.П.	42, 43
Гнусаев С.Ф.	119	Ерофеева О.А.	105
Голобородько М.М.	111	Ещенко А.В.	17
Головина Э.И.	30, 31	Ж	
Головко Ю.И.	30, 31, 32	Жидкова О.Б.	43
Голубев А.М.	91	Жирков А.М.	128
Голубева С.В.	32	Жукова Л.И.	70
Голяна С.И.	11	З	
Горбунов Е.Ф.	41	Заварин В.В.	44
Гордеева Е.А.	45	Зазерская И.Е.	16, 23, 40, 45, 46, 47, 63, 98, 114, 132
Горохова В.А.	67	Зарайский М.И.	16
Гриценко В.А.	17	Зорина С.А.	32
Гришин О.А.	24	Зрячкин Н.И.	103
Грозина Н.А.	68, 126	Зубарева Т.М.	98
Гуркина Е.Ю.	32, 49, 88	И	
Гусева Е.Н.	3, 5	Ибрагимова Н.В.	17
Д		Иванов А.С.	118
Давыдова И.В.	32	Иванов Д.О.	24, 41, 43, 48, 49, 66, 90, 101, 119, 120, 127, 132
Данилова Н.Р.	3, 5	Иванова М.С.	130
Демчук Ю.А.	87	Иванова Ю.С.	47
Державина Н.Е.	84, 132	Ивардава М.И.	124
Джашиашвили М.Д.	34	Ивашова О.Н.	105
Джобава Э.М.	34, 112	Иевлев В.С.	54
Дивакова Т.С.	121	Илатовская Д.В.	50
Дитковская Л.В.	87, 96	Ильина Н.А.	54
Доброееева И.В.	94		
Доброхотова Ю.Э.	34, 112		
Довгий П.Г.	105		
Дорофеева Е.И.	122		
Дробченко А.Е.	36		

Иова А.С.	51, 62	Кудряшова А.В.	66, 111
Иова Д.А.	51, 62	Кузнецов П.А.	75
К		Кузнецов Р.А.	63
Кадышевич Ж.Г.	53, 65	Кузнецова Л.В.	63
Казанская И.В.	82	Кузнецова М.А.	64
Калуцкий П.В.	105	Кулабухова Е.Н.	90
Камалова О.И.	10	Кулигина М.В.	64
Караваева С.А.	54	Кулида Л.В.	18, 90
Карпов К.П.	124	Курзина Е.А.	43, 120
Каспрюк Ф.А.	34	Куропатенко М.В.	7
Кашин А.С.	55	Кучеров Ю.И.	122
Каширская Л.П.	50	Кучинский М.П.	30, 31, 32
Каштанова Т.А.	55, 84, 93, 100, 129	Кянксеп А.Н.	53, 65, 85
Кенис В.М.	112	Л	
Кешишян Е.С.	81	Лазарева Ю.Ю.	66
Ким Л.А.	56	Лазурина И.Г.	66
Кира Е.Ф.	60	Лебедева О.П.	105
Клишо В.Е.	73	Леонова И.А.	67, 123
Клычева М.М.	28	Линовицкая С.А.	125
Клюквина А.В.	105	Липшеева З.К.	105
Ковалева Ю.А.	115	Листратов С.М.	12
Ковалева Ю.В.	56	Лиштван Л.М.	87
Ковтун О.П.	95	Лобанова Е.В.	68, 126
Козлов В.П.	12	Лобзин Ю.В.	28
Козлов П.В.	57	Логвинова И.И.	50
Коконина Ю.А.	47	Лопухова Е.В.	78
Комарова И.А.	64	Лукашенко И.В.	17
Коростышевская А.М.	58, 59	Лукьянова Т.Н.	68
Корсак В.С.	23	Лысенко И.М.	69, 70, 73
Корюков А.А.	59	Лысенко О.В.	72, 73
Кохно Н.И.	60	Любанская С.В.	34, 112
Кравцова А.А.	96	Любимова А.В.	75
Кравцова О.А.	115	М	
Красильникова А.К.	28	Майкова Н.В.	19
Кривоногова Т.С.	42, 43, 61	Макаров О.В.	75
Криштофик О.Ю.	67	Мальшкина А.И.	76
Крошкина Н.В.	18	Мальгина Г.Б.	77
Крутень А.В.	24	Мамаева Т.В.	49
Крюков Е.Ю.	51, 62, 98	Манис С.С.	78
Крюкова И.А.	62, 98		

Мануйлова С.В.	108	Осипова М.П.	111
Марголин О.	36	Осипова Н.А.	89
Мартенова А.А.	115	Остроменский В.В.	89
Мартыненко П.Г.	79, 80		
Мартынова Е.Н.	81	II	
Марченко К.А.	118	Павлов А.В.	90
Матюшина К.М.	82, 99	Павлова Г.А.	115
Мерзлова Н.Б.	24	Панин А.П.	56
Мизерницкая К.Ю.	83	Панкратова В.В.	3, 5
Мирский В.Е.	38	Панов В.О.	90
Митьков В.В.	60	Панова И.А.	15, 66, 78, 90, 111
Михайлов А.В.	53, 55, 65, 84, 85, 93, 100, 129, 130, 132	Паршина А.Е.	67
Михалев Е.В.	42, 43, 61	Пахомов С.П.	105
Михаленко И.В.	43	Первунина Т.М.	117
Монастырева Л.В.	53, 65	Перепелица С.А.	91
Мороз В.В.	91	Перетятко Л.П.	6, 21, 29, 63
Москаленко Н.К.	105	Песикин О.Н.	76
Моссэ К.А.	88	Петренко Ю.В.	41, 43, 49, 94, 127
Мызникова И.И.	41	Петров Ю.А.	23
Н		Петрова Л.Е.	92
Назаров С.Б.	28, 86	Петрова М.М.	55, 84, 93, 100, 129
Назарова А.О.	28	Петрова Н.А.	94
Неженцева Е.Л.	102	Петрова Н.В.	67, 120, 123
Неклюдова Л.Е.	128	Петрова Н.С.	59
Немилова Т.К.	54	Петрова С.В.	34, 116
Нероев В.В.	104	Петухов В.Н.	24
Несмеянов А.А.	28	Печеникова В.А.	95
Ниаури Д.А.	110	Пиневская М.В.	59, 111
Никитина И.Л.	87, 117	Плаксина А.Н.	95
Новикова А.В.	129	Платонова Н.С.	125
Новикова И.В.	87	Плевако Т.А.	87
Новикова А.В.	93, 100	Плотникова Е.В.	96
Новицкий И.А.	8	Подуровская Ю.Л.	122
Носова Н.П.	17	Попов С.Д.	54
О		Попова И.Г.	86, 127
Образцова Г.И.	88	Посисеева Л.В.	28, 115
Омельченко Т.В.	54	Потанин С.А.	129
Орлов А.Е.	14	Потапова И.А.	97
Осадчук Т.В.	88	Потешкина О.В.	62, 98
		Приворотский В.В.	46, 98
		Проценко Е.В.	21

Пугина Н.В.	15, 47	Сапотницкий А.В.	10
Пулин А.М.	53, 65, 75	Сельков С.А.	110
Пьянова И.В.	20, 55	Сентябрева М.С.	39, 46
Р		Серебрякова Е.Н.	105
Радьков О.В.	44	Серебрякова С.В.	106
Расулов Н.С.	99	Сержан Т.А.	10
Рачкова О.В.	63	Сидоренко А.С.	111
Резнюк Е.А.	98	Сидоркевич С.В.	47
Репалова Е.Ю.	77	Сикальчук О.И.	5
Ржеусская Л.Д.	121	Сикальчук О.Н.	3
Рищук С.В.	38	Ситникова О.Г.	28
Родионов Ю.В.	55, 120	Скворцова М.А.	25
Романенко О.П.	99	Скородок Ю.Л.	87
Романова М.В.	23	Слабинская Т.В.	106
Романовская В.В.	75	Сметанко И.И.	59, 111
Романовский А.Н.	93, 100, 129	Смирнов А.Г.	108, 109
Ростовская В.В.	82, 83, 99	Смирнова Т.В.	53, 65
Румянцев Н.Ю.	7, 101	Соколова Л.А.	102
Румянцева Н.В.	32, 88, 102	Сокольник В.П.	110
Рыжакова Н.А.	61	Соловьева И.В.	87
Рыжкова А.И.	105	Соловьева С.А.	61
Рябова Т.М.	69, 70, 73	Солодовникова Н.Г.	110, 132
Рязанов В.В.	7	Соснина Т.А.	68
Рязанов В.В.	47, 101, 111	Сотникова Н.Ю.	18, 29, 66, 111, 115
Рязанов Г.Е.	25, 120	Сохадзе Х.С.	34, 116
Ряшенцева Н.Е.	43	Старевская С.В.	54, 111
С		Степанова Ю.А.	112
Савинова Е.Б.	102	Степанян А.В.	34, 112
Савицкий А.Г.	47	Субботина О.Ю.	5
Савичева А.М.	37	Судаков Д.С.	114
Садретдинова Т.Л.	103	Судакова Г.Ю.	34, 112
Сажина Т.В.	103	Сунгатуллина Л.М.	115
Сазанов В.В.	21	Сухоцкая А.А.	13, 14
Сазонова Ю.В.	50	Сытова Л.А.	115
Сайдашева Э.И.	104	Сэмюэльс Ф.	36
Салахов Э.С.	14	Т	
Самборская Н.И.	105	Тарлецкая О.А.	87
Самсонова Т.В.	16	Татарова Н.А.	116
Сапоговский А.В.	112	Терегулова Л.Е.	3
		Терентьева А.А.	61

Титова А.Г.	130	Чирина П.Л.	84, 132
Тихоненко И.В.	116	Чубкин И.В.	124
Тодиева А.М.	87, 117	Чумаков А.С.	125
Троик Е.Б.	118	Чумакова Г.Н.	68, 126
Трофименко И.А.	131	Чурносов М.И.	105
Труфанов Г.Е.	24, 25, 58, 59, 90, 101, 106, 111, 118, 119, 120, 131	Чухина С.И.	18
Турабова А.Л.	68	Чухраева И.Ю.	11, 12
Тыртова Л.В.	96	Ш	
Тютеева Е.Ю.	61	Шабалова Н.Н.	127
У		Шалепо К.В.	37
Усынина А.А.	126	Шамарин С.В.	19
Ф		Шапорова Н.Л.	16
Федерякина О.Б.	119	Шахтагинская Ф.Ч.	124
Фёдоров А.К.	56	Шевелева Т.С.	98
Федосеева Т.А.	49, 94	Шелгунова И.В.	119
Федюра И.Ф.	39	Шелепова Е.С.	45
Филиппова Л.В.	42	Шемякина О.О.	127
Филиппова С.Н.	120	Шепелевич Е.В.	87
Филькина Е.В.	86, 125	Шибяев А.Н.	119
Фокин В.А.	7, 24, 25, 58, 59, 90, 119, 120	Шилова Н.А.	127
Фомина М.П.	121	Шипицына Е.В.	37
Фот А.Ю.	127	Широкова Л.В.	75
Фролова Е.В.	132	Шишко Г.А.	10
Фролова О.Г.	122	Шкуротенко О.С.	128
Х		Шлыкова А.В.	93, 100, 129
Халецкий И.Г.	21	Шман В.В.	84, 85, 130
Хаматханова Е.М.	122	Шмедьк Н.Ю.	24, 118
Хидиров А.Ф.	13	Щ	
Хмель Р.Д.	110	Щеголева Н.А.	13, 14, 41, 55
Хомич М.М.	67, 123, 130	Щербина Л.А.	46
Хорошилова А.Г.	127	Э	
Ч		Эдлеева А.Г.	123, 130
Чаша Т.В.	127	Ю	
Черкашина Е.М.	125	Юнес И.В.	70, 73
Черников В.В.	124	Юрьев В.В.	123
		Юхно Е.А.	106, 131

Я

Яковлев А.В.	41
Яковлева В.В.	132
Янкевич Ю.В.	132