

БЮЛЛЕТЕНЬ

ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова

приложение 2

ноябрь 2013

ТЕЗИСЫ

VIII междисциплинарной конференции
по акушерству, перинатологии, неонатологии
«Здоровая женщина – здоровый новорожденный»

*Конференция посвящена 200-летию со дня рождения
Александра Александровича Китера (1813-1879)*

15-16 ноября 2013 года
Санкт-Петербург



БЮЛЛЕТЕНЬ

ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова

ТЕЗИСЫ

**VIII междисциплинарной конференции
по акушерству, перинатологии, неонатологии
«Здоровая женщина – здоровый новорожденный»**

*Конференция посвящена 200-летию со дня рождения
Александра Александровича Китера (1813-1879)*

**15-16 ноября 2013 года
Санкт-Петербург**

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

Санкт-Петербург
2013

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
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

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

Тираж 1100 экз.

Тематическая рассылка по специалистам.

**Подписка по каталогу агентства «Роспечать»
подписной индекс 57992**

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

Редакция не несет ответственности за содержание реклам-
ных материалов.

ISSN 2078-8150

Верстка РА ООО «Инфо-ра»

РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЯ И РЕЛИГИОЗНАЯ ВЕРА БЕРЕМЕННЫХ

Абдрахманова Л.Р., Мусина Д.М.

ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗРТ, г. Казань

Феномен сектантства проявляет себя во всех сферах человеческой деятельности в социуме, в том числе и в медицине. Большую проблему представляют беременные с резус-иммунизацией и их семьи, состоящие в различных сектах, в основе чего стоит негативная антисоциальная религиозная вера. Основным признаком сект является манипуляция сознания, что является социально опасным. Такие беременные и их семьи отказываются от прерывания беременности и преждевременного родоразрешения. Мы приводим собственный опыт наблюдения беременных с резус-иммунизацией, состоящих в различных сектах. 1 наблюдение – беременная, имеющая в анамнезе 5 родов, дети здоровы и при последней беременности сочетание сахарного диабета и резус-иммунизации и отечная форма ГБП. 2 наблюдение – у беременной в анамнезе 4 кесаревых сечения-дети живы и перерыв между последней беременностью с отслойкой нормально расположенной плаценты менее 1 года и развитие ранней отечной формы на сроке 25 недель при данной беременности. 3 наблюдение – у беременной 3 родов и при данной беременности на фоне резус-иммунизации (титр Rh антител 1 : 128) на сроке 33 недели по УЗИ появились начальные признаки отечной формы ГБП, от преждевременного родоразрешения беременная отказалась. В основном аргументация беременных и их мужей: «Нам бог сказал, что будет все хорошо, и ребенок будет живой». Во всех случаях наступила антенатальная и постнатальная гибель детей, в 1 случае даже после проведения 3 внутриутробных переливаний отмытых эритроцитов плоду. В данных ситуациях возникает необходимость в проведении перинатальных консилиумов.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНОНИСТА ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА

Абдулаева Ш.Т.¹, Денисова В.М.², Ярмолинская М.И.²

¹ ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

² ФГБУ «НИИ АГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Оценка эффективности и переносимости агониста гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ), диферелина, в комбинированном лечении наружного генитального эндометриоза (НГЭ).

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 67 больных НГЭ, получавших терапию диферелином в дозе 3,75 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно № 6 после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение. До начала лечения аГнРГ дисменорея отмечена у 84% больных, диспареуния – у 13%, тазовые боли – у 13%, перименструальные выделения – у 56% женщин. На фоне лечения аГнРГ диспареуния наблюдалась у 3% больных, тазовая боль – у 7%. Применение аГнРГ сопровождалось нейро-вегетативными проявлениями, потребовавшими назначения у 81% женщин фитоэстрогенов или гомеопатии, у 4% – гормональной заместительной терапии в качестве «add-back терапии». У 27% пациенток НГЭ сочетался с гиперпластическими процессами эндометрия, у 18% – с аденомиозом, у 17% – с миомой матки. После окончания терапии аГнРГ дисменорея, диспареуния, тазовые боли, рецидивы были отмечены у 3% больных. На фоне терапии диферелином не было выявлено увеличения размера миоматозных узлов, размеров матки, М-эхо не превышало 4 мм.

Заключение. Результаты исследования подтверждают эффективность применения агониста ГнРГ, диферелина, для устранения или достоверного уменьшения выраженности болевого синдрома. Этот препарат может применяться у женщин с сочетанными гиперпластическими процессами органов репродуктивной системы, но в ряде случаев требует применения «add-back терапии» для повышения приверженности терапии.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Акопян Р.А., Печеникова В.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-петербург

Аденомиоз (Ам) – патология женщин преимущественно репродуктивного и пременопаузального периодов. Считается, что с наступлением менопаузы эндометриоидные очаги подвергаются регрессивным изменениям в связи с возрастной перестройкой гормональной функции яичников, снижением уровня эстрогенной насыщенности организма.

Цель работы. Изучение и выявление особенностей клинического течения и функциональной активности очагов АМ у женщин в климактерии.

Материалы и методы. Выполнено клиничко-морфологическое исследование 44 наблюдений АМ у женщин в менопаузе.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 62,1 лет. Менопауза от 1 до 3 лет выявлена в 27,3% случаев, от 4 до 10 лет в 20,4%, больше 10 лет – 52,3%. При изучении детородной функции выявлено, что только 5% пациенток страдали первичным бесплодием. Учитывая возраст пациенток, практически все имели сопутствующую соматическую патологию. У всех больных АМ имел бессимптомное течение, диагностировался при гистологическом исследовании операционного материала. В 66% АМ сочетался с миомой матки и/или гиперплазией эндометрия. При гистологическом исследовании в 59% наблюдений были обнаружены отчетливые признаки функциональной активности АМ. Перифокальная лейомиоматозная гиперплазия гладкомышечных клеток наблюдалась 82% случаев. У 15,4% пациенток этой группы диагностировали гиперплазию тека-ткани, очаговый текомагроз, текомы.

Выводы. Таким образом, даже длительная менопауза, которая при отсутствии эстрогенной насыщенности организма должна была бы являться лечебным фактором, не ведет к полной регрессии АМ.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КЛЕТОК С ЦИТОТОКСИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА СИСТЕМНОМ И ЛОКАЛЬНОМ УРОВНЯХ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

*Алексинская Е.С., Посисеева Л.В., Назаров С.Б., Анциферова Ю.С.,
Назарова А.О., Шутьпина Е.Ю.*

ФГБУ «ИВ НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, г. Иваново, Россия

Цель. Оценить содержание ЕК и ЕК-Т клеток на системном и локальном уровнях у женщин с наружным эндометриозом. Материалом для исследования служила периферическая кровь, перитонеальная жидкость, эутопический эндометрий и гетеротопии 55 женщин с наружным генитальным эндометриозом и 15 здоровых женщин.

Методы исследования. Стандартный метод скоростного центрифугирования в градиенте плотности фикоколурографина, метод трехцветной проточной цитометрии. Анализ данных показал, что в периферической крови женщин с эндометриозом общее содержание CD16+ лимфоцитов было повышено по сравнению с контрольной группой. В перитонеальной жидкости женщин с эндометриозом отмечалось снижение уровня CD3+ лимфоцитов, по сравнению с женщинами контрольной группы. В эутопическом эндометрии при эндометриозе было выявлено, что содержание CD16+ клеток и ЕК-Т-лимфоцитов с фенотипом CD3+ CD16+ было ниже по сравнению с показателями контрольной группы. В ткани эндометриодного очага отмечено снижение количества CD16+ лимфоцитов и CD3+ CD16+ клеток по сравнению с аналогичными показателями эндометрия здоровых женщин. Таким образом, на системном уровне при наружном эндометриозе мы наблюдали повышение уровня ЕК-клеток, что может быть обусловлено высоким уровнем напряженности цитотоксических реакций. Тогда как на локальном уровне, непосредственно в брюшной полости, где происходит формирование и рост очагов эндометриоза, отмечается снижение перитонеальных Т-лимфоцитов, эндометриальных ЕК и ЕК-Т клеток, а также снижение этих показателей в самих гетеротопиях, что может приводить к снижению цитотоксического потенциала иммунной системы при эндометриозе.

ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА. ЗАДНИЙ ВИД ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА

Арт О.С., Троиц Е.Б., Гаджиева Т.С.

Кафедра акушерства и гинекологии им. С.Н.Давыдова СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Роды в заднем виде затылочного предлежания плода в современном акушерстве признаны вариантом нормальных родов, однако они сопровождаются более частыми осложнениями для матери и плода по сравнению с родами в переднем виде затылочного предлежания.

Цель нашего исследования. Оценить соответствие родов в заднем виде затылочного предлежания плода критерию нормальных родов (определение ВОЗ).

Материалы и методы. Выполнен анализ 3930 историй родов, из них 804 истории родов родильного дома № 13 (июль – сентябрь 2012 года), а также 3126 историй родов акушерско-гинекологического отделения Городской больницы № 36 (июль 2009 – декабрь 2011). Средний возраст пациенток, родивших в заднем виде затылочного предлежания плода, составил 30,1 года, родивших в переднем виде затылочного предлежания плода – 28,7 лет. Первородящие составили 57% и 66%, повторнородящие 43% и 34% в группах родивших в заднем и переднем виде затылочного предлежания плода соответственно. Проспективная группа: 116 родов, произошедших в АГО ГБ № 36 и РД № 13 (ноябрь 2012 – октябрь 2013 г.). Средний возраст, родивших в заднем виде составил 28,9 лет, в переднем виде – 28,5 лет.

Результаты и их обсуждение. По данным историй родов родильного дома № 13: частота родов в заднем виде затылочного предлежания плода составила 3,9%, из них 53% женщин родоразрешены путем операции Кесарева сечения. Из общего числа абдоминальных родоразрешений, которые составили 24% всех родов, 8,5% плодов извлечены в заднем виде. Кесарево сечение при родах в заднем виде затылочного предлежания плода в 82% случаев было выполнено первородящим женщинам.

Оценка 3126 историй родов АГО Городской больницы № 36 позволила получить следующие данные: частота родов в заднем виде затылочного предлежания плода составила 3,4%, из них 49,5% женщин родоразрешены путем операции Кесарева сечения. Из общего числа абдоминальных родоразрешений, которые составили 14,4% всех родов, – 13,7% плодов извлечены в заднем виде, в 76,7% случаев это были первородящие женщины.

При суммировании данных получены следующие результаты:

- начавшаяся/ угрожающая гипоксия плода имела место в 45,5%, слабость родовой деятельности наблюдалась в 36,4% родов в заднем виде затылочного предлежания плода, что явилось причиной экстренного абдоминального родоразрешения в 80% и 41,7% случаев соответственно;

- роды в переднем виде затылочного предлежания плода были завершены операцией Кесарева сечения в 12,5% случаев (из общего количества родов);

- начавшаяся/ угрожающая гипоксия плода имела место в 10,7%, слабость родовой деятельности наблюдалась в 33,9% у женщин с передним видом затылочного предлежания плода, роды которых закончились операцией экстренного абдоминального родоразрешения в 33,3 и 15,8% соответственно;

- тяжелых травм промежности и сфинктера прямой кишки в нашем исследовании выявлено не было, что, по-видимому, связано с обоснованной настроенностью на перинеотомию при угрозе разрыва промежности.

Оценка проспективной группы. Сохранение заднего вида имело место в 40 из 56 родов, начавшихся в заднем виде (71,4%). Такие роды были завершены операцией кесарево сечение в экстренном порядке в 60% наблюдений, почти половину из них (45,5%) составили первородящие женщины.

Средняя кровопотеря при родах в заднем и переднем виде затылочного предлежания плода составила 497,7 мл и 304,2 мл соответственно, что, вероятнее всего, связано с большей частотой кесарева сечения в исследуемой группе.

По данным отечественной литературы в заднем виде затылочного предлежания плода завершается не больше 1% родов, по данным мировой литературы эта частота выше (2–8%). Кесарево сечение выполняют 4,5–68% женщинам с задним видом затылочного предлежания головки плода, более 50% – это первородящие женщины, планирующие в будущем повторные роды (в отечественной литературе – данных нет).

По нашим данным реальная частота родов в заднем виде затылочного предлежания плода в России занижена. Необходимость в абдоминальном родоразрешении при таком виде предлежания плода, как минимум, в 4,2 раза выше, чем при переднем виде затылочного предлежания, большинство из них (45,5–82,0%) составляют первородящие женщины. Основные показания для оперативного родоразрешения – слабость родовой деятельности, начавшаяся/ угрожающая гипоксия плода, которые имеют место в 2,6 и 2,4 раза чаще, чем при переднем виде затылочного предлежания соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Поскольку роды в заднем виде затылочного предлежания плода, несомненно, имеют повышенный риск абдоминального родоразрешения преимущественно у первородящих женщин, возможно, назрела необходимость пересмотреть подходы к ведению родов в заднем виде затылочного предлежания плода. Признать такие роды патологическими, разработать более четкие критерии ведения с учетом факторов риска, что в конечном итоге может способствовать улучшению прогноза для матери и плода.

ДЕТСКИЙ ХИРУРГ И ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ

Баиров В.Г., Щеголева Н.А., Комличенко Э.В., Васильев В.Е., Пьянова И.В., Данилова Т.П.

*ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова»
Федеральный специализированный перинатальный центр (ФСПЦ), Санкт-Петербург, Россия*

Цель. Определить место детского хирурга в составе пренатального консилиума в условиях специализированного перинатального центра.

Материалы и методы. С 01.11.2010 г. по 30.06.13 г. в ФСПЦ обследованы 3670 беременных женщин с подозрением на патологию плода, которым проведены более 5000 ультразвуковых исследований. 29 % первичных обращений в ФСПЦ приходится на срок 11–14 недель гестации, 53% первичных обращений – на 16–20 недель гестации. Всем женщинам проведено ультразвуковое исследование и при подтверждении подозрения на порок развития плода обследование проводилось совместно с детским хирургом высшей квалификации. При подтверждении хирургического заболевания плода проводился пренатальный консилиум, в состав которого входил детский хирург с правом решающего голоса. Для беременных из отдаленных регионов проводились заочные консультации по представленным медицинским документам.

Заключение. Детский хирург в составе пренатального консилиума определяет возможность оперативной коррекции выявленной патологии, прогноз для жизни и здоровья ребенка, место проведения родовспоможения. Только в условиях специализированного перинатального центра пренатальный консилиум позволяет применить оптимальную тактику ведения беременности и родов, что дает возможность оказать своевременную высококвалифицированную хирургическую помощь новорожденным с пороками развития.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ

*Баиров В.Г., Щеголева Н.А., Васильев В.Е., Пьянова И.В., Парфен Е.В.,
Уколов Д.В., Хадонов С.О., Данилова Т.П.*

*ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»,
Федеральный специализированный перинатальный центр (ФСПЦ), Санкт-Петербург, Россия*

Цель. определить тактику хирургической помощи новорожденным с пороками развития легких с учетом результатов ультразвукового исследования плода.

Материалы. С 1.XI.2010 г. по 1.VIII.2013 г. в 28 случаях внутриутробно выявлен порок развития легкого. Родоразрешение всех 28 женщин проведено в Федеральном специализированном перинатальном центре.

Всем родившимся детям проведена лучевая диагностика, включающая рентгенографию органов грудной клетки и компьютерную томографию с контрастированием. В 27 случаях диагноз подтвержден. Кистоаденоматозная трансформация легких – 14 случаев, секвестрация легкого – 10 случаев, лобарная эмфизема – 2 случая, солитарная киста легкого – 1. Все дети оперированы: 21 ребенок – в возрасте до 3 месяцев, 4 детей от 3 до 6 месяцев, 2 детей – старше 6 месяцев. Послеоперационных осложнений не было, дети выписаны домой на 11–14 суток после операции.

Заключение. антенатальная лучевая диагностика пороков развития легких позволяет провести пренатальный консилиум, направить беременных женщин в специализированный перинатальный центр для родоразрешения, постнатального подтверждения диагноза и проведения хирургической коррекции. Ультразвуковое исследование плода, проведенное после 36 недели гестации, требует от врача значительного опыта для правильного трактования клинического случая. В связи с этим, во всех сложных для диагностики случаях, ребенок должен быть обследован после рождения (проведение компьютерной томографии с контрастированием).

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Баиров В.Г., Амидхонова С.А., Щеголева Н.А., Уколов Д.В.

*ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»
Федеральный специализированный перинатальный центр (ФСПЦ), Санкт-Петербург, Россия.*

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения новорожденных с тонкокишечной непроходимостью, используя дифференцированный подход к созданию анастомозов.

Материалы. 74 новорожденных с тонкокишечной непроходимостью с 2000 г. по 2012 г. (ДГБ № 1 и ФСПЦ г. Санкт-Петербург). 59 детей с атрезией тонкой кишки, из них 35 детей – атрезия на уровне подвздошной кишки, 8 детей – локальный заворот тонкой кишки, 4 детей – меконияльная непроходимость, 3 детей – лимфангиома брыжейки. У 32 детей (43%) анастомоз на уровне тощей кишки, у 42 детей (57%) анастомоз на уровне подвздошной кишки.

Результаты. При создании анастомоза на уровне тощей кишки наибольшее число осложнений наблюдалось при создании анастомоза по типу конец в конец, в 2 раза больше, чем при создании Т-образного анастомоза. При создании анастомоза на уровне подвздошной кишки не выявлено значимого отличия в результатах в зависимости от способа создания анастомоза.

Выводы. При создании анастомоза на уровне подвздошной кишки предпочтительнее создание анастомоза по типу конец в конец. При создании анастомоза на уровне тощей кишки предпочтительнее создавать Т-образный анастомоз.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРИФОЛЛИТРОПИНА АЛЬФА ДЛЯ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПРОТОКОЛАХ С АНТАГОНИСТАМИ ГнРГ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ

Барбанова Л.В., Рулев М.В., Скотти О.С.

ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Основной причиной отказа от лечения бесплодия методом ЭКО/ИКСИ является физическая и психологическая нагрузка на пациента. Ежедневные многочисленные инъекции ухудшают качество жизни женщин.

Цель работы состояла в изучении эффективности применения однократной инъекции корифоллитропина альфа для контролируемой овариальной стимуляции (КОС) в циклах ЭКО/ИКСИ.

Материалы и методы. В исследование было включено 25 женщин в возрасте от 25 до 36 лет. Средний вес женщин составил 67,75 кг. Всем пациенткам была проведена КОС с применением однократной инъекции 150 мкг корифоллитропина альфа и антагонистов ГнРГ. Критерием включения было женское бесплодие, связанное с мужским фактором.

Результаты. У 12 женщин (48%) стимуляции начали на 3 день менструального цикла, у 13 (52%) – на второй день цикла. Дополнительные инъекции рФСГ были назначены 15 женщинам (60%). Трансвагинальная пункция (ТВП) фолликулов выполнена на 12 день цикла у 16 женщин (64%), на 13 день цикла у 9 женщин (36%). Во время ТВП фолликулов было получено в среднем $11,6 \pm 9,1$ ооцитов II метафазы. Все ооциты были оплодотворены методом ИКСИ. Общее число полученных эмбрионов 3 дня составило $8,8 \pm 6,4$. Всем пациенткам выполнен перенос 2 эмбрионов. В результате лечения наступило 10 (40%) прогрессирующих беременностей, из них двойней – 4 (40%).

Выводы. Применение корифоллитропина альфа позволяет сохранить высокую эффективность контролируемой овариальной стимуляции и значительно уменьшает количество ежедневных инъекций, что делает программу ЭКО/ИКСИ более простой и дружелюбной для пациенток.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Косенкова Е.Г.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Целью данного исследования явилось изучение катамнеза детей с очень и экстремально низкой массой тела при рождении.

Материал и методы. Проведены катамнестические исследования 50 новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ), находившихся на лечении в педиатрическом отделении для недоношенных детей Витебской детской областной клинической больницы (ВДОКБ) в 2009–2011 годах.

Результаты и их обсуждение. У 9 из 50 детей с ОНМТ и ЭНМТ (18%) выявлены тяжелые органические поражения центральной нервной системы и органа слуха, то есть эти дети на сегодняшний день являются инвали-

дами. Основной патологией в структуре инвалидности является ДЦП – 6 детей (12%), вследствие перенесенных в неонатальном периоде внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) и перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ). В трехлетнем возрасте на учете невролога, наряду с детьми-инвалидами, состоит 17 детей исследуемой группы (52%). У каждого третьего ребенка отмечены низкие показатели нервно-психического и физического развития. К 1 году фактической жизни показатели массы тела, длины и окружности головы находятся в категориях «низких» и «очень низких» уровней при оценке сигмальным методом. Средние параметры физических показателей в группе обследованных детей находятся в пределах от -2 до -3 δ . Не имеют отклонений в неврологическом статусе или сняты с учета невролога в возрасте до трех лет 24 ребенка (48%).

Выводы. Рост детской инвалидности по выхоженным недоношенным детям с ОНМТ и ЭНМТ (41,5%) диктует необходимость комплексного подхода к проблеме диагностики и ранней коррекционной помощи с опорой на медико-психолого-педагогическую работу с проблемным ребенком.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ

Батракова Т.В., Ветров В.В., Иванов Д.О., Васильев В.Е., Бараташвили Г.Г., Пугина Н.А.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В Санкт-Петербурге при ведении беременных с резус-иммунизацией принята выжидательно-активная тактика, при которой проводится динамическое наблюдение за беременными с определением титра антител в крови, проведением кардиотокографии, УЗИ и доплерометрии. Для подтверждения у плода признаков тяжелой гемолитической анемии в сомнительных случаях применяется кордоцентез, а затем, по показаниям, – операция переливания донорских эритроцитов внутриутробному плоду (ПДЭВП) [1, 4]. С другой стороны, согласно Приказа МЗ РФ, при резус-сенсibilизации и привычном невынашивании беременности женщинам с ранних сроков рекомендуются аферезные технологии (АТ): аппаратный плазмаферез (ПА), плазмообмен (ПО), иммуносорбция (ИС), каскадная плазмофильтрация (КПФ) с последующим введением иммуноглобулина [5].

Цель исследования. Провести анализ исходов гестации для плода при различной тактике ведения беременных с резус-иммунизацией.

Материалы и методы. В 2011–2013 гг. в Перинатальном Центре амбулаторно и стационарно наблюдались 54 беременных с резус-иммунизацией в трех вариантах ведения.

25 женщин (1-я группа) активно наблюдались с последующим проведением после диагностического кордоцентеза операции ПДЭВП (врач Кувшинова Л.А.), которое в двух случаях после первого этапа (кордоцентез) было отменено из-за возникших осложнений и потребности срочного оперативного родоразрешения женщин. ПДЭВП проводилось от одного до четырех раз, в среднем на одну пациентку – 1,9 раз. Согласно Протоколам операций, различные осложнения (тромбоз иглы, брадикардия у плода, кровотечение из сосуда) при процедуре имели место в 30,4% случаев.

Во 2-ю группу были включены 20 женщин, которым при беременности проводилось только наблюдение без кордоцентеза, ПДЭВП и АТ.

При ведении остальных пациенток ($n = 9$, 3-я группа) применялись наблюдение в сочетании с курсами из 3-5 процедур различных методик АТ в виде среднеобъемного ПА (5 женщин), ПО на 5% раствор альбумина (две). ПО на криосорбированную (очищенную) аутоплазму (две). Причем, данная терапия больным назначалась в 23–34 недели беременности не по поводу резус-иммунизации, а из-за соматической или акушерской патологии (АФС, тромбофилия, истмико-цервикальная недостаточность, гепатоз, синдром ЗВУР и пр.). Осложнений при проведении АТ для матери и плода не было.

В целом у 54 беременной средний возраст составил 31,5 лет, первобеременных было лишь три (5,9%) женщины. У остальных пациенток были искусственные или самопроизвольные аборт (12,5%), роды (12,5%), роды и аборт (69,1%). Причем в 8 из 54 (14,8%) случаев предыдущие роды закончились путем операции кесарево сечение (КС) по показаниям со стороны плода. По указанным тестам статистически достоверных различий у женщин трех групп не было ($p > 0,05$).

В то же время, в 1-й группе женщин достоверно чаще, чем в 2-й и 3-й группах (таблица 1), в анамнезе отмечали мертворождение. Это можно связать с тем, что пациенток подбирали в Перинатальный центр из других регионов России специально для проведения их детям операций ПДЭВП.

Частота соматической патологии, осложнений при настоящей беременности (гестоз, многоводие и пр.) в 1-й и в 3-й группах практически не отличалась, но была в этих группах достоверно чаще, чем во 2-й группе женщин ($p < 0,05$). Средние сроки беременности в день родов во 2-й и в 3-й группах соответствовали доношенному сроку, практически не отличались ($p > 0,05$) и были достоверно выше, чем в 1-й группе ($p < 0,001$).

Таблица 1

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У ПАЦИЕНТОК С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Показатель	1-я группа (n = 25)	2-я группа (n = 20)	3-я группа (n = 9)
Мертворождение в анамнезе, %	32,0 ± 9,3%	5,0 ± 4,9%*	0,0 ± 0,0%**
Соматическая патология в анамнезе, %	76,0 ± 8,5%	25,0 ± 9,7%*	66,7 ± 15,7%
Осложнения настоящей беременности, %	76,0 ± 8,5%	35,0 ± 10,7%*	66,7 ± 15,7%
Титры впервые выявленных антител			
Средний титр к родам	157,5 ± 12,9 2995,5 ± 390,8	162,4 ± 15,1** 1387,8 ± 205,9	151,2 ± 28,3** 1312,4 ± 431,0
Средний срок беременности к родам, нед	31,2 ± 0,5	37,0 ± 0,7*	37,6 ± 0,6*
Преждевременные роды, %	80,0 ± 8,0%	30,0 ± 10,2%*	22,2 ± 13,8%**
Кесарево сечение (экстренное)	76,0 ± 8,5%	45,0 ± 11,1%*	11,1 ± 10,4%**
Аntenатальная гибель плода	4 (16,0%)	—	—
Оценка плода по Апгар 6/7 баллов и ниже	42,9 ± 10,8%	25,0 ± 9,7%	0,0 ± 0,0%**
Средняя масса плода, грамм	2190 ± 61,1	3150 ± 73,8*	2750 ± 67,3**
Заменное переливание крови, случаи в %	71,4 ± 9,9%	25,0 ± 9,7%*	11,1 ± 10,4%**
Лечение в реанимации, случаи в %	33,3 ± 10,3%	25,0 ± 9,7%	11,1 ± 10,1%

Примечания: 1/* (2-я группа) и ** (3-я группа) – достоверная разница с показателем у пациенток из 1-й группы.

Частота преждевременных родов в 1-й, 2-й и в 3-й группах составила соответственно $80,0 \pm 8,0\%$, $30,0 \pm 10,2\%$ ($p < 0,001$) и $22,2 \pm 13,8\%$ ($p < 0,001$), то есть, была высоко достоверно выше в группе женщин, получавших ПДЭВП.

Титр резус-антител, выявленных впервые при беременности, во всех трех группах был практически одинаковым ($p > 0,05$), но с прогрессированием беременности постепенно увеличивался. При этом была закономерность – после проведения курса АТ титр или стабилизировался, или снижался на 1–2 порядка. После процедур кордоцентеза, ПДЭВП титр антител в крови, как правило, повышался на 1–2 порядка, нередко достигая критических цифр (1 : 4096–1 : 8192). В среднем к родам уровень антител в 1-й группе был выше, чем 2-й и в 3-й группах соответственно в 2,2 и в 2,3 раза ($p < 0,001$). Следует также отметить, что 3-й группе перед родами средние титры резус-антител в крови беременных были ниже, чем во 2-й группе ($p > 0,05$) и сравнительно высокими. Это было связано с тем, что процедуры АТ больным проводили в сроки 23–34 недели, а потом антитела в крови вновь возрастали. В подобных случаях, при повышении уровня антител в крови, после основного курса лечения, следует проводить повторные, поддерживающие сеансы ЭТ [2]. В наших наблюдениях этого не было, так как, подчеркнем еще раз, методы детоксикации назначались больным по поводу другой патологии.

Частота операции КС в 1-й и во 2-й группах была соответственно в 6,9 и в 4,0 раза чаще, чем у больных из 3-й группы. При этом в экстренном порядке КС было выполнено в 1-й группе у 14 из 25 женщин ($56,0 \pm 9,9\%$), во 2-й группе реже – у 4 из 20 женщин ($20,0 \pm 8,9\%$; $p < 0,01$), в 3-й группе еще реже – у 1 из 9 женщин ($11,1 \pm 10,4\%$; $p < 0,01$). В последнем случае экстренное оперативное родоразрешение потребовалось у женщины с синдромом ЗВУР плода 3-й степени.

Аntenатально погибли 4 плода и все они были из 1-й группы (16,0%) женщин. Низкая оценка плода по шкале Апгар (2/3–6/7 баллов) при рождении у родившихся живыми 19 детей в 1-й группе была почти в каждом втором случае (42,9%), во 2-й группе – в каждом четвертом случае (25,0%), а в 3-й группе, несмотря на тяжелую сопутствующую соматическую и акушерскую патологию, не встречалась ни разу.

Средняя масса плода при рождении в 1-й, 2-й и в 3-й группах составила соответственно $2170 \pm 61,1$ гр., $3150 \pm 75,8$ гр. и $2750 \pm 67,3$ гр. ($p < 0,001$). То есть, по сравнению с показателем в 1-й группе, была высоко достоверно выше во 2-й и в 3-й группах. При практически одинаковых сроках беременности при родах, более высокую среднюю массу плода у детей во 2-й группе, по сравнению с 3-й группой ($p < 0,001$), можно объяснить наличием у детей токсического отека. Из литературы известны детоксикационный и противоотечный эффекты методов ЭТ для системы мать–плацента–плод [6,8].

По поводу тяжелой гемолитической болезни новорожденным из 1-й группы женщин проводили по 1–4 заменных переливания крови (ЗПК) в 71,4% случаев, что было соответственно в 2,9 и в 5,7 раза и достоверно чаще, чем у детей пациенток 2-й (1–3 ЗПК) и 3-й групп (1 ЗПК).

Реанимационные мероприятия потребовались 33,3% новорожденных от матерей из 1-й группы, что было соответственно в 1,3 и 3,0 раза чаще, чем у детей от матерей 2-й и 3-й групп.

Обсуждение полученных результатов. Таким образом, анализ исходов гестации для плода при различных подходах к ведению беременных с резус-иммунизацией показал, что наиболее благоприятные результаты были получены у пациенток, получавших АТ. Еще раз отметим, что эти процедуры женщины получали из-за наличия сопутствующей соматической и/или акушерской патологии, а резус-иммунизация считалась сопутствующим, не основным заболеванием.

Складывается впечатление, что крайне неблагоприятные результаты для плода в 1-й группе женщин нередко были обусловлены именно процедурой ПДЭВП, после которой плод или погибал в ближайшие дни, или состояние его сразу, в отдаленном периоде прогрессивно ухудшалось с потребностью срочного оперативного родоразрешения.

Именно такие результаты приводят и другие авторы, которые отвергают применение АТ беременным и придерживаются выжидательно-активной тактики, считая ПДЭВП основным методом лечения при гемолитической болезни (анемии) плода [3].

Наиболее оптимальным при ведении резус-иммунизированных беременных является по возможности раннее назначение АТ, их последовательное применение с переходом к ПДЭВП лишь при появлении показаний к этой опасной операции. Такая тактика соответствует современным установкам американских специалистов по АТ [7]. Как показывает наш прежний опыт, при раннем и последовательном проведении даже простого малообъемного ПА необходимости в кордоцентезе и ПДЭВП, как правило, не возникает при редкой потребности в ЗПК новорожденному [2].

Выводы.

1. Выжидательно-активная тактика ведения беременных с резус-иммунизацией опасна и нередко сопровождается неблагоприятными исходами для плода по сравнению с просто выжидательной тактикой.

2. Применение беременным безопасных АТ позволяет добиться наиболее оптимальных результатов для плода, экономит государству громадные средства по причине снижения заболеваемости и смертности новорожденных от ГБ.

3. При сочетании у беременных резус-иммунизации и соматическо-акушерской патологии со страданием систем естественной детоксикации организма беременной назначение АТ показано вдвойне.

Литература

1. Айламазян Э.К. (ред). Акушерство. Национальное руководство. – М., 2009. – 1200 Сс.
2. Ветров В.В. Эфферентная терапия и аутодонорство в акушерском стационаре. – СПб., 2008. – 164 с.
3. Коноляников А.Г., Хватова А.И., Феоктистова М.В., Найденова И.Е. Внутривенное переливание крови и перинатальные исходы при резус-конфликтной беременности / Мат. 35 ежегодного конгресса международного общества по изучению патофизиологии беременности и организации гестоза. Тезисы. – М., 2004. – С. 97.
4. Михайлов А.В. Гемолитическая болезнь плода. В кн.: Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство (ред. А.Е.Волков). –Ростов-на-Дону, 2006. – 488 с.
5. Приложение к письму Министерства здравоохранения и соцразвития РФ от 01.02.2011 № 26-3/1012-92.
6. Федорова Т.А., Рогачевский О.В. Плазмаферез при гестозах беременных. В кн.: Клиническое применение экстракорпоральных методов лечения / Под ред. проф. Н.Н. Калинина. – М., 2006. 0150С.23-24.
7. Am. Society for Apheresis // J. of Clinical apheresis. – 25:83-177(2010).
8. Shah A.K., Tselis A., Mason B. Acute disseminated encephalomyelitis in a pregnant woman successfully treated with plasmapheresis // J Neurol Scien 2000; Vol 174: p.147–151.

СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Беженарь В.Ф., Байлюк Е.Н., Цицкарава Д.З.

ФГБУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта СЗО РАМН. Отделение оперативной гинекологии

Цель работы. Разработать подходы к хирургической коррекции инфильтративного эндометриоза у пациенток репродуктивного возраста с болевым

Материал и методы. Обследовано 97 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст $31,3 \pm 3,1$), с гистологически верифицированным инфильтративным эндометриозом. Степень тяжести эндометриоза оценивали по шкале AFS-R, средний балл AFS-R составил $61,90 \pm 2,7$. У 70 пациенток (73%) отмечался синдром хронически тазовых болей, 26 (27%) больных предъявляли жалобы на диспареунию. Количественная оценка болевого синдрома проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) перед операцией, на 5-е сутки после операционного периода и спустя 2 месяца после хирургического лечения. Средняя оценка боли до операции в группе составила $6,7 \pm 0,5$ баллов. Качественная оценка боли выполнена по опроснику Мак Гилла в те же сроки. При выполнении оперативного вмешательства иссечение очагов эндометриоза выполнялось в 97 (100%) случаях. Диссекция ректо-вагинальной перегородки с иссечением позадишеечного эндометриоидного инфильтрата выполнена в 33 (34,4%) случаях. При этом с поверхности ректо-сигмоидного отдела кишечника методикой «shaving» инфильтрат удалялся в 18 (19,1%) случаях. В 2(1,8%) случаях выполнялась лапароскопическая аппаратная циркулярная резекция прямой кишки с наложением анастомоза конец-в-конец.

В контрольную группу больных вошли 20 пациенток с инфильтративным эндометриозом (средний возраст $32 \pm 0,3$, средняя оценка боли по ВАШ $7,1 \pm 0,4$) у которых в связи с распространенностью НГЭ одноэтапного иссечения эндометриоидных инфильтратов не производилось ввиду высокого риска ранения полых органов, обуслов-

ленного глубиной инвазии эндометриоза. В этих случаях проводилась неoadъювантная терапия агонистами Гн-Рг с последующим вторым этапом хирургического лечения.

Результаты. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациенток основной группы показал уменьшение болевого синдрома на 5-е сутки после операции в 22 (22,7%) случаях. Полное исчезновение болей выявлено у 48 (50,3%) больных. Через 2 месяца после оперативного вмешательства достоверных различий в показателях интенсивности пациент сравнении с ранним после операционным периодом не выявлено.

У пациенток контрольной группы спустя 5 суток после операции боли уменьшились только у 2 (10%) больных, полного исчезновения болей не отмечено ни у одной пациентки.

Заключение. Таким образом, в комплексном лечении инфильтративного эндометриоза полное исчезновение болевого синдрома возможно только при максимально радикальном иссечении эндометриoidных инфильтратов в процессе хирургической коррекции. Важным этапом профилактики рецидивов заболевания является индивидуализированный подбор послеоперационной гормональной терапии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОМОНТОПЕКСИЯ: ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Беженарь В.Ф., Русина Е.И., Гусева Е.С.

ФГБУ НИИ АГ им. Д.О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы. Провести проспективный анализ анатомических и функциональных результатов операции лапароскопической mesh-промонтопексии, интра-и послеоперационных осложнений, а также провести оценку качества жизни пациенток до операции и через 6–12–24 месяца после операции.

Материал и методы. С 2005 по 2013 гг. прооперировано 112 женщин с пролапсом тазовых органов (ПТО) II-IV стадии. Операция лапароскопической промонтопексии выполнялась по стандартной методике (Wattiez A., 1997) с использованием импланта Gynemesh Soft. Среднее время наблюдения составило $4,5 \pm 2,2$ года. В течение 8 лет проводилось проспективное наблюдение за пациентками с оценкой ранних и поздних осложнений, анатомических и функциональных результатов. Степень пролапса оценивалась по системе POP-Q (ICS, 1996), предоперационная подготовка включала клинико-лабораторное обследование, УЗИ уретро-везикального сегмента мочевого пузыря (3-D), рентгенологические методы – эвакуаторная проктография, КУДИ для диагностики типа недержания мочи. Проводилась оценка качества жизни до и после операции с использованием вопросников (PFIQ-7, PEDI-20). В 31 случае (28%) выполнялась вагинопексия, в 70 случаях (62%) цервикопексия, в 11 случаях (10%) гистеропексия. В 73 случаях (65%) выполнена субтотальная гистерэктомия, в 18 случаях (16%) тотальная гистерэктомия, у 21 женщины (19%) матка отсутствовала (была удалена ранее). У 18 пациенток (16%) операция выполнялась в связи с рецидивом ПТО после предшествующей пластической операции влагалищным доступом. Из 112 женщин одновременно проведена коррекция недержания мочи у 42 пациенток (37,5%): субуретральный слинг TVT-Obturator установлен 33 пациенткам, TVT-Ajust 1 пациентке, TVT-Secur 5 пациенткам, TVT-Abbrevio – 3. У 4 женщин (3,6%) проведена паравагинальная mesh-репарация. Иссечение эндометриoidных инфильтратов крестцово-маточных связок, стенки влагалища выполнено в 6 случаях (5,4%).

Результаты. Среднее время операции составило 160 (± 20) минут. Интраоперационно ранение прямой кишки произошло у 2 женщин (1,8%). Эрозия стенки влагалища с пролабированием импланта возникла в 4 случаях (3,6%). Рецидив пролапса через 3 месяца возник только в 1 случае (0,9%). Прикультевая гематома была выявлена у 3 пациенток (2,7%). Недержание мочи DeNovo возникло в 2 случаях (1,8%). Тонкокишечная непроходимость возникла у 1 пациентки (0,9%) на 15-е сутки после операции. Тромбофлебит вен левой голени на 11 сутки у 1 пациентки (0,9%). Жалобы на хронические запоры в послеоперационном периоде предъявляли 65% прооперированных женщин. При оценке качества жизни до операции, согласно вопроснику PFIQ-7, среднее количество баллов уменьшилось с 210 ± 30 до 30 ± 10 через 6 месяцев после операции, и до $0 + 10$ баллов через 1 год после операции ($p < 0,0001$). Согласно PEDI-20, количество баллов уменьшилось с 180 ± 30 до 40 ± 10 через 6 месяцев после операции, и до $0 + 20$ баллов через 1 год после операции ($p < 0,0001$).

Обсуждение. Анатомический успех операции составил 99,1%. Интраоперационных осложнений минимальное количество, что делает операцию максимально безопасной. Все случаи эрозии стенки влагалища после операции возникли в местах интраоперационного иссечения эндометриoidных очагов, проведено 1-кратное иссечение эрозий с последующей эпителизацией. С целью профилактики хронической констипации пациенткам рекомендовалась диетотерапия, курс физических упражнений по специальной методике, массаж, регулярный прием слабительных. Через 6–8 месяцев при соблюдении всех рекомендаций синдром купировался полностью.

Заключение. Подтверждена безопасность и эффективность методики, отмечалось достоверное ($p < 0,0001$) улучшение качества жизни после операции, что позволяет оценить лапароскопическую промонтопексию как наиболее эффективную и перспективную методику в коррекции генитального пролапса, позволяющую достичь максимальной удовлетворенности пациенток результатом лечения.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Бирюкова Т.В., Гриценко В.А., Воропаева И.Н., Бею Т.Р., Ибрагимова Н.В.

*ГБУЗ Оренбургский клинический перинатальный центр, г. Оренбург, Россия
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, г. Оренбург, Россия*

Цель работы. Анализ региональных особенностей динамики, клиники и микробиологии неонатальной пневмонии (НП) как варианта инфекционно-воспалительной патологии (ИВП) у новорожденных г. Оренбурга.

Материалы и методы исследования. За период 2002-2012 гг. в ГБУЗ «ОКПЦ» г. Оренбурга (главный врач – к.м.н. А.А. Грудкин) родилось 39116 детей. Проведено комплексное клиничко-параклиническое обследование детей с НП и проанализированы анамнестические данные их матерей.

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период зарегистрирован уровень НП 8,4% от числа живорожденных детей. Среди больных НП преобладали мальчики над девочками (1,5:1), недоношенные новорожденные над доношенными (2,6 : 1). Дети с экстремально низкой массой тела составили 13,5%. У 70% новорожденных проводилась аппаратная ИВЛ (в среднем 109 часов). Продолжительность лечения в отделении реанимации – 12 койко-дней. Результаты микробиологического исследования детей с НП свидетельствовали о доминировании в структуре выделяемой микрофлоры коагулазоотрицательных стафилококков (66,3–76,2%), которые обладали выраженным патогенно-персистентным потенциалом. Составлен региональный регистр антибиотикорезистентности возбудителей НП.

Заключение: изложенные результаты, клиничко-микробиологического мониторинга, отражающие региональные особенности эпидемиологии, нозологии и микробиологии НП, как наиболее тяжелой формы перинатальной инфекционно-воспалительной патологии у новорожденных, позволяют наметить пути дальнейших исследований по совершенствованию подходов к диагностике, терапии и профилактике данных заболеваний.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ

Блох М.Е., Кречмар М.В.

ФГБУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта СЗО РАМН (Санкт-Петербург)

Целью медико-генетического консультирования при вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ) является оказание помощи семье в принятии решений при выборе методов ВРТ и оценки необходимости назначения предимплантационной диагностики, ее объемов, а также планирования программы пренатальных исследований плода, для снижения вероятности или исключения конкретных наследственных патологий и врожденных пороков развития.

Для максимальной эффективности процесса медико-генетического консультирования требует от врача проявления коммуникативной компетентности, выражающейся в демонстрации эмпатии, понимания, сопереживания, учета сомнений и переживаний членов семьи, особенно в ситуации такого значимого репродуктивного выбора. При проведении медико-генетического консультирования при ВРТ необходим избирательный подход к каждому сопричастному к рождению ребенка. Заключение и рекомендации по результатам обследования будут разными для супругов, если используется их половые клетки, и для доноров. Также необходимо дифференцировать требования в следующих двух группах консультирующихся.

Первая группа включает лиц, чей генетический материал используется: мужчины, женщины-доноры и женщины, использующие при ЭКО собственную яйцеклетку.

Вторая группа состоит из женщин, вынашивающих генетически чужеродного плода (реципиентки донорских эмбрионов и суррогатные матери). В этой группе наибольшее значение будут иметь факторы, действующие на плод весь период его внутриутробного развития. Во всех случаях предварительное медико-генетическое консультирование проводится на этапе планирования ВРТ и после наступления беременности.

В практике применения ВРТ сбор генеалогических данных проводится стандартно, с учетом сведений не менее чем в трех поколениях. Отмечаются все заболевания родственников, но особый акцент делается на репродуктивный аспект. Уточняется, были ли проблемы с деторождением у родителей, сибсов и других ближайших родственников. Профессиональные вредности, мутагенное и тератогенное воздействие исключается не только для супругов, но и для их родителей. При консультировании доноров – мужчин и женщин, учитывается наличие собственных детей,

отсутствие или наличие проблем с возникновением беременности в браке, репродуктивная история родителей доноров и сибсов.

Развитие методов ВРТ создает новые, не встречающиеся в естественных условиях ситуации: вынашивание женщиной ребенка, полностью обладающего генетически чужеродным материалом (донорский эмбрион или суррогатное материнство). Взаимодействие в системе мать-плод в такой искусственно созданной ситуации с генетической точки зрения не изучено, но представляется крайне интересным.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ПРОТОКОЛАХ ВРТ

Бобров С.А., Гренкова Ю.М., Романова М.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова.

Цель. Оценить показатели системы гемостаза в протоколах стимуляции суперовуляции у женщин с неудачами ЭКО в анамнезе.

Материал и методы исследования. Обследовано 337 женщин с тремя и более неудачными попытками ЭКО в анамнезе. Методом рандомизации пациентки были разделены на две группы: в первой группе (n = 169) проводили коррекцию нарушений гемостаза, остальные 168 женщин составили группу контроля (коррекцию гемостаза не проводили). Всем пациенткам выполнена расширенная коагулограмма на этапе подготовки к протоколу ЭКО и в его динамике: после трансвагинальной пункции фолликулов (ТВП), на 3-5-й день после переноса эмбрионов (ПЭ) и в день сдачи ХГЧ-теста.

Результаты и их обсуждение. У пациенток обеих групп среди всех показателей коагулограммы наибольшие различия были получены в концентрации D-димеров после ПЭ и в день ХГЧ-теста ($p < 0,05$). Среди женщин, получавших терапию НМГ, по сравнению с пациентками без коррекции гемостаза, признаки тромбинемии были ниже, а скорость снижения концентрации D-димеров выше ($p < 0,05$): после ПЭ – $1354 \pm 0,9$ нг/мл (в группе контроля – $1880 \pm 1,3$ нг/мл), а в день ХГЧ-теста – $920 \pm 1,1$ нг/мл (в группе контроля – $115 \pm 0,8$ нг/мл). Клинически значимая беременность наступила у 79 пациенток (46,75%) из группы с коррекцией гемостаза и только у 33 женщин (19,64%) из группы контроля.

Выводы. На фоне стимуляции суперовуляции у всех пациенток нарастают признаки тромбинемии, а наибольшая активация системы гемостаза происходит в период имплантации эмбриона. При коррекции тромбинемии у женщин с неудачами ЭКО в анамнезе вероятность наступления беременности выше.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ МИКСТИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ В АНАМНЕЗЕ

Бойко Е.Л., Кулида Л.В.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, директор – А.И. Малышкина, Иваново, Россия*

Цель исследования. Оценить эффективность использования медицинского озона в предгравидарной подготовке женщин с невынашиванием беременности ранних сроков в анамнезе и бактериальным вагинозом.

Материал и методы лечения. Проведено обследование 80 женщин с верифицированным диагнозом бактериальный вагиноз и невынашиванием беременности ранних сроков в анамнезе. Все пациентки были разделены на две группы: первую составили женщины, которым дополнительно к медикаментозной терапии была включена озонотерапия (n = 40), вторую – пациентки, которым проводилась только традиционная медикаментозная терапия (n = 40). Мы использовали системное введение медицинского озона в виде малой аутогемотерапии с концентрацией озона в озонкислородной смеси 30 мкг/мл в сочетании с вагинальными инстилляциями озонированным физиологическим раствором с концентрацией озона в растворе 9–10 мкг/мл. Курс системной терапии составили 5 процедур, проводимых через день. Курс локальной терапии составил десять ежедневных вагинальных инстилляций.

Полученные результаты. Результаты сравнительного анализа данных бактериологического исследования до и после лечения показали, что комплексное лечение с использованием озона, по сравнению с традиционным лечением, эффективнее подавляло рост условно-патогенных микроорганизмов.

Таким образом, показано использование медицинского озона в комплексном лечении бактериально-вирусной микстинфекции у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков в анамнезе.

КОМПЛЕКСНАЯ, ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

Васильев В.Е., Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Пугина Н.В., Сидоркевич С.В., Иванов Д.О., Ахмеджанова З.М., Пьянова И.В., Сентябрева М.С.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им/ В.А. Алмазова». Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. По данным литературы синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода возникает у 5–17,6% беременных. К основным причинам данной патологии относятся хронические соматические заболевания, инфекции, осложнения беременности, профвредности и пр. В любом случае патогенетически развитие синдрома ЗВУР обусловлено нарушениями кровотока в формирующейся и развивающейся плаценте. При развитии осложнения до 22 недель беременности возникает «симметричная форма» с пропорциональным уменьшением всех фетометрических показателей, встречается у 10-30% беременных с синдромом ЗВУР. Остальные случаи составляет «асимметричная» форма ЗВУР, когда при нормальных размерах головки и бедра у плода имеются отстающие размеры туловища [2,3,4,5].

В последние годы при лечении беременных с соматической, акушерской патологией широко применяются методы эфферентной (детоксикационной) терапии (ЭТ). Наиболее часто используются аферезные технологии (связаны с эксфузией из организма аутоплазмы, ее заменой на плазмозаменители, или с возвратом в организм после соответствующей обработки-очистки) и фотомодификация крови ультрафиолетовыми или лазерными лучами. При этом имеют место рео-, иммуно коррегирующий, противовоспалительный, детоксикационный эффекты, увеличение кислородонасыщения крови, нормализация гемостатического потенциала и прочие положительные влияния [1, 6, 7].

Цель исследования. Изучить исходы гестации при применении беременным со ЗВУР плода аферезных технологий в сочетании с лазерной фотомодификацией крови.

Материал и методы. Проводили избирательное лечение в 23–34 недели беременности 141 женщинам в возрасте 16-44 лет с диагностированной ЗВУР плода в симметричной (27 человек; 19,2%) и асимметричной (114; 80,8%) формах.

У всех женщины в анамнезе и при данной беременности были заболевания и осложнения (бесплодие, привычное невынашивание, пиелонефрит, преэклампсия, гепатоз и пр.), у 18 пациенток беременность наступила после ЭКО, в 17 случаях была двойня, 16 случаях имела место истмико-цервикальная недостаточность.

ЭТ проводили избирательно в двух группах женщин.

В первой группе 108 беременным со ЗВУР плода 1 степени проводили через день по три сеанса среднего объема (эксфузия в среднем 450,0 мл плазмы за сеанс) мембранного плазмафереза (апп. «Гемофеникс») в сочетании с внутрисосудистым лазерным облучением крови (ВЛОК; по 7–10 сеансов ежедневно на пп. «ШАТТЛ»). Остальные 33 женщины (вторая группа) со ЗВУР плода 2-3 степени, уже ранее лечившиеся в других стационарах (ЗВУР на фоне АФС, преэклампсии, холестатического гепатоза, тромбофилии, резус-иммунизации), получали сеансы (по 2–5, в среднем на пациентку 3,6 сеансов) аферезных технологий второго поколения: плазмообмен (ПО; апп. НАЕМОНЕТИКС PCS-2, США) на криосорбированную аутоплазму или на 5% раствор альбумина (по 5 сеансов у пяти женщин), каскадную плазмофильтрацию (КПФ; апп. ОСТО NOVA, Япония) в сочетании с 7–10 сеансами ВЛОК.

В качестве контроля лечения использовали общеклиническое, лабораторное исследования, УЗИ, КТГ, Допплерографию, которые проводили в динамике.

Результаты. Осложнений при проведении ЭТ не было, во всех случаях отмечены положительные влияния процедур на течение основных фоновых заболеваний с нормализацией показателей гомеостаза у матери, улучшением состояния внутриутробного плода (по данным кардиотокографии, доплерографии), с пролонгированием беременности на 3–15 недель с последующим родоразрешением или выпиской из стационара с наличием живого плода.

Проследить исходы гестации удалось во всех случаях. Большинство беременных (112), получавших ЭТ, после курса лечения были планово родоразрешены в Перинатальном центре при настоящей, или при последующих госпитализациях.

Всего родилось 158 детей (17 двоен; 1 – поздний выкидыш). У 125 из 141 (88,7%) пациенток роды произошли оперативным путем, в остальных случаях – через естественные родовые пути. Преждевременные роды были только во второй группе, в семи наблюдениях и только при наличии ЗВУР плода 3 степени. Из этих семи детей позднее двое погибли (у матерей –АФС) в других стационарах: один антенатально в 26 недель беременности, другой через три месяца жизни по причине глубокой недоношенности, ПОН и сепсиса. Еще у одной пациентки с тяжелым АФС, привычным невынашиванием, тромбозами крупных вен, сепсисом после предыдущих выкидышей, данная беременность закончилась поздним выкидышем в 21 неделю. В этот раз послеабортный период у пациентки в результате проведенной детоксикационной терапии протекал нормально.

Таким образом, перинатально (антенатально) погиб лишь один из 157 живорожденных и показатель перинатальной смертности составил 6,4/1000, что на порядок ниже, чем приводится в литературе при ЗВУР [3, 4].

Следует подчеркнуть, что все три случая неблагоприятных исходов гестации для плодов были у женщин с крайне отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом на фоне АФС. Этиопатогенетическая ЭТ им была начата с большим запозданием и проведена не в полном объеме.

Частота послеродовых осложнений у наблюдавшихся женщин, несмотря на множественную, нередко сочетанную и тяжелую патологию, была не чаще, чем при физиологических родах. Выписка женщин домой, как правило, с сохраненной лактацией, осуществлялась на 5-9 сутки.

Согласно научной тематике института, в настоящее время родившиеся дети наблюдаются педиатрами, в том числе и один глубоконедоношенный ребенок с тяжелой хромосомной патологией (триплоидия), не диагностированной при беременности.

Выводы.

1. Методы ЭТ у беременных с синдромом ЗВУР плода, развившемся на фоне различной патологии, безопасны и высокоэффективны.

2. В целях исключения рождения детей с тяжелой наследственной патологией, ЭТ при синдроме ЗВУР плода следует проводить только при исключении несовместимых с жизнью генетических заболеваний у плода

Литература

1. *Ветров В.В., Воинов В.А., Иванов Д.О.* Неосложненная преэклампсия. – СПб., 2012. – 168 с.
2. *Гагаев Ч.Г., Отарян К.К., Лебедева М.Г.* Гестограмма по Данну с учетом половой принадлежности плода // Ультразвуковая и функциональная диагностика – 2002. – № 2. – С. 150–151.
3. *Наумчик Б.И.* Дифференцированный подход к диагностике, лечению и акушерской тактике у беременных с СЗРП: ближайшие и отдаленные результаты // Автореф. дис ... канд.мед. наук. – М., 2001.
4. *Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Клименко П.А. и др.* Особенности гемодинамики в системе мать-плацента-плод в ранние сроки беременности в прогнозе внутриутробной задержки роста плода // Вопр. гинек. акуш. и перинатол., 2002. – № 1 (2). – С. 61–66.
5. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Игнатко И.В.* Физиология и патология плода – М.: Медицина, 2004. – 356 с.
6. *Чайка В.К., Черных С.В., Демина Т.Н.* Опыт организации и результаты применения экстракорпоральных методов гемокоррекции в акушерской клинике // Медико-социальные проблемы семьи. – 2004. – Т. 9, № 1. – С. 9–17.
7. *Schwartz M.L.* Possible role for exchange plasmapheresis with fresh frozen plasma or maternal indications in selected cases of pre-eclampsia and eclampsia // *Obstet. Gynecol.* – 1986. – Vol. 67. – P. 136–139.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛИОБЛАСТОВ ГЕРМИНАТИВНОГО МАТРИКСА У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ И ГИДРОЦЕФАЛИИ

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

*ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново*

Цель работы. Изучить ультраструктурные особенности глиобластов вентрикулярной герминативной зоны у плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела при вентрикуломегалии и внутриутробно приобретенной поствоспалительной гидроцефалии.

Материал и методы исследования. Трансмиссионная электронная микроскопия образцов герминативного матрикса, взятых в проекции передних, задних рогов и тел боковых желудочков на конвексительную поверхность полушарий большого мозга у погибших плодов и новорожденных гестационного возраста 22–27 недель с вентрикуломегалией (5) и гидроцефалией, сформировавшейся на фоне внутриутробной инфекции (5). Группа сравнения – плоды и новорожденные без визуальных и морфометрических изменений в вентрикулярной системе (5).

Результаты и обсуждение. Установлено, что глиобласты герминативного матрикса группы сравнения содержат митохондрии, элементов гранулярного эндоплазматического ретикулума. Вокруг клеточных тел – профили дендритных отростков. При вентрикуломегалии компенсаторно увеличиваются число и объем митохондрий ($p < 0,05$), количество профилей дендритных отростков ($p < 0,05$). Внутренняя гидроцефалия характеризуется агранулярным эндоплазматическим ретикулумом, существенным сокращением митохондриального аппарата ($p < 0,05$), фрагментацией части ядер и дендритных отростков глиобластов, обуславливающих глубокую незрелость ЦНС новорожденных при указанной патологии.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Васильева Т.П., Малышкина А.И., Бойко Е.Л., Филькина Е.В., Тихонов М.Ю.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова»
Минздрава России, г. Иваново, Россия*

Целью исследования явилось научное обоснование и разработка организационно-функциональной модели медицинской реабилитации репродуктивной функции семьи в условиях регионализации медицинской помощи.

Материал и методы. Методологической основой исследования явился системный подход к семье как совокупности элементов (членов семьи) и связей между ними, развивающихся под влиянием внешних и внутренних факторов. Сбор информации проведен с использованием авторских методик определения потенциала семьи как пациента (400 семей репродуктивного возраста с нарушением репродуктивной функции) и экспертизы качества организации медицинской реабилитации по свойствам (400 случаев).

Результаты. Установленное снижение потенциала семьи с нарушенной репродуктивной функцией за счет неравнозначного снижения оценок его компонентов и его факторная обусловленность составили основу разработанной организационно-функциональной модели медицинской реабилитации репродуктивной функции семьи в условиях регионализации помощи. По итогам апробации технологии, включающей алгоритм взаимодействия врача акушера-гинеколога со специалистами, профиль которых соответствует имеющемуся соматическому фактору риска нарушения репродуктивного здоровья в супружеской паре, комплекс диагностических, лечебных (медикаментозных и немедикаментозных) и социально-психологических мероприятий, системы очно-заочного информирования достигнута медико-социальная эффективность, что доказывает перспективность внедрения семейно-ориентированной технологии медицинской реабилитации репродуктивной функции в семье.

НОВАЯ МЕТОДИКА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АНТИБИОТИКОМ ПРИ БЕЗАППАРАТНОМ МЕМБРАННОМ ПЛАЗМАФЕРЕЗЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ГСО) У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ

Ветров В.В., Ахмеджанова З.М.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Сепсис является одной из причин материнской смертности и поэтому профилактика этого осложнения является востребованной. В последние годы, с целью оптимизации антибиотикотерапии, для уменьшения курсовых доз этих лекарств, появились сообщения об использовании экстракорпоральной фармакотерапии антибиотиком (ЭКФТА) антибиотиком (другое название – экстракорпорально направленная антибиотикотерапия) [3]. Данную методику обычно применяют при центрифужном плазмаферезе (ЦПА), при котором эксфузированная в стерильную емкость кровь в количестве около 500 мл центрифугируется, разделяется на форменные элементы и плазму. Плазма удаляется, замещается для большой изотоническим раствором натрия хлорида или коллоидными плазмозаменителями в общем объеме на 20-50% больше объема эксфузии. В мешок с форменными элементами крови вводят 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида, разовую дозу антибиотика с 1 мл АТФ. После 20-минутной инкубации с периодическим перемешиванием взвеси в мешке последнюю возвращают в сосудистое русло пациентки. Насыщение клеток крови лекарством обеспечивает более целенаправленное поступление антибиотика в очаги инфекции и предотвращает развитие тяжелых форм гнойно-септических осложнений (ГСО) у родильниц [1].

В последние годы появились сообщения об использовании безаппаратного мембранного плазмафереза (БМПА) в акушерской практике, в частности, при холестатическом гепатозе. Отличие этого метода от ЦПА в том, что разделение плазмы исключает этап центрифугирования эксфузированной крови, так как последняя разделяется на форменные элементы и плазму при прохождении крови самотеком через плазмодифильтр (ЗАО «Плазмодифильтр», Санкт-Петербург) под действием силы тяжести [2].

Цель исследования. Разработать методику ЭКФТА у родильниц при начальных формах ГСО при применении БМПА.

Материалы и методы исследования. Под ашим наблюдением находилось 26 родильниц (средний возраст – 29,3 года), родоразрешенных путем операции кесарево сечение (КС). У всех женщин были начальные признаки послеродовой инфекции в виде лохиометры и субинволюции матки, по поводу чего родильницам проводилось традиционное противовоспалительное лечение (терапевтические дозы аугментина, инфузионные, сокращающие, противовоспалительные и др.). У 15 родильниц (основная группа) в курс лечения включали сеансы БМПА с ЭКФТА. Остальные 11 женщин составили контрольную группу.

Данные анамнеза, течение беременности, родов у пациенток пациентки были практически идентичными.

Перед процедурой БМПА родильницам внутривенно вводили 400 мл изотонического раствора натрия хлорида. Собирали систему для БМПА, заполняя ее изотоническим раствором натрия хлорида и раствором натрия цитрата. Затем из кубитальной вены пациентки эксфузировали 500 мл крови в градуированную стерильную емкость (входит в систему для БМПА). После этого мешок в кровью закрепляли на стойке для инфузий и выполняли мембранный плазмаферез, пропуская эту кровь (400 мл) через плазмофильтр «ПФМ-500». При этом происходило разделение крови на плазму и форменные элементы крови. Плазма собиралась в отдельную емкость, утилизировалась. Форменные элементы через систему поступали в сосудистое русло родильницы. В оставшиеся в мешке 100 мл крови в асептических условиях вводили разовую дозу антибиотика (обычно 1,2 гр. Аугментина) и 1 мл раствора АТФ. В течение 20 минут инкубировали фармпрепарат в крови, которую периодически перемешивали. Во время инкубации пациентке внутривенно медленно вводили 150-200 мл изотонического раствора натрия хлорида, а затем возвращали в сосудистое русло пациентки кровь с антибиотиком. Процедуры БМПА с ЭКФТА проводили в течение 50–60 минут, ежедневно в количестве двух сеансов. Осложнений не отмечали.

Результаты и их обсуждение. В результате лечения с применением БМПА с ЭКФТА у пациенток основной группы отмечали быстрое купирование симптомов эндотоксикоза и воспаления, улучшение клинико-биохимических анализов крови и мочи, хорошую инволюцию матки и опорожнение ее от содержимого, что подтверждалось данными УЗИ. В контрольной группе клинический эффект отмечали позднее на 3-4 дня: в анализах крови длительно сохранялись анемия, воспалительные изменения (лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг формулы влево, повышенное СОЭ). Регистрации тяжелых форм ГСО в виде эндометрита у пациенток основной группы не было, в контрольной группе это осложнение зарегистрировали в одном случае.

Средний курс антибиотикотерапии в основной группе составил 5,8 дней, в контрольной – 9,1 дней. При этом в каждом третьем случае у женщин контрольной группы потребовалась усиление антибактериальной терапии. Средний койко-день в стационаре в основной группе составил 9,3 дней, в контрольной – 13,4 дней.

Выводы.

1. Разработанная методика не требует дорогостоящей аппаратуры, доступна для любого акушерского учреждения при очевидной материальной выгоде.
2. Лечебный эффект при БМПА с ЭКФТА обусловлен влиянием доказанными положительными влияниями плазмафереза (рео-, иммунокоррекция, детоксикация и пр.) и доставкой лекарства непосредственно в очаг инфекции.
3. Применение БМПА с ЭКФТА является надежной мерой профилактики тяжелых форм ГСО у родильниц.

Литература

1. Батракова Т.В., Ветров В.В., Сидоркевич С.В., Бараташвили Г.Г., Васильев В.Е. Динамика маркеров воспаления при применении экстракорпоральной антибиотикотерапии у родильниц с начальными проявлениями гнойно-септических осложнений. Мат. Межд. Конф., посвященной 100-летию первого плазмафереза «Терапевтический аферез – от истории через настоящее к будущему» // Эфф. Тер. – 2013. – Т. 10. – № 1. – С. 77.
2. Роцупкина И.А., Ветров В.В. Результаты применения безаппаратного мембранного плазмафереза у беременных с преэклампсией и гепатозом // Мат. Всеросс. Конгресса с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая практика – в эпицентре женского здоровья». – М., 2012. – С. 104–105.
3. Черных С.В., Джоджуа Т.В., Кнуров И.Ю. Экстракорпоральная детоксикация и антибиотикотерапия в комплексном лечении гнойно-септических осложнений у беременных и родильниц // Информационный архив. – 2008. – Т. 2. -№ 2–3. – С. 18–10.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ветров В.В., Батракова Т.В., Баринов В.А., Васильев В.Е.

Институт перинатологии и педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.

Осложнение резус-иммунизации у беременной в виде гемолитической болезни (ГБ) плода является одной из причин перинатальной заболеваемости и смертности. При этом риск неблагоприятных исходов увеличивается с каждой последующей беременностью [3].

На сегодня установлено, что при резус-иммунизации у беременной с помощью современных технологий в виде плазмафереза (ПА) для матери, переливаний донорских эритроцитов внутриутробному плоду (ПДЭВП) можно существенно снизить показатель перинатальной смертности. При этом единого мнения о преимуществах той, или иной методики, нет [1, 4, 6].

Мы располагаем клиническим случаем использования разных подходов к ведению беременности с резус-иммунизацией.

Пациентка Д.И., 31 года. Проживает в Ингушетии.

В анамнезе были детские инфекции, соматической и гинекологической патологией не страдала. Половая жизнь с 17 лет, в замужестве.

В 2002 году были срочные, нормальные роды. Вторая беременность в 2004 году закончилась самопроизвольно в 34 недели рождением мертвого плода, у которого были проявления желтухи, общего отека. Предполагалось, что одной из причин антенатальной гибели плода была резус-иммунизация, так как в анализе крови у родильницы были выявлены антитела в титре 1 : 256.

В 2007 году с ранних сроков беременности у пациентки были выявлены антитела к резус-фактору (1 : 16–1 : 32), по поводу чего трижды, одновременно с лечением угрозы прерывания беременности получала в стационаре курсы «десенсибилизирующей терапии» (внутривенные вливания глюкозы с витамином С, антигистаминные средства, дезагреганты). При прогрессировании беременности, титр антител в крови возрастал (до 1:512) и поэтому пациентку досрочно родоразрешили в 36 недель через естественные родовые пути.

Ребенок родился в состоянии клинической смерти с проявлениями тяжелой ГБ. Несмотря на проводимые мероприятия, новорожденный умер через несколько часов. Оба погибшие плода (2004 и 2007 гг.) были мальчиками.

В 2009 году, в начале следующей беременности также были выявлены антитела к резус-фактору (IgG1, IgG3) в титре 1 : 64. Наблюдалась в женской консультации без специального лечения, дважды лечилась в стационаре по поводу угрозы прерывания беременности.

Титр антител в крови нарастал (1 : 1024) и поэтому в 28 недель была госпитализирована в институт акушерства и гинекологии г. Ростова-на-Дону.

После дообследования, в 29 недель беременной было выполнено ПДЭВП. Второй раз эта же процедура была проведена в 32 недели. Осложнений не отмечали, но из-за последующего ухудшения состояния плода беременность была досрочно прервана на 33 неделе путем операции кесарево сечение. Родился мальчик с массой тела 2300 грамм, с оценкой по шкале Апгар 2–3 балла, с клиникой тяжелой ГБН. После курса лечения, включавшего и два заменных переливания крови, мать с ребенком были выписаны домой. В течение двух лет мальчик наблюдался у невропатолога, затем с диспансерного наблюдения был снят по причине выздоровления.

В 2011 году при беременности наблюдалась с 12 недель, был обнаружен титр резусных антител 1 : 128 (IgG1, IgG3), который постоянно нарастал и к 17 неделям достиг уровня 1 : 512. В связи с этим получала программный центрифужный малообъемный ПА (врач Баринов В.А.) курсами по две-три процедуры. Всего получила 7 сеансов, осложнений не было. В 33 и в 35 недели беременности пациентке было выполнено два ПДЭВП, в обоих случаях отмечали быстропреходящую брадикардию у плода.

В 36 недель женщине было проведено плановое оперативное родоразрешение. Ребенок родился массой тела 2900 грамм, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов с признаками ГБ средней степени тяжести (анемическая форма). В первый день после рождения была выполнена трансфузия донорских эритроцитов и затем проводилась консервативная терапия. Мать вместе с новорожденной девочкой были выписаны домой на 7-е сутки. В наблюдении у невропатолога ребенок не нуждался, растет и развивается нормально.

В настоящее время женщина вновь беременна. В 9 недель беременности, при титре резусных антител 1 : 512 были проведены два сеанса малообъемного мембранного ПА (врач Баринов В.А.), титр антител снизился и на сегодня, в 20 недель беременности, составляет 1 : 32. Женщина продолжает наблюдение в женской консультации по месту жительства. При повышении титра антител предполагается повторение сеансов ПА.

В таблице представлены данные по течению и исходам беременностей после установления пациентке диагноза резус-иммунизации при комбинации наблюдения с проведением «десенсибилизирующей терапии» (2007 г.), с подключением ПДЭВП (2009г.), с последовательным выполнением курса ПА и ПДЭВП (2011 г.)

Таблица 1

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТКИ Д.И. ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

Показатель	2007 г.	2009 г.	2011г.
Возраст, лет	24	27	29
Потери плода в анамнезе	1	2	2
Титр антител с начала беременности	1 : 16–1 : 32	1 : 64	1 : 128
Титр антител к моменту ПДЭВП	—	1 : 1024	1 : 256
Срок беременности при ПДЭВП, недель	—	29 и 32	33 и 35
Титр антител к родам	1 : 512	1 : 4096	1 : 1024
Срок беременности к родам, недель	36	33	36
Кесарево сечение	Нет	Да	Да
Масса плода, грамм	2800	2300	2900
Оценка плода по шкале Апгар, баллы	0/2	2/3	7/8
Степень ГБН	Крайне тяжелая	Тяжелая	Средней степени
Реанимация, сутки	Да, умер в 1-е сутки	Да, 2-е суток	Нет
Интенсивная терапия, сутки	Нет	Да, 6 суток	Нет
Заменное переливание крови (ЗПК)	Нет	Да (№ 2)	Нет
Гемотрансфузия	Нет	нет	Да № 1
Перевод на 2-й этап выхаживания, сутки	Нет	Да, на 7-е сутки	Нет
Выписка домой, сутки	Нет	13	7
Наблюдение у невропатолога	Нет	Да, два года	Нет

Таким образом, в данном наблюдении подтверждено, что уровень сенсibilизации организма женщины к резус-антигену возрастают с каждой последующей беременностью. Различные врачебные подходы к ведению женщин с данной патологией сопровождались и разными исходами. Наилучшие результаты для плода были получены при комбинированном, последовательном использовании ПА беременным и ПДЭВП. Именно такая тактика, в целях оптимизации исходов для плода, предложена нами в 2008 году, а американскими специалистами в 2010 году [2, 5].

Литература

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., (ред.) Акушерство. Национальное руководство. – М., 2009. – 1200 с.
2. Ветров В.В. Эфферентная терапия и аутодонорство в акушерском стационаре / СПб, 2008 (2 издание). – 164 с.
3. Кувшинова Л.А., Шемякина О.О., Петренко Ю.В. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Клинико-практические аспекты // Детская медицина Северо-Запада. – 2010. – Т. 1, № 1. – С. 34-40.
4. Федорова Т.А., Митря И.В. Плазмаферез в лечении резус-сенсibilизации // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 38-42.
5. Am. Society for Apheresis // J. Clin. Apher. – 2010. – 25 : 83–177.
6. Furukawa K., Nakajima T., Koqure T. et al. Example of a woman with multiple intrauterine death due to anti-M who delivered a live child after plasmapheresis // Exp. Clin. Immunol. – 1993. – Vol. 32, № 3. – P. 161–167.

АУТОПЛАЗМОДОНОРСТВО И ИНСТРАОПЕРАЦИОННАЯ АППАРАТНАЯ РЕИНФУЗИЯ КРОВИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ С МИОМЭКТОМИЕЙ У БОЛЬНОЙ С ХОЛЕСТАТИЧЕСКИ ГЕПАТОЗОМ, НОСИТЕЛЬСТВОМ ВИРУСА ГЕПАТИТА С

Ветров В.В., Таюрская М.О., Коконина Ю.А., Васильев В.Е., Дудниченко Т.А.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им В.А.Алмазова». Санкт-Петербург, Россия

У всех рожаящих женщин имеется риск послеродового кровотечения, возникающего при 2,5–8% всех родов, чаще – при операции кесарево сечение (КС). При сочетании неблагоприятных факторов риска (отягощенный анамнез, осложнения и заболевания при беременности, миома матки и пр.) кровотечение может быть опасным для жизни в родах, а после родов в таких случаях нередко развиваются не менее грозные септические осложнения [3].

Для профилактики указанных осложнений в последние годы в акушерстве все более широко применяются кровесберегающие технологии, к которым в первую очередь относится аутоплазмодонорство и аппаратная реинфузия крови [1, 2, 4, 5].

Приводим собственное наблюдение.

Больная М.О., 38 лет.

В анамнезе детские инфекции, гайморит, артериальная гипотония, хронический цистит, сколиоз грудного отдела позвоночника, хроническая урогенитальная инфекция (уреаплазмоз, микоплазмоз – санированы).

С 20-летнего возраста наблюдается у инфекциониста по поводу хронического вирусного гепатита «С», с минимальной активностью.

С 2009 года состоит на учете у гинеколога по поводу миомы матки.

Половая жизнь с 35 лет, беременность первая.

На учете с 9 недель беременности, наблюдалась регулярно, в динамике отмечено увеличение миоматозных узлов. В 16 недель беременности лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. С 30 недель появился кожный зуд, увеличилась концентрация аминотрансфераз в крови (АЛТ – до 200 ЕД/л, АСТ – до 120 ЕД/л). Был выставлен диагноз холестатического гепатоза, по поводу которого беременную лечили в дневном стационаре женской консультации.

Общая прибавка массы тела составила 8 кг, артериальное давление было в пределах 90/60–110/70, анализы мочи без изменений.

По поводу гепатоза пациентке амбулаторно в Перинатальном центре были проведены два сеанса среднеобъемного мембранного плазмафереза в 35 и в 36 недель беременности. Эксфузия плазмы возмещалась кристаллоидами. Полученная аутоплазма в количестве 800 мл была заморожена при минус 30 градусов на запас.

В 38 недель пациентку госпитализировали в Перинатальный центр для плановой операции кесарево сечение.

Состояние удовлетворительное. Рост 173 см, вес 78 кг. Кожные покровы и слизистые чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются. АД 100/60 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 76 уд./мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тоне, безболезненная во всех отделах. Печень не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Физиологические отправления в норме.

При акушерском осмотре обращает на себя внимание бугристая матка из-за миоматозных узлов. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз из-за низко расположенного миоматозного узла диаметром до 10 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минут. Выделение из половых путей слизистые.

Данные УЗИ – множественная миома матки.

Данные КТГ плода и доплерометрии в норме.

В 39 недель было выполнено плановое кесарево сечение. На 8-й минуте с техническими трудностями извлечен живой плод мужского пола массой 3300 грамм, длиной 50 см, с оценкой по Апгар 8/9 баллов. Плацента располагалась по передней стенке матки, послед удален рукой. Произведена миомэктомия пяти интрамуральных, интрамурально-субсерозных узлов размерами от 5 × 7 см до 10 × 12 см, расположенных по передней стенке в средней и нижней трети тела матки. Общая масса узлов составила 860 грамм.

Общая кровопотеря была расценена в 2000 мл, с целью ее восполнения проводился сбор, отмывка и возврат эритроцезвеси в физрастворе с помощью аппарата «Electa», производства Sorin Group. Всего было собрано 1600 мл аллологичной крови. Аутотрансфузия составила 989 мл эритроцезвеси в физрастворе с гематокритом 45%. Возвращена заготовленная до родов аутоплазма в количестве 800 мл. Осложнений при трансфузиях аутопрепаратов крови не было.

В послеродовом периоде отмечалась анемия, гипопропротеинемия. Донорские гемопрепараты крови не применялись, перелито 100 мл 10% раствора альбумина. Воспалительных осложнений не было, пациентка получала сокращающие, противоанемические средства, для профилактики инфекции – цефтриаксон 2 гр в 100 мл натрия хлорида 0,9% 1 раз день. Данные УЗИ матки на 7-е сутки после родов – норма, миоматозных узлов не выявлено. На 8-е сутки была выписана домой с ребенком, находящемся на грудном вскармливании. Рекомендовано проводить противоанемическую терапию, так как гемоглобин крови при выписке 86 г/л, общий белок крови 62 г/л.

Таким образом, у пациентки со многими факторами риска по развитию кровотечения, послеродовой инфекции выбранная тактика ведения с применением кровесберегающих технологий способствовала благоприятному исходу родов без использования донорских компонентов крови. Следует отметить и факт амбулаторного применения перед родами двух сеансов мембранного плазмафереза, который был использован в качестве лечебного и аутодонорского средства.

Литература

1. *Ветров В.В., Дудниченко Т.А., Васильев В.Е., Иванов Д.О., Марченко К.А.* Аутогемодонорство в родильном доме // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3. – № 2. – С. 65–70.
2. *Ветров В.В., Приворотский В.В., Васильев В.Е., Дудниченко Т.А., Столица А.А., Макаров К.В., Овсянников Ф.А.* Комплексные кровесберегающие технологии при полном предлежании плаценты / Бюлл. ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова, ноябрь 2012, приложение 3 // Тезисы VII междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный», посвященная 165-летию В.Ф. Снегирева. – СПб. – 2012. – С. 16–17.
3. *Серов В.Н., Ветров В.В., Воинов В.А.* Презэклампсия. – СПб, 2011. – 310 с.
4. *Федорова Т.А., Сокологорский С.В., Рогачевский О.В., Бушуева Н.Ю.* Оптимизация аутоплазмодонорства в акушерской практике // Мат. XIV конф. Московского городского общества гемафереза «Трансфузионная и дезинтоксикационная терапия при неотложных состояниях». – М., 2006. – С. 48–49.
5. *Фомин М.Д.* Аутологичное плазмодонорство при плановом абдоминальном родоразрешении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук., М., 1995.

ПЛАЗМООБМЕН И КАСКАДНАЯ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИЯ В КУРСЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ, ДВОЙНЕ С ДИССОЦИАЦИЕЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Васильев В.Е., Ветров В.В., Иванов Д.О., Бараташвили Г.Г., Пугина Н.В., Сидоркевич С.В.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург

Диссоциированное развитие плодов при двойне сопровождается отставанием в развитии одного из плодов с высокой вероятностью его гибели. При этом риск перинатальной смертности при многоплодии повышается при наличии соматической патологии, акушерских осложнений у матери [3]. Ранее мы сообщали об успешном использовании у беременных с задержкой внутриутробного развития плода, аферезных (детоксикационных) технологий (АТ), способствующих пролонгированию беременности с улучшением состояния плода, в том числе и вследствие усиления кровотока в плаценте, развития в ее ткани компенсаторно-приспособительных процессов [1]. В доступной литературе мы нашли лишь одно собственное сообщение о применении АТ у беременных с двойней и диссоциацией развития плодов [2].

Приводим еще одно собственное наблюдение.

Пациентка Г.М., 23 года, история родов 4712. Жительница Ставропольского края. Рост 168, вес 92 кг.

В анамнезе детские инфекции, хроническая герпетическая инфекция, ЦМВ инфекция, хронический пиелонефрит, медицинский аборт (2007 г.), антенатальная гибель плода в 25 недель на фоне тяжелого позднего токсикоза с индукцией в роды (2011).

Настоящая беременность третья, двойней. На диспансерном учете с 12 недель. С 16 недель отмечали анемию легкой степени, лейкоцитурию, отеки, повышение артериального давления до 140/100 мм рт. ст. Лечилась в стационаре с диагнозом преэклампсия легкой степени. Тогда же было диагностировано диссоциированное развитие плодов, в связи с чем беременную направили в Перинатальный центр, где лечилась и наблюдалась в стационаре, с перерывом в неделю, до родов.

При первом поступлении 7.01.13 года, в 23 недели беременности, предъявляла жалобы на плохой сон, слабость, головную боль, отеки на ногах.

Общее состояние удовлетворительное, питание повышено. Кожные покровы, слизистые чистые, периферические лимфоузлы не увеличены. АД 140/90 . на обеих руках. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Мочится нормально, склонность к запорам. Живот увеличен беременной маткой, признаков угрозы прерывания беременности нет, выделения из половых путей слизистые. Гемоглобин 100 г/л, общий белок крови 59 г/л, остальные показатели клинического и биохимического анализа крови, в анализе мочи белок 0,66 г/л. При УЗИ обнаружена монохориальная диамниотическая (МХДА) двойня с признаками диссоциации развития плодов: масса 1-го плода 870 грамм, 2-го плода – 470 грамм. Выявлено плевистое прикрепление пуповины 2 плода. Вод у обоих плодов нормальное количество. При Допплер-исследовании отмечено нарушение плодово-плацентарного кровотока у 2-го плода 3-й степени с явлениями реверса.

На фоне терапии преэклампсии и анемии легкой степени больной выполнили пять сеансов эфферентной терапии (ЭТ) в виде трех процедур плазмообмена (ПО) на 5% раствор альбумина и двух процедур каскадной плазмофильтрации (КПФ). Осложнений при процедурах для матери и плодов не отмечали. Было отмечено клиническое улучшение с купированием жалоб, отеков, нормализацией артериального давления, анализов мочи. После основного курса ЭТ пациентке один раз в неделю выполнили еще три сеанса ПО и курс лазерного внутрисосудистого облучения крови из 10 ежедневных процедур. Отмечен рост плодов, но нарушения кровотока 3-й степени у 2-го плода сохранялись.

С нормальными данными клиники, клинико-биохимических лабораторных анализов пациентку выписали на неделю домой. По данным УЗИ при выписке масса 1-го плода составляла 1500 г, второго – 870 г.

Повторно поступила 25 февраля 2013г.

Жалоб не предъявляла, клинико-лабораторные данные в норме. Данные УЗИ 27.02.2013 г. – 1-й плод в тазовом предлежании, 2-й плод – в головном предлежании, расположен справа. 1-й плод соответствует сроку 31 неделя, предполагаемая масса 1702 грамм, 2-й плод соответствует 27 недель, предполагаемая масса 910 грамм. Диссоциация массы плодов составляет 45%. Количество околоплодных вод у обоих плодов в норме. Плацента по передней стенке, 1-й ст. зрелости, умеренно отечна, толщиной 45 мм. Прикрепление пуповины 1-го плода – центральное, 2-го плода – оболочечное, в области левого верхнего края плаценты.

Заключение по УЗИ и Допплер-исследованию: Беременность 32–33 недели. МХДА двойня. Диссоциация развития плодов. Селективная задержка развития 2-го плода. Краевое прикрепление пуповины 2-го плода. Нарушение плодово-плацентарного кровотока (ППК) 2 плода 3-й степени. Нарушения маточно-плацентарного кровотока нет. Показатели ППК 1-го плода в норме. Фето-фетальный трансфузионный синдром.

Пациентке были выполнены еще три процедуры КПФ через день, осложнений не было.

6.03.2013 г. беременная была планово родоразрешена путем операции кесарево сечение под интубационным наркозом. Операция протекала без осложнений, кровопотеря составила 600 мл. Масса и длина тела 1-го плода – соответственно составили 1870 грамм и 44 см, 2-го плода – соответственно – 990 грамм и 38 см. Оценка по Апгар у обоих плодов составила 7/7 баллов. После рождения 1-й плод был приложен к груди на 4-е сутки, 2-й плод получал сцеженное молоко, в интенсивной терапии не нуждался. Послеродовой период у матери и неонатальный период у новорожденных протекали нормально, на 6 сутки после родов были переведены на второй этап выхаживания в детское отделение. Через месяц женщина с детьми была выписана домой.

Консультирована по телефону через шесть месяцев. Мать жалоб не предъявляет. Дети, с ее слов, развиваются нормально.

Таким образом, пациентке с отягощенным анамнезом, с клиникой рано развившейся легкой преэклампсии, с двойней и диссоциацией развития плодов (ЗВУР 2-гоо плода) за беременность было выполнено 11 основных процедур ЭТ и сочетании с курсом лазерной фотомодификации крови. Можно полагать, что именно эта терапия способствовала пролонгированию беременности и рождению пусть и недоношенных, но жизнеспособных плодов.

Литература

1. Васильев В.Е., Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Пугина Н.В., Сидоркевич С.В., Пьянова И.В., Иванова Ю.С., Роцупкина И.А., Сентябрева М.С. Первые результаты избирательного применения аферезных технологий и фотомодификации крови у беременных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) плода // Бюлл. ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова, ноябрь 2012, приложение 3: Тезисы 7 междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный», посвященная 165-летию В.Ф. Снегирева. – СПб., 2012. – С. 13.

2. Ветров В.В., Васильев В.Е., Иванов Д.О., Бараташвили Г.Г., Пугина Н.В., Сидоркевич С.В., Пьянова И.В. Каскадная плазмофильтрация и фотомодификация крови у беременной с болезнью Пайра и задержкой внутриутробного развития одного плода при двойне // Бюлл. ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова. – 2013. – № 2 (10). – С. 712–716.

3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Игнатко И.В. Физиология и патология плода – М.: Медицина, 2004. – 356 с.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННОЙ ПРИ СИНДРОМЕ ЗВУР ПЛОДА С ТРИПЛОИДИЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Васильев В.Е., Иванов Д.О.,
Пугачев А.А., Мамаева Т.В., Вагина Е.С.*

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

Синдром задержки развития внутриутробного плода (ЗВУР) развивается вследствие плацентарной недостаточности, возникающей при различных соматических, акушерских заболеваниях, при наследственной патологии, в частности, при триплоидии [1].

Считается, что 2% всех зародышей триплоидны, то есть, содержат лишний гаплоидный набор хромосом. Большинство из них погибают, составляя до 20% всех выкидышей. Очень редко плоды с истинной триплоидией доживают до 28 недель беременности и более, а если и рождаются живыми, то быстро гибнут: самая большая известная продолжительность жизни составляет 5 месяцев. Беременность триплоидным плодом обычно осложняется токсикозом, возможен частичный пузырный занос (отек и перерождение части ворсин), который из-за его раннего развития диагностируется редко и не переходит в хорионкарциному. Примерно в 60% случаев кариотип ребенка 69, XXУ, в остальных – 69, XXX. Нередко две или все три хромосомы X остаются активными. В большинстве случаев (69%) случаев хромосомный набор достается плоду от отца, но решающее значение в возникновении триплоидии играет материнская половая клетка. Существует два основных механизма возникновения триплоидии. Во-первых, нарушение кортикальной реакции, из-за чего с яйцеклеткой сливаются два сперматозоида. Во-вторых, нерасхождение хромосом во втором делении мейоза, оставляющее яйцеклетку диплоидной. В отличие от других хромосомных болезней, вызванных нерасхождением хромосом в мейозе, для триплоидии не установлена связь с возрастом матери. К наиболее частым клиническим проявлениям триплоидии относятся задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР), дисплазия костей свода черепа, синдактилии, дефекты перегородок сердца, крипторхитзм (у мальчиков) и пр. [2].

Приводим собственное наблюдение.

Пациентка А.Е., 31 год.

Соматически здорова, рост 172 см, масса тела 78 кг.

В анамнезе – врожденная катаракта, сходящееся косоглазие, хронический тонзиллит.

Половая жизнь в браке с 25 лет. В 2011 году самопроизвольный выкидыш в 10 недель беременности. Со слов женщины, причина аборта точно не была установлена, но было выявлено «носительство генов нарушения гемостаза».

Настоящая беременность вторая, наблюдалась активно.

В 12 недель при УЗИ выявлено, что толщина воротниковой зоны (ТВП) – 1,1 мм. Биохимический скрининг: показатели PAPP-A и бета ХГЧ соответственно 0,053 МоМ и 0,231 МоМ.

Заключение генетика: риск синдрома Эдвардса 1:320.

В дальнейшем обследовании у генетика женщина отказалась.

В 16–18 недель перенесла ОРВИ, в 24 недели – бронхит, пищевое отравление. С 25 недель при УЗИ были диагностированы маловодие, ЗВУР плода по диспластическому типу, проходила лечение в дневном стационаре.

В 28 недель госпитализирована в Перинатальный центр по поводу синдрома ЗВУР плода 2–3-й степени на фоне маловодия, «старения» плаценты с нарушением маточно-плацентарного кровотока. При клинико-лабораторно-инструментальном обследовании беременной диагноз был подтвержден, получала в терапевтических дозах фраксипарин, актовегин, курантил, рибоксин, поливитамины. Лечение было малоэффективным, поэтому был назначен курс эфферентной терапии в виде плазмообмена (ПО) на криосорбированную аутоплазму и внутрисосудистой лазерной фотомодификации крови (ФК). Получила два ПО, пять сеансов ФК, без осложнений.

На 32 неделе (15.04.2013 г.) была родоразрешена путем экстренной операции кесарево сечение из-за ухудшения состояния плода.

Ребенок находился в тазовом предлежании, околоплодные воды – зеленого цвета. При рождении масса тела плода 820 г., длина тела 38 см, окружность головы 27 см, окружность груди 24 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Группа крови матери и родившейся девочки А(II) резус-положительная.

Послеродовый период матери протекал без осложнений, выписана при нормальных клинико-лабораторно-инструментальных данных обследования.

Гистология последа: Компенсированная хроническая недостаточность плаценты с острыми нарушениями кровообращения. Инфекционные изменения: продуктивный хориодецидуит. Риск для матери по эндометриу: да, для ребенка по гипоксии средний, по адаптации средний, по ВУИ – малый

Новорожденная девочка из-за тяжести состояния три недели (15.04–06.05.13 г.) находилась на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а затем (06.05–02.08.13 г.) в отделении патологии новорожденных детей Перинатального центра.

При поступлении в ОРИТН из родового зала состояние ребенка очень тяжелое за счет ДН III ст., гемодинамических нарушений, неврологической симптоматики, метаболических расстройств, морфо-функциональной незрелости, недоношенности. Введен Курсурф 200 мг/кг эндотрахеально. В 1-е сутки жизни отмечен пневмоторакс, проводилось дренирование плевральной полости 16.04–22.04.13 г.

В первые дни жизни была консультирована генетиком, у ребенка были отмечены короткие глазные щели, широкая переносица, большой клювовидный нос, нижняя микрогнатия, диспластичные ушные раковины, синдактилия 3–4 пальцев на левой кисти, 2–3 пальцев на левой стопе, конско-варусная стопа справа.

Была заподозрена хромосомная аномалия. Результат постнатального кариотипирования от 29.04.13 г. – 69XXX, триплоидия. Несбалансированный кариотип.

В динамике тяжесть состояния была обусловлена ДН (ИВЛ до 13 с.ж., неинвазивная вентиляция до 17 с.ж., далее – дотация кислорода через лицевую маску), метаболическими нарушениями (ацидоз, электролитные нарушения), анемией (требующей повторных гемотрансфузий), нарушением толерантности к ЭП, неврологическими нарушениями (выраженный синдром угнетения) на фоне основной патологии: синдрома триплоидии и сопутствующей патологии: ЗВУР тяжелой степени, недоношенность, МВПР, ВПС, легочная гипертензия, СДР 1-го типа с исходом в формирование БЛД, развитие пневмоторакса с течением инфекционно-воспалительного процесса.

В ОРИТН проведено лечение:

1. Респираторная поддержка: ИВЛ, НСРАР, лицевая маска.
2. Инфузионная терапия, парентеральное питание.
3. Энтерально: Альфаре, Пре-Нан
4. Антибиотикотерапия: Амписид, Меронем
5. Курсорф 200 мг/кг 1 раз.
6. Курс Пентаглобина (3 дня)
7. Дифлюкан в профилактическом режиме
8. Ингаляции с беродуалом с пульмикортом.
9. Переливание Ег- взвеси А (II) + № 2 от 18.04 и 25.04.
10. Переливание Тг – концентрата от 19.04 N 1.
11. Симптоматическая терапия по показаниям (Викасол, Мотилиум, Креон, Бифиформ)
12. Дексаметазон по схеме 0.5 мг/кг в 2 приема со снижением на 0.25 мг/кг каждые 3 дня- всего 7 дней
13. Диуретическая терапия.

При поступлении (06.05.13 г. – 21-е сутки жизни) в отделение патологии новорожденных детей состояние ребенка тяжелое за счет ДН 2ст (выражена кислородная зависимость), усвоения неполного объема ЭП, неврологической симптоматики (синдром угнетения ЦНС).

В динамике девочка два месяца находилась на лечении в ПИТ, затем была переведена на совместное пребывание с матерью. Кислородная зависимость постепенно уменьшалась, с 2 мес 17 суток жизни живет без потребления кислорода.

Находится на искусственном вскармливании (смесь пре-Нан), изредка срыгивает без патологических примесей. На день выписки из стационара сосет днем в среднем 30 мл, 9–10 раз, ночные кормления – в меньшем объеме. Живот не вздут, стул отходит после стимуляции, оформленный. Синдром холестаза разрешился.

В связи с анемией получила курс эпокрин (с 04.06 по 12.07.13 г.) с положительной динамикой.

В неврологическом статусе сохраняется синдром угнетения ЦНС, но девочка стала активнее при осмотре, одновременно фиксирует взгляд. Апноэ, судорог нет.

Антропометрические данные в динамике представлены в таблице 1.

Заключение: весовые прибавки небольшие, но регулярные.

Выписана домой в возрасте 3,5 месяцев.

В результате комплексного обследования при выписке ребенка был выставлен диагноз:

ОСНОВНОЙ: Q92.7 Триплоидия и полиплоидия (несбалансированный кариотип 69, XXX):

множественные врожденные пороки развития:

1. ВПС: Множественные дефекты межжелудочковой перегородки (мышечные). Клапанный стеноз легочной артерии умеренный. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

2. Гипоплазия желчного пузыря (с-м холестаза в анамнезе).

3. ВПР легких: кистозная деформация верхней доли левого легкого?

4. Синдактилия 3–4 пальцев и гипоплазия 1 пальца левой кисти. Синдактилия 2-3 пальцев левой стопы.

5. Аномалия развития дисков зрительных нервов (дисплазия). Абиотрофия сетчатки?

СОПУТСТВУЮЩИЙ:

P91.8 Другие уточненные нарушения со стороны мозга у новорожденного: Перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза. Перивентрикулярная лейкомаляция, исход в глиоз (по данным НСГ). Синдром угнетения ЦНС, разрешение. Синдром мышечной гипотонии. Темповая задержка психомоторного развития.

Таблица 1

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Показатель	При рождении	1 месяц	2 месяца	3 месяца
Масса, гр.	820	1057	1462	2060
Длина, см.	38	39	42	45
Окружность головы, см.	27	29	32	33,5
Окружность груди, см.	24	25	25	27

P27.1 Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде, новая форма, средней степени тяжести. ДН 1ст. Легочная гипертензия в анамнезе.

P07.2 Крайняя незрелость: Экстремально низкая масса тела при рождении. Срок гестации 32 нед.

P05.1 Малый размер плода для гестационного возраста. Задержка внутриутробного развития по диспластическому типу.

P39.1 Конъюнктивит и дакриоцистит у новорожденного: OD, волнообразное течение.

P22.0 Синдром дыхательного расстройства у новорожденного в анамнезе.

P25.1 Пневмоторакс, возникший в перинатальном периоде: справа в анамнезе. Дренирован 16.04.13.

P59.0 Неонатальная желтуха, связанная с преждевременным родоразрешением: в анамнезе.

P61.8 Другие уточненные перинатальные гематологические нарушения. Анемия тяжелой степени. Гемотрансфузия ЭР.взвеси А (II) Rh(+) № 3 18.04 (20 мл), 25.04 (16 мл), 11.05 (15мл). Тромбоцитопения тяжелой степени. Трансфузия Тр-концентрата А(II) Rh(-) № 1 19.04 (16 мл)

N39.0 Инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации: в анамнезе.

Таким образом, у беременной в 12 недель по данным исследования был выявлен высокий риск хромосомной патологии у плода, однако дальнейшее углубленное обследование проведено не было из-за отказа женщины.

На фоне заболеваний (ОРВИ, бронхит) у беременной рано развились проявления хронической плацентарной недостаточности, синдрома ЗВУР плода. Амбулаторное и стационарное лечение данной патологии, включая использование методов эфферентной терапии, было недостаточно эффективным и потребовалось досрочное родоразрешение с рождением глубококондоношенного плода с признаками тяжелой наследственной (триплоидии) патологии, которая была подтверждена специальным комплексным обследованием.

Потребовались значительные усилия со стороны врачей клиники, использование дорогостоящего обследования и лечения, чтобы добиться стабилизации состояния ребенка и даже выписки его домой.

Однако, учитывая данные литературы, прогноз для здоровья, жизни ребенка сомнительный.

До пяти месяцев жизни родители изредка привозили ребенка на сдачу анализов, для консультации у врачей Перинатального центра в консультативно-диагностическом отделении для детей. На данный момент, в возрасте 6 мес ребенок жив, находится в домашних условиях, наблюдается у врачей частной клиники.

Вывод.

При высоком риске наследственной патологии, эфферентная терапия, способствующая оздоровлению системы мать-плацента-плод и пролонгированию беременности, должна назначаться беременным только после дополнительного обследования у генетика, при исключении заболеваний, угрожаемых инвалидизацией и гибелью новорожденного.

Литература

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Игнатко И.В. Физиология и патология плода – М.: Медицина, 2004. – 356 с.

2. К.Л. Джонс (ред.) Наследственные синдромы по Дэвиду Смиту. Атлас-справочник / Пер. с англ. – М.: Практика, 2011. – 1024 с.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ПРИ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Виноградова М.А., Митря И.В., Хорошкева О.В., Быстрых О.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва.

Актуальность. Гемолитическая болезнь плода (ГБП), обусловленная сенсibilизацией по системе резус, остается одной из наиболее распространенных причин мертворождаемости (до 18%). Известно, что плазмаферез (ПА) позволяет снизить уровень циркулирующих антител, предупреждает развитие фетоплацентарной недостаточности, улучшает микроциркуляцию в системе мать-плацента-плод за счет нормализации реологических и коагуляционных свойств крови. Однако в настоящее время достаточно широко используются такие неинвазивные методы лечения, как десенсибилизирующая терапия другими антигенами, лимфоцитоиммунотерапия и другие методы, направленные на лечение гипоксии, уменьшение проницаемости плаценты, которые не являются патогенетически обоснованными и достаточно эффективными. Среди инвазивных методов терапии ГБП применяют внутриутробное переливание отмытых донорских эритроцитов плоду, однако, потери плода от самой процедуры при каждом переливании составляют 6%, а 5% из выживших новорожденных остаются инвалидами.

Разработка комплексного лечения резус-сенсibilизации, позволяет практически избежать использования инвазивных методов диагностики и лечения ГБП, полностью отказаться или минимизировать трансфузии донорских компонентов крови и предупредить распространение гемотрансмиссивных инфекций, развитие посттрансфузии-

онных осложнений, а также избежать осложнений, связанных непосредственно с процедурой внутриутробного переливания отмытых донорских эритроцитов. Помимо общеизвестных факторов риска, сопряженных с гемотрансфузиями, кровь взрослых доноров резко отличается по клеточному и биохимическому составу от крови новорожденных. Что же касается неинвазивного метода лечения, он позволяет предупредить развитие гемолитической болезни плода и новорожденного и соответственно избежать использования гемотрансфузий.

От существующих экстракорпоральных методик лечения резус-сенсibilизации данный метод отличается тем, что после проведения курса лечебного ПА, проводится иммуноглобулиноterapia. Применение иммуноглобулина патогенетически обосновано тем, что он, будучи введенным в больших дозах, обладает способностью ингибировать продукцию антител, предотвращая повышение титра резус-антител, возникновение так называемого ребаунд-эффекта. Комплексное лечение резус-сенсibilизации беременных состоит из двух этапов, первый этап – это проведение лечебного ПА, который состоит из 3–5 сеансов. После окончания курса лечебного ПА проводится курс иммуноглобулинотерапии. Терапия иммуноглобулином состоит из 2 трансфузий в дозировке 5,0 г, интервал между трансфузиями составляет 1–2 дня. Именно за счет сочетания лечебного ПА и иммуноглобулинотерапии удается пролонгировать беременность и предотвратить развитие тяжелых форм гемолитической болезни плода и новорожденного.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения резус-сенсibilизации с применением ПА и иммуноглобулинотерапии.

Материал и методы исследования. Группу исследования составили 147 женщин. Основной группе – 87 женщин проводили комплексную терапию, включающую ПА и введение иммуноглобулина в дозе 5,0 г в/в дважды. Группе сравнения 60 женщин – проводилась только инфузионная, десенсибилизирующая терапия.

Особенностью было то, что в основной группе перед планируемой беременностью проводился курс ПА в количестве 3–5 сеансов с плазмоексфузией 30–40% ОЦП за один сеанс. По окончании курса ПА проводилась терапия иммуноглобулином внутривенно дважды через день. Во время беременности при возрастании титра резус-антител до 1 : 32 курс лечения ПА и иммуноглобулинотерапии повторяли. Контроль титра антител проводили через 7–10 дней после окончания лечения.

Результаты исследования. До начала терапии титры резус-антител в основной группе были: у 12 (13,8%) женщина 1 : 32, у 20 (23%) женщин – 1 : 64 и у 20 (23%) – 1:128. У 35 (40,2%) титр достигал 1:256. После проведения курса ПА и иммуноглобулинотерапии произошло снижение титра резус-антител: у 17,2 % (15) женщин до 1 : 64, у 45 % (39) до 1 : 32 и у 34,4% (30) женщин до 1 : 16. Через 2 недели после курса терапии титр резус-антител в 80% оставался стабильными. У 16 (18,3%) женщин наблюдалось повышение титра резус-антител, что отражало так называемый синдром рикошета (rebound эффект). Этим женщинам назначался повторный курс ПА и иммуноглобулинотерапии. После проведения повторного курса у 13 (81,2%) женщин титры антител снизились в 2 раза, у 3 (18,7%) оставались стабильными. В результате лечения все женщины основной группы доносили беременность до сроков 34–38 недель. Процент досрочных родов составил 34,4%. Тогда как в группе сравнения процент досрочных родов был достоверно выше и составил 91,6%. Разработанная методика позволяет предупредить развитие тяжелых форм ГБП, дает возможность пролонгировать беременность до срока получения жизнеспособного плода, уменьшить частоту операций заменного переливания крови (в 6 раз), необходимость проведения инвазивных вмешательств, сократить продолжительность фототерапии в 1,4 раза и, тем самым, снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ И УМЕРЕННЫМИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Витушко А.Н., Гнедько Т.В., Устинович Ю.А.

РНПЦ «Мать и дитя», БелМАПО, Минск, Республика Беларусь

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) тяжелой степени являются причинами гидроцефалии и ДЦП со снижением качества здоровья детей, а умеренной выраженности не влияют на неврологический прогноз. Поражение мозга препятствует адекватному самостоятельному дыханию недоношенного ребенка, что приводит к более длительному проведению искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

С целью установления влияния степени тяжести ВЖК на продолжительность ИВЛ у недоношенных, проведено ретроспективное обследование 60 детей с массой тела при рождении менее 1500 г, которые составили группы наблюдения – основная (дети с ВЖК III–IV, n = 23), группа сравнения – (с ВЖК II, n = 17) и контрольная – (без ВЖК, n = 20). Обследованные дети не отличались по массе тела, сроку гестации и оценке по шкале Апгар на 1-й минуте жизни. Летальность в основной группе составила 43,5% (10 из 23), 11,8% (2 из 17) – в группе сравнения и 10% (2 из 20) – в контрольной (χ^2 , p = 0144).

В динамике первых 7 суток жизни были получены значимые различия в длительности ИВЛ (часы) между основной и контрольной группой, а также между группой сравнения и контрольной ((158 (78;168) и 159 (138;168) против 47 (24; 156), $p_{\text{осн-конт}} = 0,015$, $p_{\text{сравн-контр}} = 0,0397$). Продолжительность ИВЛ у детей с ВЖК II и III–IV степени значимо не отличалась ($p = 0,8374$). Общая длительность ИВЛ (сутки) за период пребывания в отделении реанимации не имела достоверных различий в группах детей с тяжелыми и умеренными ВЖК ($p = 0,58$).

Вывод. Степень тяжести ВЖК не влияет на длительность проведения ИВЛ у детей с очень низкой массой тела при рождении.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Власюк В.В.

ФГБУ НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург, Россия

Классификация внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) у детей перинатального периода в МКБ-10, принятая более 20 лет назад на основе результатов лучевых методов диагностики, требует своего пересмотра, так как она не соответствует морфологическим данным. Требуется исключение из классификаций ВЖК в качестве стадий субэпендимального (кровоизлияние в зародышевый матрикс) и внутримозгового (паренхиматозного) кровоизлияний. Результаты исследования 37 умерших новорожденных детей массой от 500 г. до 2500 г. с ВЖК позволили выделить **три стадии** данного поражения головного мозга: **1** – частичное заполнение кровью одного или двух боковых желудочков без их расширения, **2** – заполнение кровью боковых желудочков более 50% с их возможным расширением и перемещением крови в 3 и 4 желудочки мозга, **3** – заполнение кровью 4 желудочка с ее перемещением в большую цистерну мозга, межножковую цистерну, субарахноидальное пространство полушарий мозжечка, варолиева моста, продолговатого и спинного мозга.

Стадии ВЖК отражают патогенез рассматриваемого поражения мозга, заключающийся прежде всего в перемещении крови по ходу тока ликвора и зависящий от количества и скорости излития крови (кровоизлияния). Ведь патогенное воздействие на мозг и организм в целом оказывает именно изливающаяся кровь, нарушающая кровоснабжение различных структур мозга и ликвороотток. На любой из стадий кровотечение может остановиться. Катастрофический вариант клинического течения ВЖК наиболее характерен именно для 3-й стадии. Ультразвуковая диагностика 3-й стадии ВЖК требует проведения исследований через сосцевидный родничок. Внутримозговое кровоизлияние является лишь одним из возможных осложнений ВЖК, а не его стадией.

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ОТТОК ЛИКВОРА У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ЧЕРЕЗ АРАХНОИДАЛЬНЫЕ ВОРСИНКИ?

Власюк В.В.

ФГБУ НИИ детских инфекций ФМБА, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время точно не установлено, в каком возрасте у детей появляются арахноидальные ворсинки (АВ), обеспечивающие отток спинномозговой жидкости (СМЖ) в верхний сагиттальный синус. В данной работе на материале 12 плодов и новорожденных уточняется время появления АВ. К сожалению, в мировой литературе весьма широк разброс мнений о времени появления АВ – от внутриутробного периода до 7 и более лет. Как известно, АВ выполняют ведущую роль в оттоке спинномозговой жидкости из головного мозга у взрослых. По данным отечественных и зарубежных авторов, по АВ преимущественно в верхний сагиттальный синус оттекает от 30–40% до 80% СМЖ. Однако эти данные относятся к взрослому организму, но не к новорожденным детям. Тем не менее, в отечественной и зарубежной литературе до настоящего времени данный механизм описывается как якобы общепринятый и доказанный у детей. Этот механизм представлен в учебниках, руководствах, пособиях по педиатрии, анатомии и гистологии. Ведущие специалисты нашей страны по детской неврологии описывают данный механизм как якобы доказанный даже у новорожденных детей. Они объясняют развитие арезорбтивной гидроцефалии задержкой всасывания ликвора вследствие того, что АВ «забиты продуктами распада». Проведенные мной исследования показали, что у плодов и новорожденных зрелые и функционирующие АВ отсутствуют. Обнаружены лишь их зачатки в виде выростов паутинной оболочки, не фиксированных в твердой мозговой оболочке синусов. Функционирующих АВ, которые бы внедрялись в твердую мозговую оболочку верхнего сагиттального синуса, у новорожденных нет, паутинная оболочка головного мозга свободно скользит по твердой мозговой оболочке. Следовательно, у плодов и новорожденных детей не функционирует отток ликвора через АВ.

ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ С МНОЖЕСТВЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ТЯЖЕЛОЙ ТОКСИКОДЕРМИЕЙ И РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КУРСОВОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Воинов В.А., Ветров В.В., Батракова Т.В., Иванов Д.О.

ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

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

Известно, что исходная сочетанная соматическая патология, ЭКО, осложнения беременности являются факторами риска для материнской и перинатальной смертности [1, 3, 5]. Применение современных методов эфферентной терапии (ЭТ) позволяет у больных беременных с поражением систем естественной детоксикации (кожа, печень, почки, легкие, система иммунитета) успешно лечить тяжелые осложнения и даже профилактировать их в результате многих положительных влияний процедур (рео-, иммунокоррекция, детоксикационный, противовоспалительный, противоотечный и пр. эффекты) [2, 4, 6].

Приводим собственное наблюдение.

Пациентка З. Н. В., 41 год, история родов № 1617.

Поступила в Перинатальный центр 27 июня 2013 года с родовой деятельностью. В анамнезе перенесла детские инфекции, в детстве наблюдалась у нефролога по поводу хронического пиелонефрита, с диспансерного учета снята в 14 лет. Также наблюдалась и лечилась у разных специалистов по поводу врожденного порока сердца (вторичный дефект межпредсердной перегородки с лево-правым сбросом, недостаточность митрального клапана 1-й ст., недостаточность трикуспидального клапана 1-й ст.), хронической артериальной гипертензии (кризовое течение, риск 3), хронического гастрита, дискинезии желчевыводящих путей (холецистэктомия в 2005 году), варикозной болезни нижних конечностей, диффузного токсического зоба (болезнь Гревса, 1 год лечили мерказолилом, в настоящее время – эутиреоз), миопии высокой степени (кератотомия в 1992 г.), распространенного остеохондроза, артроза коленных суставов, поливалентной аллергии, спаечной болезни брюшной полости (после двух лапаротомий, трех лапароскопий).

Половая жизнь с 19 лет, в браке. После трех самопроизвольных выкидышей в ранние сроки, в 1999 году были нормальные срочные роды. В 2001 г. беременность прервали в 36 недель путем операции кесарева сечения из-за преэклампсии тяжелой степени; ребенок 2300 гр., жив. В 2007 г. был самопроизвольный выкидыш в 10 недель, причин не знает. Несколько лет обследовалась и лечилась от бесплодия с использованием лапароскопий с удалением маточных труб. Данная беременность наступила в результате программы ЭКО + ИКСИ. На фоне медикаментозной терапии с 20 недель появились явления распространенной токсикодермии средней степени тяжести, гестационного сахарного диабета (был компенсирован инсулинотерапией с достижением нормальных показателей глюкозы в крови.) и одновременно в крови впервые были выявлены антитела IgG1 и IgG3 к антигену системы резус в высоком титре 1 : 2048–1 : 4096.

Была госпитализирована в стационар акушерской клиники ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Больная жаловалась на общее недомогание, раздражительность, плохой сон, аппетит, позывы на рвоту, жидкий стул, снижение диуреза, субфебрилитет, арталгию, дискомфорт, жжение, болезненность и зуд в области поражения кожи по всему телу и слизистой полости рта (в виде папулло-везикулярно-эритематозной сыпи с элементами эрозий, катарального воспаления). В анализах крови отмечали сгущение крови, лейкоцитоз до $12 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы крови влево, склонность к гиперкоагуляции, гипопротейнемию, повышение уровней АЛТ и АСТ до 150 и 67 мкмоль/л соответственно. В анализе мочи была выявлена цилиндрурия, протеинурия (до 1 г/л). УЗИ органов брюшной полости, печени – патологии не выявлено. УЗИ почек – признаки хронического пиелонефрита справа.

Результаты посева отделяемого эрозий кожи и слизистых на бактерии, патогенные грибы, а также данные микроскопии мазков на бледную трепонему, RPR-тест на сифилис – отрицательны.

По данным акушерско-гинекологического осмотра, УЗИ было установлено, что беременность прогрессирует, признаков угрозы прерывания беременности нет. Соматические диагнозы по ВПС, эндокринной и прочей патологии при комплексном обследовании (ЭКГ, ЭХОКГ, сахарные кривые и пр.) были подтверждены специалистами соматической практики; получала корректирующую терапию. Обследована дермато-венерологами, был установлен диагноз распространенной формы медико-аутоотоксической токсикодермии в результате длительной медикаментозной терапии на фоне сочетанной хронической соматической патологии и беременности.

Все применяемые ранее лекарства больной были отменены.

Несколько дней получала традиционную терапию токсикодермии (местно – болтушка с цинком, глюкокортикоидная мазь, общее лечение – внутривенные инфузии изотонического раствора натрия хлорида, гемодеза, антигистаминных, глюкокортикоидов, мочегонных и пр. средств), но состояние женщины оставалось без измене-

ний. Поэтому в курс лечения были включены эфферентные методы детоксикации. Через день-два были проведены сеансы гемосорбции (1 ОЦК, гемосорбент марки – ВНИИТУ-1) и четыре процедуры среднеобъемного мембранного плазмафереза с эксфузией за сеанс 800–900 мл плазмы, заменой ее кристаллоидами в общем объеме на 30% превышающем объем эксфузии. Осложнений при ЭТ не было, в ходе лечения были купированы проявления токсикодермии, нормализовались клинико-биохимические анализы крови, снизился уровень резусных антител в крови до 1 : 512.

После выписки из стационара, для профилактики обострений токсикодермии и развития гемолитической болезни (ГБ) плода с периодичностью один раз в две недели получила еще восемь сеансов среднеобъемного мембранного плазмафереза, без осложнений. Уровень резусных антител был стабильным, в пределах 1 : 256–1 : 512.

Беременная постоянно наблюдалась акушером-гинекологом и смежными специалистами. По поводу гипертонической болезни всю беременность принимала допегит 3–4 таблетки ежедневно, с 33 недель – норваск по 10 мг/сутки. Беременность после окончания основного курса ЭТ в дальнейшем протекала без осложнений. Иногда, несмотря на постоянный прием гипотензивных средств, у пациентки повышалось АД до 160/100 мм рт. ст., однажды в моче отмечали белок 0,2 г/л.

Последний сеанс МПА был в 38 недель, 27 июня 2013 г. В этот же день вечером у пациентки развилась регулярная родовая деятельность, в связи с чем поступила в клинику Перинатального центра.

Состояние удовлетворительное. Рост 172, масса тела 92 кг. Питание повышено. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧСС 82 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Функция внутренних органов без явлений декомпенсации. Физиологические отправления в норме. Матка соответствует 38 неделям беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Данные КТГ плода, Допплер-исследования кровотока в системе мать-плацента-плод в норме. При влагалищном исследовании были обнаружены сглаженность шейки матки и открытие ее до 8 см.

Вскоре после амниотомии женщина родила девочку весом 2920 грамм, длиной 50 см., с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Было выполнено ручное обследование полости матки (показание – рубец на матке после кесарева сечения в анамнезе), патологии не обнаружено. Общая кровопотеря составила 300 мл. В послеродовом периоде в инсулине не нуждалась, в терапевтических дозах получала фраксипарин, допегит, окситоцин, сорбифер. Клинико-лабораторные показатели (кроме уровней гемоглобина и фибриногена – 100 г/л и 6,7 г/л соответственно) были в норме. Уровень резус-антител в плазме крови 1 : 512.

У ребенка отмечались проявления ГБ средней степени тяжести (максимальный уровень билирубина – 260 мкмоль/л на 4-е сутки), он был пролечен консервативно с использованием иммуноглобулина интратект, фототерапии.

Мать с ребенком были выписаны домой на 8-е сутки после родов. При осмотре через полгода женщина жалоб не предъявляет, занимается домашним хозяйством, воспитанием ребенка, который, с ее слов, развивается нормально.

Таким образом, у больной с множественной соматической патологией, поливалентной аллергией, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, в результате программы ЭКО + ИКСИ наступила беременность, которая осложнилась тяжелой токсикодермией, гестационным диабетом и впервые выявленной резус-иммунизацией.

Эффект от традиционной терапии при токсикодермии был недостаточным и лишь подключением современных методов детоксикации удалось купировать острые кожные проявления болезни, восстановить функцию печени и почек, стабилизировать состояние пациентки с сохранением беременности. Последующие поддерживающие сеансы среднеобъемного мембранного плазмафереза, проводимые с интервалами один раз в две недели позволили до срока родов пролонгировать беременность без развития тяжелых осложнений для матери и плода. Особого внимания заслуживает факт профилактики тяжелой ГБ у плода в результате постоянно-периодического удаления резусных антител из кровотока матери со стабилизацией их титров.

Литература

1. Буранова Ф.Б. Особенности реологических свойств крови у беременных с плацентарной недостаточностью после экстракорпорального оплодотворения // Мат. XI Всеросс. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2010. – С. 34–35.
2. Ветров В.В. Воинов В.А. Иванов Д.О. Неосложненная преэклампсия. – СПб., 2012. – 168 с.
3. Вихляева Е.М. Программирование материнского кардиоваскулярного риска при преэклампсии // Мат. X Всеросс. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 38.
4. Ерофеев Е.Н. Оценка эффективности карбогемосорбции в профилактике тяжелых форм гестоза: Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. – Екатеринбург. – 2010.
5. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Материнская смертность и пути ее снижения // Акуш. и гинек. – 2009, № 3. – С. 11–15.
6. El-Haieg D.O., Zanati M.F., El-Foual F.M. Plasmapheresis in pregnancy outcome in patients with antiphospholipid syndrome. Int. J. Gynecol. Obstet. – 2007. – Vol. 99. – P. 236–24.

МЕМБРАНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ ГЕПАТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Воинов В.А., Жесткова Н.В., Карчевский К.С., Исаулов О.В.

ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта

Холестатический гепатоз нередко осложняет вторую половину беременности и сопровождается интенсивным кожным зудом, усиливающимся в ночное время с нарушениями сна, тошнотой и рвотой. При обследовании выявляется 5–10-кратное увеличение уровня трансаминаз, 2–3-кратное увеличение прямой фракции билирубина, общей щелочной фосфатазы, показателей тимоловой пробы. В 10–100 раз увеличивается содержание желчных кислот (чаще холевоы, реже хенодесоксихолевоы). Эти расстройства практически не поддаются обычным лечебным мероприятиям и нередко вынуждают досрочно прерывать беременность. При холестатическом гепатозе чрезвычайно часто развивается преэклампсия (87%), угроза невынашивания беременности (65%), преждевременные роды (35%) с синдромом внутриутробной задержки развития плода (29%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (87%) с перинатальной смертностью, достигающей 15%.

Выделены 2 группы беременных с ХГБ.

I группа (основная) – 48 беременных с холестатическим гепатозом, которым проводили эфферентную терапию. Мембранный плазмаферез выполнялся на аппарате «Темофеникс» с использованием плазмодифильтров «Роса».

II группа (сравнения) – 89 беременных с холестатическим гепатозом, которым проводили терапию гепатопротекторами, холеретиками, антиоксидантами.

При проведении эфферентной терапии наступает нормализация уровня билирубина, снижение уровня трансаминаз на 40–70%, ОЖФ – на 15–20% со значительным уменьшением интенсивности кожного зуда, улучшением общего состояния больных. Во всех случаях беременность пролонгировалась до доношенного срока с рождением жизнеспособного ребенка.

В контрольной группе, несмотря на использование гепатопротекторов, антиоксидантов и других препаратов продолжало нарастать содержание билирубина, трансаминаз и щелочной фосфатазы в крови, что сопровождалось углублением гипоксии и гипотрофии плода, фетоплацентарной недостаточности. Хроническая плацентарная недостаточность отмечалась в 62% случаев, гипотрофия плода – в 15% случаев. Досрочное прерывание беременности по тяжести холестатического гепатоза произошло в 39% случаев, а самопроизвольное прерывание беременности в 30% случаев. Отмечалась слабость родовых сил с большей частотой кесарева сечения. В 2-х случаях произошла антенатальная гибель плода при сроке беременности 36 недель.

ПОКАЗАТЕЛИ СУММАРНЫХ НИТРАТОВ И НИТРИТОВ 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.,
Клычева М.М., Попова И.Г., Кузьменко Г.Н., Алексинская Е.А., Назарова А.О.*

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России. Иваново, Россия

В настоящее время наибольшую актуальность и информативность приобретают методы, позволяющие непосредственно оценить состояние метаболических процессов в перитонеальной полости. Цель работы: исследование содержания суммарных нитратов и нитритов в перитонеальной жидкости у женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом или хроническим сальпингитом. Обследовано 45 женщины с бесплодием, из них 30 с генитальным эндометриозом и 15 с хроническим сальпингитом. Содержание суммарных нитритов и нитратов (NOx) в перитонеальной жидкости определяли путем восстановления нитратов в нитриты в присутствии хлорида ванадия (Miranda K.M. et al., 2001). У пациенток с эндометриозом содержание (NOx) в перитонеальной жидкости составило $150 \pm 47,5$ мкмоль/л, с сальпингитом – $173,2 \pm 60,6$ мкмоль/л ($p > 0,05$), что обусловлено наличием воспалительного компонента. При сопоставлении этого параметра у пациенток с эндометриозом различной степени тяжести отмечено, что концентрация NOx у женщин при 3-й и 4-й степени заболевания оказалась на 34% выше ($p < 0,05$) по сравнению с 1-й и 2-й степенью. Выявленные изменения в концентрации суммарных нитритов и нитратов в перитонеальной жидкости при наружном генитальном эндометриозе свидетельствуют о возможности использования этого показателя в лабораторной практике для оценки степени тяжести эндометриоза.

АДЕНОМИОЗ – НОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

*Волкунович Т.А., Комличенко Э.В., Ситкин С.И., Зубарева Т.М.,
Калинина Е.А., Малушко А.В., Ткаченко Е.И.*

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова», Россия, Санкт-Петербург*

Цель. Целью настоящего исследования является изучение изменения метаболического профиля у женщин с аденомиозом.

Материалы и методы. В данное исследование включены пациентки возрастной популяции 35–55 лет, которым выполнены органосохраняющие операции, с последующим сравнительным анализом результатов гистологического исследования и спектрометрического исследования сыворотки крови и мочи. Определение качественного и количественного состава метаболома в сыворотке крови и моче выполняется с помощью метода газовой хромато-масс-спектрометрии. Применение газовой хроматографии, сопряженной с масс-спектрометром позволяет идентифицировать наиболее важные для результативности метаболиты. Получаемые при этом спектры отличаются информативностью и воспроизводимостью, создает условия для масс-спектрометрических библиотек.

Результаты. На основании проведенного нами мета-анализа была выявлена взаимосвязь между повышением уровня лактата, 3-гидроксibuтирата, аланина, лейцина, валина, треонина, лизина, глицерофосфатидилхолина, янтарной кислоты, 2-гидроксibuтирата, снижением уровня липидов, глюкозы, изолейцина, аргинина и эндометриозом.

Выводы. Несомненно, внедрение в диагностику аденомиоза таких методов исследования как УЗИ, гистероскопии, гистеросальпингографии, МРТ является значимым и повышает диагностическую ценность, однако, определение спектра метаболонов позволит нам осуществлять раннюю диагностику аденомиоза, выработать критерии неблагоприятного прогноза, что повысит эффективность выбора методов лечения.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КОСОЛАПОСТИ

Воронин Д.В., Корлякова М.Н., Карпов К.П.

*Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения
«Диагностический центр (медико-генетический), СПб ГКУЗ МГЦ, г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель работы. Совершенствование диагностического алгоритма пренатального ультразвукового скрининга аномалий костномышечной системы

Материалы и методы. Проведен статистический анализ базы данных СПб ГКУЗ МГЦ о пренатальном выявлении с помощью ультразвукового метода косолапости за период с 2001 по 2012гг. Ультразвуковые пренатальные исследования выполнены на диагностических аппаратах среднего и экспертного классов.

Результаты. По данным СПб ГКУЗ МГЦ, за 13 лет, зарегистрирован 421 случай врожденной косолапости, выявленной пренатально, и подтвержденной при обследовании ребенка профильным специалистом. В большинстве случаев (около 70%), врожденная косолапость была двухсторонней, односторонняя патология зафиксирована менее чем у трети плодов. Частота право- и левосторонней форм была примерно одинаковой. Наиболее ранний срок пренатальной ультразвуковой диагностики врожденной косолапости – середина первого триместра беременности (11–12 нед). Изучение анатомических особенностей конечностей плода, при скрининговом ультразвуковом исследовании, во всех случаях проводилось с использованием методики мультиплоскостной двухмерной эхографии и включало в себя не только количественную оценку конечностей и их частей, но и экспертизу их взаимного расположения.

Выводы. Экспертиза взаимного расположения костей голени и стопы плода необходима и эффективна с целью ранней диагностики врожденной косолапости при проведении скринингового ультразвукового исследования уже в конце первого – начале второго триместров беременности.

ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ В СТРУКТУРЕ ПРЕНАТАЛЬНЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ НАХОДОК

Воронин Д.В., Корлякова М.Н., Карпов К.П.

*Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения
«Диагностический центр (медико-генетический), СПб ГКУЗ МГЦ, г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель работы. Совершенствование диагностического алгоритма пренатальной ультразвуковой диагностики сочетанных и множественных аномалий плода

Материалы и методы. Проведен статистический анализ базы данных СПб ГКУЗ МГЦ о пренатальных ультразвуковых находках у плодов с врожденной косолапостью (ВК), за период с 2001 по 2012 гг. Ультразвуковые пренатальные исследования выполнены на диагностических аппаратах среднего и экспертного классов.

Результаты. За исследуемый период времени (13 лет) выявлено 598 плодов с симптомокомплексом множественных врожденных пороков развития (МВПР). У каждого 6-го плода с МВПР выявлена ВК, причем в 70% случаев патология была двухсторонней. В каждом третьем случае (32%) отмечено сочетание ВК с аномалиями центральной нервной системы, чаще представленными сочетанием дефектов позвоночника с синдромом Арнольда-Киари (тип II). В этих случаях также преобладала двухсторонняя ВК (75%). Наиболее частой хромосомной аномалией у плодов с ВК, также преимущественно представленной двухсторонней локализацией патологии, была трисомия по 18 паре хромосом (синдром Эдвардса).

Выводы. При выявлении в ходе пренатального ультразвукового исследования ВК, особенно двухсторонней, необходимо ориентировать ультразвуковой диагностический поиск на исключение аномалий центральной нервной системы и рекомендовать проведение пренатального кариотипирования плода.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ИММУНОКОНФЛИКТЕ ПО СИСТЕМЕ РЕЗУС

Вьюгов М.А., Иванов Д.О., Ветров В.В., Васильев В.Е., Воинов В.А.,

МБУЗ Родильный дом АРО г. Таганрог, Ростовская обл.

Институт перинатологии и педвартриту ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Гемолитическая болезнь (ГБ) плода и новорожденного является одной из причин перинатальной смертности. В литературе есть сообщения об успешном лечении с помощью аферезных технологий беременных с резус-иммунизацией, а также – новорожденных детей с ГБ методом среднеобъемного плазмафереза с эксфузией 20–40% плазмы от расчетного объема циркулирующей плазмы (ОЦП) [1, 2, 4, 5, 6]. Сообщения об использовании при этой патологии плазмообмена (ПО – эксфузия 70–100% и более плазмы от ОЦП) единичны [3, 7].

Целью исследования явилось изучение клинико-лабораторных данных у новорожденных детей с ГБН при проведении им курса комплексной терапии, в том числе с проведением ПО мембранным и центрифужным способами.

Материал и методы исследования. Наблюдали 115 новорожденных с ГБН, которые были распределены в две группы. В 1-ю группу вошли 38 новорожденных детей, матерям которых с 22–24 недель беременности по поводу резус-изосенсибилизации проводили курс среднеобъемного мембранного плазмафереза (МПА) в количестве 3–5 сеансов с интервалом в 1–2 недели. За один сеанс МПА в среднем удаляли $600 \pm 25,5$ мл плазмы. Восполнение проводили изотоническим раствором натрия хлорида 400 мл и раствором ГЭК 300мл. Общий объем удаленной плазмы за курс ПА составлял 1–1,5 ОЦП. Кратность процедур ПА зависела от динамики титра резус-антител. По показаниям, в каждом третьем случае, при нарастании титра резус-антител беременным назначали повторный курс ПА. Осложнений для матери и плода при процедурах не отмечали

2-я группа включала больных детей с ГБ, которым в первые сутки жизни проводили ЗПК. Матери их МПА при беременности не получали.

Эта группа была разделена на две подгруппы.

В 1-ю подгруппу включены 41 новорожденный ребенок, которым на 2-е или 3-е сутки жизни подключали ПО. Процедуры проводили или шприцевым мембранным способом с удалением за сеанс в среднем $240 \pm 12,5$ мл плазмы (до 2 ОЦП, у 30 детей), или центрифужным способом с удалением за сеанс в среднем $120 \pm 10,5$ мл (1 ОЦП, у 11 детей). Плазмозамещение проводили синхронным восполнением сосудистого русла донорской СЗП в объеме до 120% от объема плазмозамещения. При МПА у женщин и детей использовали отечественные мембранные плазмодифильтеры ПФМ-800 и «Роса», при центрифужном ПА – центрифугу ОС-6М.

Показаниями для ПО (после проведенного в первые сутки жизни ЗПК) служили:

- прирост НБ крови свыше 15 мкмоль/л за час;
- превышение показателя НБ крови свыше 340 мкмоль/л с тенденцией к дальнейшему повышению.

Во 2-ю подгруппу 2-й группы включены 36 новорожденных детей, которым в лечении ГБ была выполнена еще одна операция ЗПК. Всего курс ЗПК для детей данной подгруппы состоял из двух операций, которые проводили в 1–3-е сутки жизни из расчета 170–200 мл/кг массы тела (до 2,5 ОЦК).

Показаниями для ЗПК служили:

- уровень НБ в пуповинной крови после рождения свыше 70 мкмоль/л;
- почасовой прирост НБ в 1-е сутки жизни свыше 12–15 мкмоль/л.

Помимо общеклинического обследования больным детям проводили клинико-биохимические анализы крови. В настоящей работе представлена динамика показателей гемодинамики (АД сист, АД диаст, АД сред, ЧСС, SatO₂), а также – непрямого билирубина (НБ), внеэритроцитарного (плазменный) гемоглобина (ВЭГ) в плазме крови, осмотической стойкости эритроцитов (ОСЭ). Полученные показатели статистически обработаны.

Результаты исследования. Оказалось, что у новорожденных детей от матерей, которые получали при беременности курсы среднеобъемного МПА, тяжелых форм ГБ не было. При этом показатели НБ, ВЭГ и ОСЭ, хотя и статистически достоверно превышали таковые у здоровых детей ($p < 0,05$), но потребности в проведении им ЗПК и ПО не было.

У детей 2-й группы угрожающих жизни осложнений при выполнении ЗПК и ПО не было, хотя у отдельных пациентов (только при ЗПК и центрифужном ПО) в единичных случаях было временное ухудшение гемодинамических показателей, быстро купированное назначением коррегирующей терапии.

Оказалось, что у детей 1-й и 2-й подгрупп 2-й группы после ЗПК, проведенного в первые сутки жизни, средние показатели НБ, ВЭГ в плазме крови, уровни ОСЭ были практически одинаковыми ($p < 0,05$).

В динамике, у детей после ПО (1-я подгруппа) уровень НБ плазмы снижался более выражено и стабильно (в большей степени при мембранном, чем при центрифужном ПО), чем у детей, получивших второе ЗПК (2-я подгруппа). Так, средний показатель НБ в плазме на 4 и 5 сутки жизни в 1-й подгруппе составил соответственно $85,5 \pm 10,5$ и $56,5 \pm 4,5$ мкмоль/л, а во второй подгруппе – соответственно $195,3 \pm 15,7$ и $116,5 \pm 5,5$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Эта же особенность была отмечена и при динамическом исследовании показателя ВЭБ в плазме крови.

Эти данные свидетельствуют о том, что при повторном ЗПК освобождение циркулирующей крови от непрямого билирубина и свободного гемоглобина менее значительно, чем при проведении ПО. Подтверждением более выраженного детоксикационного эффекта процедур ПО явилась нормализация показателя ОСЭ у детей 1-й подгруппы. Во 2-й подгруппе этот показатель после повторного ЗПК практически не менялся, подтверждая сохраненную сниженную устойчивость эритроцитов к гемолизу.

Выводы.

1. Проведение среднеобъемного МПА беременным с резус-сенсibilизацией позволяет профилактировать развитие тяжелых форм ГБ у плода без потребности в назначении этим новорожденным ЗПК.

2. ПО показан новорожденным детям с тяжелой формой ГБ, нуждающимся в повторном ЗПК. Методом выбора при этом является мембранный способ.

Литература

1. *Абрамзон М.И., Беляев В.Л., Болтовская Л.Ф. и др.* Метод мембранного плазмообмена в лечении гемолитической болезни новорожденных (ГБН) // Мат. V Международной конф. «Актуальные аспекты экстракорпорального очищения крови в интенсивной терапии». – М., 2006. – С. 96.

2. *Батман Ю.А., Бессонов Д.А., Кнуров И.Ю.* Опыт использования мембранного плазмафереза в комплексном лечении тяжелых гипербилирубинемий у новорожденных с изоиммунным конфликтом // Мед. Соц. Проблемы семьи. – 2009. – Т. 14, № 2. – С. 99–102.

3. *Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Мызникова И.В., Пугина Н.В., Васильев В.Е.* Исходы для плодов при различных вариантах ведения беременных с резус-иммунизацией // Бюлл. ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова, ноябрь 2012, приложение 3: Тезисы VII междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный», посвященная 165-летию В.Ф.Снегирева. – СПб. – 2012. – С. 18–20

4. *Воинов В.А., Илькович М.М., Саркисов И.Ю. и др.* Метод одногильного мембранного плазмафереза с плазмодифильным ПФМ на портативном аппарате «Гемос-ПФ»: Пособие для врачей. – СПб., 1998.

5. *Мелахова Т.А., Судаков А.Г., Цекот В.В. и др.* Эффективность плазмафереза в профилактике и лечении гемолитической болезни плода и новорожденного // Мат. Первого регионального научного форума «Мать и дитя». – Казань, 2007. – С. 388.

6. *Isojima S., Hisano M., Suzuki T. et al.* Early plasmapheresis followed by high-dose γ -globulin treatment saved a severely Rho-incompatible pregnancy // J. Clin. Apher. – 2011. – Vol. 26, № 4. – P. 216–218.

7. *James V., Weston J., Scott I.V., Doughty R., Tomlinson J., Whitfield M.* Intensive plasma exchange in Rhesus isoimmunization // Vox. Sang. – 1979; 37 : 290–5.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ У ГОДОВОЛОГО РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).

Вьюгов М.А., Ветров В.В., Иванов Д.О.

МБУЗ «Родильный дом», г. Таганрог Ростовской области.

Институт перинатологии и педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) – одно из самых тяжелых аллергических поражений лекарственного генеза. У детей встречается редко, но летальность составляет 30–50%. Развитие синдрома связано с использованием нескольких лекарственных препаратов (антибиотиков, сульфаниламидов, нестероидных

противовоспалительных средств, противосудорожных), иногда – с применением донорских гемокомпонентов. Имеет место и наследственная предрасположенность. Патогенетически синдром является процессом возникновения и развития своеобразного токсико-аллергического шока с тяжелой гиповолемией, нарушением метаболизма и оксигенации тканей на фоне некроза всех слоев эпидермиса, дермы, тромбокапиллярита и тромбоваскулита. Клинически синдром протекает остро, тяжело, с проявлениями системного воспалительного ответа организма, эндотоксикоза, дегидратации, ДВС-синдрома, полиорганных нарушений при развитии миокардита, гломерулонефрита, панкреатита и др. Поражения кожи проявляются эритематозными болезненными элементами с быстрой трансформацией в крупные буллезные пузыри с последующим образованием обширных эрозивных поверхностей. Характерен симптом Никольского – отслойка эпидермиса при незначительном механическом воздействии. Поражается до 80–90% всей поверхности кожи, за исключением волосистой части головы. Внешне ребенок напоминает больного с ожогами. Инфицирование кожи ведет к генерализации инфекции и развитию гиперергического сепсиса и пневмонии. При своевременной и адекватной терапии (условия реанимации, отмена всех ранее получаемых лекарственных препаратов, стерильное белье, инфузионные средства, преднизолон парентерально и др.) улучшение в состоянии больного наступает на 2–3-й неделе. Дефекты кожи заживают к концу месяца от начала болезни и на их месте остается пигментация [3, 4].

Есть сообщения о том, что в наиболее тяжелых случаях при синдроме Лайелла эффективен плазмаферез, в том числе в комбинации с пульс-терапией преднизолоном [1, 2, 5].

Приводим собственное наблюдение.

Ребенок Д.Г., в возрасте один год, история болезни № 121. Поступил в стационар городской детской больницы г. Таганрога с жалобами на слабость, вялость, отечность лица, туловища, повышение температуры до 38,7–39,4 °С, снижение диуреза.

Родился у соматически здоровой матери от пятой беременности, при вторых родах, которые осложнились слабостью родовых сил. Из-за начавшейся гипоксии плода была выполнена операция кесарево сечение. Масса плода при рождении 4200 грамм, оценка по шкале Апгар – 3/5 баллов. В течение двух недель ребенку проводилось лечение в отделении патологии новорожденных по поводу гипоксического ишемического поражения ЦНС 1–2-й ст. С 3,5 мес трижды лечился в детской больнице с диагнозом: Экссудативный диатез, дисбактериоз. Обструктивный бронхит.

В восемь месяцев во время лечения однажды в стационаре отмечали анафилактическую реакцию, отек Квинке на антибиотик цефазолин. Со слов матери, в течение последних трех дней для лечения диатеза родители стали наружно использовать для ребенка мазь, изготовленную кустарно на основе коровьего молока и неизвестных трав. После этого у ребенка увеличилась площадь эритемы, появился отек лица, туловища и конечностей, повысилась температура. Мальчик стал вялым, редко мочился (к моменту поступления в больницу мочи не было 12 часов), в связи с чем родители обратились в больницу.

Из-за тяжести состояния Д.Г. сразу был госпитализирован в отделение реанимации. Состояние очень тяжелое. Вялый, адинамичный. Температура тела 38,7 °С. Кожа с выраженными микроциркуляторными нарушениями: холодность кистей рук и стоп, «мраморность», нитевидный пульс на а. Radialis. Выражена отечность лица, туловища, нижних и верхних конечностях с множественными эритематозными очагами, местами синюшно-багрового цвета с отслойкой эпидермиса и с мокнущем, вскрывшимися пузырями. Площадь поражения кожи до 70–75%. Слизистая губ бледно-розовая, язык суховат. Дыхание самостоятельное адекватное, ЧДД – 26 в мин, аускультативно в легких дыхание жесткое, равномерно проводится с обеих сторон, в нижних долях умеренно ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 154 уд. в мин. АД-85/43 мм рт. ст., сатурация венозной крови – 92%. Живот подвздут, мягкий безболезненный при пальпации. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги. При катетеризации мочевого пузыря получено до 10,0 мл желто-красноватой мочи.

В анализах крови у больного были данные за гемоконцентрацию, тяжелую воспалительную реакцию в организме, печеночно-почечную недостаточность (см. таблицу 1). При наблюдении почасовой диурез составлял 6–10 мл/час (менее 0,5 мл/кг в час; норма – 1,5–2,0 мл/кг в час) при относительной плотности мочи 1004 усл. ед. При микроскопии осадка мочи выявлены лейкоцит-, эритроцит-, цилиндр-, протеинурия. Данные коагулограммы: признаки гиперкоагуляции, коагулопатии потребления (по Ли-Уайту свертываемость крови 5–7 мин, наличие D-димеров). ЭКГ: Нарушение проводимости по правой ножке п. Гиса. Нарушение процессов реполяризации УЗИ поджелудочной железы, печени, почек – эхопризнаки диффузных поражений паренхимы органов. Rg-графия грудной клетки: признаки РДС-синдрома 1-й стадии.

В иммунограмме – наличие ЦИК (циркулирующих иммунных комплексов), IgE. Индекс SOFA при оценке ПОН – 13–15 баллов [5].

Был выставлен диагноз: Генерализованный токсикоаллергический (аллергосепсис). Синдром Лайелла. Площадь поражения кожных покровов до 75%. Острый диффузный гломерулонефрит, смешанная форма, активность III. Реактивный гепатит, панкреатит, вторичная кардиопатия, токсическая анемия. СПОН.

Проведена катетеризация подключичной вены (ЦВД < 4 см вод. ст.), начата инфузионная терапия для купирования гиповолемии из расчета 35–40 мл/кг под контролем ЦВД и диуреза (глюкозо-солевые р-ры), вводились допамин 5–7 мкг/кг в мин, преднизолон до 5 мг/кг сут через 4 часа, дезагреганты. диуретики и др. средства.

Таблица 1

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ПАЦИЕНТА Д.Г. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ
В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ПРИ ПЕРЕВОДЕ В ОБЩЕЕ ДЕТСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.**

Показатель	При поступлении	13-е сутки
Эритроциты, 10 ⁹ х 12/л	3,0	3,68
Гемоглобин, г/л	96	121
Гематокрит, %	46	36
Лейкоцитоз, тыс.	17,5	8,5
Эозинофилы, %	10	Нет
Палочкоядерные, %	11	3
Сегментоядерные, %	31	38
Лимфоциты, %	39	49
Моноциты %	9	5
СОЭ, мм/час	34	25
Общий белок, г/л	54	61
Мочевина, мкмоль/л	26,3	5,4
Креатинин, моль/л	310	76
Глюкоза, ммоль/л	8	4,6
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	290	100
АлТ, ЕД/л	130	36
АсТ, ЕД/л	128	37

Через 6 часов от поступления у ребенка была стабилизирована гемодинамика (ЧСС 124 уд в мин, АД 95/50 мм.рт.ст, увеличилось ЦВД (6 см. вод. ст.), значительно улучшилась кожная микроциркуляция, купированы признаки гиповолемии, «централизации» кровообращения, снизились показатели гематокрита и гемоглобина соответственно до 35% и 85 г/л.

Была выполнена трансфузия отмытых эритроцитов с учетом проб на совместимость. В биохимическом анализе крови несколько увеличился показатель мочевины крови (32 ммоль/л), диурез, несмотря на применение лазикса, оставался в пределах 7–10 мл в час.

В связи с этим было решено провести ребенку сеанс шприцевого мембранного плазмафереза (МПА; плазмочиститель ПФМ-800 ЗАО «Плазмочиститель», Санкт-Петербург) по методике профессора В.А. Воинова из расчета плазмочистительной плазмы 50% ОЦП (2).

На этот момент расчетный объем плазмочистительной плазмы (вес ребенка 12,5 кг, гематокрит 37%) составлял 190 мл. Антикоагулянтная терапия – гепарин 150 ед/кг в сочетании с изотоническим раствором натрия цитрата в соотношении 1 : 10 к объему забираемой в шприц крови (10 мл). Операция проводилась под «прикрытием» трансфузии донорской СЗП и отмытых эритроцитов, при этом забор крови и возврат осуществлялись одновременно. Время сеанса МПА составило 2 часа 25 мин.

Было удалено 190 мл аутоплазмы, восполнение проведено 100 мл одногруппной донорской СЗП и 120 мл одногруппных отмытых эритроцитов вместе с 60 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Течение сеанса МПА было гладкое, гемодинамика не ухудшалась.

В ходе сеанса было получено светлой мочи 110 мл, диурез восстановился до нормы 2-3 мл/кг в час. На следующие сутки было отмечено снижение в крови уровней трансаминаз, креатинина и мочевины. У пациента значительно улучшилась субъективная симптоматика – ребенок стал пить и есть, усваивать энтеральное питание.

Через день и еще через четыре дня, для закрепления лечебного эффекта, были проведены по сеансу шприцевого МПА в объеме 30% ОЦП с возмещением удаленной плазмы солевыми растворами в объеме на 20% превышающем объем плазмочистительной плазмы.

В целом за курс лечения суммарный объем удаленной плазмы больного составил 110% от расчетного ОЦП. При этом состояние ребенка постоянно значительно улучшалось с купированием явлений поражения жизненно важных органов и кожи.

К моменту перевода на 13-й день из реанимационного отделения у ребенка отмечались нормальные гемодинамические и лабораторные показатели крови. Умеренные проявления дерматита были только на щеках. Выписан из больницы в удовлетворительном состоянии после завершения 28-дневного курса лечения.

Ребенок находится на диспансерном наблюдении в течении трех лет, рецидивов экссудативного диатеза за этот период не было.

Таким образом, представленный пример подтверждает данные литературы о том, что своевременное включение в курс лечения сеансов плазмафереза позволяет успешно лечить синдром Лайелла в тяжелой форме. При этом данная терапия является патогенетически обоснованной в результате выведения из организма аллергенов, аутоантител, иммунных комплексов и других патологических метаболитов, создающих ряд порочных кругов, разорвать которые сам организм и какие-либо лекарственные препараты, не в состоянии.

Литература

1. *Ветров В.В., Барышев Б.А.* Эфферентная терапия и аутодонорство в гинекологии. – СПб., 2005. – 160 с.
2. *Воинов В.А.* Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. – СПб.: Эскулап, 2010. – 400 с.
3. *Монов А.* Шоковые состояния при острых токсических и аллергических заболеваниях. – София. – 1982. – С. 204-228.
4. *Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артамасова А.В.* Аллергические заболевания. – М.: Триада-Х, 1999. – 249 с.
5. *Hughes G., Fitzharris P.* Managing acute anaphylaxis // *BMJ.* – 1999. – Vol. 319. – P. 1–2.

ИННОВАЦИЯ В ОНКОФЕРТИЛЬНОСТИ: АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ ОВАРИАЛЬНОЙ ТКАНИ

Гамзатова З.Х., Комличенко Э.В.

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель работы. Цель работы заключалась в анализе эффективности проведения аутотрансплантации криоконсервированной овариальной ткани как инновационного метода сохранения фертильности у онкологических пациенток.

Материал и методы исследования. Проведен метаанализ 60 ортотопических аутотрансплантаций криоконсервированной овариальной ткани, выполненных в 3 крупнейших научно-исследовательских центрах, занимающихся проблемами онкофертильности: в Бельгии (проф. Donnez J.), в Дании (проф. Anderson R.) и в Испании (проф. Pellicer A.).

Результаты. Выполнено 60 аутотрансплантаций. Функция яичников восстановилась у 52 пациенток. У 18 пациенток наступила беременность. В итоге 12 здоровых детей родились с помощью данного метода.

Заключение. На современном этапе важно помнить не только об излеченности пациенток от онкологического заболевания, но и о качестве последующей их жизни и сохранении фертильности. В настоящее время, лишь криоконсервация эмбрионов и зрелых яйцеклеток разрешены к применению в клинической практике согласно консенсусу Американского сообщества клинических онкологов (ASCO), в то время как аутотрансплантация криоконсервированной овариальной ткани все еще рассматривается в качестве экспериментальной методики. Однако многочисленные данные свидетельствуют в пользу того, чтобы данная методика была включена в стандарты по сохранению фертильности и одобрена ASCO наряду с криоконсервацией эмбрионов и зрелых яйцеклеток.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Глазкова С.В., Лильин Е.Т.

ГБУЗ НПЦ Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

На сегодняшний день согласно статистическим данным по заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП) в России, опубликованным Министерством здравоохранения и социального развития на 2010 год, в стране насчитывается 71 429 детей с ДЦП в возрасте 0–14 лет и 13 655 детей с таким диагнозом в возрасте 15–17 лет. Заболеваемость ДЦП имеет тенденцию к увеличению и составляет 1,88 случаев на 1000 детей.

ДЦП относят к тяжелым заболеваниям ЦНС, при котором, особенно страдают мозговые структуры, ответственные за произвольные движения. Характерны для ДЦП двигательные расстройства: гипертонус мышц, развитие контрактур, нарушение координации движений, атрофия мышц и др. При ДЦП формируются устойчивые порочные позы и движения, меняется осанка, возникают контрактуры и деформации опорно-двигательного аппарата и другие нарушения. Имеет место расстройство деятельности анализатора, что затрудняет нормальную адаптацию больных к окружающей среде. Типична повышенная эмоциональная возбудимость, инертность психики и т.п.

Так же могут встречаться следующие патологические явления – аномальность ощущения и восприятия; снижение зрения, слуха; эпилептический синдром; эпилепсия; задержка психического и речевого развития. Другие проблемы: трудности при приеме пищи, ослабление контроля мочеиспускания и работы кишечника, проблемы с дыханием из-за нарушения положения тела, пролежни.

У каждого ребенка выраженность сопутствующих патологических явлений разная, но при этом каждый ребенок на своем жизненном пути соприкасается с острыми респираторными вирусными заболеваниями (ОРВИ). Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа острых инфекционных заболеваний, вызываемых РНК- и ДНК-содержащими вирусами и характеризующихся поражением различных отделов дыхательного тракта, интоксикацией, частым присоединением бактериальных осложнений.

ОРВИ – самое распространенное заболевание, в том числе у детей. Даже в неэпидемические годы регистрируемая заболеваемость ОРВИ во много раз превышает заболеваемость всеми основными инфекционными болезнями. В период пандемий за 9–10 месяцев в эпидемический процесс вовлекается более 30% населения земного шара, причем более половины из них составляют дети. Заболеваемость среди детей различных возрастных групп может отличаться в зависимости от свойств вируса, вызвавшего эпидемию. Однако в большинстве случаев наиболее высокий уровень заболеваемости отмечают у детей от 3 до 14 лет. ОРВИ нередко протекают с осложнениями (присоединением

воспалительных процессов в бронхах, легких, околоносовых пазухах и т.д.) и вызывают обострения хронических заболеваний. При высокой лихорадке и резко выраженной интоксикации при гриппе возможны общемозговые реакции, протекающие по типу менингеального и судорожного синдромов. Кроме того, отсутствие перекрестного иммунитета, а также большое количество серотипов возбудителей ОРВИ способствуют развитию заболевания у одного и того же ребенка несколько раз в год. Повторные ОРВИ приводят к снижению общей сопротивляемости организма, развитию транзиторных иммунодефицитных состояний, задержке физического и психомоторного развития, вызывают аллергизацию, повышают судорожную готовность головного мозга и тем самым способствуют риску развития эпилепсии, и т.д. Весьма значимы и экономические потери, обусловленные ОРВИ, – как прямые (лечение и реабилитация больного ребенка), так и не прямые (связанные с нетрудоспособностью родителей). Изучение проблемы влияния ОРВИ на течение ДЦП дает возможность в дальнейшем разработать научную концепцию по комплексным лечебным мероприятиям у таких детей и будет способствовать снижению и выраженности осложнений.

ЧАСТОТА КОЛОНИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Гнедько Т.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

При интенсивном снижении показателя неонатальной смертности повышается клиническое значение перинатальных программ профилактики врожденных инфекций, включая предупреждение заболеваний, вызванных *Streptococcus agalactiae*.

Цель работы. Сравнительно оценить результаты бактериологического выделения *Streptococcus agalactiae* у новорожденных в условиях перинатального центра.

Материалы и методы исследования. Проведен годовой ретроспективный анализ результатов селективного микробиологического скрининга у новорожденных из отделений различного неонатального профиля, включая 62 младенца с выделением *Streptococcus agalactiae* при бактериологическом посеве биологического материала из различных локусов.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что преимущественное число положительных результатов по выделению *Streptococcus agalactiae* было получено у новорожденных из родильных отделений (75,8%). С одинаковой частотой данный стрептококк выделялся при рождении у детей физиологического и обсервационного отделений (40,3% и 35,5% соответственно). Каждый четвертый ребенок с позитивным выделением *Streptococcus agalactiae* (24,2%) находился на стационарном лечении в неонатальных отделениях различного профиля. Большинство (16,2%) из этих детей получали интенсивную терапию в специализированном отделении.

Заключение. Преимущественное выявление *Streptococcus agalactiae* у детей при рождении обосновывает необходимость активного внедрения программы профилактики данной инфекции, включая скрининг беременных и антибактериальное сопровождение в родах.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВ У БЕРЕМЕННЫХ С БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Говоруха И.Т.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В Украине частота бесплодия колеблется от 10 до 29 % и не имеет тенденции к снижению. Эффективность лечения бесплодия не превышает 40–50 %. При этом наступление беременности не гарантирует ее завершение своевременными родами и рождение здорового ребенка. Нередко факторы, которые были причиной бесплодия в браке, продолжают оказывать неблагоприятное воздействие на течение беременности, вызывая развитие различных гестационных осложнений, среди которых лидирующее место занимает невынашивание беременности. Независимо от этиологического фактора невынашивания, пусковым механизмом, способствующим прерыванию беременности, могут быть нарушения биосинтеза простагландинов. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеются данные о непосредственном участии простагландинов в регуляции сосудистого тонуса и сократительной функции миометрия матки.

Исходя из этого целью работы было изучение содержания некоторых простагландинов у беременных с бесплодием в анамнезе.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 95 беременных в сроке гестации от 3 до 35 недель в возрасте от 20 до 44 лет (основная группа). Длительность бесплодия до наступления данной беременности составляла от 2 до 19 лет. Первичное бесплодие отмечено у 37 (36 %) пациенток, вторичное – у 58 (63 %). Нарушение фертильности только у женщин наблюдалось в 72 %, стерильность у обоих супругов зарегистрирована в 28 % случаев. Контрольную группу составили 30 женщин без нарушений фертильности в анамнезе.

Отягощенный гинекологический анамнез наблюдался у всех (100 %) пациенток. Необходимо отметить преобладание у них хронических воспалительных заболеваний придатков матки (61 %). Эрозия шейки матки диагностировалась у 40 % пациенток, нарушение менструальной функции – у 38 %, гинекологические операции в прошлом перенесли 52 % женщин. Акушерский анамнез характеризовался наличием родов у 12 % женщин, искусственных аборт – у 23 %, самопроизвольных аборт – у 32 %, замерших беременностей – у 19 %, внематочные беременности отмечены у 27 % женщин.

Данная беременность наступила после проведения консервативных методов лечения у 24 % женщин, только после оперативного лечения – у 18 %. Вспомогательные репродуктивные технологии применялись у 37 % пациенток. Комбинированная терапия бесплодия использовалась у 21 % женщин.

Кроме традиционного общеклинического обследования у беременных оценивалось содержание в сыворотке крови следующих простагландинов: ПГ F_{2α}, ПГ E₂, ПГ I₂ и тромбксана (TxV₂), которое определялось иммуноферментным методом на аппарате «StatFax 3200» (США), с использованием наборов «Cortex Diagnostics» (США).

Результаты и обсуждение. У всех наблюдаемых женщин с излеченным бесплодием (100 %) отмечены признаки угрозы прерывания беременности, наиболее часто это осложнение диагностировалось от 5–6 до 11–12 недель, в 16–19, 21–24 и 27–32 недель. Также у этих пациенток отмечена анемия (68 %), маточно-плодово-плацентарные нарушения (47 %), истмико-цервикальная недостаточность (22 %), преэклампсия (9 %), преждевременное излитие околоплодных вод (7 %), преждевременная отслойка плаценты (14 %). Генитальная инфекция выявлялась у 60 % пациенток.

Анализ биохимических параметров крови показал, что содержание ПГ F_{2α} у женщин с излеченным бесплодием (0,343 ± 0,192 нг/мл) было повышенным в 1,9 раза по сравнению со здоровыми беременными (0,182 ± 0,064 нг/мл, p < 0,05). Такая же закономерность отмечена и при определении TxV₂, то есть его увеличение в 2,6 раза (соответственно 0,856 ± 0,074 и 0,327 ± 0,016 нг/мл, p < 0,05). Уровни ПГ E₂ и ПГ I₂ в сыворотке крови у женщин с излеченным бесплодием наоборот были сниженными в 1,4 раза (p < 0,05).

Исходы беременности у обследованных женщин с излеченным бесплодием были следующими: преждевременные роды произошли в 46 случаях, что составило 48 %, соответственно у остальных 49 (52 %) пациенток роды были срочными. В зависимости от срока гестации досрочное родоразрешение распределялось так: очень раннее (22–27 недель) – 5 (5,3 %) случаев, раннее (28–32 недели) – 17 (18 %) и преждевременные роды в сроках 33–37 недель – остальные 24 (25 %) пациентки. Оперативное родоразрешение произведено у 78 (82 %) женщин.

Полученные данные по содержанию вазоактивных веществ у беременных с излеченным бесплодием в анамнезе свидетельствуют о накоплении вазопрессорных и дефиците вазодилаторных субстанций с последующим нарастанием сосудистого спазма маточно-плацентарной ишемии, что ведет к развитию тканевой гипоксии у матери и плода. Данные изменения, вероятно, объясняют развитие у этих женщин таких акушерских осложнений как угроза прерывания беременности, маточно-плацентарно-плодовые нарушения, преэклампсия и другие.

Выводы.

1. У беременных с излеченным бесплодием в анамнезе отмечается накопление вазопрессорных (ПГ F_{2α}, TxV₂) и дефицит вазодилаторных (ПГ E₂ и ПГ I₂) субстанций.

2. Изучение показателей простагландинов позволяет прогнозировать развитие гипоксических состояний у матери, а своевременная коррекция выявленных нарушений в содержании вазоактивных субстанций позволит снизить количество акушерских и перинатальных осложнений у женщин с излеченным бесплодием в анамнезе.

3. Необходимо разработать лечебно-профилактические мероприятия, направленные на коррекцию дисбаланса обмена простагландинов.

ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ГИНЕКОЛОГОВ ПРОФИЛАКТИКЕ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПУТЕМ КРАТКОСРОЧНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СЛУЧАЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ АЛКОГОЛЯ

Грандилевская И.В., Бурина Е.А.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Употребление алкоголя в период беременности является одной из главных причин врожденных дефектов и нарушений развития у детей. Однако результаты исследования показали, что врачи-гинекологи не уделяют должного внимания проблеме употребления алкоголя женщинами детородного возраста и беременными женщинами и

практически не затрагивают эту тему на приеме, ограничиваясь, как правило, лишь самым общим формальным вопросом о вредных привычках [1]. В большинстве своем гинекологи не имеют навыков корректного обсуждения с женщинами темы употребления алкоголя, не владеют методами скрининга группы риска, а также не имеют четких представлений о критериях выделения этих групп. Однако именно врач-гинеколог встречается в своей практике со значительным числом женщин детородного возраста, и вопросы здоровья женщины и ведения беременности занимают центральное место в его работе.

В связи с этим в рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей»² было разработано краткосрочное вмешательство, направленное на профилактику ФАС, а также специальные обучающий тренинг для врачей-гинекологов

Практическое освоение техники краткосрочного вмешательства включает в себя:

1. Просмотр видеосюжетов моделей краткосрочного вмешательства. Во время просмотра видеосюжетов участники анализируют конкретные шаги краткосрочного вмешательства.

2. Ролевое проигрывание в малых группах (в тройках). Ролевое проигрывание в малых группах предполагает, что каждый участник выступает в 3 ролях: «врач», «пациентка», «наблюдатель». Врач и пациент получают стандартную инструкцию и на ее основе разыгрывают ситуацию. Наблюдатель оценивает их действия. Затем участники меняются местами.

3. Обсуждение.

4. Ролевое проигрывание в двойках. Каждый участник поочередно выступает в роли «врача» и «пациента». Во время проигрывания модели краткосрочного вмешательства проводится запись на диктофон.

5. Запись на диктофон.

6. Обсуждение.

Результаты исследования формирования навыков краткосрочного вмешательства в процессе разработанного тренинга показали, что он является эффективным методом обучения врачей-гинекологов основам профилактики ФАС.

Литература

1. Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А., Волкова Е.Н., Боннер Б.Л. Методология разработки профилактических программ в области здоровья (на примере программы профилактики ФАС) // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 16. – 2012. – Вып. 4. – С. 61–70.

Работа выполнена при поддержке Национальных Институтов Здоровья, Национального Института по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма и Международного центра Фогарти, исследовательский грант R01AA016234 Татьяне Балашовой, Медицинский центр университета Оклахомы. Содержание этого материала не обязательно отражает позицию и положения Международного Центра Фогарти, Национального Института по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма или Национальных институтов здоровья.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ЭНТЕРОСГЕЛЕМ В ВОССТАНОВЛЕНИИ АДАПТИВНЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ

Гусак Ю.К., Гусак Н.Ю.

ГБОУ ВПО Рязанский госмедуниверситет (Рязань, Россия)

Материалы и методы. У больных поздним гестозом (ПГ) изучены показатели обмена веществ (углеводного и липидного). Комплексная терапия была дополнена энтеросорбцией Энтеросгелем. Обследовано 57 беременных больных ПГ (25 легкой 21 средней и 11 тяжелой степени) 11 здоровых беременных в сроки беременности 30–32 нед составили контрольную группу.

Результаты исследования. За 8 летний период наблюдений больные ПГ составили в среднем 25,3%. Биохимическими исследованиями установлено, что с нарастанием тяжести ПГ достоверно увеличивается концентрация глюкозы в крови (на 26,8% при тяжелой форме ПГ). Достоверно в крови (параллельно тяжести ПГ) повышается уровень общих липидов, свободных жирных кислот, холестерина. На фоне снижения антиокислительной (АОА) и каталазной (КАТ) активности также с нарастанием тяжести ПГ повышается содержание малонового диальдегида (МДА), гидроперекисей (ГП) (при тяжелом ПГ до 75% от уровня здоровых беременных). Они обусловлены преждевременным доминированием кататоксических (адренэргических) адаптивных программ адаптации и являются одними из основных источников эндотоксикоза. Терапия больных ПГ была дополнена энтеросорбцией Энтеросгелем (по 15 гр. 3 раза в день в течение 10–12 дней) у больных легкой и средней степени тяжести ПГ. В результате лечения снижался уровень глюкозы, восстанавливалась активность АОА и КАТ, стабилизировался уровень ГП. Предлагаемое лечение улучшило исходы беременностей и родов: уменьшило перинатальную смертность, снизило число гипотонических кровотечений.

Выводы. Комплексное лечение ПГ с использованием Энтеросгеля купирует эндотоксиновую агрессию, что способствует восстановлению адаптивных программ, направленных на вынашивание беременности.

НОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Дворяшина И.В.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Целью работы является информирование врачей акушеров-гинекологов, эндокринологов, терапевтов женских консультаций и родильных домов о необходимости изменения порядков работы в связи с принятием новых критериев диагностики гестационного сахарного диабета (ГСД), согласно Российскому национальному консенсусу 2012 года.

Планируемый охват врачей – 300 специалистов, сроки проведения работы: май 2013 – май 2014 года.

Необходимость пересмотра критериев диагностики ГСД была обусловлена появлением новых данных после завершения крупного эпидемиологического исследования НАРО, изучившего взаимосвязи между различными уровнями гипергликемии в период беременности и неблагоприятными исходами беременности. К основным изменениям можно отнести: введение понятия «манифестного» сахарного диабета, и соответственно, определение критериев для его диагностики в период беременности; изменение порядка диагностических мероприятий для диагностики ГСД; исключение стратификации беременных по группам риска; определение новых уровней гликемии, при которых следует диагностировать ГСД; определение новых целевых уровней гликемии, которые следует достигать при лечении СД у беременных. В консенсусе уточнены рекомендации по ведению и лечению ГСД, послеродовому наблюдению и планированию последующей беременности. Новые сведения, касающиеся лечения ГСД, в основном, заключаются в более четком определении показаний к началу инсулинотерапии при ГСД и зарегистрированном показании для использования при беременности базального аналога инсулина длительного действия – инсулина детемир (Левемир®).

Согласованная работа эндокринологов, акушеров-гинекологов, терапевтов по выявлению и лечению ГСД, согласно новым критериям, позволит снизить риски развития неблагоприятных исходов беременности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА.

Дедуль А.Г., Шевелева Т.С., Комличенко Э.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В настоящее время в структуру гинекологической заболеваемости, приводящей к снижению фертильности, относят эндометриоз, миому матки, кисты яичников различной этиологии. Следует отметить, что вопрос лечения данных патологических состояний остается дискуссионным, поскольку не существует единой выработанной тактики лечения данной категории женщин.

Цель исследования. Определение влияния «робот-ассистированной эндовидеохирургии» в гинекологической практике на овариальный резерв после проведенного оперативного лечения.

Материалы и методы. Группу исследования составили 35 пациенток репродуктивного возраста, которым выполнялось хирургическое лечение генитального эндометриоза, миомы матки, кист яичников различной этиологии с использованием роботизированной системы da Vinci.

Результаты и выводы исследования. Клиническая медицина обладает новым способом оперативного лечения в сфере гинекологической практики под названием «робот-ассистированная эндовидеохирургия», минимизирующая инвазивное вмешательство. Данный вид медицинского направления в настоящее время позволяет расширить возможности хирурга, поскольку имеет ряд преимуществ перед стандартным оперативным лечением: трехмерное изображение высокой разрешимости, высокую амплитуду движений рук хирурга за счет специальных инструментов, оптимальную эргономику врача. Таким образом, с целью сохранения овариального резерва у пациенток с наружным генитальным эндометриозом, миомой матки, а также кистами яичников различной этиологии может быть рекомендовано робот-ассистированное оперативное лечение для повышения возможности наступления беременности в циклах ЭКО.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Денисова В.М., Ярмолинская М.И., Рулев В.В., Кветной И.М., Полякова В.О., Дурнова А.О.

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

Целью работы явилось изучение экспрессии эстрогеновых рецепторов- α (ER α) и прогестероновых рецепторов (PR) в эндометриоидных гетеротопиях и зутопическом эндометрии при наружном генитальном эндометриозе (НГЭ).

Материалы и методы. Обследованы 36 больных НГЭ I–III степени распространенности (R-AFS), диагноз устанавливали на основании лапароскопии и гистологического исследования. Контрольную группу составили 12 женщин, у которых на основании лапароскопии не было обнаружено гинекологической патологии. Иммуногистохимическим методом оценивалась относительная площадь экспрессии ER α и PR и оптическая плотность ER α и PR в среднюю секреторную фазу менструального цикла.

Результаты и их обсуждение. Относительная площадь экспрессии ER α в эндометриоидных гетеротопиях ($0,7 \pm 0,2\%$) и эндометрии больных НГЭ ($0,9 \pm 0,3\%$) была достоверно ($p = 0,0005$ и $p = 0,0002$, соответственно) снижена по сравнению с контрольной группой ($4,9 \pm 1,5\%$). Относительная площадь экспрессии PR в эндометриоидных гетеротопиях была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ($4,8 \pm 0,9\%$ и $10,2 \pm 2,2\%$, соответственно, $p = 0,009$), в эндометрии больных НГЭ также отмечено снижение относительной площади экспрессии PR ($8,6 \pm 1,7\%$). Оптическая плотность экспрессии ER α и PR во всех группах практически не отличалась.

Выводы. У больных эндометриозом снижена экспрессия эстрогеновых рецепторов α и прогестероновых рецепторов в эндометриоидных гетеротопиях и зутопическом эндометрии, что может служить патогенетическим механизмом резистентности данного заболевания к гормональным методам терапии и причиной рецидива.

ВЛИЯНИЕ АРОМАТАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА АГОНИСТОМ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА

Денисова В.М., Потин В.В., Ярмолинская М.И.

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

Цель. Оценка эффективности применения агониста гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ), диферелина, в лечении наружного генитального эндометриоза (НГЭ) в зависимости от активности овариальной ароматазы.

Материалы и методы. Обследованы 64 больные НГЭ, диагноз был установлен на основании лапароскопии и гистологического исследования. После операции больные получали аГнРГ в течение 6 месяцев. Контрольную группу составили 15 женщин репродуктивного возраста с полноценным овуляторным циклом. Для определения ароматазной активности всем женщинам была проведена проба с летрозолом. 30 больным НГЭ проба с летрозолом была проведена дважды: до начала лечения и через 2 месяца от начала терапии аГнРГ.

Результаты и их обсуждение. До начала лечения у больных НГЭ отмечена базальная гиперэстрогемия ($p < 0,05$) и повышенный коэффициент эстрон/андростендион (E_1/A_4), что свидетельствует о повышенной суммарной ароматазной активности. На фоне лечения аГнРГ было отмечено достоверное ($p < 0,01$) снижение уровня гонадотропинов и эстрогенов в крови, реакция эстрадиола на летрозол отсутствовала, что указывает на овариальный источник определяемой с помощью пробы с летрозолом ароматазной активности. После завершения курса лечения отмечено уменьшение частоты альгоменореи, перименструальных кровянистых выделений, тазовых болей, диспареунии, у 72,5% больных восстановился овуляторный менструальный цикл, причем результаты терапии не зависели от уровня эстрогена в крови, величины коэффициента E_1/A_4 , активности овариальной ароматазы.

Заключение. Диферелин эффективен для лечения НГЭ, причем эффективность лечения не зависит от исходной эстрогемии и активности овариальной ароматазы.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Добрынина М.Л., Шульпина Е.Ю., Алексинская Е.А.

Частота рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия перименопаузального периода в настоящее время не имеет тенденции к снижению. Целью нашего исследования явилось изучение факторов риска влияющих на эффективность лечения гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ).

Было проанализировано 80 историй болезней женщин перименопаузального периода с ГПЭ, обследовавшихся в гинекологической клинике НИИ МиД им. Городкова, у которых данная патология была выявлена при гистологическом исследовании эндометрия, полученном при раздельном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии. Пациентки, поступившие на контрольное исследование после гормональной терапии, были разделены на 2 группы. Первую группу составили женщины у которых наблюдался положительный эффект от лечения (38 женщин), вторую группу – пациентки с рецидивирующим гиперпластическим процессом эндометрия (42 женщины). Для лечения женщин обеих групп были использованы прогестины и агонисты релизинг гормонов. У женщин второй группы обменно-эндокринные заболевания наблюдались чаще: сахарный диабет в 1,5 раза, ожирение в 3,5 раза по сравнению с первой группой, где отмечена эффективность гормональной терапии. Адекватность лечения экстрагенитальной патологии в обеих группах не удалось проконтролировать.

ЛЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ОСОБЕННО ОБМЕННО-ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

К ВОПРОСУ О «ДОАБОРТНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ»

Добряков И.В.

ГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет ВПО им. И.И. Мечникова»

В настоящее время в России на призыв правительства активизировать борьбу с демографическим кризисом откликнулись многие общественные организации. Одним из путей улучшения демографических показателей признана борьба с абортами. В связи с этим в ряде городов северо-запада Российской Федерации общественная организация «Центр общественных инициатив» создала автономную некоммерческую организацию «Учебно-методический центр психологического доабортного консультирования». Целью деятельности Центра является обучение специалистов в области «доабортного консультирования» и открытие при женских консультациях «кабинета доабортного консультирования», который обязана посетить любая женщина, желающая прервать нежеланную беременность. В своей работе энтузиасты руководствуются выпущенными в Москве в 2009 году Министерством спорта, туризма и молодежной политики Российской Федерации вместе с Федеральным агентством по делам молодежи методическими рекомендациями, составленными «редакционной коллегией “Центра общественных инициатив”, Красноярского филиала “Центра национальной славы”, Благотворительным фондом “Семья и детство”». К сожалению, не указаны имена авторов, неизвестно, кто они по профессии, чем занимаются. Рецензентами методических рекомендаций указаны четверо уважаемых сотрудников МГУ им. М.В. Ломоносова, имеющих ученые степени и звания. Интересно, что в круг их научных интересов перинатальная психология не входит. Одна из рецензентов является академиком Международной академии телевидения и радио, специалистом по психологии массовых коммуникаций, принимает активное участие в программе повышения квалификации работников радио и телевидения. Кандидатская диссертация второго рецензента отражает схожие интересы: «Личностные особенности телекоммуникатора как субъекта опосредствованного общения». Все ее научные публикации посвящены также проблемам психологических особенностей телевизионной аудитории, личностных особенностей телевизионного коммуникатора, личностного аспекта информационно-психологической безопасности в телевизионной коммуникации и т.п. Третий рецензент известна своими блестящими работами в области возрастной психологии, развития Я-концепции и самосознания, морально-го развития, психологии семейных отношений и др.

К сожалению, специалистов в области перинатальной психологии среди рецензентов не оказалось.

Между тем, согласно приложению № 1 к приказу № 389 Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 года в женских консультациях должны быть созданы кабинеты медико-социальной помощи женской консультации, в которых осуществляют работу социальный работник, медицинский психолог и юристконсульт. Кабинет должен создаваться с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин, на их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни, а отнюдь не с единственной целью доабортного консультирования, являющейся лишь одной из 7 перечисленных в приказе функций кабинета. Практически «специалисты по доабортному консультированию» в женских консультациях занимаются исключительно третичной психопрофилактикой абортов, работают параллельно с перинатальными психологами, которые помимо проведения физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам (в том числе подготовки семьи к рождению ребенка), консультируют и оказывают услуги по вопросам охраны репродуктивного здоровья, а также занимаются и первичной,

и вторичной, и третичной профилактикой абортот. Деятельность подобных специалистов по «доабортному консультированию» отражает редуционистские тенденции, связанные со слабой теоретической проработанностью материала. Это не развивает, а на деле тормозит развитие перинатальной психологии и психотерапии, их внедрение в практику.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РОДИЛЬНИЦ С ГИПЕРРЕАКТИВНЫМ ТИПОМ ИММУННОГО ОТВЕТА

Долгошанко О.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Проблема послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) остается актуальной и в XXI веке, поскольку в структуре материнской заболеваемости и смертности они стабильно занимают 2–3-е место, и частота их, к сожалению, не снижается.

С целью повышения эффективности терапии послеродовых ГВЗ нами было изучено влияние лечебного плазмафереза (ПА) на различные звенья гомеостаза у родильниц с осложненным течением пуэрперального периода.

Материалы и методы. Оценены результаты обследования и лечения 126 пациенток с реализацией ГВЗ в послеродовом периоде. В контрольную группу вошли 30 здоровых родильниц после самостоятельных родов с нормальным течением послеродового периода. Изучались общеклинические лабораторные показатели, особенности состояния различных звеньев гемостаза, иммунной, антиоксидантной систем, маркеры эндогенной интоксикации, динамика клинических проявлений заболевания. Изучение уровней интерлейкинов (IL-1 β , IL-6, IL-8) и фактора некроза опухоли (TNF- β) проводили с помощью твердофазного иммуноферментного метода с использованием наборов моноклональных антител и реактивов ООО «Протеиновый контур» (г. С.-Петербург, Россия). Для оценки уровня эндогенной интоксикации определяли концентрацию молекул средней массы (МСМ) скрининговым методом Н.И. Габриелян и соавт. в модификации А.Н. Ковалевского и соавт. (1987), а также рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) Кальф-Калифа.

Состояние системы свободнонорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной защиты (АОЗ) изучали с помощью спектрофотометрических и фотоэлектроколориметрических методов на спектрофотометре СФ-46 и фотоэлектрическом фотометре КФК-2. Для оценки перекисного окисления липидов (ПОЛ) изучали: содержание в плазме крови диеновых конъюгатов ненасыщенных жирных кислот по методу Z. Placer (1966) в модификации В.Б. Гаврилова и соавт. (1983); уровень вторичного продукта ПОЛ – малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах крови – по его реакции с тетрабарбитуровой кислотой – методом J.A. Knight (1988); перекисный гемолиз эритроцитов – методом F.C. Tiager (1998). Состояние АОЗ организма оценивали с помощью: определения общей антиокислительной активности (ОАОА) плазмы крови по методу Г.И. Клебанова и соавт.; изучение активности супероксиддисмутазы (СОД) – по Fridovich в модификации О.П. Макаревича и соавт. (1983), каталазы – по методу М.А. Корольюк и соавт. (1988).

Гемостазиологическое обследование включало определение следующих показателей: количества тромбоцитов и визуальную оценку их агрегации экспресс-методом по А.С. Шитиковой; время свертывания крови – по Ли-Уайту; протромбиновый индекс (ПИ) – по В.Н. Туголукову; тромбиновое время (ТВ) – по R.M. Biggs et al.; активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ) – по J. Saen et al.; концентрацию фибриногена – по P.P. Рутбергу; концентрацию растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) в плазме – ортофенантролиновым тестом по В.А. Еликомову и соавт.; этаноловый тест – по H.G. Godal et al.; активность антитромбина III (АТ III) – по методу U. Abildgaard et al. (2000).

Результаты и обсуждение. У 28,6 % (36) родильниц был определен гиперреактивный тип иммунного ответа на воспаление: течение ГВЗ осложнялось гипертермией выше 38,5 $^{\circ}$ C, вегетососудистыми реакциями преимущественно по гипотоническому типу, а у 10 (27,8 %) из 36 пациенток развился инфекционно-токсический шок (ИТШ). Гиперреактивный иммунный ответ характеризовался прежде всего резким увеличением уровней провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-8 и TNF- α), так называемым «цитокиновым взрывом», что резко угнетало активность и клеточного, и гуморального звеньев иммунитета, вызывало стойкую и продолжительную дилатацию сосудов, очень быстро приводило к развитию ИТШ. Состояние системы гемостаза характеризовалось гиперкоагуляцией, повышением активности сосудисто-тромбоцитарного и угнетением фибринолитического звеньев, снижением количества тромбоцитов, ускорением ТВ и АЧТВ, увеличением ПИ, повышением содержания фибриногена, РФМК и ПДФ. Учитывая выявленные нами патогенетические особенности развития акушерских ГВЗ в послеродовом периоде, мы считали целесообразным с целью выведения избыточного количества эндотоксинов, провоспалительных цитокинов, продуктов ПОЛ, активации угнетенных звеньев иммунитета, неспецифической резистентности, АОЗ, нормализации показателей гемостаза включить в комплекс лечебных мероприятий у родильниц с гиперреактивным

типом иммунного ответа лечебный плазмаферез (ПА), который проводили дискретным центрифужным или непрерывным мембранным методами с помощью аппаратов «Гемос ПФ-12», «Гемофеникс» (Россия), центрифуги ЦЛП-3–3,5 (Биофизприбор). За один сеанс эксфузировали 25–30 % от рассчитанного ОЦП (в среднем – $760,0 \pm 120,0$ мл). Плазмозамещение проводили кристаллоидными и коллоидными растворами, по показаниям – 10 % раствором альбумина, свежезамороженной донорской плазмой в соотношении 1:1,5-2. Включение ПА в комплекс лечебных мероприятий у пациенток с данной патологией дает возможность уже в 1-е сутки снизить уровни TNF- α , IL-8 в 2,0 раза; IL-1 β – в 1,36 раза; IL-6 – в 1,43 раза; ЛИИ – на 72,90 %; МСМ в сыворотке крови – на 31,12 % и в лохиях – на 25,09 %; ПДТ в сыворотке – на 38,39 % и в лохиях – на 36,14 % ($p < 0,05$), а на 6-7-е сутки от начала лечения – достичь почти физиологических норм, что, в свою очередь, стимулирует клеточное и гуморальное звено иммунитета и способствует восстановлению собственных защитных механизмов организма женщины как на общем, так и на местном уровне. Благодаря ПА, из организма родильниц с ГВЗ быстрее выводятся продукты ПОЛ, уже в 1-е сутки после ПА активируется система АОЗ и восстанавливается ОАОА плазмы крови, которая, в свою очередь, также способствует более быстрому восстановлению защитной функции иммунной системы. Положительное влияние ПА на состояние системы гемостаза у родильниц с ГВЗ проявилось в удалении избыточного количества РФМК и ПДФ из кровотока, восстановлении сосудисто-тромбоцитарного звена, что сопровождалось улучшением функции эндотелия сосудов и как следствие – улучшением микроциркуляции в органах и тканях, в том числе – и в месте воспаления.

Раннее включение плазмафереза в комплекс лечебных мероприятий у родильниц с тяжелыми формами ГВЗ способствовало быстрому снижению показателей эндогенной интоксикации, нормализации различных звеньев иммунитета, гемостаза, антиоксидантной системы, что позволило ускорить их выздоровление, сократить период критических проявлений, пребывание в отделении реанимации и в условиях стационара в 3 раза, а большинстве случаев избежать удаления матки и сохранить тем самым репродуктивную функцию.

ОСОБЕННОСТИ РОДОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ермолаева О.С., Троиц Е.Б., Решетова Т.В., Кузьмичев В.С.

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, НМХЦ им. Н.И. Пирогова,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель работы. Провести анализ родов, наступивших в результате лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в рамках федеральной программы финансирования.

Материал и методы исследования. Проведено телефонное интервьюирование 135 родивших женщин, получавших лечение в 2011 году методами ВРТ по квоте в НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

Результаты. Срочные роды составили 74,8%, из них большинство – роды одним плодом (85,1%), остальные – двойней (14,9%). Преждевременные роды произошли в 25,2 %. Из них в 33-36 недель 58,8% (1 плодом – 35%, 2 плодами – 50%, 3 плодами – 15%), в 28–32 недели 41,2% (1 плодом – 21,4%, 2 плодами – 57,2%, 3 плодами – 21,4%). Большинство женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение – 79,3% (экстренное – 45,8%, плановое – 54,2%). Естественные роды произошли в 20,7%. Многоплодные беременности (двойни) лишь в 2,9% родоразрешены через естественные родовые пути. Родилось 176 живых детей (мальчиков – 47,7%, девочек – 52,3%) и один мальчик погиб внутриутробно. Дети с нормальным весом составили 68,2%, с избытком – 6,3%, с низкой массой тела – 17,6%, с очень низкой массой тела – 6,8%, с экстремально низкой массой тела – 1,1%.

Заключение. Роды после ВРТ часто преждевременные, несколькими плодами, с рождением детей со сниженной массой тела, что требует больших средств для выхаживания потомства. Велик процент оперативного родоразрешения как в экстренном, так и в плановом порядке, что подтверждает необходимость учитывать данные особенности при выборе числа переносимых эмбрионов, стремясь к меньшему количеству. Кроме того, целесообразно пересмотреть показания к оперативному родоразрешению, изучить резервы для увеличения доли родов через естественные родовые пути у пациенток после ВРТ.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Жуманазаров Н.А., Татыкаева У.Б., Аманжолова А.А.

Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Ясави, г. Туркестан, Казахстан

Врожденный порок сердца (ВПС) у детей достаточно высока и составляет 30% от числа всех врожденных пороков развития. При этом ВПС могут быть: основной причиной смерти; фактором, усугубляющим течение основного заболевания; случайной находкой на аутопсии, не влиявшей на танатогенез. Частота выявления ВПС, по данным

различных ученных, колеблется от 3,25 до 8 на 1000 живорожденных детей. Показано, что основное число детей с ВПС умирает на первом году жизни 50-90% и большинство из них в период новорожденности 20–45% или в первые 6-месяцев жизни до 80%.

Целью нашего исследования явилось статистическое изучение структуры смертности в родильных домах и детских больницах города ЮКО с особым вниманием к врожденным порокам сердечнососудистой системы.

Материалы и методы. Нами была проведена статистическая обработка 2607 протоколов вскрытий в отделении детской патологии областного патологоанатомического бюро с 2008-2012 годы.

Результаты исследование и их обсуждение: При распределении пороков сердца по полу, они выявились у детей женского пола (32) в 35,95%, мужского пола (57) в 64,05%.

Среди детей проживающих в городе (45) в 50,06%, среди сельских (44), 49,4%. По сроку гестации: доношенные (53) – 72,6%, недоношенные (18) –24,6%, переношенные (2) –2,8% на 73 умерших детей. При обработке 2607 протоколов вскрытия врожденные пороки сердечнососудистой системы (ВПСС) составили 89 случаев, что составляет 4,03%.

Таким образом, при статистическую обработку этих данных выявлено неравномерное распределение врожденных пороков развития по годам. Пик подъема пришелся на 2009 и 2011 год.

Выводы.

1. По локализации ВПР среди изолированных и системных на первых местах были аномалией развития сердечно-сосудистой (4,03%).
2. Смертность мальчиков от ВПР несколько выше, чем среди девочек.

ФАКТОРЫ, ВОЗМОЖНО СПОСОБСТВУЮЩИЕ НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ РАНИХ СРОКОВ.

Заболоцких Е.И., Пахомов С.П., Лебедева О.П.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
кафедра акушерства и гинекологии, г. Белгород, Россия*

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 37 полных недель. На сегодняшний день прерывание беременности в сроки до 12 недель рассматривается как ранний самопроизвольный выкидыш, с 13-й до 21-й недели – как поздний самопроизвольный выкидыш, с 22 до 36 недель – как преждевременные роды. Частота невынашивания после первого самопроизвольного аборта составляет 23%, после 2 самопроизвольных абортов – 29%, после 3 – 55%.

Принимая во внимание, что невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства больных имеет место сочетание нескольких причин, то и обследование пациенток должно быть комплексным и включать в себя все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.

Целью работы являлось установление возможных причин невынашивания беременности, когда исключены все явные, известные ранее.

Материалы и методы. На базе первой Белгородской городской муниципальной больницы было обследовано 96 женщин, из которых у 38 беременность закончилась самопроизвольным прерыванием на сроках 5-7 недель гестации (у них были исключены наиболее значимые причины прерывания – воспалительный процесс, эндокринная и наследственная патология и др.). У остальных женщин беременность прогрессировала. На сроках 5–7 недель беременности проведено полное клиническое обследование. Уровень мелатонина определялся в слюне женщин, утром – в одно и то же время, натощак, методом твердофазного ИФА.

В результате исследования было установлено, что женщины с прерыванием беременности характеризовались меньшим доходом на одного члена семьи – 12821,43 ± 1247,14 рублей и 17800,21 ± 2317,36 рублей при нормальной беременности ($p < 0,05$), большей массой тела – 63,89 ± 3,84 кг и 56,97 ± 2,11 кг соответственно ($p < 0,05$), большей окружностью бедер – 98,57 ± 2,36 см и 93,67 ± 1,13 см ($p < 0,05$), достоверно большими размерами таза $d.trochanterica$ и $s.externa$, а также большим количеством беременностей и родов в анамнезе.

Женщины с прерыванием беременности характеризовались более высокой температурой тела при поступлении – 36,54 ± 0,05С° против 36,42 ± 0,04С° ($p < 0,05$), более короткой шейкой матки – 3,04 ± 0,03 см и 3,60 ± 0,04 см соответственно ($p < 0,05$), меньшим количеством лейкоцитов – 7,80 ± 0,61 и 9,00 ± 0,78 × 10⁹/л ($p < 0,05$), большим числом лимфоцитов – 26,93 ± 2,13% и 21,70 ± 1,72 % ($p < 0,05$) и эозинофилов – 2,11 ± 0,32 % и 1,33 ± 0,21% ($p < 0,05$).

Уровень мелатонина у женщин с беременностью, прервавшейся на сроке 5-7 недель, составлял $4,43 \pm 1,61$ МЕ/мл. При нормально протекающей беременности концентрация мелатонина в слюне была достоверно ниже и находилась на уровне $1,98 \pm 0,21$ МЕ/мл ($p < 0,05$). У женщин, беременность которых протекала на фоне угрозы прерывания беременности, уровень мелатонина на этих же сроках составил $3,17 \pm 1,28$ МЕ/мл, что было достоверно выше, чем при нормальной беременности и не имел достоверных отличий от группы женщин с прервавшейся беременностью.

Полученные результаты позволяют сказать, что некоторые клинические показатели и анамнез, а также уровень мелатонина у беременных на ранних сроках гестации можно использовать как прогностические признаки прерывания беременности на ранних сроках.

Работа выполнена при финансировании госзадания № 4.3493.2011.

СЛУЧАЙ ДВОЙНОГО ХРОМОСОМНОГО ДИСБАЛАНСА: МОНОСОМИЯ 9Q34.3 И ТРИСОМИЯ 1Q44

Зобикова О.Л., Хурс О.М., Румянцева Н.В., Исакович Л.В.

РНПЦ «Мать и дитя», г. Минск, Беларусь

Цель работы. Установить этиологию множественных врожденных пороков развития (МВПР), наблюдаемых у ребенка, оценить генетический риск в семье.

Материалы и методы исследования. Объект исследования: ребенок с МВПР и его родители. Методы: клинико-генеалогический, цитогенетический (GTG) и молекулярно-цитогенетический (FISH).

Результаты и их обсуждение. Пробанд – мальчик с МВПР и задержкой развития. При осмотре генетиком в 3,5 месяца отмечены: масса (6200 г) и длина тела (60 см) на уровне 50 р.с., ОГ (40 см) – 3–10 р.с.; мышечная гипотония; брахицефалия, «плоское» лицо с гипоплазией средней трети, арковидные брови, гипертелоризм, короткие глазные щели, широкое плоское переносье, короткий нос с открытыми спереди ноздрями, длинный плоский фильтр, тонкая верхняя губа, постоянно открытый рот; микропенис, крипторхизм. По результатам обследований установлены: двусторонний гидронефроз и пузырно-мочеточниковый рефлюкс IV ст.; дисфункция трикуспитального клапана с регургитацией II ст., ДХЛЖ; нейросенсорная тугоухость. По результатам цитогенетического исследования и анализа FISH в кариотипе отца была обнаружена «криптическая» реципрокная транслокация 46,XY,t(1;9)(q43~q44; q34.1~q34.3). В кариотипе пробанда имеет место двойной хромосомный микродисбаланс в результате наличия der(9)t(1;9). Фенотипические признаки ребенка соответствуют клиническим проявлениям у пациентов с моносомией 9q34.3 и частично перекрываются с описанными при трисомии 1q43~q44.

Заключение. Семья имеет высокий генетический риск рождения ребенка с МВПР. Описанный случай расширяет знания о клинических проявлениях хромосомного дисбаланса: моносомии 9q34.3 и трисомии 1q44.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ Т-ЛИМФОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ

Иваненкова Н.И., Борзова Н.Ю., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия

Проблема невынашивания беременности является актуальной в акушерстве. Так, по разным данным, частота самопроизвольных выкидышей составляет от 2 до 55% всех беременностей, из них 50% происходит в I триместре гестации. Спорадическое прерывание беременности отличается от привычного невынашивания. Если первое часто зависит от аномалий развития плода, то повторное невынашивание имеет сложный генез. Одной из причин донной патологии являются иммунологические факторы. Целью нашей работы было выявить особенность дифференцировки Т-лимфоцитов в популяции цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ) и Т-хелперов у женщин с угрозой прерывания в ранние сроки беременности при наличии привычного невынашивания беременности (ПНБ) в анамнезе. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь, взятая в I триместре у женщин с неосложненным течением беременности и с ПНБ в анамнезе. Методом трехцветной проточной цитометрии определялось содержание наивных, центральных, претерминально- и терминально-дифференцированных клеток в популяциях ЦТЛ (CD8+) и Т-хелперов (CD4+).

Анализ данных показал, что в группе женщин с ПНБ отмечалась тенденция к повышению наивных и терминально-дифференцированных клеток и снижение центральных клеток в популяции Т-хелперов по сравнению с показателями в группе женщин с неосложненным течением беременности на момент обследования. В популяции ЦТЛ отмечалось достоверное повышение терминально-дифференцированных клеток по сравнению с группой женщин с физиологической беременностью на момент обследования. Таким образом, ПНБ сопровождается стойкими изменениями на окончательных этапах дифференцировки клеток в популяции CD8+ и CD4+ лимфоцитов.

ИЗУЧЕНИЕ КОЛЕЦ РЕАРАНЖИРОВКИ ГЕНОВ α -ЦЕПИ АНТИГЕНРАСПОЗНАЮЩЕГО РЕЦЕПТОРА Т-ЛИМФОЦИТОВ (TREC) В ДИНАМИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кадырова Л.В., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В.

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

Как показывают исследования последних лет, во время беременности происходят выраженные изменения дифференцировки Т-лимфоцитов, в том числе и тимической. Один из способов изучения функции тимуса является определение в наивных Т-лимфоцитах колец реаранжировки генов α -цепи антигенраспознающего рецептора или TREC. В случае внетимусного созревания Т-лимфоцитов, TREC в клетках не определяется. Однако данные об изменении уровня ДНК TREC в динамике беременности отсутствуют. В связи с этим целью нашей работы: изучить уровень экспрессии ДНК TREC в динамике гестационного процесса. Материалом для исследований служила периферическая венозная кровь 46 женщин. Из них 9 здоровых небеременных женщин и 37 беременных женщин, обследованных трехкратно в 1 триместре (6–10 недель), во 2 триместре (16–20 недель) и в 3 триместре гестации (30–34 недели). Методом ПЦР в режиме реального времени определяли экспрессию ДНК TREC в общей фракции периферических лимфоцитов. Все результаты представлены как n -кратные различия между соответствующими показателями в группе беременных женщин и небеременного донора. Анализ уровня ДНК TREC показал, что средние значения данного показателя во все сроки гестации в общей группе беременных женщин были ниже соответствующего показателя небеременных женщин. В динамике гестационного процесса наблюдалось достоверное снижение уровня ДНК TREC во 2 триместре беременности относительно аналогичного показателя 1 триместра. В 3 триместре беременности отмечалось достоверное увеличение уровня экспрессии ДНК TREC по сравнению с показателем 2 триместра гестации. Таким образом, в динамике беременности наблюдаются выраженные изменения уровня экспрессии ДНК TREC, начиная уже с ранних сроков гестации.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Калинина Е.А., Малушко А.В., Волкунович Т.А., Зубарева Т.М., Ситкин С.И., Комличенко Э.В.

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России. ФБГУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова. Санкт-Петербург, Россия.*

В последние 10 лет активно стала развиваться новая наука – метаболомика, являющаяся продолжением, так называемых omic-disciplines, к которым относятся геномика, транскриптомика и протеомика. Несмотря на то, что исследования метаболома в области гинекологии во всем мире немногочисленны, полученные результаты уже свидетельствуют о перспективности нового направления. Так, например, изучение метаболического профиля сыворотки крови и мочи выявили статистически значимые различия в качественном и количественном составе образцов пациенток с эпителиальным раком яичников по сравнению со здоровыми женщинами. По данным различных авторов чувствительность и специфичность диагностики данной патологии составила 88,6–99%. При исследовании метаболома пациенток с CIN и раком шейки матки чувствительность и специфичность диагностирования заболеваний составили 91,6% и 100% соответственно, в то время как чувствительность жидкостной цитологии, являющейся стандартным методом диагностики, составила всего 80,6%. Чувствительность и специфичность выявления эндометриоза с помощью метаболического профилирования в различных исследованиях составляют от 70 до 90%.

Изучение метаболического профиля в гинекологии является перспективным направлением, которое, возможно, в ближайшем будущем позволит выявлять биомаркеры и предикторы различных заболеваний, а также понять их этиологию и патогенез на молекулярном уровне.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ АМНИОНА

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л., Николаевский М.А.

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», г. Петрозаводск, Россия.

Цель работы. Изучить факторы риска и особенности течения беременности у женщин с патологией амниона (многоводие и маловодие).

Материал и методы исследования. Изучены 94 индивидуальные карты беременных с патологией амниона на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (г. Петрозаводск). Средний возраст пациенток составил $27 \pm 4,3$ года.

Результаты исследования. В структуре патологии амниона преобладало многоводие (82–87,2%). Искусственные аборт отмечены у 39 (41,5%), самопроизвольные – у 11 (11,7%), внематочная беременность – у 4 (4,3%); рубец на матке после предшествующего кесарева сечения – у 6 (6,4%) женщин. В структуре гинекологической патологии преобладали инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) (16–17%), нарушения менструального цикла (5–5,3%), киста яичника (3–3,2%), бесплодие (3–3,2%). Во время беременности у женщин отмечен высокий инфекционный индекс. ОРВИ перенесли 38 (44%), обострение хронической герпетической инфекции – 7 (7,5%), ИППП – 65 (69,1%), инфекции мочевыводящих путей – 19 (20,2%) беременных. В структуре патологии представлены железодефицитная анемия (20–21,3%), гестационный сахарный диабет (4–4,3%), преэклампсия (4–4,3%), отеки (10–10,6%), внутривнутрипеченочный холестаз (2–2,1%), тромбоцитопения (6–6,4%). Патология амниона диагностирована при II УЗИ-скрининге в 11,7%, при III – 30,9%, в конце беременности – в 19,1%, на приеме – в 3,2%, в родах – 35,1% случаев. Антибактериальная терапия проведена у 17 женщин (18,1%).

Обсуждение. Согласно полученным данным, основными факторами риска патологии амниона во время беременности являются инфекции различной локализации. Следует обратить внимание на низкий уровень своевременной диагностики, профилактики и лечения многоводия и маловодия.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ АМНИОНА

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л., Шаповалова Н.Н.

*ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
родильный дом им. К.А. Гуткина, г. Петрозаводск, Россия*

Цель исследования. Изучить особенности течения родов у женщин с патологией амниона (многоводие и маловодие).

Материал и методы исследования. Изучены особенности течения 86 срочных (91,5%) и 8 (8,5%) преждевременных родов с патологией амниона.

Результаты исследования. Анализ течения родов показал, что имела высокая частота несвоевременного излития околоплодных вод (32–34%), в том числе, в 5,3% – на фоне незрелых родовых путей. Амниотомия выполнялась в 28 случаях (29,8%). Своевременное излитие вод было у 14 женщин (14,9%). В остальных случаях (20–21,3%) вскрытие плодных оболочек производилось в ходе операции кесарева сечения (КС). Частота медикаментозного родовозбуждения составила 16,5%, родостимуляции – 12,9% (расчет на 85 родов с учетом исключения 9 случаев планового КС). Операция кесарева сечения выполнялась в 35 случаях (37,2%), в том числе, 26 (27,7%) – по срочным показаниям. В структуре показаний для оперативного родоразрешения ($n = 35$) преобладали гипоксия плода (14–40%), клинически узкий таз (6–17,1%), отсутствие эффекта от родовозбуждения (6–17,1%), несостоятельность рубца на матке (4–11,4%), поперечное положение плода (3–8,6%), преждевременная отслойка плаценты (1–2,9%), выпадение петель пуповины (1–2,9%). Асфиксия различной степени тяжести отмечена у 5 (5,3%), недоношенность – у 8 (8,5%), задержка роста плода – также у 8 (8,5%) детей. Клинически видимых пороков за период нахождения новорожденных в родильном доме не выявлено.

Обсуждение. Следует отметить высокую частоту преждевременных родов (8,5%), несвоевременного излития вод (34%), КС (37,2%) у женщин с патологией амниона. Основным показанием для операции КС была гипоксия плода (40%). Имеются резервы для снижения перечисленной патологии.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ sRAGE И БЕЛКА S100B ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ

Колобова А.В., Сотникова Н.Ю., Борзова Н.Ю.

*ФГБУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, г. Иваново, Россия,
ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ, г. Иваново, Россия*

Угрожающие преждевременные роды, особенно очень ранние (в сроке 22–27 недель), являются одним из наиболее часто встречающихся и опасных осложнений гестации, определяя самый высокий уровень перинатальной патологии и смертности. В инициации преждевременных родов (ПР) ключевую роль играют иммунные механизмы. Система рецептора для конечных продуктов гликозилирования (RAGE) является важным компонентом иммунитета, а sRAGE и белок S100B представляют интерес как внеклеточные лиганды RAGE. Цель исследования: выявить особенности содержания sRAGE и белка S100B в сыворотке беременных женщин с угрожающими преждевременными родами (УПР) в 22–27 недель гестации в зависимости от исхода беременности. В сыворотке периферической венозной крови содержание sRAGE и S100B определялось однократно методом иммуноферментного анализа. В зависимости от исхода беременности ретроспективно пациентки (n = 52) были подразделены на две подгруппы: 1 подгруппу составили женщины, родившие своевременно (n = 36), и во 2 подгруппу вошли женщины с ПР (n = 16). Контрольная группа была сформирована из женщин с неосложненным течением беременности и своевременными родами (n = 20). В результате исследования определено, что у пациенток 2-й подгруппы сывороточное содержание sRAGE и S100B было достоверно ниже, чем у беременных контрольной группы и пациенток 1-й подгруппы. Таким образом, преждевременные роды у женщин с угрозой прерывания в сроки 22–27 недель гестации прогнозируются при наличии низких значений sRAGE и белка S100B в сыворотке крови.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПЛОДА: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ

Корлякова М.Н., Воронин Д.В., Карпов К.П.

*Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения
«Диагностический центр (медико-генетический), СПб ГКУЗ МГЦ, г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель работы. Оценка эффективности внедрения усовершенствованной методики ультразвукового исследования орбитальной области плода в структуру пренатального ультразвукового скрининга беременных.

Материалы и методы. Статистический анализ базы данных СПб ГКУЗ МГЦ о пренатальном выявлении ультразвуковым методом аномалий развития орбитальной области плода, за периоды с 1999 по 2007 гг. и с 2007 по 2012 гг. (до и после начала проведения в СПб ГКУЗ МГЦ исследований по изучению возможностей пренатальной эхографии в диагностике особенностей развития орбитальной области плода в сроки беременности 10-40 нед).

Результаты. За период 1999–2007 гг. (9 лет) в СПб пренатально выявлено: 88 аномалий орбитальной области, из них изолированная патология, представленная дакриоцистоцеле – у 28 плодов (32%). В период с 2007 по 2011 гг. сотрудниками СПб ГКУЗ МГЦ разработаны и внедрены практические рекомендации по совершенствованию методики осмотра орбитальной области плода при проведении скрининговых ультразвуковых исследований. За указанный период времени (5 лет), по данным архивов СПб ГКУЗ МГЦ, удалось выявить пренатально аномалии орбитальных органов у 101 плода. Изолированное дакриоцистоцеле выявлено у 58 плодов (58%).

Выводы. Показательно, что даже при изолированных пороках развития, внедрение усовершенствованной методики ультразвукового пренатального исследования орбитальной области плода позволяет повысить эффективность диагностики орбитальных аномалий.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е., Карпеченко А.В., Перехватова Ю.А.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск, Россия

Цель исследования. Изучение этиологических факторов прерывания беременности по типу неразвивающейся беременности у пациенток, имевших данное осложнение в анамнезе.

Методы исследования. Под наблюдением находились 49 женщин, имевших в анамнезе неразвивающуюся беременность, которым проводилось обследование на инфекцию, гормональное и иммунологическое обследование, спермограмма мужа, консультация специалистов по показаниям.

Результаты исследования. Возраст женщин с НРБ в анамнезе в возрасте от 18 до 25 лет составил 11,3%, от 26 до 34 лет – 68,9 %. По количеству НРБ в анамнезе одна НРБ в анамнезе отмечена у 65,1 % человек, две – у 18,8% женщин и три имели место в 3,2 % случаев. По срокам замирания: в 5-6 недель беременности данная патология отмечена у 46,9% женщин, в 7-8 недель – у 29% человек.

У всех пациенток с НРБ в анамнезе выявлены инфекционные факторы. Среди инфекций выявлены уреоплазмоз (18,8%), микоплазмоз (20,2 %), кандидоз (17,4%) и бактериальный вагиноз (13,6%). Антитела класса IgG к CMV были выявлены у 16,7% пациенток, к ВПГ – у 14,7% человек, к токсоплазме у 4,2% женщин с НРБ в анамнезе. У 2/3 наблюдаемых женщин отмечено сочетание вирусно-бактериальных инфекций. По результатам гормонального обследования в 31,3% случаев диагностирована недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), у 16,7% женщин выявлена гиперпролактинемия и у 18,8% пациенток – заболевания щитовидной железы. Генетиком консультированы 20,8% человек, нестабильный кариотип выявлен у трех женщин. Отцовские факторы были выявлены у 16,7% человек. Все пациентки получали этиопатогенетическую терапию.

Вывод. У женщин с НРБ в анамнезе у всех отмечены инфекционные факторы и высока частота гормональных заболеваний. Проведение этиопатогенетической терапии на предгравидарном этапе позволяет снизить риск данного осложнения при наступлении беременности.

БЕЛКИ «ОСТРОЙ ФАЗЫ» ВОСПАЛЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Косенкова Е.Г., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Баркун Г.К.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

В клинической практике широко используется определение белков острой фазы воспаления, что обусловлено их ключевой ролью в каскаде реакций неспецифической защиты при патологических процессах.

Целью данного исследования явилось изучение уровня белков острой фазы воспаления у недоношенных детей при рождении.

Материал и методы: проведено клиничко-лабораторное и катamnестическое исследование у 42 пары мать – ребенок. Был осуществлен забор пуповинной крови у новорожденных недоношенных детей, находившихся на лечении в родильных домах г. Витебска в 2012-2013 годах. Также было проведено патогистологическое исследование плаценты.

Результаты и их обсуждение: У всех 42 матерей при патогистологическом исследовании плаценты были выявлены выраженные воспалительные изменения (децидуит, виллит и др.). В пуповинной крови у недоношенных новорожденных были определены следующие острофазные белки: гаптоглобин $12,63 \pm 2,4$ мг/дл, антитромбин III $34,6 \pm 5,7$ мг/дл, ферритин $220 \pm 32,4$ мкг/л, С-реактивный белок $2,9 \pm 0,53$ мг/л. Также были проанализированы уровни данных белков у недоношенных новорожденных с инфекционной и неинфекционной патологией и было проведено катamnестическое наблюдение.

Выводы.

1. Определение концентрации белков острой фазы воспаления у недоношенных новорожденных имеет диагностическое и прогностическое значение.
2. Повышение уровня С-реактивного белка более 3,5 мг/дл и ферритина более 220 нг/л могут служить ранними признаками инфекционного процесса у недоношенных новорожденных детей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МАТЕРЕЙ И КОМПЕНСАЦИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Долотова Н.В., Воробьева Е.А., Пыхтина Л.А.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь психологических особенностей матерей и компенсации нервно-психических нарушений у детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы (ППЦНС).

Материалы и методы. Дети с легкими и средней тяжести гипоксически-ишемическими ППЦНС и их матери разделены на 2 группы: 1-я группа – 50 детей с компенсацией нервно-психических нарушений к году и их матери, 2-я группа – 50 детей без их компенсации и матери. Психологические особенности матерей определялись по методике МИНИ-СМИЛ Л.Н. Собчик; О.В. Солодянкиной М.; Инсфорд. Нервно-психическое развитие детей – К.Л. Печоры с соавт, нервно-психические расстройства – по анкете.

Результаты. Дети 2 группы, в отличие от детей 1-й группы, характеризовались более выраженной задержкой нервно-психического развития ($p < 0,01$) за счет отставания активной речи, движений и навыков; более выраженными реакциями страха и нарушениями сна ($p < 0,05$), сниженными положительными эмоциями, познавательной и социальной активностью ($p < 0,01$). Установлены взаимосвязи этих нарушений с импульсивностью, тревожностью и трудностями межличностного общения матерей, их беспомощностью, отсутствием представления о перспективах и направлениях реабилитации. Детско-материнские отношения во 2-й группе чаще носили симбиотический характер.

Заключение. Доказана взаимосвязь психологических особенностей матерей и компенсации нервно-психических нарушений у детей с ППЦНС, что позволило научно обосновать проведение семейной психологической реабилитации, начиная с неонатального периода.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ЭКО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Крылова Ю.С.

ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Отсутствие имплантации в циклах ЭКО является одной из основных проблем современной репродуктологии. С целью повышения результативности циклов ЭКО, особое внимание уделяется изучению «окна имплантации» и процессам, происходящим между рецепторным аппаратом эндометрия и бластоцистой. Поэтому, в настоящее время особое внимание сконцентрировано на исследовании сигнальных молекул специфически ответственных за имплантацию бластоцисты и возможность использования их в качестве маркеров прогнозирования результативности ЭКО. Цель исследования – разработка способа прогнозирования исхода ЭКО в зависимости от экспрессии рецепторов эстрогена (ER), прогестерона (PR) и лейкомио ингибирующего фактора (LIF). Материал исследования составили 50 биопсий эндометрия женщин с различными факторами бесплодия в возрасте до 37 лет планирующих лечение методами ВРТ. Биопсийный материал был получен в период предполагаемого «окна имплантации», за цикл до планируемого ЭКО. Полученный материал исследовался с помощью иммуногистохимического метода с применением моноклональных антител к ER (Daco, 1:35), PR (Daco, 1 : 50) и поликлональных атител к LIF (Abcam, 1:100). В результате исследования было установлено что экспрессия ER, PR и LIF является диагностически ценной для прогнозирования исхода ЭКО. Была разработана математическая модель с использованием последовательного анализа по методу А. Вальда (A. Wald) в модификации Е.В. Гублера (1990), позволяющая прогнозировать исход ЭКО. Принятие решения производилось следующим образом: заполняя опросный лист на каждую обследованную, врач суммирует прогностические коэффициенты по каждому вопросу листа, получая «суммарный прогностический коэффициент» (СПК). Если СПК положительный – прогноз благоприятный, если отрицательный – неблагоприятный.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Кудлачев В.А., Побединцева Ю.А., Баутин А.Е., Комличенко Э.В., Моисеева О.М.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», г. Санкт-Петербург.

Цель работы. Продемонстрировать современные подходы к ведению периоперационного периода при абдоминальном родоразрешении у пациенток с легочной гипертензией.

Материалы и методы. На примере четырех клинических наблюдений определен объем периоперационного мониторинга, выбор метода анестезиологического обеспечения, подходы к тактике назначения вазодилататоров малого круга кровообращения. Ведение пациенток осуществлялось в условиях стационара совместно анестезио-

логами-реаниматологами, акушерами-гинекологами, кардиологами. Проводился клинический, инструментальный и лабораторный мониторинг. Во всех случаях легочная гипертензия расценивалась как тяжелая. Все пациентки в дооперационном периоде получали ЛАГ-специфическую терапию (силденафил 60 мг в сутки). У трех пациенток было выполнено кесарево сечение, в одном случае – прерывание беременности по жизненным показаниям. Оперативные вмешательства выполняли в условиях эпидуральной анестезии с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики.

Результатами нашей работы стали отсутствие летальности у данной категории пациенток, не было случаев останковки кровообращения, не было пациенток, потребовавших проведения инвазивной искусственной вентиляции легких. Не было летальных исходов среди новорожденных.

Заключение. Таким образом, применение современных медицинских технологий позволяет эффективно и безопасно осуществлять периоперационное ведение при абдоминальном родоразрешении у пациенток с тяжелой легочной гипертензией.

ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ И ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Кузнецов Р.А., Перетятко Л.П.

ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия

Диагностика патогенеза спонтанных аборт в первом триместре имеет важное значение для предгравидарной подготовки при планировании будущей беременности. В патогенезе прерывания беременности участвуют как эндометриальные, так и эмбриональные (трофобластические) факторы. Для выявления морфологического субстрата эндометриальной и трофобластической недостаточности проведено патоморфологическое исследование ворсинчатого хориона и гравидарного эндометрия с определением характера экспрессии ростовых факторов, рецепторов стероидных гормонов, металлопротеиназ и их ингибиторов. Ворсины хориона при невынашивании беременности характеризуются нарушением васкуляризации, отсутствием признаков дифференцировки, низкой экспрессией в эпителии ворсин VEGF-A и TGF-beta2. В ряде случаев диагностируется альтеративный и продуктивный виллузит. Пролиферативный и инвазивный цитотрофобласт при спонтанных абортах значительно редуцирован. Недостаточность цитотрофобластической инвазии характеризуется снижением экспрессии MMP-9. Децидуализация стромы эндометрия незавершена. Секреторная трансформация эндометриальных желез неполная, артерии слабо спирализованы. В 85% случаев диагностируется эндометрит. Наблюдается дисбаланс ростовых факторов в децидуальных клетках, уменьшение индекса экспрессии рецепторов прогестерона при одновременном увеличении TIMP-1. В ходе исследования установлены морфо-функциональные признаки эндометриальной и трофобластической недостаточности.

РЕГУЛЯЦИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кузьменко Г.Н., Назаров С.Б.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России*

Выполнен анализ особенностей регуляции эндотелиальной функции у недоношенных новорожденных с респираторной патологией. В отделении реанимации проведено клинико-лабораторное обследование 89 недоношенных детей с пневмонией и 189 с респираторным дистресс-синдромом (РДС). Группу сравнения составили 40 детей 35–36 недель гестации с физиологическим течением раннего неонатального периода. Методом ИФА изучены показатели ИЛ-8 и ИЛ-6 в крови, уровни сосудистой молекулы клеточной адгезии-1 (VCAM 1), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). Уровни фактора Виллебранда (vWF), активность антитромбина-III (АТ-III) и протеина С (ПС) определяли реактивами фирмы «Diagnostica Stago» на анализаторе «STA Compact». Показатели цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-8 у детей с пневмонией соответствовали выраженной цитокинемии и менее выраженной – у детей с РДС. Активность антикоагулянтов АТ III и протеина С у недоношенных новорожденных с РДС и пневмонией снижены в большей степени при последней ($p < 0,001$). Уровни vWF у детей с пневмонией были в 1,4 раза выше, чем у детей с РДС, высокие

уровни **VCAM 1** у детей с пневмонией и РДС не различались. Снижение уровней VEGF у недоношенных с респираторной патологией может быть фактором, затрудняющим кровоснабжение тканей и созревание легких.

У недоношенных детей с респираторной патологией цитокинемия сопровождается усилением тромбогенного потенциала эндотелия и нарушением регуляции ангиогенеза. У детей с пневмонией и РДС отмечена высокая степень повышения адгезии, что обусловлено тяжестью гипоксических повреждений эндотелия при РДС, сопоставимой с воспалением.

ЗНАЧЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЭНДОМЕТРИИ ЖЕНЩИН ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ ДЛЯ УСПЕШНОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кулида Л.В., Бойцова А.В.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова МЗ РФ,
г. Иваново, Россия*

С целью определения значения патоморфологических изменений в эндометрии для наступления беременности при трубно-перитонеальном бесплодии проведен сравнительный анализ структурной перестройки эндометрия у 26 женщин с наступившей в последующем беременностью (I гр.) и у 33 пациенток (II гр.) с неудачной попыткой экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). При обзорном гистологическом исследовании эндометрия выявлены два типа патоморфологических изменений: неполноценная секреторная трансформации и гиперплазия эндометрия. У женщин I гр. преобладала умеренно выраженная недостаточность лютеиновой фазы с асинхронностью изменений желез и стромы эндометрия в виде неполноценной предецидуальной трансформации клеток стромы. Гиперплазия эндометрия у женщин I гр. была смешанного типа и носила очаговый характер.

В эндометрии пациенток с неудачной попыткой ЭКО также преобладали признаки секреторной недостаточности, но в отличие от I гр. неполноценная секреторная перестройка эндометрия определялась как в железах, так и в строме. Частота гиперплазии эндометрия во II группе женщин достоверно не отличалась от таковой в I гр. Но при этом у женщин с неудачной попыткой ЭКО преобладала простая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Кроме того, гиперплазия эндометрия носила распространенный характер и сочеталась с хроническим эндометритом.

Таким образом, выраженная секреторная недостаточность и гиперплазия эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом являются неблагоприятными факторами для наступления беременности при трубно-перитонеальном бесплодии.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ СИСТЕМНЫХ СКЕЛЕТНЫХ ДИСПЛАЗИЙ У ПЛОДОВ 1 ТРИМЕСТРА.

Лазаревич А.А., Новикова И.В., Наумчик И.В.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Определение спектра системных скелетных дисплазий (ССД) у плодов, абортированных по генетическим показаниям в 1 триместре беременности с 2007 по 2012 гг.

Материал и методы. 12 плодов, абортированных в 1 триместре беременности путем кюретажа. Нозологический диагноз ССД установлен на основании патоморфологических и гистологических данных.

Результаты. Наиболее частой ССД явился несовершенный остеогенез 2-го типа, составивший 50% (6/12) всех ССД, также были выявлены диастрофическая дисплазия (2), танатофорная дисплазия 1-го типа (1), синдром «коротких ребер – полидактилии» тип Маевского (1), ахондрогенез 2-го типа (1). 1 случай ССД остался неклассифицированным.

Сравнение пренатального и патоморфологического диагнозов показало, что в большинстве случаев ультразвуковой диагноз у плодов 1 триместра звучал, как «ССД» без уточнения нозологии.

Заключение. Патоморфологическая верификация пренатального диагноза ССД с гистологическим исследованием образцов у разрушенных при кюретаже плодов 1-го триместра должна быть обязательным этапом пренатальной диагностики, что важно для определения точного прогноза при медико-генетическом консультировании.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ВПР ПЛОДА НА ЭТАПЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Лазурина И.Г., Баиров В.Г.

*ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»,
Федеральный специализированный перинатальный центр (ФСЦ), Санкт-Петербург, Россия*

Цель. Выявить особенности психоэмоционального состояния женщин с врожденным пороком развития плода на этапе беременности и после родов.

Характеристика испытуемых. В исследовании приняли участие 65 женщин: 1-я группа: 23 беременные женщины с ВПР плода, срок гестации 35–39 недель, 2-я группа: 12 женщин с детьми в возрасте 2–6 дней с ВПР; 3 группа сравнения: 15 беременных женщин без ВПР плода, срок гестации 35–39 недель; 4 группа сравнения: 15 женщин с детьми в возрасте 2–6 дней.

Методики. Методика ТОБ, Интегративный тест тревожности, Индекс жизненного стиля, индикатор стратегий преодоления стресса (Дж. Амирхан), методика самооценки депрессии (Зунге), уровень социальной фрустрированности.

Результаты. Статистически достоверно выражены психоэмоциональные проявления у женщин непосредственно после рождения ребенка с врожденным пороком развития. У женщин наблюдается повышенный уровень ситуативной тревожности, имеет место тревожная оценка перспективы и эмоциональный дискомфорт, повышенный уровень депрессии. Повышенный уровень социальной фрустрированности определяется жилищно-бытовыми условиями, материальным положением, психоэмоциональным состоянием, своим положением в обществе, своим образованием, уровнем профессиональной подготовки.

ХАРАКТЕР И ДИНАМИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРИ С РЕБЕНКОМ В ПРОЦЕССЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Ланцбург М.Е.

Московский городской психолого-педагогический университет

Общение младенца со взрослым, осуществляемое в процессе повседневных процедур ухода (кормления, купания, одевания, прогулок и т.п.), является фактором его психического развития. Причем, как отмечает М.И. Лисина, сначала взрослый включает ребенка в различные виды деятельности, в которых он усваивает первые связи диады «мать-ребенок», а затем приобретенное переходит в потребность, и ребенок проявляет активность для ее удовлетворения. Такое взаимодействие осуществляется посредством вербальных, паравербальных и невербальных средств коммуникации. Самые ранние контакты матери с ребенком осуществляются с помощью невербальной коммуникации: через физический контакт (объятия, прикосновения), взгляды, мимику. Речь взрослого в общении с младенцем имеет специфические черты подстройки как по содержанию, так и по интонациям, ритму, высоте звука и носит название «baby talk». Условием такого общения является проявление у матери важнейших компонентов материнской компетентности: чувствительности, респонсивности и субъектно-ориентированного отношения к ребенку. Г.Г. Филиппова () выделяет три типа динамики эмоционального сопровождения ребенка: развивающий тип, когда мать ориентируется на достижения в развитии ребенка, ее поведение стимулирует ребенка проявлять больше активности и в отечественной психологии рассматривается как ориентация матери на зону ближайшего развития; тип «следования за гештальтом младенчества», когда мать достаточно отзывчива к ребенку, но ее поведение является как бы фиксирующим его достижения в развитии; неадекватный тип, когда динамика эмоционального поведения матери не соответствует динамике развития ребенка.

В отечественной психологии выделяют ситуации «чистого общения», когда ребенок физически отделен от взрослого, и ситуации «физического взаимодействия», при которых между матерью и ребенком происходит обмен по тактильным, температурным, обонятельным, слуховым и др. каналам. К последним относят ношение на руках, купание, переодевание и грудное вскармливание. С.Ю. Мещерякова отмечает, что ситуации взаимодействия различаются тем, что каждый из партнеров занимает определенную позицию по отношению к другому, т. е. между матерью и ребенком разворачивается циклическая деятельность, в которой поведение ребенка и взрослого попеременно становятся то ответом на взаимодействие партнера, то новым взаимодействием на него.

Подходя к грудному вскармливанию как динамично меняющейся ситуации взаимодействия матери и ребенка, мы можем проследить его развитие на протяжении всего периода кормления. ВОЗ рекомендует исключительно

Таблица 1

ДИНАМИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ПРОЦЕССЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (ГВ)

Стадии ГВ	Возраст ребенка (мес)	Ведущая деятельность	Тип общения ребенка со взрослым	Возрастные особенности развития ребенка	Поведение ребенка в процессе ГВ	Поведение матери в процессе ГВ
Первая	0-2(3)	Эмоциональное общение	Ситуативно-личностное	Кризис новорожденности. Адаптация к жизни в новых условиях. Формирование базового доверия к миру. Завершается возникновением комплекса оживления	Адаптация организма к новому типу питания. Полностью поглощен процессом вскармливания. Вероятны колики.	Приспособление к потребностям ребенка. Кормление по требованию. Поддержание наиболее полного телесного контакта с ребенком. Решение вероятных проблем с лактостазом, нехваткой молока и болезненностью сосков.
Вторая	3-5 (6)			Развитие отношений с ухаживающим взрослым. Разнообразие вокализаций, гуление. Самостоятельные манипулятивные действия с предметами в отсутствие взрослого.	Сокращается время пребывания у груди. Возможны отвлечения.	Допустимо достижение компромисса между интересами мамы и ребенка (до 30 минут сдвиг от требований ребенка)
Третья	6-9	Предметно-манипулятивная деятельность	Ситуативно-деловое, осуществляется в совместной деятельности с предметами.	Освоение позы «сидя». Активное ползание. Овладение разнообразными действиями с предметами в совместной деятельности со взрослым. Появление лепета.	Во время кормления отвлекается на познавательную деятельность. Учится принимать пищу, помимо материнского молока	Введение прикорма и постепенное снижение числа кормлений.
Четвертая	9 – до завершения кризиса первого года			Кризис первого года. Переход к прямохождению, достижение ульнарного грифа в манипулятивной деятельности, освоение слов. Понимание запретов. Появление протестных реакций.	Сокращение числа кормлений грудью до утреннего и вечернего.	Завершение грудного вскармливания.

грудное вскармливание в первые полгода, и затем с постепенным введением прикорма поддержание его до исполнения ребенку одного года с уточняющей формулировкой «желательно до двух лет».

Основываясь на знании закономерностей психического развития ребенка первых лет жизни, мы выделили четыре стадии в динамике взаимодействия матери и ребенка в процессе грудного вскармливания (см. таблицу 1).

Задачи, решаемые в каждом возрастном периоде, отражаются на специфике взаимодействия матери с ребенком в процессе грудного вскармливания. **На первой**, адаптационной стадии, мать приспосабливается к ребенку, устанавливает с ним тесный телесный контакт, осуществляет кормление по его требованию. Задача такого взаимодействия – содействовать установлению у ребенка базового доверия к миру (Эриксон Э.Г.). Завершается стадия возникновением комплекса оживления. **На второй** стадии между матерью и ребенком сохраняется непосредственное эмоциональное общение, однако уже уверившийся в ее надежности малыш, способен переносить ограниченную фрустрацию, он учится самостоятельно развлекать себя, и собственные интересы матери здесь могут уже находить в определенной мере свою реализацию, И хотя ребенок по-прежнему кормится исключительно грудным молоком, на этой стадии можно рекомендовать семье с младенцем начать введение не чаще одного раза в неделю «маминых дней», когда она, оставив малыша на близких и сцедив молоко на одно кормление, уходит из дома, посвящая время занятиям, доставляющим ей удовольствие. Такой отдых позволяет матери сохранить радость общения с малышом, являясь профилактикой переутомления, наступающей у некоторых женщин под воздействием факторов бессонницы, тревоги за ребенка, сенсорной нагрузки и социальной изоляции. **На третьей** стадии ребенок входит в новую фазу развития, характеризующуюся активным освоением окружающей его предметной среды. Предпосылками к этому являются его способности сидеть, ползать, переворачиваться и активно захватывать предметы руками и ногами. На этой стадии роль грудного вскармливания во взаимоотношениях матери с ребенком начинает снижаться. Теперь мама во время бодрствования интересуется малыша как партнер по совместным действиям с предметами. В этот же период начинается введение прикорма. Мама учится получать удовольствие от совместных действий с малышом, помогая ему осваивать предметно-манипулятивную деятельность. **На четвертой** стадии мама и малыш

приходят к завершению грудного вскармливания. Это происходит естественным образом в период разворачивания кризиса первого года, когда малыш, будучи уже способным самостоятельно передвигаться, захватывать предметы и открыто доносить до взрослых свои желания, начинает отделяться от матери, проявляя протестные реакции. Освоение окружающего мира теперь становится для него более интересным занятием, чем пребывание в ограниченном пространстве маминой груди, хотя в ситуации тревоги и засыпания он вновь любит к ней прижаться. На этой стадии важно, чтобы не только малыш созрел, но и мама оказалась готовой его отпустить. Так это обычно и происходит, если их взаимодействие уже переведено на новый тип общения – ситуативно-деловой. Но для некоторых мам отлучение ребенка от груди является болезненным процессом и они продолжают поддерживать грудное вскармливание в течение всего дня, что чревато в конечном счете, как гипотрофией ребенка, так и в психологическом плане, трудностями в социализации. Иногда происходит фиксация отношений матери с ребенком на первой-второй стадии в течение всего периода грудного вскармливания. Переход от стадии к стадии является свидетельством нормального развития отношений матери и ребенка и является залогом создания матерью условия для оптимального психического развития ребенка.

Литература

1. Грудное вскармливание. Как обеспечить успех. Практическое руководство для медицинских работников. ВОЗ. – Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 1997.
2. Лисина М.И. Воспитание детей раннего возраста в семье. – Киев, 1983.
3. Мецержакова С.Ю. Особенности «комплекса оживления» у младенцев при воздействии предметов и общении со взрослыми // *Вопр. психол.* – 1975. – № 5. – С. 81–99.
4. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Лебедева Т.Ю., Шibaев А.Н., Гнусаев С.Ф., Федерякина О.Б.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, г. Тверь

Цель. Выявить особенности variability сердечного ритма у недоношенных с тяжелым гипоксически-ишемическим (-геморрагическим) поражением центральной нервной системы (ЦНС) по данным холтеровского мониторинга.

Пациенты и методы. I группа – 36 недоношенных со сроком гестации 31–35 недель, массой тела при рождении не менее 1300 г и признаками гипоксически-ишемического (-геморрагического) поражения ЦНС II–III степеней; II группа – 27 недоношенных со сроком гестации 32–36 недель, массой тела при рождении от 1700 г, без признаков тяжелого перинатального поражения ЦНС. Холтеровское мониторирование проводилось детям на 20–30 сутки жизни. Результаты представлены в виде $M \pm s$. Статистическая обработка с использованием критерия Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение. У детей I и II групп в течение всего времени наблюдения отмечалась тахикардия – максимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) во время бодрствования $187,9 \pm 1,81$ и $196,2 \pm 3,86$ ($p = 0,03$), во время сна $184,3 \pm 1,80$ и $191,3 \pm 3,10$ ($p = 0,01$) в минуту соответственно. Разница между максимальной и минимальной ЧСС более низкой оказалась у новорожденных I группы – $61,2 \pm 2,59$ и $71,0 \pm 4,0$ в минуту ($p = 0,03$). Циркадный индекс также достоверно более низким был у детей I группы ($1,04 \pm 0,007$ и $1,06 \pm 0,009$ во II группе, $p = 0,04$). У недоношенных I группы выявляются паузы ритма длительностью $1017,6 \pm 83,91$ мс (у детей II группы $747,4 \pm 32,27$ мс, $p = 0,002$), причем преимущественно во время сна ($15,2 \pm 3,62$ и $5,2 \pm 1,97$ пауз во II группе, $p = 0,05$).

Выводы. Сердечный ритм недоношенных с тяжелым гипоксически-ишемическим поражением ЦНС характеризуется тахикардией в течение суток, ригидным циркадным профилем ЧСС, наличием длительных пауз сердечного ритма, преимущественно во время сна.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОСТА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Лильин Е.Т.

*Российская медицинская академия последипломного образования
«Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ», г. Москва.*

Рост детской инвалидности наблюдается во всех развитых странах и в настоящее время достигает 5–6%. Скачкообразное является, с одной стороны, платой за техногенное развитие общества, с другой – результатом развития новых медицинских технологий, позволяющих выхаживать маловесных детей и детей с врожденной и наследственной патологией, которые ранее самостоятельной элиминировались из общества.

В соответствии с этим, по нашим оперативным данным, число детей-инвалидов в России составляет не менее 1,5 миллионов человек, половина из которых страдает морфо-функциональными нарушениями (включая хромосомные болезни), а половина – умственными проблемами (умственная отсталость различной степени выраженности, аутизм, ранняя детская шизофрения и т.д.). К сожалению, по тем или иным причинам, большинство этих детей впоследствии остаются без попечения родителей и оказываются в интернатных учреждениях разного типа (дом ребенка, детский дом, школа-интернат). Общее количество таких детей достигает более 190 тысяч человек. Естественно, не все дети в этих учреждениях – дети-инвалиды, но все они, по сути, оказываются детьми с «ограниченными возможностями» в силу серьезнейших проблем, связанных с так называемым «госпитализмом», подразумевающим под собой: монотонный образ жизни, ограниченность связей с внешним миром, бедность впечатлений, скученность, недостаток жизненного пространства, скудность выбора занятий, зависимость от персонала, отсутствие интимного уюта, регламентированность деятельности учреждения. Очевидно, что, выходя в большую жизнь и не имея достаточных навыков и умений самостоятельного существования, они становятся весьма серьезным источником анти социального поведения (воровства, алкоголизма и наркомании), поскольку социум, не подготовленный к их восприятию, с готовностью накладывает на них те или иные ограничения: физическое ограничение и изоляция, трудовая сегрегация, малообеспеченность, информационный барьер, эмоциональный барьер, ограничение создания семейной среды и др.

Вот почему раннее выявление инвалидности, ее профилактика даже в дородовом периоде, информированность родителей о причинах инвалидности, перспективах комплексной реабилитации больного ребенка, его дальнейшего жизненного пути, борьба с «табуированностью» мышления ребенка и родителей о его образовательном цензе и профессиональном выборе приобретают первостепенное значение.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Лихачева А.С., Редько И.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков,

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования

МЗ Украины», г. Запорожье, Украина

Цель. Усовершенствовать раннюю диагностику внутриутробных вирусных инфекций (ВВИ) путем внедрения экспресс-методов диагностики, изучения перинатального анамнеза, особенностей клинического течения, нарушений в иммунологическом статусе.

Материалы и методы. Клинико-лабораторное обследование 834 матерей и их детей с подозрением на ВВИ в первые 3 суток. Верификация ВВИ на основании культурального метода, серодиагностики, экспресс-методов: ПИФ, иммунохроматографический анализ, модифицированная РСК, исследования последов. Материал – пуповинная, периферическая кровь, смывы, соскобы из носоглотки.

Результаты и их обсуждение. ВВИ верифицированы в 31,6%: микст-вирусные – 34,4%, вирусно-бактериальные – 27,7%, микст-вирусно-TORCH – 23,6%, моновирусные – 14,3%. Методом неоднородной последовательной процедуры Вальда-Генкина разработаны диагностические критерии (ДК): анамнестические и клинические – от + 13,1 до + 8,8 и лабораторные – от + 14,8 до + 5,6 при информативности > 1,0: гинекологические заболевания, рецидивирующие герпетические инфекции; медаборт, бесплодие; во время беременности: ОРВИ, угроза прерывания, преэклампсия, дисфункция, отслойка плаценты, анемия, дородовое излитие вод; клинические – состояние при рождении от средней тяжести до тяжелого, масса < 2500г, асфиксия, РДС, внутриутробная пневмония, кардиомиопатия, поражение ЦНС, гепатобилиарное поражение; лабораторные – лейкопения или лейкоцитоз, гипербилирубинемия, повышение АлАт, АсАт, КФК-МВ, на НСГ – СЭК, ПВК; в иммунограмме – снижение СД₃, СД₄/СД₈, ИФН-α, γ.

Выводы. Разработанные ДК способствуют ранней диагностике ВВИ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧДБ ДЕТЕЙ: РОЛЬ ЦИКЛОФЕРОНА

Лысенко И.М.¹, Баркун Г.К.¹, Косенкова Е.Г.¹, Бахтина Т.Ж.², Юнес И.В.²

¹ РБ УО ВГМУ, г. Витебск

² УЗ ВДОКБ, г. Витебск

Цель исследования. Определить роль циклоферона в реабилитации часто и длительно болеющих (ЧДБ) детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 45 пациентов, из группы ЧДБ детей. Средний возраст – 3,6 ± 0,8 года (II группа здоровья).

Полученные результаты. Показатели клеточного и гуморального иммунитета до (ДЛ) и после (ПЛ) проведенного лечения (циклоферон + рефлексотерапия): ДЛ уровень CD_3 $-50,4 \pm 6,3\%$ (ниже, чем у детей группы сравнения (ГС; $p < 0,05$), ПЛ $-58,8 \pm 5,0\%$ (ГС $57,5 \pm 5,9\%$, $p < 0,05$). Уровень CD_8 ДЛ $10,9 \pm 0,6\%$, (ГС $13,8 \pm 0,6\%$, у ГС $11,5 \pm 0,6\%$). CD_4 : уровень ДЛ был $12,2 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$), ПЛ $-23,5 \pm 1,8\%$, ГС $-19,5 \pm 2,4\%$. CD_{22} ДЛ $-20,2 \pm 1,9\%$, ПЛ $-16,3 \pm 1,8\%$, в ГС $-13,4 \pm 0,6\%$. Индекс супрессии ДЛ $-0,9 \pm 0,001\%$, ПЛ $-1,7 \pm 0,001\%$, в ГС $-1,8 \pm 0,1\%$. IgA, M, G, показатели НСТ теста, ИНИ изменялись незначительно. Показатели НР: лейкоциты ($\times 10^9$ г/л) – ДЛ $-6,1 \pm 0,6$, ПЛ $-6,7 \pm 0,3$; нейтрофилы (%) – $54,09 \pm 0,3$ и $47,0 \pm 0,3$ ДЛ и ПЛ; фагоцитарное число (%) – ДЛ $60,3 \pm 0,3$, ПЛ $-45,1 \pm 0,1$; фагоцитарный индекс (%) – ДЛ $-1,2 \pm 0,1$, ПЛ $-1,0 \pm 0,1$; коэффициент завершенности фагоцитоза – ДЛ $-0,61 \pm 0,1$ и $0,50 \pm 0,1$ ПЛ. После применения циклоферона в сочетании с РТ: кратность заболеваний в год ДЛ составила $7,9 \pm 1,2$ раза, ПЛ $-4,5 \pm 1,2$ ($p < 0,001$); общая продолжительность/год – ДЛ $-88,5 \pm 3,6$, ПЛ $-40,3 \pm 2,7$, ($p < 0,001$); длительность одного эпизода (дней) – ДЛ $-10,5 \pm 0,5$ ДЛ и $9,2 \pm 0,1$ ПЛ ($p < 0,001$). В настоящее время повторный курс циклоферона проходят 20 пациентов.

Выводы. Применение циклоферона в сочетании с РТ способствовало снижению частоты заболеваемости и длительности в 1,6 раза, уменьшило экономические затраты по оплате листов временной нетрудоспособности родителям.

ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ (ОРФАННЫХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕТОДОМ ТАНДЕМНОЙ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Лязина Л.В., Вохмянина Н.В., Романенко О.П.

ГКУЗ «Диагностический центр (медико-генетический)», Санкт-Петербург

С 2010 года в СПб ГКУЗ МГЦ внедрен селективный скрининг у детей до 1 года жизни по определенным показателям для выявления наследственных нарушений обмена веществ (НБОВ). НБОВ является редкими нозологиями и характеризуются неспецифичностью клинической картины. При отсутствии своевременной диагностики и лечения НБОВ дают высокую инвалидизацию и смертность.

Исследование проводится методом тандемной масс-спектрометрии (ТМС) -хроматографический метод, основанной на измерении массы тела к заряду. ТМС позволяет выявить 30 заболеваний: 12 аминокислотопатий, 12 органических ацидурий и 6 нарушений бета-окисления жирных кислот и транспорта карнитина. В ряде случаев для уточнения диагноза, предположенного при проведении ТМС, требуется подтверждающая диагностика.

За 2010–2012 гг обследовано 2 150 человек. У 5 пациентов диагностированы: лейциноз, метилмалоновая ацидемия, недостаточностью бета-окисления очень длинноцепочечной ацил-КоА дегидрогеназы жирных кислот, недостаточность биотинидазы, гиперглицинемия. Подтверждающая диагностика, включающая исследование органических кислот, ферментодиагностику и молекулярно-генетические исследования, проведена в Лаборатории наследственных нарушений обмена веществ Медико-генетического научного центра РАМН, Москва.

Выявлять и дифференцировать НБОВ можно только с помощью новых методов лабораторной диагностики. С целью эффективности применения ТМС и ускорением сроков постановки диагноза в СПб ГКУЗ МГЦ в 2013 г. внедрены методы подтверждающей диагностики: определение органических кислот в моче, исследование аминокислот крови.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ НА МОЛЕКУЛЯРНОМ УРОВНЕ

Малушко А.В., Калинина Е.А., Волкунович Т.А., Зубарева Т.М., Ситкин С.И., Комличенко Э.В.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова»

Минздрава России.

ФБГУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова. Санкт-Петербург, Россия.

В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю пролапса тазовых органов (ПТО) приходится до 30%. С увеличением продолжительности жизни частота данного заболевания возрастает. Необходимо отметить, что в связи с рецидивом пролапса повторно оперируются более 35% больных.

Таким образом, целью нашего исследования явилось определение новых диагностических биомаркеров ПТО у женщин и прогнозирование рецидива заболевания в послеоперационном периоде путем изучения метаболома сыворотки крови.

Материалы исследования. В исследование включены 90 женщин в возрасте 55-65 лет. I группа – пациентки с ПТО в сочетании с дисплазией соединительной ткани. II группа – пациентки с рецидивом ПТО после оперативного лечения. III группа – пациентки без ПТО (контрольная группа).

Методы исследования. Определение качественного и количественного состава метаболома сыворотки крови обследуемых проводится с помощью метода газовой хромато-масс-спектрометрии, стадирование ПТО выполняется по классификации POP-Q (ICS, 1996),

Результаты. На данном этапе данные находятся на этапе обработки. Планируется впервые изучить метаболический профиль у женщин с ПТО, используя полученные результаты, выявить критерии для формирования групп по развитию рецидива ПТО после оперативного лечения.

СОДЕРЖАНИЕ СЕРОВОДОРОДА И ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ У ЖЕНЩИН ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Малышкина А.И.¹, Назарова А.О.², Ситникова О.Г.¹, Клычева М.М.¹,
Козырина А.А.¹, Жолобов Ю.Н.¹, Назаров С.Б.¹*

¹ ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново

² ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России, Иваново

Целью работы явилось разработка нормативов концентрации сероводорода и суммарных нитратов и нитритов (NOx) в сыворотке крови беременных женщин при физиологической беременности. Обследовано 30 практически здоровых беременных женщин в срок гестации 22–36 недель. Определение NOx проводили методом Miranda K.M. et al. (2001), H₂S – методом Qu R., Chen C.P.L.H., Halliwell B. et al. (2006). Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартного пакета статистических программ statistica 6,0 с использованием критерия Шапиро–Уилка W для оценки нормальности распределения. В результате статистического анализа полученных данных установлено, что показатели сероводорода (W, p = 0,010) и оксида азота (W, p = 0,159) отклоняются от нормального распределения. Показатель сероводорода имел медиану 66 мкмоль/л. В качестве границ нормальных значений этого показателя предлагается использовать интервал 5-й процентиль – 95-й процентиль, который соответствует 61–71 мкмоль/л. Показатель NOx имел медиану 48 мкмоль/л (5-й процентиль – 44 мкмоль/л, 95-й процентиль – 52 мкмоль/л). Таким образом, интервал 61 – 71 мкмоль/л для сероводорода и интервал 44–52 мкмоль/л для суммарных нитратов и нитритов предлагается считать ориентировочной границей нормы исследуемых показателей в сыворотке крови женщин с нормально протекающей беременностью.

ОПЫТ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ У АКУШЕРОВ – ГИНЕКОЛОГОВ

Малышкина А.И., Панова И.А., Сытова Л.А., Манис С.С.

ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново

Тяжелая преэклампсия, геморрагический шок, эмболия околоплодными водами – это неполный перечень акушерских осложнений, при которых от акушера-гинеколога может потребоваться проведение первичных реанимационных мероприятий. Целью нашего исследования стало оценить эффективность обучения навыкам первичных реанимационных мероприятий врачей акушеров-гинекологов, которые проходили обучение в симуляционном центре на базе нашего института. В данном исследовании участвовали 44 врача, которые работали в стационарах разного уровня и имели различный стаж работы по специальности. Теоретические знания оценивались путем тестирования курсантов до и после цикла и показали достоверное улучшение уровня знаний (p < 0,001). Качество практических навыков по оказанию первичной реанимации (непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких «рот-в-рот») оценивалось до и после проведения курса обучения. Манекен «Resusci Anna SkillReporter» («Оживленная Анна») обеспечивает моментальную и объективную информацию о правильности выполнения ключевых приемов сердечно-легочной реанимации. Анализ данных, характеризующих правильность выполнения непрямого массажа сердца и вентиляций, показал, что после проведения цикла отмечалось наибольшее количество правильных манипуляций (p < 0,001) по сравнению с показателями до проведения цикла. Таким образом, значительное

улучшение теоретических знаний и практических навыков у врачей после проведения цикла говорит о преимуществах симуляционного обучения, которые дают возможность многократного повторения при отработке практических навыков, а также осмысления результатов собственных действий и прочного усвоения новых знаний в безопасной среде.

СИСТЕМА ЛЕЧЕБНО-АБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Малышкина А.И., Песикин О.Н., Самсонова Т.В., Васильева Т.П., Чаща Т.В.

ФГБУ «ИвНИИ МцД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново, Россия

В результате совершенствования перинатальной службы в последние годы повысилась выживаемость детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Однако крайне важно добиться не только повышения выживаемости, но и снижения инвалидизации и улучшения качества жизни глубоконедоношенных детей.

Цель работы. Разработка организационно-функциональной модели медицинской помощи глубоконедоношенным детям с перинатальными поражениями ЦНС.

Материал и методы исследования. Исследована эффективность предложенной модели лечебно-абилитационной помощи глубоконедоношенным детям в условиях многолетнего эксперимента.

Результаты и их обсуждение. Предложенная организационно-функциональная модель лечебно-абилитационной помощи глубоконедоношенным детям до 3 лет с перинатальными поражениями ЦНС включает 3 блока: 1 – организационное обеспечение абилитации за счет формирования комплекса организационных структур; 2 – функциональное обеспечение за счет внедрения системы взаимосвязи и обмена информацией; 3 – технологическое обеспечение абилитации за счет внедрения технологий непрерывного прогноза, оценки, диагностики, лечения, абилитации. Выявленная медико-социальная эффективность межтерриториальной организационно-функциональной модели абилитации глубоконедоношенных детей с перинатальными поражениями ЦНС позволяет рекомендовать ее к внедрению в практику.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИЕНОГЕСТА

Мануйлова Т.Ю.,¹ Карамурзова А.А.,² Ярмолинская М.И.¹

¹ ФГБУ НИИАГ им. Д.О. Отта СЗО РАМН

² ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффективность Диеногест 2 мг (Визанна) в комбинированном лечении наружного генитального эндометриоза (НГЭ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 78 пациенток в возрасте от 24 до 48 лет с диагнозом НГЭ, подтвержденного интраоперационно и результатами гистологического исследования. Всем больным был рекомендован 6-месячный курс Визанны.

Результаты. Согласно классификации R-AFS НГЭ I ст. был диагностирован у 8 (10%), II ст. – у 14 (18%), III ст. – у 22 (28%), IV ст. – у 34 (44%) женщин. Рецидив эндометриоза отмечен у 17 (22%) пациенток. Сниженный овариальный резерв – у 56 (72%) больных. Болевой синдром до начала применения диеногеста 2 мг наблюдался у 67 (88%) женщин, из них диспареуния – у 25 (32%), альгоменорея – у 62 (80%), диффузная тазовая боль – у 30 (38%). На фоне терапии отмечено достоверное уменьшение выраженности болевого синдрома: диспареунии на 86%, альгоменореи – на 81%, диффузной тазовой боли – на 74%. Наиболее частыми побочными эффектами было увеличение массы тела (у 15%), лабильность настроения (у 13%), акне (у 11%) и мастодиния (у 10%), которые не явились причиной для досрочного окончания терапии. За время наблюдения у 6 больных после окончания терапии наступила беременность, у 4 из них – с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Заключение. Визанна эффективно купирует болевой синдром, характеризуется хорошей переносимостью и может назначаться пациенткам, имеющим в дальнейшем репродуктивные планы.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В РАЗВИТИИ НГЭ

Молотков А.С., Иващенко Т.Э., Беженарь В.Ф., Ярмолинская М.И., Швед Н.Н.

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

В развитии и прогрессировании эндометриоза особое значение имеют инвазия очагов эндометриоза и неоангиогенез. Установлено, что в оба эти процесса реализованы с участием семейства матриксных металлопротеиназ (MMPs).

Целью исследования явилось изучение полиморфизма генов MMPs у пациенток с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

Материалы и методы исследования. Были обследованы 78 больных НГЭ, диагноз которых установлен на основании результатов лапароскопии; контрольную группу составили 35 здоровых женщин, имеющих в анамнезе двое и более родов. Методом ПЦР-ПДРФ анализа изучены аллельные варианты генов MMP3 (-1171 5A/6A), MMP7 (-181A/G), MMP9 (R279Q, P574R), MMP12 (-82A/G), MMP13 (-77A/G).

Результаты исследования. Согласно полученным данным, распределение генотипов для полиморфизма R279Q по гену MMP9 достоверно различается в группе больных по сравнению с контрольной группой ($p = 0,03$, $df2$). Также в группе больных с НГЭ достоверно выше частота гомозиготного генотипа по редкому аллелю 5A/5A для гена MMP3 ($p = 0,46$). Известно, что ген MMP3, несущий 5A аллель, имеет более высокую промоторную активность. Для полиморфных вариантов генов MMP9 (P574R), MMP7 (-181A/G), MMP12 (-82A/G), MMP13 (-77A/G) достоверных различий в частотах аллелей и генотипу не выявлено.

Заключение. Выявленные различия между группой больных и контрольной группой для генов MMP3 и MMP9 указывают на участие белков семейства MMPs в патогенезе НГЭ. Повышенная активность данных ферментов или их повышенная экспрессия может приводить к разрушению белков базального слоя и соединительной ткани, что создает необходимые условия для инвазии гетеротопий вглубь тканей и является причиной прогрессирования заболевания или более тяжелого его течения.

МУТАЦИЯ С.643С > Т ГЕНА FBN1 – ФАКТОР РИСКА ДЛЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ?

Мясников С.О., Сокольник В.П., Гусина А.А., Гусина Н.Б.

Республиканский НПЦ «Мать и дитя», Минск, Беларусь

В настоящее время общепризнано, что мутации в гене фибриллина 1 (FBN1) вызывают синдром Марфана (СМ) – генетическое заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования. Однако мутации в FBN1 найдены и при других патологиях, получивших обобщающее название «фибриллинопатии 1», например, при изолированной эктопии хрусталика и акромикрической и гелеофизической дисплазиях. Около 2000 мутаций обнаружено у пациентов, имеющих фибриллиннопатии 1, включая и СМ. За небольшим исключением их можно отнести к категории редко встречающихся, поэтому важной задачей является повторная идентификация каждой из них и подробное описание ассоциированных с ней клинических признаков.

В данной работе мы приводим данные о пациентке с мутацией с.643С > Т р.(R215X) в гене FBN1, которая была выявлена в Беларуси.

Классификацию клинических признаков пациентки (возраст 34 года, рост 190 см) проводили согласно интернациональным Гентским критериям (1996). Для молекулярного анализа гена FBN1 использовали секвенирование в сочетании со стандартным методом мутационного скрининга SSCP.

Проведенный анализ медицинской документации позволил классифицировать заболевание у пациентки как неполный СМ, так как имелся только один мажорный признак – аневризма корня аорты. Кроме этого выявлены: пневмоторакс, сложный миопический астигматизм обоих глаз, нефроптоз справа. Родословная отягощена сердечно-сосудистой патологией – мать пациентки умерла в 34 года от разрыва аорты, от патологии сердца умер дядя. Женщина имеет сына (10 лет) с клиническими признаками, позволяющими рассматривать его заболевание как вероятный СМ.

Таким образом, полученные данные указывают на то, что данный генный дефект является фактором риска для сердечно-сосудистой патологии.

АБСОЛЮТНЫЙ И ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ ОВАРИАЛЬНОЙ АРОМАТАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Николаенков И.П., Потин В.В., Тарасова М.А., Рулев В.В., Самойлович Я.А., Тимофеева Е.М.

ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Изучить активность овариальной ароматазы у больных синдромом поликистозных яичников (СПЯ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных СПЯ. Диагноз был установлен на основании клинических, гормональных и эхографических проявлений синдрома. Всем больным проведена проба с ингибитором ароматазы летрозолом (patent-2481587.pdf). До и через 48 часов после приема 10 мг летрозола в сыворотке крови определяли содержание эстрадиола (Э2). Так как уровень антимюллера гормона (АМГ) в крови коррелирует с числом антральных фолликулов, для расчета активности овариальной ароматазы на антральный фолликул использовали коэффициент: $\Delta\text{Э2}/\text{АМГ}$, где $\Delta\text{Э2}$ – снижение эстрадиола в пмоль/л, АМГ – в нг/мл. Контрольную группу составили 15 здоровых женщин. Границы доверительного интервала при $p = 0,05$ для коэффициента $\Delta\text{Э2}/\text{АМГ}$ у здоровых женщин составили: нижний предел – 8,4, верхний предел – 27,2.

Результаты исследования. У 19 больных СПЯ овариальная активность фолликулов была снижена, у 7 – повышена, у 14 – не выходила за пределы доверительного интервала. Между ароматазной активностью и числом антральных фолликулов имелась отрицательная корреляция (-0,56). Исходный уровень эстрадиола в крови был достоверно ($p < 0,05$) ниже у больных с низкой овариальной активностью ($143 \pm 31,4$ пмоль/л), чем у больных с высокой ароматазной активностью ($380,3 \pm 107,3$ пмоль/л).

Заключение. Результаты указывают на гетерогенность патогенеза СПЯ. У части больных СПЯ увеличение числа антральных фолликулов можно рассматривать как реакцию на абсолютный дефицит овариальной ароматазы. У остальных больных развитие СПЯ следует связать с относительным дефицитом ароматазы по отношению к гиперпродукции ЛГ.

ПОРОКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПЛОДОВ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Новикова И.В., Лазаревич А.А.

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

Цель. Изучить спектр пороков развития (ПР) у плодов, абортированных в I триместре после ультразвуковой диагностики аномалий центральной нервной системы (ЦНС).

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 244 плода с пороками ЦНС, абортированные по генетическим показаниям в I триместре беременности в г. Минске в рамках программы популяционного пренатального скрининга (1996-2013 гг.).

Результаты. Спектр выявленных аномалий включал изолированные дефекты нервной трубки: анэнцефалию с/без spina bifida (136 случаев), изолированную spina bifida (21), инионцефалию (3), черепно-мозговые грыжи (9) и диастематомиелию (1). ПР ЦНС также входили в состав ассоциации расщелин (25), АДАМ-комплекса (11) и неклассифицированных комплексов множественных ПР (12), были компонентами хромосомных болезней (12), синдромов Меккеля (2) и агнатии-голопроэнцефалии (1). ПР ЦНС оказались ассоциированы с синдромами триплоидии (3), трисомиями 13 (2) и 18 (2), структурными перестройками хромосом (5). Голопроэнцефалия была проявлением синдромов Патау, Эдвардса и триплоидии, spina bifida – трисомии 18.

Заключение. Патоморфологическое исследование позволило верифицировать ультразвуковой диагноз в 95,7% случаях. В 11 случаях из-за разрушения при кюретаже или неполноты материала соскоба диагноз оказался не верифицированным. Дополнительная информация, полученная при аутопсии абортированных плодов в 47,2% (110/233), относилась к выявлению других ПР и хромосомной патологии в результате цитогенетического исследования постабортного материала.

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У РОДИЛЬНИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ВИТАМИНА Д

Новикова Т.В., Васильева Е.Ю., Зазерская И.Е.

*Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

Цель работы. Оценить распределение минеральной плотности костной ткани (МПК) по отделам скелета в зависимости от уровня насыщенности организма витамином Д.

Материалы и методы. Обследованы 90 рожениц в возрасте от 25 до 35 лет на 3-5 сутки послеродового периода. Проводилось измерение уровня 25-(ОН) – витамина Д в сыворотке крови методом хемилюминисцентного иммуноанализа на анализаторе Architect 2000. Измерение МПК проводилось методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате остеоденситометре Lunar Prodigy DF 110186. Для оценки степени снижения МПК применяли Z-критерий.

Результаты. Уровень витамина Д, соответствующий норме (I группа) выявлен у 37 (41%), соответствует недостаточности и дефициту у (II группа) – 53 (59%). Средние значения витамина Д в I группе – $34,4 \pm 2,1$ нг/мл, во II – $24,4 \pm 2,4$ нг/мл и $12,4 \pm 2,8$ нг/мл соответственно.

Встречаемость остеопении в 1-й группе у 28 женщин, во 2-й группе у 48 в дистальном отделе костей предплечья в 1-й группе – у 10 пациенток (27%) (Z критерий от $-1,2$ до $-2,0$ SD), во 2-й группе у 20 (38%) (Z критерий от $-1,2$ до $-2,4$ SD). В проксимальном отделе бедренной кости в 1-й группе – у 5 пациенток (14 %) (Z-критерий от $-1,2$ до $-2,0$ SD), во 2-й группе – у 8 (16%) (Z-критерий от $-1,0$ до $-2,2$ SD). В поясничном отделе позвоночника в 1 группе – у 12 рожениц (32%) остеопения (Z-критерий от $-1,1$ до $-2,0$ SD), во 2-й группе у 22 (42%) (Z-критерий от $-1,2$ до $-2,3$ SD).

Заключение. При нормальном уровне витамина Д, как при недостаточности и дефиците наиболее уязвимым отделом скелета является дистальный отдел предплечья. В группе с недостаточностью и дефицитом витамина Д остеопения встречается в 2 раза чаще в предплечье, и в 1,5 раза чаще в поясничном отделе позвоночника.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Осипова Н.А.^{1,2}, Зиятдинова Г.М.²

¹ ФГБУ ФЦСКЭ имени В.А. Алмазова Минздрава Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия,

² ФГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный университет»

Частота недержания мочи во время беременности варьирует от 12.5% до 74%, при этом у 44% беременных недержание мочи сохраняется и после родов. М-холинолитики противопоказаны при беременности и грудном вскармливании, а оперативные методы коррекции недержания мочи не приемлемы, если молодая женщина планирует повторную беременность.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности тренировки мышц тазового дна и транскардинальной электростимуляции (ТЭС) при недержании мочи в послеродовом периоде.

Верификация диагноза у 75 пациенток с недержанием мочи проводилась на основании заполнения урогинекологического опросника, дневников мочеиспускания, результатов функциональных проб, комплексного уродинамического и промежностного ультразвукового исследования в послеродовом периоде.

Через 3 месяца тренировок мышц тазового дна при стрессовом и смешанном недержании мочи терапия была эффективна у половины пациенток, при императивном – у трети пациенток.

ТЭС терапия показала свою у пациенток с гиперактивным мочевым пузырем без детрузорной гиперактивности: частота мочеиспусканий и urgentных позывов в этой группе была достоверно ниже аналогичных показателей до лечения.

Таким образом, тренировка мышц тазового дна и ТЭС терапия могут применяться в послеродовом периоде, когда другие методы лечения противопоказаны.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМАМИ МАТКИ

*Павловская Е.А.¹, Юхно Е.А.^{1,2}, Рязанов В.В.^{1,2}, Труфанов Г.Е.^{1,2}, Сосин С.А.²,
Приворотский В.В.², Зазерская И.Е.²*

¹ Кафедра рентгенологии и радиологии Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

² Институт перинатологии и педиатрии Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.

Целью исследования была оценка осложнений после эмболизации маточных артерий у женщин с лейомиомами матки. По данным литературы частота осложнений данной манипуляции невелика. Выделяют осложнения

острого периода (до суток), которые включают болевой синдром, аллергическую реакцию, тромбоэмболию, а также воспалительные изменения, а также отсроченные осложнения, наиболее частым из которых (3% случаев) является экспульсия лейомиоматозного узла, а также ишемия матки (1%).

Нами было обследовано 20 женщин с лейомиомами матки в возрасте 41-46 лет, которым планировалось выполнение эмболизации маточных артерий. Всем женщинам было выполнено МРТ малого таза с внутривенным контрастированием препаратом гадолиния. Исследование проводилось на аппарате с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. При проведении МРТ оценивалось количество и положение лейомиоматозных узлов, в том числе расположение в толще стенки матки, тип строения узла, его объем, а также наличие сопутствующей патологии. Исследование с применением контрастного препарата повторялось через 1, 6 и, в 5 случаях, через 12 месяцев после эмболизации маточных артерий. На пост-эмболизационных МРТ оценивались размеры узлов в динамике, наличие ишемии и некроза узла, развитие постишемических типов дегенерации образований, а также наличие таких осложнений, как ишемия матки и экспульсия некротизированного узла.

По результатам нашего исследования осложнений острой фазы, не наблюдалось. У всех больных послеоперационный период протекал гладко, воспалительных изменений, а также тромбоэмболических осложнений не отмечалось. По данным МРТ через 1 месяц после ЭМА признаков ишемии матки отмечено не было. У одной пациентки с крупной субмукозной лейомиомой наблюдалась экспульсия узла, визуализация которого в условиях деформации органа стала возможной благодаря магнитно-резонансной томографии. У данной пациентки экспульсия узла не потребовала дополнительного оперативного вмешательства. Кроме того, у всех пациенток после вмешательства была отмечена выраженная положительная динамика в виде уменьшения размера образований, улучшения самочувствия и уменьшении маточных кровотечений.

Таким образом, применение магнитно-резонансной томографии органов малого таза у женщин при планировании эмболизации маточных артерий для лечения лейомиом матки позволяет оценивать эффективность вмешательства, а также выявлять осложнения процедуры.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Панова И.А., Рокотьянская Е.А., Хлипунова Д.А., Смирнова Е.В.

ФГБУ «Ив НИИ МиД имени В.Н.Городкова» Минздрава РФ, Иваново, Россия

Цель исследования. Определить медико-биологические факторы, влияющие на развитие преэклампсии у беременных женщин с хронической артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. 100 беременных женщин в сроке 26-36 недель с хронической артериальной гипертензией с присоединившейся преэклампсией, 50 женщин с неосложненным течением беременности. Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики с помощью подсчета медианы и интерквартильного размаха с использованием персонального компьютера.

Результаты. В результате исследования выявлено, что у беременных, страдающих хронической артериальной гипертензией, наиболее значимыми факторами, влияющими на присоединение преэклампсии, являются: хронический пиелонефрит и обострение пиелонефрита при гестации, а также гипертензивные расстройства при предыдущих беременностях (риск увеличивается в 21 раз и в 21,3 раза соответственно). Воспалительные заболевания органов малого таза увеличивают риск развития преэклампсии в 13,9 раз, ранний гестоз, осложнивший беременность – в 8,4 раза, закрытая черепно-мозговая травма в анамнезе – в 5,4 раза. У женщин старше 36 лет, страдающих хронической артериальной гипертензией, риск развития преэклампсии увеличивается в 3,7 раза.

Таким образом, выявление у беременных с хронической артериальной гипертензией предлагаемых факторов риска позволит определить оптимальный способ их ведения, подобрать патогенетически обоснованное лечение, что улучшит перинатальные исходы у данной категории пациенток.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕЧЕНИЯ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Парейшвили В. \В., Радюшкина Е.А.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» г. Иваново, Россия

Цель работы. Выявить эхографические критерии течения I триместра беременности у пациенток при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ).

Материал и методы. Обследованы 53 женщины с СПКЯ при беременности 2–12 недель, наступившей после индукции овуляции хлоргестрилана-кломифена цитратом (основная группа) и 20 женщин без указанной патологии (контроль). Оценивая состояние эмбриона/плода и внезародышевых структур плодного яйца, проводили УЗИ при помощи прибора AlokaSSD 2000 с трансвагинальным датчиком частотой 4–7 МГц. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с помощью программы Statistica 6,0 StatSoft.

Результаты и обсуждение. Угроза прерывания беременности в основной группе встречалась в 81,13% случаев, сопровождаясь наличием ретрохориальных и заоболочечных гематом у 12 (22,64%) пациенток, в контрольной группе такой патологии не было. При исследовании амниотической полости установлено уменьшение ее объема у 26 женщин основной группы (60,46%), у 11,32 % – выявлена неоднородность хориона – наличие гипозоженных зон различной величины. Разница показателей периферического сопротивления правой и левой маточных артерий (МА) была выражена в основной группе, достигая 30% ($p < 0,001$). Повышение сосудистого сопротивления в МА было выявлено у 20,75%, а в спиральных – у 28,3% женщин основной группы.

Выводы. Частота угрозы прерывания беременности, наступившей после стимуляции кломифена цитратом, в I триместре составляет 88,13%. Эхографическими критериями являются: ретрохориальные и заоболочечные гематомы, раннее маловодие, хорионит, нарушение кровотока в маточных и спиральных артериях.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И НАНОСТРУКТУРА МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Перепелица С.А.^{1,2,3}, Сергунова В.А.¹, Гудкова О.Е.¹, Алексеева С.В.³

¹ НИИ Общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН, Москва

² ФГБУ ВПО БФУ им. Иммануила Канта, Калининград

³ ГБУЗ «Родильный дом Калининградской области № 1», Калининград

Цель исследования. Исследование методом атомно-силовой микроскопии (АСМ) морфологической структуры эритроцитов недоношенных новорожденных, рожденных от многоплодной беременности.

Материалы и методы. В исследование включено 14 недоношенных новорожденных, рожденных от многоплодной беременности. Средний гестационный возраст составил $34,1 \pm 1,7$ нед, масса тела при рождении – $2065,4 \pm 304,8$ г. Для получения нормальных эритроцитов в поле АМС исследована остаточная пуповинная кровь (ОПК) 14 доношенных новорожденных с благоприятным течением беременности и срочными родами. Объектом исследования явились: ОПК, центральная венозная кровь через 7 часов после рождения и венозная кровь недоношенных новорожденных 7-х суток жизни.

Результаты. При рождении у доношенных детей основной морфологической формой эритроцитов являются планоциты, при этом определяются стоматоциты и другие ано-мальные клетки, являющиеся промежуточными формами. Морфологическая картина эритроцитов у двоен не зависит от хориальности плаценты. В ОПК присутствуют три вида клеток: планоциты, стоматоциты и другие аномальные клетки. Частота встречаемости этого феномена – $30,4 \pm 22,3\%$ от общего количества эритроцитов. У троен половина клеток представлена планоцитами, вторая половина – стоматоцитами и другими аномальными клетками. Вместе с этим выявляется пренатальное повреждение наружной поверхности мембраны эритроцитов (h_1) на уровне 600-1000 нм – мембранный flickering, он характерен для 2-го ребенка из двойни, не зависимо от хориальности плаценты, 2-го и 3-го ребенка из тройни, причем величина показателя достоверно ($p < 0,05$) увеличивается от 1-го к 3-му, что возможно, обусловлено гипоксией, которую испытывают последующие дети при многоплодных родах. Для коллизии близнецов характерен значительный мембранный flickering, но у 1-го ребенка высота h_1 увеличена в 12 раз и сопровождается практически абсолютным стоматоцитозом. При проведении корреляционного анализа выявлены корреляционные связи: сильная прямая связь количества стоматоцитов и h_1 в ОПК ($r = 0,7$; $p = 0,008$); обратная связь средней силы насыщения гемоглобина кислородом и h_1 в ОПК ($r = 0,7$; $p = 0,03$); обратная связь средней силы парциального напряжения углекислого газа (pCO_2) и h_2 в ОПК ($r = -0,6$; $p = 0,04$); прямая связь средней силы оценкой по шкале Апгар на 5-й минуте жизни и h_1 через 7 часов после рождения ($r = 0,6$, $p = 0,02$). Первые часы постнатальной жизни характеризуются активной трансформацией эритроцитов из одной формы в другую, что свидетельствует об обратимости процесса. Течение раннего неонатального периода характеризовалось достоверным ($p < 0,05$) увеличением количества стоматоцитов, уменьшением планоцитов, отсутствием дискоцитов и эхиоцитов. К 7-м суткам жизни показатели h_1 и h_2 мембраны эритроцитов достоверно не изменились ($p > 0,05$). Изменения мембранного flickering были разнонаправленными.

Выводы. Методом АСМ установлено, что при неблагоприятно протекающей многоплодной беременности у новорожденных происходит антенатальное повреждение наноструктуры мембран эритроцитов на уровне 600–1000 нм. Цитоплазматическая поверхность эритроцитов остается интактной. Планоциты являются транзитной формой эритроцитов у новорожденных не зависимо от гестационного возраста, количества плодов. Течение раннего периода адаптации характеризуется сменой морфологических форм эритроцитов.

НАНОСТРУКТУРА МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Перепелица С.А.^{1,2,3}, В.А. Сергунова¹, О.Е. Гудкова¹, Алексеева С.В.³

¹ НИИ Общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН, Москва

² ФГБУ ВПО БФУ им. Иммануила Канта, Калининград

³ ГБУЗ «Родильный дом Калининградской области № 1», Калининград

Цель исследования. Исследование методом атомно-силовой микроскопии (АСМ) морфологической структуры эритроцитов недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом (РДСН).

Материалы и методы. В исследование включено 27 новорожденных, из них 13 недоношенных новорожденных с РДСН, составивших группу исследования. Средний гестационный возраст составил $33,1 \pm 2,3$ нед., масса тела при рождении – $1800 \pm 299,3$ г. Для получения нормальных эритроцитов в поле АСМ исследована остаточная пуповинная кровь (ОПК) 14 доношенных новорожденных с благоприятным течением беременности и срочными родами. Объектом исследования явились: ОПК, центральная венозная кровь через 7 часов после рождения и венозная кровь недоношенных новорожденных 7-х суток жизни.

Результаты. В ОПК доношенных новорожденных платоциты являются основной морфологической формой эритроцитов. При благоприятном течении беременности, и остро развившейся гипоксии плода, морфологический состав эритроцитов недоношенных новорожденных с РДСН приближался к показателям доношенных детей. Платоциты являются основной морфологической формой эритроцитов у недоношенных новорожденных. Стоматоциты характерны для всех новорожденных группы «РДСН», частота встречаемости варьирует в значительных пределах: от 8 до 65% от общего количества эритроцитов. Для недоношенных детей с гестационным возрастом 31–36 недель характерны и аномальные формы эритроцитов, которые имеют высокую вариабельность. При рождении у недоношенных новорожденных выявляются изменения наноструктуры мембран эритроцитов, на что влияет внутриутробная гипоксия, и способствует развитию РДСН на фоне морфологической незрелости легких. Наибольшим изменениям подвержена величина h_1 , отражающая flickering мембраны эритроцитов. Он определяется при рождении, а течение РДСН характеризовалось высокой интенсивностью flickering у каждого третьего ребенка до 7-х суток жизни. Спектринный матрикс мембран эритроцитов изменен внутриутробно, но в дальнейшем величина h_2 постепенно снизилась. Структурное состояние белков является стабильным показателем наноструктуры мембраны эритроцитов.

Выводы. С помощью атомно-силовой микроскопии показано, что наибольшие изменения структуры мембран эритроцитов выявлены в остаточной пуповинной крови. Для недоношенных новорожденных с РДСН характерен внутриутробный пойкилоцитоз, обусловленный воздействием неблагоприятных факторов. При анализе наноструктуры мембран эритроцитов выявлено, что наиболее чувствительной является величина h_1 , отражающая явление flickering мембраны эритроцитов и свидетельствующая о внутриутробном нарушении микроструктуры мембран эритроцитов на уровне 600–1000 нм., нормализация этого показателя происходит медленно.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Побединцева Ю.А., Кудлачев В.А., Баутин А.Е., Комличенко Э.В.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», г. Санкт-Петербург

Цель работы. Обобщить опыт анестезиологического обеспечения при абдоминальном родоразрешении у пациенток с онкологической патологией.

Материалы и методы. В одном случае у пациентки диагностирована синоназальная альвеолярная рабдомиосаркома околоносовых пазух с прорастанием в переднюю черепную ямку при сроке беременности 21 неделя. Учитывая наличие быстро растущего новообразования и необходимости проведения химио- и лучевой терапии, родоразрешена путем операции кесарева сечения на сроке 26 недель и 3 дня. Оперативное родоразрешение выполнено в условиях эпидуральной анестезии с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики.

У второй пациентки диагностировано лимфопролиферативное заболевание переднего средостения с компрессией трахеи, главного бронха справа при сроке беременности 30 недель. Учитывая быстрый рост новообразования со сдавлением жизненно-важных органов, родоразрешена путем операции кесарева сечения на сроке 35 недель и 1 день. Оперативное вмешательство выполнено в условиях общей комбинированной анестезии с эндоскопической интубацией трахеи и искусственной вентиляции легких с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики.

Результатами нашей работы стали отсутствие летальности у данной категории пациенток.

Заключение. Безопасное родоразрешение пациенток с онкологической патологией возможно мультидисциплинарной командой в условиях многопрофильного стационара.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Погудкин Б.В., Пахомов С.П., Лебедева О.П.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
кафедра акушерства и гинекологии, г. Белгород,*

Одной из причин низкой рождаемости, в том числе и в России является бесплодие. Бесплодие полиэтиологическое состояние, одной из причин которого является спаечный процесс в малом тазе женщин после воспалительных заболеваний. Выраженность спаечного процесса зависит от многих факторов, но определяющим являются индивидуальные особенности организма.

Целью настоящей работы являлось установление возможных факторов, приводящих к спаечному процессу и бесплодию.

Материалы и методы. Было исследовано 57 женщин города Белгорода. В возрасте от 18 до 39 лет с диагнозом бесплодие, имеющих в анамнезе ИППП (инфекции, передающиеся половым путем), которые привели к развитию спаечного процесса в малом тазе. Всем женщинам была выполнена лапароскопия с целью оварио- и сальпинголизиса. По ходу операции был выявлен спаечный процесс в малом тазе различной степени. Все женщины были разделены на две группы: 1-я 32 женщины со спаечным процессом первой степени и 2-я 25 женщин с более высокой степенью спаечного процесса (2, 3, 4). У всех женщин анализировались их социально-биологические параметры (рост, вес, группы крови, социально-бытовые условия, доход, анамнез, показатели крови и др.).

В результате исследования было установлено, что у женщин с более выраженным спаечным процессом, приведшем к бесплодию, отмечались: больший доход в семье 14000 ± 745 рублей против 11300 ± 621 ($p < 0,05$), большее количество беременностей в анамнезе $1,50 \pm 0,40$ против $0,41 \pm 0,15$ ($p < 0,05$), большее число аборт в анамнезе $1,02 \pm 0,11$ против $0,18 \pm 0,20$ ($p < 0,05$), меньшее содержание лейкоцитов в периферической крови $5,65 \pm 0,42 \cdot 10^9$ против $7,61 \pm 0,51 \cdot 10^9$ ($p < 0,05$), большее количество тромбоцитов $288,02 \pm 8,94$ тыс. против $231,44 \pm 14,21$ ($p < 0,05$).

У бесплодных женщин с более выраженным спаечным процессом отмечалось: более высокий уровень глюкозы крови $9,30 \pm 1,12$ ммоль/л против $4,56 \pm 0,95$ ммоль/л ($p < 0,05$), снижение показателя активированного частичного тромбинового времени (АЧТВ) $29,50 \pm 0,24$ с. против $38,69 \pm 0,68$ с. ($p < 0,05$).

В результате дискриминантного анализа, применяемого для разработки индивидуального прогноза выраженности спаечного процесса, было установлено, что наибольший вклад в его развитие вносили уровень лейкоцитов ($F = 22,01$, $p < 0,05$), уровень билирубина ($F = 12,27$, $p < 0,05$), рост женщины ($F = 13,10$, $p < 0,05$), периодичность менструаций ($F = 11,66$, $p < 0,05$) и еще несколько показателей (возраст, уровень гемоглобина, ПТИ, кровотоочивость и возраст менархе), которые имели меньшую, но достоверную значимость. Общая ценность модели составила 94,44% при достоверности $F = 9,26$, $p < 0,0005$.

Из сказанного следует, что на основании индивидуальных параметров, можно спрогнозировать выраженность спаечного процесса в малом тазе при воспалении, которое приводит к бесплодию, что позволит своевременно провести необходимую профилактику.

Работа выполнена при финансировании госзадания № 4.3493.2011

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пологойко Г.П.

*ГОУВПО Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова
ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург*

Цель работы. Изучение влияния комбинированных гормональных контрацептивов (КОК) и гестагена дезогестрела на размеры и функцию щитовидной железы у здоровых женщин, женщин с диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ) и аутоиммунным тиреоидитом (АТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 285 женщин репродуктивного возраста. Микродозированные и низкодозированные КОК, содержащие 20 мкг и 30 мкг этинилэстрадиола, в сочетании с различными гестагенными компонентами (дроспиренон, гестоден, диеногест) получали 75 больных ДНЗ и 70 больных АТ. Гестаген дезогестрел в суточной дозе 75 мкг получали 20 больных ДНЗ и 30 больных АТ. Контрольная группа состояла из 90 здоровых женщин, 70 из которых получали КОК, и 20 женщин – дезогестрел. Обследование включало эхографию щитовидной железы, определение иммуноферментным методом содержания в крови свободного трийодтиронина (св.Т3), свободного тироксина (св.Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) до назначения и через 12 месяцев от начала приема контрацептивных препаратов.

Результаты. У здоровых женщин прием гормональных контрацептивов не оказывал влияния на размеры и функциональное состояние щитовидной железы. У больных ДНЗ, не получающих йодид калия, прием КОК приводит к небольшому, но достоверному увеличению объема щитовидной железы, без изменения ее функции. У больных АТ прием КОК не приводил к увеличению щитовидной железы и изменению ее функциональной активности. Через 12 месяцев применения КОК и гестагена происходило достоверное снижение уровня АТ-ТПО в крови больных АТ. Прием гестагена дезогестрела не приводил к изменению размеров щитовидной железы у всех обследованных женщин. Применение КОК и гестагена не сопровождается формированием узлов в щитовидной железе.

Заключение. Прием микродозированных и низкодозированных комбинированных гормональных контрацептивов и гестагена дезогестрела не сопровождается существенным увеличением щитовидной железы и изменением ее функциональной активности у здоровых женщин, больных ДНЗ и больных АТ. Применение гормональных контрацептивов сопровождается снижением антитиреоидных антител в крови больных АТ. Современные гормональные контрацептивы не способствуют формированию узлов в щитовидной железе.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ

Попова И.Г., Назаров С.Б., Филькина Е.В., Кузьменко Г.Н., Ситникова О.Г.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново

С позиций теории адаптации могут быть решены основные задачи педиатрии и перинатологии: прогнозирование риска развития заболеваний, превентивная терапия, профилактика, оздоровление и лечение. Целью исследования явилось выявление особенностей функционирования эндотелия в процессе постнатальной адаптации новорожденного. Обследовано 75 доношенных новорожденных, родившихся у матерей с гестозом на 1 сутки жизни. Проводилось определение в смешанной пуповинной крови и крови новорожденных количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) и биохимических параметров. Количество ДЭ в крови новорожденного в 1,24 раза ниже по сравнению с содержанием в пуповинной крови. Содержание сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF) в 3,6 раза ниже в крови новорожденных, а уровень VE-кадгерина выше в 4,4 раза, чем в пуповинной крови ($p < 0,001$). Концентрация суммарных нитратов и нитритов (NOx) у новорожденных в крови была выше в 5,1 раза, чем в пуповинной крови ($p < 0,001$). При исследовании содержания ММП-9 в крови новорожденного отмечено снижение этого показателя в 8,3 раза ($p < 0,001$). Содержание sP-селектина в крови новорожденных ниже в 3,85 раза ($p < 0,001$). Таким образом, адаптация новорожденных от матерей с гестозом сопровождается снижением количества ДЭ, уровней VEGF, ММП-9 и sP-селектина, а также повышением содержания NOx и VE-кадгерина в крови детей по сравнению с пуповинной, что является одной из приспособительных реакций организма направленных на жизнеобеспечение.

ДИАГНОСТИКА GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАРЫХ И НОВЫХ РОССИЙСКИХ КРИТЕРИЕВ.

Попова П.В.^{1, 2}, Дронова А.В.¹, Садыкова Э.Р.¹, Парккинен М.П.¹, Большакова М.В.², Николаева А.Е.³, Кутуева Ф.Р.³, Гринева Е.Н.^{1, 2}

¹ Федеральный Центр Сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова

² Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

³ Женская консультация № 22 г. Санкт-Петербурга

Целью исследования было сравнение частоты выявления гестационного сахарного диабета (ГСД) при использовании старых (ВОЗ 1999 г) и новых Российских критериев и оценка соответствия уровня гликемии натощак при постановке на учет по беременности и результатов перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), согласно новым критериям.

Материалы и методы. Обследовано 354 женщины, которым на сроке беременности 24-32 недели выполнен ПГТТ. Диагноз ГСД для инициации терапии ставили на основании критериев ВОЗ. Наличие ГСД было также ретроспективно определено согласно новым IADPSG-критериям (глюкоза плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л при первом обращении или по данным ПТГ на 24–32 неделе глюкоза натощак $\geq 5,1$ ммоль/л и/или через 1 час $\geq 10,0$ ммоль/л и/или через 2 часа $\geq 8,5$ ммоль/л).

Результаты. При проведении ПГТТ ГСД выявлен у 25,1%, согласно старым критериям и у 26,8% женщин, согласно новым критериям. При первом обращении по беременности гликемию натощак $\geq 5,1$, но $< 7,0$ ммоль/л (то есть ГСД, согласно новым критериям) имели 92 (28,1 %) из 327 женщин с известным уровнем гликемии натощак. Лишь у 34 (37%) из 92 женщин с гликемией натощак $\geq 5,1$ ммоль/л при первом обращении по беременности результаты ПГТТ на сроке беременности 24–28 недель соответствовали критериям ГСД (IADPSG). При использовании новых критериев ГСД суммарная частота выявления ГСД (при первом обращении и после 24 недель беременности) составила 43,4%.

Вывод. Применение новых Российских критериев существенно увеличивало частоту выявления ГСД, причем преимущественно за счет диагностики по гликемии натощак при первом обращении по беременности.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

Пронина Е.В., Жавнерова В.В.

*ФГБОУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России
ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области»*

В настоящее время абсолютное количество детей-инвалидов в РФ составляет более 500 тысяч человек, доля детей-инвалидов в детской популяции – более 2%. На первом месте в структуре первичного выхода на инвалидность в последние годы лидирует самая младшая возрастная группа детей до 3 лет, составляя в регионах более 50%. Инвалидность может быть установлена, в том числе, и детям до 1 года.

Цель работы. Определение частоты и причин установления инвалидности детям до 1 года.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области». Изучены медико-экспертные документы за три отчетных года: 2010, 2011, 2012.

Результаты исследования. В 2010 году инвалидность была установлена 44 детям от 3 до 12 месяцев, что составило 6,9% от всего количества детей, впервые признанных инвалидами. В 2011 году инвалидность установлена соответственно 44 детям (7,2%), в 2012 – 40 (6,8%). Среди причин инвалидности на первом месте врожденные пороки сердца: 9 детей в 2010 году – 20,5%, 12 (27,0%) – в 2011, 11 (27,5%) – в 2012; на втором месте: пороки развития нервной системы (12, 5 и 6 детей соответственно), на третьем – пороки развития челюстно-лицевой области (6, 7 и 4 ребенка соответственно). В единичных случаях стабильно причинами инвалидности становились хромосомные (синдром Дауна) и наследственные болезни (фенилкетонурия, врожденный ихтиоз, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром), патология перинатального периода (бронхолегочная дисплазия). Во всех случаях выявленная патология приводила к стойким нарушениям структуры и функций (статодинамических, сенсорных, обмена веществ и др.) организма умеренной и более степени с ограничением жизнедеятельности по передвижению и общению по возрасту, что требовало проведения реабилитационных мероприятий и установления инвалидности.

Выводы.

1. Инвалидность детям до 1 года устанавливается в структуре первичной инвалидности примерно в 7% случаев;
2. Причинами инвалидности у детей до 1 года являются врожденные пороки развития, хромосомные, наследственные болезни и патология перинатального периода, что требует более тщательного планирования беременности и контроля над ее течением.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Пунгина М.Ю.

ФГБУ «НИИ ОММ МЗ РФ», г. Екатеринбург

Пик заболеваемости ВЗК приходится на молодой возраст, когда создается семья и планируется рождение детей. Пациентки с ВЗК имеют такую же способность к деторождению, как и здоровые женщины. Учитывая значительный рост заболеваемости болезнью Крона и язвенным колитом в последние 10 лет, все чаще приходится наблюдать беременных женщин с ВЗК. Заболеваемость болезнью Крона и язвенным колитом в Европейских странах колеблется от 4 до 117 случаев на 100 тыс. населения с ежегодным приростом 5–10 случаев на 100 тыс. жителей. Этиологическими факторами считаются нарушение кишечной микрофлоры, воздействие аллергенов, употребление некачественной пищи у лиц,

имеющих наследственные факторы, иммунологические нарушения. Манифестацию ВЗК провоцируют инфекции, прием нестероидных противовоспалительных препаратов и стрессы. Существенную роль в патогенезе играют иммунные нарушения и кишечный дисбиоз. Это подтверждается хроническим рецидивирующим течением заболеваний, обилием системных проявлений, выявлением аутоантител к колоноцитам и перинуклеарных цитоплазматических антинейтрофильных антител, а также эффективностью иммуносупрессивной терапии. Однако аутоантигены, которые бы вызывали образование аутоантител, пока еще однозначно не идентифицированы. Предполагается, что триггерами служат антигены кишечных бактерий и их токсины, а также аутоантигены измененной кишечной стенки.

Для прогнозирования осложнений беременности на фоне обострения ВЗК имеет значение определение степени тяжести заболевания, протяженность патологических изменений в кишечнике, длительность течения, а также выраженность внекишечных проявлений заболевания, которые встречаются у 60% больных.

Особенности течения ВЗК во время беременности, это:

- Высокий риск нарастания активности в 1-м и 3-м триместрах и после родов.
- «спокойное» течение, снижение активности во 2-м триместре.
- Неблагоприятный эмоциональный фон.
- Часто – ОАА (выкидыши, антенатальные потери).

Принципы терапии ВЗК у беременных сводятся к продолжению той терапии, которую женщина получала до беременности. Исключение составляет метотрексат, который нужно отменять за 3 месяца до планирования беременности. Нежелательно снижать дозы препаратов. Оптимальна комбинация нескольких форм салофалька (свечи, пена, таблетки) с ГКС (будесонид). Назначается диета. Проводится коррекция психоэмоционального статуса. Большое значение для пролонгирования беременности имеет своевременная диагностика тромботических состояний и осложнений (в том числе генетический анализ), своевременное назначение НМГ с контролем состояния гемостаза 1 раз в 2 недели, коррекцией дозы НМГ по мере необходимости.

Риск осложненной беременности при ВЗК оценивается противоречиво. Однако большинство исследователей считают, что он минимальный, если на протяжении беременности заболевание остается неактивным. Активные БК и ЯК во время зачатия или во время беременности увеличивает количество выкидышей, мертворождений, преждевременных родов, риск гипотрофии плода и пороков развития. При этом подчеркивается связь именно с активностью заболевания, а не с его лечением. Рецидив ВЗК наиболее вероятен в I триместре и в послеродовом периоде.

Неблагоприятные исходы беременности у женщин с активным течением ВЗК чаще всего связаны с развитием гиперкоагуляции на фоне острого воспалительного процесса в кишечнике, сопровождающегося кровотечением. Тромбы образуются не только в стенке кишки, но и в сосудах плаценты, что приводит к выкидышам в раннем сроке и антенатальной гибели плода в позднем сроке. Особенно неблагоприятным в этом плане является сочетание активного ВЗК и генетической тромбофилии. Эти пациентки нуждаются в постоянном контроле гемостаза и своевременном назначении НМГ. Нежелательно назначение таблетированных форм лекарственных средств, действующих на систему гемостаза (аспирина, сулодексида).

Большинство лекарственных препаратов, используемых для лечения ВЗК, не оказывают прямого негативного влияния на женскую репродуктивную функцию, но терапия сульфасалазином у мужчин приводит к снижению количества и подвижности сперматозоидов. Данный эффект зависит от дозы, не устраняется дополнительным назначением фолиевой кислоты и обратим через 2 месяца после отмены препарата. Поэтому если пара предпринимает попытки зачать ребенка, то мужчина должен прекратить прием сульфасалазина или перейти на месалазин. Мужчинам и женщинам, страдающим ВЗК и планирующим зачатие, нельзя принимать метотрексат в течение 3 месяцев до зачатия, а женщинам не следует принимать его также во время беременности и в период кормления грудью. Если мужчина проходит курс лечения метотрексатом, женщина должна избегать беременности, как минимум, в течение 3 месяцев после окончания его курса лечения. Если же женщина принимает метотрексат, то она должна прекратить его прием и переждать полный цикл овуляции, прежде чем забеременеть. При развитии беременности в период приема метотрексата одним из партнеров целесообразно ее прерывание.

Литература

1. Walker A.W., Sanderson J.D., Churcher C. et al. High through put clone library analysis of the mucosa associated microbiota reveals dysbiosis and differences between inflamed and non inflamed regions of the intestine in inflammatory bowel disease. BMC Microbiol. 2011; 11: 7.
2. Baird D.D., Narendranathan M., Sandier R.S. Increased risk of preterm birth for women with inflammatory bowel disease. Gastroenterology. 1990; 99(4): 987–94.
3. Johnson E., Carlsen E., Nazir M. et al. Morbidity and functional outcome after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. Eur J Surg. 2001; 167(1): 40–5.
4. Travis S.P., Stange E.F., Lemann M. et al. European Crohn's and Colitis Organisation European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. Gut. 2006; 55 (Suppl. 1): 116–35.
5. Travis S.P., Stange E.F., Lemann M. et al. European evidence based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management. J. Crohns Colitis. 2008; 2(1): 24–62.
6. Успенская Ю.Б., Григорьева Г.А., Никонов А.П. Беременность у пациенток с язвенным колитом и болезнью Крона. Фарма-тека. 2007; 13: 84–8.
7. Larzilliere I., Beau P. Chronic inflammatory bowel disease and pregnancy. Case control study. Gastroenterol. Clin. Biol. 1998; 22(12): 1056–60.
8. Уильямс М. Беременность и болезни пищеварительной системы. Гл.8. В кн.: Справочник Калифорнийского университета. К. Нисвандер, А. Эванс (ред.). Пер. с англ. М.: Практика, 1999.; Mahadevan U., Kane S. Рекомендации Института Американской гастроэнтерологической ассоциации по медикаментозному лечению заболеваний желудочно кишечного тракта у беременных. Клини. гастроэнтерол. и гепатол. 2008; 26–31.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МАТЕРЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Пыхтина Л.А., Филькина О.М., Шанина Т.Г., Кочерова О.Ю., Долотова Н.В.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново, Россия

Цель. Доказать необходимость проведения семейной психотерапии для оптимизации формирования нервно-психического развития (НПР) детей первого года жизни с учетом психологических характеристик их матерей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 240 матерей детей с ППП ЦНС первого года жизни (160 матерей детей с нормальным НПР; 80 матерей детей с задержкой НПР).

Диагностику НПР детей проводили по методике К.Л. Печоры, Г.В. Пантюхиной, Л.Г. Голубевой. Для выявления психологических особенностей матерей использовались – методики Айзенка, Юнга, Немчина Т.А, тест Спилберге-ра, тест юмористических фраз А.Г. Шмелева и В.С. Бабиной; тест-опросник А.Я. Варга.

Результаты. При анализе психологического обследования установлено, что у матерей детей с задержкой НПР, в отличие от матерей детей с нормальным НПР, чаще выявлялись интровертированная направленность личности ($p < 0,001$), нервно-психическое напряжение ($p < 0,001$), флегматический темперамент ($p < 0,01$), низкая личностная ($p < 0,01$) и высокая ситуационная тревожность ($p < 0,01$), низкая значимость семьи ($p < 0,001$) и здоровья ($p < 0,01$), высокая значимость денег ($p < 0,05$), низкая «кооперация» ($p < 0,01$) и симбиоз» с ребенком ($p < 0,001$).

Заключение. Доказана взаимосвязь психологических характеристик матерей и НПР ребенка первого года жизни, что свидетельствует о необходимости проведения семейной психотерапии, начиная с антенатального этапа развития ребенка, с целью профилактики у него задержки НПР на первом году жизни.

СОСТОЯНИЕ АНТЕ- И ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ – БИХОРИАЛЬНЫХ БИАМНИОТИЧЕСКИХ ДВОЕН

Рига Е.А., Сенатрова А.В., Бойченко А.Д., Васильева И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Совершенствование диагностики нарушений церебральной гемодинамики у бихориальных биамниотических двоен.

Материалы и методы. Обследовано 112 детей 37 от многоплодной беременности без задержки внутриутробного развития (ЗВУР) (1-я группа); 25 от многоплодной беременности со ЗВУР (2-я группа); 27 от одноплодной беременности без ЗВУР (3-я группа); 23 от одноплодной беременности со ЗВУР (4-я группа). Кровоток в средней мозговой артерии (СМА) изучался в 36-37 недель и в ранний неонатальный период на аппарате Philips HD10XZ (Голландия). Для множественного сравнения использовался анализ Kruskal-Wallis ANOVA.

Результаты и их обсуждение. Возраст рождения детей от многоплодной беременности был 37 (36, 38) недель, от одноплодной – 39 (38, 40) недель. Установлено, что самым высоким значением индекса резистентности 0,73 в СМА в антенатальный период был у детей 2-й и 3-й групп ($p = 0,0170$). Динамическое оценивание гемодинамики в СМА после рождения установила статистически значимые различия между показателями минимального тока крови, индекса резистентности и систоло-диастолического отношения у детей всех групп в зависимости от наличия или отсутствия ЗВУР, а так же в зависимости от многоплодия или одноплодия матери.

Выводы. У новорожденных – бихориальных биамниотических двоен в ante- и ранний неонатальный период имеются статистически значимые различия гемодинамики в средней мозговой артерии в зависимости от наличия задержки внутриутробного развития плода.

СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНЫХ ПАР К ЗАЧАТИЮ – ГАРАНТИЯ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Рищук С.В., Татарова Н.А.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время в России продолжают нарастать негативные тенденции, связанные с увеличением количества бесплодных семейных пар и ухудшением общего и репродуктивного здоровья детей и подростков. Кроме этого, отсутствует система подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям. В свою очередь, это приводит к частым осложнениям со стороны матери и плода, особенно в результате применения циклов ЭКО.

Цель работы – разработка системы подготовки семейных пар к рождению здорового ребенка с целью профилактики осложнений у женщин, а также заболеваний у новорожденных, детей и подростков.

Материал и методы исследования. Обследовано 760 мужчин и 468 женщин, в составе которых были 353 пары, с различными нарушениями в репродуктивной системе. Особую группу составили 52 пары с неудачными исходами ЭКО. Использовалась клиничко-лабораторная оценка инфекционной, эндокринной и другой разновидности патологии.

Результаты. Разработан организационно-клиничко-лабораторный комплекс для подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям, а также для более эффективной диагностики бесплодия. В результате применения оптимизированных диагностических подходов у 48 из 52 (92%) пар с неудачным ЭКО были выявлены репродуктивно значимые инфекции в различных сочетаниях с эндокринной патологией.

Заключение. Разработанная система обследования семейных пар является дееспособной и высокоэффективной, позволяющей выйти из создавшейся критической ситуации. В связи с этим она была предложена для введения в практическое здравоохранение России и стран СНГ.

СУРФАКТАНТ-ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ВЗРОСЛЫХ

Розенберг О.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий МЗ РФ», Санкт-Петербург, Россия

Российский препарат Сурфактант-БЛ разрешен для медицинского применения при РДС новорожденных в 2000 г., и к январю 2013 г. лечение препаратом получили более 14000 новорожденных с РДС, аспирацией мекония (Русанов С.Ю., 2003; Немец С.Д., 2008; Виноградова И.В., 2010), интермиттирующими ателектазами, внутриутробными и постнатальными пневмониями (Антонов А.Г. и соавт. 2007). Ингаляционное введение препарата новорожденным с риском развития БЛД или диагнозом БЛД в течение 1–5 дней позволяет уйти от кислородной поддержки и снять больного с ИВЛ или СИПАП (Антонов А.Г., Рындин А.Ю., 2007; Володин Н.Н. и соавт., 2010). В катамнезе в течение первого года жизни у детей, получавших сурфактант-БЛ, не отмечается рецидивирующих пневмоний и признаков БЛД (Виноградова И.В. и соавт., 2012). Препарат с 2003 г. используют для лечения СОПЛ и ОРДС у взрослых. При лечении более 4500 больных и пострадавших в ЧС показано снижение смертности в 3–4 раза с 60% до 15–20% (А.Е.Баутин и соавт. 2002; Власенко А.В. и соавт., 2005–2012). Препарат применяют при лечении ингаляционной травмы (Тарасенко М.Ю. и соавт. 2003–2010., О.Н. Почепень, 2010), при ОРДС у беременных и рожениц (Швечкова М.В., 2010), в том числе при двусторонней пневмонии во время эпидемии гриппа А/Н1N12009 г. (Алексеев А.М. и соавт., 2009; Rosenberg O.A. et al., 2010). В 2008 году сурфактант-БЛ был разрешен для комплексного лечения туберкулеза легких. Лечение более 1700 больных, в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, выявило абациллирование у 85–90% больных и закрытие полостей распада у 70% больных (О.В. Ловачева и соавт., 2006–2010; Жемков В.Ф. и соавт., 2013).

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОГРАММЫ ПРЕДРОДОВОГО АУТОПЛАЗМАДОНОРСТВА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ.

Рошупкина И.А., Ветров В.В., Иванов Д.О., Дудниченко Т.А.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Аутоплазмодонорству при беременности, которое применяется с целью снижения потребления донорских компонентов крови, посвящены многие работы [1, 2,3,5]. Однако, влияние процедур заготовки аутоплазмы и возврата ее в родах на состояние новорожденных детей в литературе практически не отражено.

Цель исследования. Изучить состояния новорожденных детей при проведении программы предродового аутоплазмодонорства у практически здоровых беременных с рубцом на матке после бывшей в анамнезе операции кесарево сечение.

Материалы и методы исследования. Исследовали 61 новорожденного ребенка от 60 соматически здоровых женщин, не имевших акушерских осложнений. Основную группу составили 30 новорожденных, матерям которых

до родов проводилась заготовка аутоплазмы, методом центрифужного плазмафереза (ПА). Контрольную группу составили 31 новорожденный (одна двойня), рожденных от женщин без применения предродового аутоплазмондонорства. Беременным при поступлении в стационар и перед родами проводили общеклиническое, акушерское обследование, клинико-биохимические анализы, УЗИ, КТГ плода, доплерометрию. После рождения состояние ребенка оценивали по общеклиническим тестам (антропометрия, оценка по шкале Апгар, сроки потери и восстановления массы тела и пр.), клинико-биохимическим показателям крови. Специальной подготовки к сеансам ПА беременные не получали. У женщины забирали 450 мл крови в пластиковый контейнер «Гемакон – 500/300». Контейнер с кровью центрифугировали и выделяли плазму в параллельный мешок с помощью плазмоекстрактора. Клеточные элементы крови возвращали в сосудистое русло пациентки, а выделенную плазму (250–350 мл за сеанс) замораживали при минус 30 градусов по Цельсию. При наличии дополнительных факторов риска патологической кровопотери (миома матки, предлежание плаценты, многоплодие и др.) запасали 500–700 мл аутоплазмы, повторную процедуру проводили через день-два. Всего было проведено 40 сеансов аутодонорского ПА.

Результаты исследования. Осложнений для беременной и ее плода при проведении процедур ПА не было. Средние количественные показатели данных УЗИ, КТГ, доплерометрии, проводимых в динамике, в основной и в контрольной группах достоверно не отличались ($p > 0,05$). Все женщины родили в срок путем плановой операции Кесарево сечение. Патологических кровопотерь не было. В основной группе потерю крови возмещали кристаллоидами и запасенной аутоплазмой (осложнений не было), в контрольной группе – кристаллоидами в сочетании с коллоидными плазмозаменителями.

Анализ показал, что по объему кровопотери в основной и в контрольной группах данные не отличались. Течение послеродового периода было более благоприятным у женщин, получавших аутоплазмондонорство. Так, проявления инфекций (субинволюция матки, лохиометра, раневая инфекция) в основной группе было в двух из 30 наблюдений ($6,7 \pm 4,7\%$), а в контрольной группе – у пяти из 30 пациенток ($16,7 \pm 5,5\%$; $p > 0,05$). Эти результаты соответствуют данным других авторов [4].

Средние количественные показатели периода новорожденности (оценка по шкале Апгар, масса тела новорожденного, потеря массы тела, сроки выписки домой и пр.) и данные клинико-биохимических анализов крови у детей в основной и в контрольной группах были идентичными ($p > 0,05$).

Выводы.

1. У здоровых беременных с рубцом на матке программа аутодонорства, включающая 1-2 сеанса предродового плазмафереза, безопасна для матери и для плода.
2. Наличие аутоплазмы позволяет исключить использование в родах небезопасных коллоидных плазмозаменителей, а в целом аутоплазмондонорство способствует и профилактике послеродовых инфекций у матери.

Литература

1. *Ветров, В.В.* Эфферентная терапия и аутодонорство в акушерском стационаре / В.В. Ветров. – СПб., 2008. – 221 с.
2. *Кулаков, В.И.* Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, А.М. Абубакирова // Акуш. и гинек. – 2001. – № 1. – С. 3–4.
3. *Розентул, И.Е.* Аутоплазмондонорство как метод профилактики массивных интраоперационных кровотечений в акушерстве / И.Е. Розентул, А.А. Маркин, А.К. Кабылбеков // Трансфузиология. – 2004. – № 3 (Т. 9). – С. 67–71.
4. *Фомин М.Д.* Аутодонорский плазмаферез при подготовке к плановому кесареву сечению. В рук-ве «Клиническое применение экстракорпоральных методов лечения» (ред. – проф. Н.Н. Калинин) / М.Д. Фомин. – М., 2006. – С. 239–240.
5. *Lee A.I.* Transfusion medicine and the pregnant patient / A.I. Lee, R.M. Kaufman // Hemat. Onc. Clin. North. Am. 2011; 25 (2): 393–413.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОГРАММЫ ПРЕДРОДОВОГО АУТОПЛАЗМАДОНОРСТВА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ И ЛЕГКИМ ГЕСТОЗОМ.

Рошупкина И.А., Иванов Д.О., Ветров В.В., Дудниченко Т.А.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. Некоторые авторы считают, что абсолютным противопоказанием для предродового аутоплазмондонорства является поздний токсикоз беременных (гестоз) [1]. Однако, в литературе есть много данных о том, что сеансы плазмафереза (ПА) существенно оптимизируют течение болезни у беременной с лучшими, чем при одной традиционной терапии, исходами для плода из-за детоксикации, иммуно-, реокоррекции и других положительных эффектов процедур.[2, 3, 5, 6, 11, 12, 15, 16].

Целью исследования явилось проведение анализа исходов для плода при применении у беременных с рубцом на матке, в том числе и с гестозом легкой степени, сеансов ПА с одновременной заготовкой полученной аутоплазмы на роды.

Материалы и методы исследования. Исследовали 221 новорожденного, рожденных от 218 женщин. Основную группу составили 120 новорожденных (две двойни), матерям которых при подготовке к родам проводили сеансы центрифужного ПА с заготовкой аутоплазмы. Контрольную группу составили 101 новорожденный (одна двойня), рожденных от женщин без применения предродового ПА. Специальной подготовки к сеансам ПА беременные не получали. Практически здоровые женщины получали 1–2 сеанса ПА, а при гестозе – 2–3 сеанса (в среднем 2,2 сеансов на курс) ПА через день-два. В начале ПА у женщины забирали 450 мл крови в пластиковый контейнер «Гемакон – 500/300». Контейнер с кровью центрифугировали и выделяли плазму в параллельный мешок с помощью плазмоекстрактора. За сеанс удаляли 250–350 мл плазмы, ее маркировали и замораживали в морозильной камере при минус 30 градусов по Цельсию. Плазмозамещение осуществляли кристаллоидами в количестве 400–500 мл. Осложнений при процедурах и при возврате запасенной аутоплазмы в родах не было. Для оценки состояния плода всем женщинам при поступлении в стационар и перед родами проводили общеклиническое обследование, УЗИ, КТГ плода, доплерометрическое исследование (ДПИ) кровотока фето-плацентарной системы. Новорожденных оценивали по общеклиническим тестам, по тестам адаптации к внеутробной жизни, по данным клинико-биохимических анализов, срокам выписки домой. По анализу крови высчитывали показатель лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу [7]

Результаты исследования. При проведении сеансов ПА неблагоприятных влияний на состояние внутриутробного плода как у здоровых женщин, так и у страдавших гестозом, не было, что соответствует данным литературы. [8,9,10]. Более того, были подтверждены данные указанных авторов о более выраженном, чем при одной традиционной терапии, клиническом воздействии сеансов ПА при гестозе у беременных за счет противоотечного, гипотензивного, противовоспалительного эффектов с купированием проявлений фето-плацентарной недостаточности по данным КТГ, ДПИ. В целом оздоравливающий эффект процедур ПА на систему мать-плацента – плод способствовал более благоприятному, чем в контроле, течению родов и послеродового периода, что нами отмечалось ранее [4] Всего недоношенных было 22 ребенка из 221 родившихся (10,0 %), которые в большинстве случаев (18, одинаково часто в обеих группах наблюдавшихся) страдали синдромом ЗВУР, возникшем на фоне плацентарной недостаточности при гестозе. В основной группе доношенных детей было 110 из 120 (91,7 ± 2,4%), а в контрольной группе – 89 из 101 (88,1 ± 3,2%; $p > 0,05$). В состоянии, пограничном с гипоксией (оценка по Апгар 7–8 баллов) и в гипоксии (оценка по Апгар 6–7 баллов) несколько чаще, чем в основной группе, рождались дети в контрольной группе. Так, с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов в основной группе было 15 новорожденных (12,5 ± 3,1%), в контрольной 16 (15,8 ± 3,6%; $p > 0,05$). С оценкой 6–7 баллов было 3 новорожденных (2,5 ± 1,8%) в основной и 4 (4,0 ± 1,9%; $p > 0,05$) в контрольной группе. Анализ показал, что напрямую связать эту разницу с особенностями предродового ведения беременных не представлялось возможным, так как в большинстве случаев указанная низкая оценка была по причине исходного страдания плода (ЗВУР), технических трудностей при операции. В контрольной группе у 35 из 101 новорожденных (34,7 ± 4,5%) имели место клинические проявления нарушенной адаптации (процент потери, сроки восстановления массы тела, проявления желтухи и пр.) В основной группе подобные нарушения встречали в 1,5 раза реже – у 27 из 120 детей (22,5 ± 4,2%; $p < 0,01$). Причем, в основной и в контрольной группах нарушения адаптационных процессов чаще (в целом у 43 из 62) было у детей от женщин, страдавших гестозом. Средние показатели красной крови, лейкограммы, билирубина у детей от матерей с гестозом в основной и в контрольной группах были практически одинаковыми, но имели тенденцию, без статистической достоверности, к ухудшению по сравнению с данными у детей от здоровых матерей. В то же время, средний расчетный показатель ЛИИ в основной группе у детей от здоровых матерей составил $1,7 \pm 0,2$ усл. ед., от матерей с гестозом – $1,9 \pm 0,2$ усл. ед. ($p > 0,05$). В контрольной группе средний показатель ЛИИ был выше и составил соответственно $1,8 \pm 0,3$ усл. ед. и $2,7 \pm 0,3$ усл. ед. ($p < 0,05$). Последнее свидетельствовало о наличии у детей умеренной воспалительной реакции в организме. [13, 14]. В целом полученные данные подтвердили данные литературы о положительном влиянии методики ПА на систему мать-плацента плод при гестозе в лечебных целях, .

Выводы.

1. Методика плазмафереза у беременных с рубцом на матке безопасна для матери и плода, в том числе и при легкой степени гестоза.
2. В целях оптимизации исходов гестации сеансы ПА у беременных с рубцом на матке и легкой степенью гестоза, помимо заготовки аутоплазмы на роды, должны преследовать и лечебную цель в интересах матери и плода.

Литература

1. Айламазян Э.К., Селиванов Е.А., Литманович К.Ю. и др. Организация заготовки и применения аутологичной плазмы у беременных группы риска по кровотечениям: Метод. реком. № 2003/61. – СПб., 2003. – 29 с.
2. Баранов И.И., Абубакирова А.М., Мурашко Л.Е., Бурлев В.А. Плазмаферез в комплексном лечении легких и среднетяжелых форм ОПГ-гестоза // Акуш.и гинек. – 1996. – № 2. – С. 2–5.
3. Бутаев Г.К. Применение гемосорбционных технологий в лечении позднего гестоза: Автореф.дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 23 с.
4. Ветров В.В., Васильев В.Е., Иванов Д.О., Дудниченко Т.А., Сентябрева М.С., Рошуркина И.А. Проблемы аутогемодонорства в современном акушерстве // Вестник Росс. военно-мед. академии. – 2012. – № 4 (40). – С. 279–283,
5. Ветров В.В., Воинов В.А., Иванов Д.О. Неосложненная преэклампсия. – СПб., 2012. – 168 с.

6. *Воинов В.А.* Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. – СПб.: Эскулап, 2002. – 272 с.
7. *Кальф-Калиф Я.Я.* «О лейкоцитарном индексе интоксикации» и его практическом значении // Вр. дело. – 1941. – № 1. – С. 31–36.
8. *Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. и др.* Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза: Метод. реком. № 99/80. – М., 2000. – 29 с.
9. *Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И.* Реинфузия крови при абдоминальном родоразрешении женщин группы риска по кровотечению. Сб. научн. тр. «Современные проблемы диагностики и лечения нарушения репродуктивного здоровья женщин». – Ростов-на-Дону, 1998. – С. 96.
10. *Федорова М.В.* Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода. – М., 1982. 0150 208 с.
11. *Федорова Т.А., Рогачевский О.В.* Плазмаферез при гестозе беременных / В кн: Клиническое применение экстракорпоральных методов лечения. – М., 2006. – 168 с.
12. *Цхомария М.Г., Ветров В.В., Шталева Т.И.* Малообъемный плазмаферез в сочетании с фотомодификацией аутокрови и аутоплазмодонорством у беременных с хронической урогенитальной инфекцией // Mat. VII Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 288–289.
13. *Шабалов Н.П., Иванов Д.О., Шабалова Н.Н.* Варианты течения ДВС-синдрома при неонатальном сепсисе // В сб.: Перинатальные грани репродуктологии и детской гинекологии. – СПб., 1997. – С. 10.
14. *Шабалов Н.П., Иванов Д.О., Шабалова Н.Н.* Сепсис новорожденных // Новости фармакотерапии. – 2000. – Т. 7. – С. 62–69
15. *Forster J.G., Peltonen S., Kaaja R., Lampinen K., Pettila V.* Plasma exchange in severe postpartum HELLP syndrome // Acta Anaesthesiol Scand. – 2002. – № 46 (8). – P. 955–958.
16. *Hjorth V., Stenlund G.* Plasmapheresis as part of treatment for septic shock // Department of Anaesthesiology, Malarsjukhuset, Eskilstuna, Sweden.: Scand.J.Infect.Dis. – 2000. – 32 (5) : 511–514.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.

Рябоконе Н.Р., Солодовникова Н.Г.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Структурно-функциональные изменения сосудистой стенки играют ключевую роль при установлении прогноза различных заболеваний. Беременность вызывает существенные изменения в сердечно-сосудистой системе матери, которые носят адаптивный характер и направлены на обеспечение ее оптимального исхода как для матери, так и для плода. Целью нашего исследования стало выявление связи между изменением пульсовой волны на протяжении беременности и развитием преэклампсии. Исследование проводилось на базе ФМИЦ им. В.А. Алмазова. Для оценки ригидности сосудистой стенки использовался комплекс программно-аппаратный суточного мониторинга VPLab с диагностической системой Vasotens позволяющей совмещать оценку параметров центрального аортального давления и жесткости сосудов. Предварительный анализ данных показал, что параметры центральной пульсовой волны (индекс аугментации (ИА)) и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) варьируют на протяжении физиологической беременности, средние значения которых свидетельствуют в пользу высокой эластичности сосудов. Уже на данном этапе исследования можно судить что, при осложненной преэклампсией беременности выявлены более высокие значения ИА и СРПВ, что вероятно обусловлено более ригидными стенками сосудов.

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И НЕОБХОДИМОСТЬ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Самойлова Ю.Г., Давыдова Т.В., Олейник О.А., Соболева И.Н.

Кафедра эндокринологии и диабетологии ГОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ, г.Томск, РФ

Цель работы. Оценка функционального состояния гипофизарно-тиреоидной системы при внутриутробных инфекциях (ВУИ) у новорожденных и детей грудного возраста.

Материал исследования. 59 новорожденных в возрасте 7–28 дней с ВУИ, родившихся от матерей, перенесших острую форму или обострение хронической ВУИ во время данной беременности и 70 новорожденных – условно здоровых, родившихся от условно здоровых матерей.

Методы исследования. Антропометрическая оценка физического развития новорожденных по перцентильным таблицам Дементьевой Г.М.(2000г.); оценка зрелости по совокупности клинико-функциональных показателей (индекс зрелости); оценка нервно-психического развития по критериям Доскина В.А. (1996); осмотр неврологом, окулистом, эндокринологом; лабораторные методы исследования- ОАК, биохимический анализ крови, УЗИ го-

ловного мозга, УЗИ щитовидной железы, диагностика ВУИ методом ИФА, исследование генетических маркеров ЦМВИ, хламидиоза, токсоплазмоза, ВГВ и ВГС методом ПЦР, оценка функционального состояния гипофизарно-тиреоидной системы – определение уровня ТТГ, свободных фракций T_4 , T_3 методом ИФА сыворотки крови.

Результаты. Из всех исследуемых ВУИ наиболее выраженные изменения концентрации ТТГ имели место при ЦМВИ, ВТИ и ВХИ; дети с повышением уровня неонатального ТТГ, не получавшие лечение L-тироксином, к концу 1-го года жизни отставали в НПП на 2 и более эпикризных срока, уровень ТТГ восстанавливался к 12 мес, в группе детей с коррекцией L-тироксином нормализация уровня ТТГ отмечалась к 3 мес.

Заключение. У новорожденных и детей 1-го года жизни транзиторная гипертиреотропинемия при ВУИ требует заместительной терапии L-тироксином.

ДЕФИЦИТ АРОМАТАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

Самойлович Я.А., Потин В.В., Тарасова М.А., Ярмолинская М.И., Николаенков И.П., Тимофеева Е.М.

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

Цель. Изучение овариальной ароматазной активности у больных с хронической нормогонадотропной ановуляцией.

Материалы и методы. Обследовано 150 женщин репродуктивного возраста с хронической ановуляцией и 15 здоровых женщин с полноценным овуляторным менструальным циклом. В крови иммуноферментным методом определяли содержание пролактина, гонадотропинов, эстрогенов, андрогенов и антимюллерова гормона (АМГ), проводили эхографию органов малого таза и пробу с ингибитором ароматазы летрозолом (patent-2481587.pdf). Для определения ароматазной активности антрального фолликула использовали коэффициент: $\Delta \text{Э2/АМГ}$, где $\Delta \text{Э2}$ – снижение эстрадиола в крови в пмоль/л, АМГ – в нг/мл. У здоровых женщин нижний предел ароматазной активности при $p = 0,05$ составил 8,4.

Результаты. У 25 из 150 обследованных больных выявлена низкая ароматазная активность антральных фолликулов. Клинически дефицит ароматазы проявлялся увеличением массы тела (52%), опсоменореей (80%), андрогензависимой дермопатией (гирсутизм и угревая сыпь – 64%), увеличением объема яичников и числа антральных фолликулов. Соотношение ЛГ/ФСГ при дефиците ароматазы ($1,2 \pm 0,19$) было выше, чем в контрольной группе ($0,56 \pm 0,07$).

Заключение. Дефицит овариальной ароматазы выявляется у 15% женщин с нормогонадотропной ановуляцией. У большинства женщин (68%) дефицит ароматазы имеет клинические, гормональные и эхографические признаки синдрома поликистозных яичников.

РОЛЬ ПЛАЦЕНТАРНЫХ ГОРМОНОВ, ФАКТОРОВ РОСТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Сафронова Н.Ю., Зазерская И.Е.

Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Выявление предикторов преэклампсии среди плацентарных гормонов – ассоциированного с беременностью плазменного белка А, β -субъединицы хорионического гондотропина человеческого; фактор роста эндотелия сосудов, плацентарного фактора роста.

Материалы и методы. В исследование включаются беременные женщины с физиологической беременностью и с факторами риска развития преэклампсии. Проводится клиничко-лабораторное обследование женщин на протяжении беременности, определяются уровни биохимических маркеров преэклампсии при сроках гестации: 11–13 недель, 24–26 недель, 32–34 недель, оценивается история родов.

Результаты. В исследование включено 42 беременные женщины. На основании предварительных результатов можно рассматривать ассоциированный с беременностью плазменный белок А, β -субъединицу хорионического

гондатропина человеческого, фактор роста эндотелия сосудов, плацентарный фактор роста, как предикторы преэклампсии.

Заключение. Полученные данные не позволяют сделать однозначный вывод: являются ли рассматриваемые биохимические показатели достоверными предикторами преэклампсии, для чего проводится дальнейшее глубокое изучение.

ТОЛЛ-ПОДОБНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Селиверстова М.С., Лебедева О.П., Тарасова Т.К., Чурносков М.И.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

Цель. Оценка экспрессии 2, 3, 7 и 9 Толл-подобных рецепторов (TLR), участвующих в распознавании компонентов вируса генитального герпеса (ГГ) при различных клинических формах ГГ.

Материалы и методы. Собрано 90 соскобов с поверхности везикул у пациенток с диагнозом генитальный герпес (ГГ). Суммарную РНК выделяли с использованием реагента TRIzol («Invitrogen», США). Количественную ПЦР проводили с использованием набора qPCRmix-HS SYBR («EUROGEN», Россия). Результаты проанализированы в программе Статистика 6.0 с использованием критериев Манна-Уитни и Спирмена.

Результаты. Обнаружено снижение экспрессии TLR3 16,62 (8,31;30,91) в группе пациентов с редко рецидивирующей формой ГГ, в отличие от пациентов с первым эпизодом первичной инфекции 36,45 (17,03; 49,38). Наблюдается умеренно положительная корреляционная связь между TLR3 и белком сигнального пути TRIF ($R = 0,37$; $p < 0,05$), а также между TLR2 и TLR3 ($R = 0,56$; $p < 0,05$), TLR2 и TLR7 ($R = 0,29$; $p < 0,05$), между TLR3 и TLR7 ($R = 0,57$; $p < 0,05$), TLR7 и TLR9 ($R = 0,53$; $p < 0,05$). В клинической картине наблюдается умеренно положительная корреляционная связь между TLR2 ($R = 0,33$; $p < 0,05$) и TRIF ($R = 0,35$; $p < 0,05$) и болевым синдромом, а также между экспрессией TLR4 и увеличением паховых лимфатических узлов ($R = 0,31$; $p < 0,05$).

Выводы. TLR3 принимает участие в иммунном ответе при рецидивирующем ГГ. Выраженность болевого синдрома и лимфаденопатии связана с более высокой экспрессией TLR2 и TLR4.

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований № 12-04-32165.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ИНВАЗИИ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА МАТКЕ

Семенова Е.С., Вихтинская И.А., Рязанов В.В., Пахомов А.В., Овсянников Ф.А.

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

Цель работы. Изучение возможностей МРТ в диагностике аномального прикрепления плаценты к стенке матки у беременных женщин с полным предлежанием плаценты (ППП).

Материалы и методы исследования. Методом МРТ было обследовано 16 женщин, в анамнезе которых имелись операции на матке и у которых при УЗИ выявлено ППП с косвенными признаками инвазивного роста плаценты в миометрий. Средний возраст обследованных составил – 34,5 года, средний гестационный возраст – 33 недели.

Результаты. У 9 женщин не выявлено патологического прикрепления плаценты; всем им было успешно выполнено плановое оперативное родоразрешение. У 7 были определены различные вариации аномального прикрепления плаценты: у 2 – частично плотное прикрепление, у 2 – приращение плаценты к миометрию, у 2 – врастание плаценты, у 1 – прорастание плаценты. Из этой группы беременных шестерым было проведено плановое КС с использованием кровосберегающих технологий, из которых: в 3 случаях родоразрешение закончилось экстирпацией матки, трем женщинам удалось сохранить орган. У 1 женщины в связи с началом преждевременных родов после извлечения ребенка пришлось произвести гистерэктомию.

Выводы. Использование МРТ позволяет получить дополнительную информацию о сочетанной патологии: полное предлежание и приращение плаценты у женщин с отягощенным анамнезом, что позволяет акушерам-гинекологам выбрать тактику ведения беременности, спланировать срок и объем родоразрешения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕПСИСА И ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Серебрякова Е.Н.¹, Волосников Д.К.¹, Бастракова Д.Г.²

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет

² Челябинская областная детская клиническая больница, г. Челябинск, Россия

Цель настоящего исследования. Изучить распространенность сепсиса и внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденных с полиорганной недостаточностью (ПОН). В исследование включено 453 (269 мальчиков, 184 девочки) новорожденных, критерием для включения в исследование являлась недостаточность 2 и более систем органов на момент поступления в отделение реанимации. Недоношенность имела место у 297 (65,6%) новорожденных, в зависимости от исхода новорожденные были разделены на 2 группы – выжившие (n = 372) и умершие (n = 81), летальность среди новорожденных составила 17,9%. Лабораторные критерии неонатального сепсиса (уровни С-реактивного белка в сыворотке крови > 10 мг/л, уровень прокальцитонина в сыворотке крови > 0,5 нг/л, нейтрофильный индекс > 0,2) имели место у 126 (26,8%) новорожденных, в том числе в группе № 1 у 89 (23,9%) новорожденных, в группе № 2 у 37 (45,7%) новорожденных, p < 0,001. Высев возбудителя из крови был получен у 15 (11,9%) новорожденных, в 3 случаях получен *Staphylococcus aureus*, в 3 случаях *E. coli*, в 3 случаях *Ent. fecalis*, в 2 случаях получен *Str. viridians*, в 2 случаях *Kl. pneumoniae*, в 1 случае *Ps. aeruginosa*, в 1 случае *Stph. epidermidis*. ВУИ при исследовании мочи и крови методом ПЦР была обнаружена у 38 (8,4%) новорожденных, в том числе в группе № 1 у 23 (6,2%), в группе № 2 у 15 (18,5%) новорожденных, p = 0,001. *U. urealyticum* была обнаружена в 22 случаях, *Cytomegalovirus* в 7 случаях, *M. hominis* в 4 случаях, *S. albicans* в 2 случаях, сочетание *M. hominis* и *U. urealyticum* в 1 случае, сочетание *U. urealyticum* и *Cytomegalovirus* в 1 случае, *H. simplex* II типа в 1 случае. Таким образом, в нашем исследовании сепсис у новорожденных с ПОН встречался с частотой 26,8%, ВУИ – 8,4% случаев. Сепсис и ВУИ чаще имели место у новорожденных с летальным исходом.

МЕТАБОЛОМИКА – НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА НА МОЛЕКУЛЯРНОМ УРОВНЕ

*Ситкин С.И., Комличенко Э.В., Зубарева Т.М., Волкунович Т.А.,
Калинина Е.А., Малушко А.В.*

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова Минздрава России,
ФГУП Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия*

Исследования метаболического профиля в гинекологии проводятся в разных направлениях: изучение этиологии, патогенеза и поиск биомаркеров эндометриоза, идентификация различных маркеров в онкогинекологии, в частности при таких заболеваниях как рак шейки матки и рак яичника, изучение особенностей метаболома при синдроме поликистозных яичников, попытки найти предикторы преэклампсии.

В недавних исследованиях были обнаружены повышенные уровни фосфатидилхолина и сфингомиелина в плазме женщин, страдающих эндометриозом. У женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) было выявлено значительное снижение концентраций таких метаболитов как аргинин, лизин, орнитин, пролин, глутамат, ацетон, цитрат и гистидин по сравнению с гинекологически здоровыми женщинами. С целью оценки качества ооцитов проводились исследования метаболического профиля фолликулярной жидкости, окружающей ооцит и/или культуральной среды, в которую он помещался. Выявлены различия в концентрациях метаболитов (глюкозы, лактата, холина и липопротеинов) у забеременевших женщин и у женщин с неудавшимся экстракорпоральным оплодотворением. Предпринимаются попытки использования метаболомики для оценки факторов риска и разработки методов прогнозирования преждевременных родов.

Результаты метаболомических исследований могут быть использованы в диагностике и прогнозировании заболеваний (выявление биомаркеров и предикторов развития заболевания), а также в персонификации лекарственной терапии (выявление предикторов восприимчивости или же, наоборот, невосприимчивости к конкретному типу препаратов).

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУТОПСИЙ В ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ ПРОЗЕКТУРЕ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Смердова Е. Ф.

ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», Калининград, Россия

Цели исследования. Определить структуру смертности в контексте изменившихся критериев живо – и мертворождения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 640 стандартных аутопсий плодов и младенцев с экстремально низкой массой тела после преждевременных родов (ПР), ранних (РВ) и поздних самопроизвольных выкидышей (ПВ). Исследовано умерших на 22-27 неделе 505 случаев (78,9%); на 12-21 неделе 135 случаев (21,1%), что составило от 48% до 54% от числа всех аутопсий в прозектуре за период с 2007 по 2012 годы. Мертворожденные – 87,5% секций, доля родившихся живыми 12,5%. Прерывания беременности (ПБ) 255 аутопсий (45,5%). Преобладали плоды мужского пола – 50,9%, пол не определен в 4 исследованиях (0,62%). Исследовано 18 двоен, в т.ч. 4 – после ЭКО. Причиной внутриутробной гибели при мертворождении по результатам аутопсий являлись: внутриутробные пневмонии преимущественно неспецифической бактериальной этиологии (40,6%), анте или интранатальная асфиксия (в т.ч. мумификация плода, постгипоксическая кардиопатия, асфиксия вследствие отслойки плаценты (34,2%); генерализованная внутриутробная инфекция (ВУИ) 21,9% (бактериальный сепсис, кандидоз, диссеминированный листериоз, герпес, ЦМВИ, токсоплазмоз, микоплазменная и хламидийная инфекции, а также внутриутробный сифилис). В 3,3% аутопсий плодов при РВ находкой на аутопсии являлись аномалии развития. Все живорожденные имели срок гестации 22-27 недель, продолжительность жизни от нескольких минут до 92 суток. Чаще всего (54,6% – 41 аутопсия) в качестве основного заболевания в патологоанатомическом диагнозе регистрировались: болезнь гиалиновых мембран (БГМ), респираторный дистресс синдром новорожденного (РДСН), БЛД, асфиксия новорожденного тяжелой степени, врожденная пневмония. У 17 (22,6%) – внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) 2 и 3 степени с гемо-тампонадой боковых желудочков и прорывом крови в мозжечково-луковичную цистерну. В 13 случаях (17,3%) – внутриутробные инфекции смешанной вирусно-бактериальной или неспецифической бактериальной этиологии. Среди причин смерти детей с ЭНМТ, проживших более 2-3 месяцев после рождения – некротический энтероколит новорожденного (НЭК), осложненный перфорацией полого органа, бронхолегочная дисплазия в ранней и поздней фибро пролиферативной стадии, декомпенсированная гидроцефалия.

Выводы. Изменения критериев живорождения и снижение сроков гестации в определении «плод – ребенок» существенным образом не отразилось на структуре причин смерти детей с ЭНМТ: при антенатальной смертности ПР, РВ и ПВ, вне зависимости от срока гестации, преобладает внутриутробная пневмония преимущественно неспецифической бактериальной этиологии (40,6%). В структуре неонатальной смертности ведущее место занимает патология дыхательной и сердечнососудистой систем (56,4%), гематологические и геморрагические расстройства (22,6%), внутриутробные инфекции смешанной вирусно-бактериальной или неспецифической бактериальной этиологии (17,3%). У новорожденных, умерших в более поздней возрастной группе, не учитываемой в перинатальных потерях (5,3%), причинами смерти явились НЭК, осложненный перфорацией полого органа, БЛД в ранней и поздней фибро пролиферативной стадии, декомпенсированная гидроцефалия.

РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ СО СТОРОНЫ ПЛОДА

Смердова Е. Ф.

ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», Калининград, Россия

Цели исследования. Выявить основную группу показаний для прерывания беременности (ПБ), определить структуру врожденных пороков развития и эффективность их пренатальной диагностики.

Материалы и методы. Проведено 58 аутопсий IV категории сложности плодов после искусственного ПБ, поступивших на исследование в Областную детскую прозектуру Калининградской области за 2012 год и 9 месяцев 2013 года. Проанализирована сопутствующая медицинская документация (протоколы пренатальной ультразвуковой диагностики (УЗИ), результаты биохимического скрининга беременных, пренатального карiotипирования плода и протоколы перинатального консилиума с показаниями для ПБ). Наибольшую группу составили плоды на сроке гестации 14-20 недель – 49 случаев (84,4%), на 22-27 неделе прервано 9 беременностей (15,5). Все прерывания беременности осуществлялись на базе Регионального перинатального центра. Показаниями для ПБ являлись: врожденные аномалии развития плода (88% – 51 случай), внутриутробная гибель плода и неразвивающаяся бере-

менность в 3% (2 случая), внутриутробная инфекция, сопровождающаяся задержкой внутри-утробного развития плода – 3 случая, водянка и опухоли плода – по 1 случаю. Среди врожденных пороков развития главенствовали хромосомные аномалии развития (ХА) 27% – 16 случаев, изолированные аномалии ЦНС (24% – 14 случаев), множественные врожденные пороки (МВПР), затрагивающие 3 и более систем 14% – 8 случаев. Изолированные врожденные пороки сердца (ВПС) выявлялись в 4 случаях, в составе МВПР – в 3 случаях, в составе ХА – в 7 случаях. Из МВПР чаще всего встречались ассоциации аномалий ЦНС, ВПС, почек, мочевыводящих путей, кишечника и половых органов при наличии стигм дисэмбриогенеза. Все хромосомные aberrации плода (синдромы Патау, Дауна, Эдвардса, Тернера, Поттера) были подтверждены результатами кордо – и плацентоцентеза в необходимые сроки. В ходе аутопсий аномалии развития плода полностью подтверждены в 55 случаях (94,8%), у 3 плодов – уточнены и дополнены. С поздней явкой беременной при постановке на учет или пропуском первого скрининга УЗИ связаны все 9 случаев запоздалых прерываний беременности на 22-27 неделе гестации (15,5%).

Выводы. Врожденные пороки развития плода остаются основными показаниями для прерывания беременности, главенствуют среди них хромосомные аномалии (27%), изолированные ВПР ЦНС (24%) и МВПР, затрагивающие 3 и более систем (14%). Обращает на себя внимание большое количество выявляемых аномалий развития сердца и крупных сосудов – 24% (14 случаев: изолированных ВПС и в составе МВПР и ХА). После патоморфологической верификации ВПР установлен высокий процент (94,8%) полного совпадения клинического и патологоанатомического диагноза, включая пренатальную диагностику сложных ВПС. Данные результаты свидетельствуют о значительной роли патоморфологического исследования плода с целью верификации данных, полученных в ходе клинической пренатальной диагностики аномалий развития.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ УРОВНЯ РЕГУЛЯЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ

Смирнов А.Г.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Санкт-Петербург)

Во время беременности отмечается значительное напряжение в работе щитовидной железы, что не редко выражается в появлении нарушений ее функционирования. Такие изменения впоследствии могут существенно сказаться на развитии ребенка.

В наших исследованиях из 254 беременных женщин у 18 были диагностированы нарушения в работе щитовидной железы. Все они характеризовались повышенным уровнем личностной тревожности (больше 45 баллов). У 8 из них был поставлен диагноз диффузный нетоксический зоб, а у 10 – аутоиммунный тиреоидит. У 11 женщин также был поставлен диагноз «угроза прерывания беременности». В девяти случаях у женщин с нарушением в работе щитовидной железы ЭЭГ характеризовалась наличием регулярного (95%), генерализованного, высокоамплитудного (выше 100 мкВ) и заостренного альфа-ритма. Не было выявлено зависимости его проявления от повышенного или пониженного уровня тиреоидных гормонов.

Второй характерной особенностью ЭЭГ в этой группе женщин была неустойчивость его частоты. Всегда отмечался низкочастотный альфа-ритм (8–9 Гц), который преимущественно распространялся на передние отделы головного мозга, и высокочастотный (10–11 Гц), который имел центрально-затылочное распределение. В среднем по группе в лобных областях его частота достоверно меньше, чем в затылочных областях. Использование гипервентиляционной нагрузки в 7 случаях приводило к существенному снижению частоты низкочастотного альфа-ритма вплоть до уровня 6,5–7 Гц.

Возможно, что одной из причин такого явления, может быть усиление синхронизирующих влияний переднего гипоталамуса, связанное с усилением напряжения в его работе, обусловленным непропорциональным повышением нагрузки при гормональном обеспечении протекания гестационного процесса.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ВРАСТАНИИ И ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Сосин С.А.

*Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия.*

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности применения временной эмболизации маточных артерий во время кесарева сечения у беременных с полным предлежанием плаценты для уменьшения интраоперационной кровопотери и снижения риска гистерэктомии.

Результаты. Было проведено 9 операций эмболизации маточных артерий.

Из всех пролеченных пациенток нами было выполнено 2 операции экстирпации матки без придатков. Средняя кровопотеря среди всех пациенток принявших участие в исследовании составила 1165 мл. Состояние новорожденных во всех случаях было удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар составила на 1-й минуте 6–8 баллов, на 5-й минуте 8–9 баллов.

Заключение. Не смотря на достаточно высокую эффективность интраоперационного применения метода временной эмболизации маточных артерий не всегда удается достичь желаемого клинического результата. Для снижения интраоперационной кровопотери считаем необходимым перед операцией выполнение наряду с УЗИ так же и МРТ-исследования. Целесообразно проведение операции кесарева сечения в оборудованной рентген-операционной. Наряду с применением ЭМА в настоящее время целесообразно применение интраоперационной аппаратной реинфузии аутокрови с применением аппаратов типа cell saver.

РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-ТЕСТА ДЛЯ ОЦЕНКИ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВАГИНАЛЬНОГО БИОТОПА

Столбова М.Г.¹, Несчисляев В.А.¹, Раев А.Б.²

¹ ФГУП «НПО «Микроген» МЗРФ «Пермское НПО «Биомед», г. Пермь, Россия

² МУЗ МСЧ № 9 им. Тверье М.А., г. Пермь, Россия.

Цель. Разработка и апробация экспресс-метода диагностики дисбиотических состояний влагалища, связанных со снижением количества лактобактерий и, соответственно, колонизационной резистентности биотопа.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования использовали выделенные культуры вагинальных лактобактерий. Оценка антагонистической активности выделенных культур проводили с помощью экспресс-теста ингибирования биOLUMИнесценции индикаторного штамма *Escherichia coli lum⁺ C-50*. Уровень подавления свечения индикаторной культуры определяли с помощью люминометра «Биотокс-10М» (Россия), позволяющего автоматически вычислить индекс антагонистической активности (ИАА), количественно равный проценту снижения интенсивности свечения индикаторного штамма.

Результаты. В результате исследований выявлено прямо пропорциональное влияние концентрации лактобактерий в выделенной культуре на уровень подавления свечения тест-штамма. ИАА от 80 до 100% соответствует нормальному уровню лактобактерий (10^6 – 10^7 КОЕ/мл) и высокой колонизационной резистентности вагинального биотопа. Индекс от 40 до 80% – показатель снижения количества лактобактерий до 10^4 – 10^5 КОЕ/мл и, следовательно, колонизационной резистентности биотопа. Индекс ниже 40% свидетельствует о значительном уменьшении количества лактобактерий до уровня $< 10^4$ КОЕ/мл.

Выводы. Таким образом, показана возможность использования теста ингибирования биOLUMИнесценции для экспресс-оценки уровня содержания и антагонистической активности лактобактерий в составе вагинальной флоры и, соответственно, степени выраженности колонизационной резистентности данного биотопа.

ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КИССПЕПТИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Судалина М.Н., Копейкин П.М., Дурнова А.О.

ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, РФ

Кисспептины (кп) представляют собой семейство пептидов, играющих существенную роль в функционировании репродуктивной системы, а также обладающие способностью подавлять канцерогенез и ингибировать метастазирование, что потенциально может использоваться при лечении рака молочной железы, высокий риск которого связан с длительным грудным вскармливанием и чрезмерным образованием молока.

Цель исследования. Изучение влияния кп на развитие опухолевых клеток.

Материалы и методы. Синтетический кисспептин-10 (кп-10) вводился в питательную среду культуры клеток карциномы молочной железы линии ZR-75-1 и инкубировался в течение 48 часов, в качестве контроля в среду вводился физиологический раствор. Кп-10 был предоставлен кафедрой природных соединений химического факультета СПбГУ. Для оценки пролиферации и апоптоза клеток проводилась иммуноцитохимическая реакция на антитела

к Ki-67 (1 : 75, Dako) и p53 (1 : 25, Dako) соответственно; эффект от действия пептида на культуру оценивался через соотношение иммунопозитивных по приведенным маркерам ядер к общему числу ядер (%).

Результаты. При исследовании действия синтетического кп-10 на культуру ZR-75-1 показано значительное падение уровня пролиферации (на 20–30%) и повышение апоптоза (до 40%) при введении пептида в питательную среду по сравнению с контролем; статистически значимых различий в культурах при действии кисспептинов в концентрациях 10^{-6} и 10^{-7} М не выявлено.

Выводы: на примере линии карциномы молочной железы ZR-75-1 *in vitro* показана эффективность использования кисспептина-10 в низких концентрациях в качестве ингибитора канцерогенеза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АППАРАТНОЙ РЕИНФУЗИИ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ВЗВЕСИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ.

Таюрская М.О., Побединцева Ю.А., Столица А.А., Комличенко Э.В.

*Федеральный специализированный перинатальный центр,
ФГБУ ФЦСКЭ имени В.А.АЛМАЗОВА Минздрава России*

Цель работы. Обобщить опыт использования интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитарной взвеси в акушерско-гинекологической практике

Материалы и методы. На примере 90 историй родов и болезней пациенток, у которых применялась интраоперационная аппаратная реинфузия эритроцитарной взвеси, из них 79 акушерских и 11 гинекологических. Во всех случаях применялся аппарат по типу Cell-saver. Работа проводилась в операционной родильного и гинекологического отделений, в рентгенооперационной (в 8 случаях с использованием временной эмболизации маточных артерий) по стандартной методике под мониторным контролем витальных функций у пациенток (пульс, АД, сатурация кислорода крови). Оценивались показатели гематокрита при заборе аллогенной крови, показатели гематокрита и степени очистки эритроцитарной взвеси для реинфузии. В послеоперационном периоде контролировались показатели общего анализа крови, коагулограмма через 4 часа после реинфузии, через 24 часа и при выписке. Проводился анализ сроков пребывания в отделении реанимации и в стационаре.

Результатами нашей работы стало значительное снижение объемов трансфузионной терапии, время нахождения в стационаре, оптимизация исходов для матери и плода, сохранение репродуктивной функции у пациенток с гигантскими миомами матки. Составлен оригинальный протокол проведения интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитарной взвеси

Заключение. Таким образом, применение интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитарной взвеси у данной категории пациенток улучшает течение послеоперационного периода, укорачивает сроки пребывания пациенток в стационаре и снижает потребность в заместительной терапии компонентами крови.

ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛОГОВ ИНСУЛИНА У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Тиселько А.В., Боровик Н.В.

*ФБГУ «НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта»
СЗО РАМН отдел эндокринологии репродукции, Санкт-Петербург, Россия*

Цель. Оценить эффективность использования инсулина детемир у беременных с сахарным диабетом 1 типа.

Субъекты и методы. Проведен анализ течения беременности и исхода родов у 40 пациенток с СД 1 типа, получавших интенсивную инсулинотерапию (из них 20 женщин использовали инсулин детемир и аспарт (I группа) и 20 – инсулин НПХ и аспарт (II группа). Проведено исследование HbA1c, средний уровень гликемии натощак; частоты гипогликемических состояний. Проведен анализ частоты макросомии и неонатальных гипогликемий у новорожденных.

Результаты. Уровень HbA1c был сопоставим в исследуемых группах, и составил 6,22 % в группе, использующей детемир и 6,37% в группе, использующей инсулин НПХ ($-0,15$ [$-0,34; 0,04$] $p = 0,12$). Гликемия натощак была достоверно ($p = 0,01$) ниже в I группе в 24 недели беременности $5,1$ [$4,2-6,8$] ммоль/л и в 36 недель беременности

4,7 [3,9–5,8] ммоль/л по сравнению со II группой 6,3 [4,5–7,0] и 5,8 [4,1–6,6] ммоль/л соответственно. Частота гипогликемических эпизодов в I и II группе составила 16vs.21% соответственно. Частота макросомии в I группе была ниже и составила 46% по сравнению со II группой 54%. Частота неонатальных гипогликемий в группе, использующей детемир, составила 14,9%, в группе, использующей инсулин НПХ 24% ($p = 0,22$).

Выводы. Использование аналогов инсулина детемир и аспарт у беременных с СД 1 при беременности приводит к достижению оптимального гликемического контроля и снижению частоты перинатальных осложнений.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

*Ткаченко К.Г., Петрова С.Н., Птушкина Л.Ю., Сергеева И.В.,
Руководитель: зав. кафедрой, д.м.н. Троиц Е.Б.*

*Кафедра акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница*

Шеечная беременность (ШБ) – редкая форма эктопической беременности, составляет 0,1-0,5% от всех форм внематочной беременности. В настоящее время в связи с развитием новых репродуктивных технологий частота эктопических беременностей неуклонно растет. Эмболизация маточных артерий в комплексном лечении ШБ в ЛОКБ применяется в течение 14 лет.

Цель исследования. Оценить возможности и отдаленные результаты двухэтапного органосохраняющего лечения (предоперационная эмболизация маточных артерий рассасывающимися материалами с последующим кюретажем полости матки и цервикального канала) в лечении пациенток с шеечной беременностью.

Материалы и методы. В период с 2001 по июнь 2013 год в нашем стационаре была выполнена эмболизация маточных артерий 47 пациенткам с шеечной беременностью. Средний возраст больных составил 31,4 (от 19 до 41) года. Диагноз был подтвержден на основании данных анамнеза, физикального и гинекологического осмотра, определения уровня β -субъединицы ХГЧ (у всех пациенток уровень ХГЧ был выше 1000 МЕ/мл), ультразвукового исследования (УЗИ). По данным УЗИ визуализировалось плодное яйцо в цервикальном канале с выраженным кровотоком при ЦДК, в ряде случаев определялось сердцебиение плода.

Рентгено-эндоваскулярное лечение было выполнено в течение 24-х часов от момента постановки диагноза. В качестве эмболизирующего вещества у всех пациенток применяли рассасывающийся материал – гемостатическую губку. Эмболизация маточных артерий проводилась общепринятым доступом через правую бедренную артерию под местной анестезией. В течение 30 минут после завершения эмболизации пациенток переводили в малую операционную, где под в\в анестезией выполняли выскабливание цервикального канала и полости матки.

Результаты. Комплексное лечение шеечной беременности, включающее ЭМА и последующий кюретаж цервикального канала и полости матки, было успешным у 45 пациенток (95,7%). Объем кровопотери у всех больных не превысил 100 мл. Осложнения имели место у 3 больных (6,3%): остатки плодного яйца в цервикальном канале в 1 наблюдении (2,1%), выполнена повторная ЭМА и кюретаж цервикального канала. В одном случае (2,1%) развилось, несмотря на предоперационное рентгено-эндоваскулярное лечение, профузное маточное кровотечение, потребовавшее выполнение экстирпации матки без придатков. Острый эндометрит на 5-е сутки имел место у одной больной (2,1%), успешно пролечен консервативно назначением дополнительного курса антибактериальной терапии.

В настоящее время продолжается изучение отдаленных результатов двухэтапного лечения шеечной беременности. Планируется выполнить подробный анализ многих параметров репродуктивного здоровья, в частности оценить репродуктивную функцию у данных пациенток: количество успешных беременностей, закончившихся рождением здоровых детей, процент неудачных беременностей, закончившихся самопроизвольным выкидышем или замершей беременностью.

Выводы. Таким образом, окклюзия маточных артерий с применением рассасывающегося материала является высокоэффективным малоинвазивным методом, позволяющим осуществить органосохраняющее лечение шеечной беременности. Низкое число осложнений, отсутствие необходимости в общей анестезии, потенциальное сохранение фертильности позволяют рекомендовать данный метод для лечения шеечной беременности в многопрофильном стационаре.

ОСОБЕННОСТИ РОДОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Троик Е.Б., Ермолаева О.С., Решетова Т.В., Кузьмичев В.С.

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, НМХЦ им. Н.И. Пирогова,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель работы. Провести анализ родов, наступивших в результате лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в рамках федеральной программы финансирования.

Материал и методы исследования. Проведено телефонное интервьюирование 135 родивших женщин, получивших лечение в 2011 году методами ВРТ по квоте в НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

Результаты. Срочные роды составили 74,8%, из них большинство роды одним плодом – 85,1%, остальные – двойней 14,9%. Преждевременные роды произошли в 25,2%. Из них в 33-36 недель 58,8% (1 плодом – 35%, 2 плодами – 50%, 3 плодами – 15%), в 28-32 недели 41,2% (1 плодом – 21,4%, 2 плодами – 57,2%, 3 плодами – 21,4%). Оперативное родоразрешение преобладало – 79,3% (экстренное – 45,8%, плановое – 54,2%). Естественные роды произошли в 20,7%. Многоплодные беременности (двойни) лишь в 2,9% родоразрешались естественным путем. Родилось 176 живых детей (мальчиков – 47,7%, девочек – 52,3%) и один мальчик погиб внутриутробно. Дети с нормальным весом составили 68,2%, с избытком – 6,3%, с низкой массой тела – 17,6%, с очень низкой массой тела – 6,8%, с экстремально низкой массой тела – 1,1%.

Заключение. Роды после ВРТ часто преждевременные, несколькими плодами, с рождением детей со сниженной массой тела, что требует больших средств для выхаживания детей. Велик процент оперативного родоразрешения как в экстренном, так и в плановом порядке. Необходимо учитывать данные особенности при выборе числа переносимых эмбрионов, стремясь к меньшему количеству. Пересмотреть показания к оперативному родоразрешению, отдавая предпочтение самостоятельным родам.

СИМУЛЬТАННАЯ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА В В ГРУППАХ РИСКА

Фельдблюм И.В., Казьянин А.В., Пленкина С.В., Николаева А.М.

*ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, Филиал ФГУП «НПО «Микроген» Минздрава России в г. Пермь
«Пермское НПО «Биомед»», г. Пермь, Россия*

Цель исследования. Изучить безопасность и иммунологическую эффективность экстренной специфической профилактики новорожденных из групп риска с использованием отечественного специфического иммуноглобулина «Антигеп» (далее Антигеп) и вакцины гепатита В (ГВ).

Материалы и методы. Оценка симультанной специфической профилактики ГВ проведена в экспериментальных исследованиях на лабораторных животных (кроликах) и рандомизированных клинических наблюдениях на детях. Новорожденные группы наблюдения получали одновременно в разные участки тела Антигеп и вакцину ГВ с последующим ее введением в 1 и 2 месяца. Дети группы сравнения были привиты вакциной по схеме 0–1–2. Безопасность данной тактики оценивалась по наличию поствакцинальных реакций и осложнений, иммунологическая эффективность – по определению анти-Hbs в сыворотках крови по достижению ребенком возраста 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Защитные титры анти-HBs в крови животных при одновременном введении Антигепа и вакцины регистрировались уже через 1–3 часа, после вакцины – на 7-е сутки. При симультанной иммунизации пассивно вводимые антитела не снижали иммунологическую эффективность вакцины и обеспечивали защиту в течение периода необходимого для активной выработки антител. Эта тактика была использована для иммунизации новорожденных. Уровень серопротекции, частота и характер поствакцинальных реакций при активно-пассивной иммунизации не отличались от таковых в группе сравнения.

Выводы. Экстренная симультанная профилактика детей, рожденных HbsAg-позитивными матерями, с применением иммуноглобулина Антигеп и вакцины характеризовалась безопасностью и высокой протективной активностью.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНА

Филькина О.М., Филькина Е.В., Чумаков А.С.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова»
Минздрава России, Иваново, Россия*

Цель работы. Изучить профилактическую эффективность ОРВИ препарата «Гриппферон, капли назальные» у недоношенных детей.

Материал и методы исследования. Обследованы 104 недоношенных ребенка в возрасте 1–6 недель жизни, родившихся с массой тела более 1500 граммов, бывших в контакте не менее 2 часов с мамой или с детьми, больными ОРВИ в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей. Из них, детям 1-й группы (52 ребенка) закапывали «Гриппферон, капли назальные» интраназально по 1 капле в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 5–7 дней. У детей 2-й группы (52 ребенка) капли не применялись. Группы новорожденных были сопоставимы по гестационному возрасту, массе тела при рождении, факторам биологического риска и заболеваемости. Оценивали клиническое состояние здоровья ребенка, наличие симптомов ОРВИ, частоту возникновения ОРВИ, длительность клинических проявлений, наличие осложнений в течение 13–43 дней. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ «Microsoft Office 2003».

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе детей, с проведением профилактики ОРВИ «Гриппфероном, капли назальные», определяли в 10 раз чаще детей, не заболевших ОРВИ (38,5%), в 2 раза меньшую среднюю продолжительность заболевания ($6,4 \pm 1,6$ и $11,54 \pm 4,3$ дня), в 2 раза реже – осложнения (5,82% и 11,2%). Индекс профилактической эффективности выше в 7 раз (10,1 и 1,6).

Выводы. Доказанная профилактическая эффективность ОРВИ «Гриппферон, капли назальные» у недоношенных детей, родившихся с массой тела более 1500 граммов и бывших в контакте с больными ОРВИ позволяет рекомендовать их использование для профилактики ОРВИ у этих детей с 1 недели жизни.

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИОЗА И ЭКСПРЕССИЯ МОЛЕКУЛ CD49B ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ФАГОЦИТАМИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Хлипунова Д.А., Панова И.А., Кудряшова А.В.

ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново

Цель настоящего исследования. Изучить динамику показателей дисфункции эндотелия и изменения экспрессии молекул адгезии нейтрофилами и моноцитами периферической крови у женщин с преэклампсией (ПЭ). Материалом для исследования являлась периферическая венозная кровь, в которой определялось количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ), уровень нитратов и нитритов (NOx) и содержание гомоцистеина. Методом проточной цитометрии определялось количество моноцитов и нейтрофилов, экспрессирующих молекулы интегрина CD49b. Было обследовано 75 женщин при беременности (в 22–36 недель гестации) и в послеродовом периоде (на 5-7 сутки). В первую группу вошли 22 женщины с ПЭ, во вторую – 20 женщин с ПЭ на фоне хронической артериальной гипертензии (ХАГ), контрольную группу составили 33 женщины с неосложненным течением беременности. По результатам исследования выявлено, что у женщин и первой и второй групп при беременности имелись проявления эндотелиоза – повышение количества ДЭ и гомоцистеина, снижение уровня NOx ($p < 0,05$ во всех случаях). Изменения экспрессии молекул интегрина у беременных женщин первой и второй групп имели разнонаправленный характер: количество CD49b + нейтрофилов и моноцитов повышалось у женщин с ПЭ ($p < 0,05$, $p < 0,05$), однако снижалось при ПЭ с ХАГ ($p < 0,05$, $p < 0,05$). После родов происходило уменьшение проявлений эндотелиоза только у женщин первой группы за счет снижения уровня ДЭ и повышения содержания NOx ($p < 0,05$, $p < 0,05$). Уровень CD49b + фагоцитов изменялся в послеродовом периоде и в первой и во второй группе, приближаясь к значениям контрольной группы ($p < 0,05$ во всех случаях). Таким образом, фагоциты периферической крови у женщин с ПЭ и ПЭ на фоне ХАГ характеризуются различным уровнем их активации и способностью взаимодействовать с эндотелием сосудов.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ

Чаща Т.В., Харламова Н.В., Шилова Н.А., Бойко Е.Л., Матвеева Е.А.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздрава России, г. Иваново

Кабинет катамнеза в институте организован в 2009 году, входит в состав психоневрологического отделения восстановительного лечения детей с последствиями перинатальной патологии Клинико-диагностической поликлиники института. Кроме врача-педиатра консультативный прием детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ, осуществляют: невролог, педиатр, офтальмолог, оториноларинголог, иммунолог, генетик.

Проведен анализ состояния здоровья детей с ЭНМТ и ОНМТ, родившихся и получивших лечение в институте в 2011–2012 гг. и достигших возраста 1 года.

Практически здоровыми к 1 году были 6,0% детей. К году у 86,4% детей сформировались последствия перинатального поражения ЦНС в виде задержки психомоторного развития, синдрома двигательных нарушений, гипертонзивного синдрома и др. При этом 1 и 2 группа нервно-психического развития определялась у 81,9% детей. Диагноз ДЦП был верифицирован лишь у 3% детей, декомпенсированная постгеморрагическая гидроцефалия – у 1,5%, органическое поражение ЦНС – у 1,5%.

Бронхо-легочная дисплазия диагностирована у 13,6% детей, у 4,5% детей – последствия ретинопатии недоношенных, у 3,0% – тугоухость. К группе часто болеющих относились 18% детей.

Инвалидность установлена у 12,0% детей: в 6,0% случаях – по болезням ЦНС, в 3,0% – по болезням органов дыхания, 1,5% – по ретинопатии недоношенных, 1,5% – ВПС.

В динамике 2 лет отмечается снижение частоты тяжелых неврологических заболеваний, БЛД и ретинопатии, тенденция к снижению инвалидизации детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗОСЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ

Черных С.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецкий региональный центр охраны материнства и детства (ДРЦОМД)*

Для акушеров-гинекологов и неонатологов по-прежнему остается актуальной проблема диагностики и тактики ведения беременности и родов у женщин с иммунными конфликтами. Несмотря на рекомендуемые профилактические мероприятия, число женщин с изоиммунизацией по резус-фактору в крупных специализированных родовспомогательных учреждениях не снижается, а гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН), возникающая на почве сенсibilизации матери антигенами плода по системе резус, до сих пор занимает одно из первых мест среди причинных факторов перинатальной смертности. По данным управления охраны здоровья, в Донецкой области каждый год с ГБН рождается более 200 детей, что составляет 3,5% от всей заболеваемости новорожденных. Согласно литературным данным, развитие ГБН у детей, родившихся у женщин с резус-сенсibilизацией, достигает 63%; у 7% женщин высокая степень резус – сенсibilизации приводит к осложненному течению беременности, внутриутробной и перинатальной патологии: задержка внутриутробного развития плода II–III степени выявляется в 8,4% случаев, число детей с признаками внутриутробной гипотрофии увеличивается до 15–20%.

Целью исследования была оценка перинатальных исходов у беременных с высокой степенью изосенсibilизации по резус-фактору и отягощенным акушерским анамнезом в зависимости от проводимого лечения.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования стали 80 пациенток с изосенсibilизацией по Rh – фактору с различными сроками гестации (от 16 до 35 недель беременности). 42 женщины вошли в основную группу и 38 – в группу сравнения. В анамнезе у пациенток обеих групп одинаково часто было рождение детей с тяжелой формой ГБН, антенатальная гибель плода, смерть новорожденных в раннем неонатальном периоде, частота медицинских и самопроизвольных аборт.

Беременным основной группы, кроме общепринятой метаболической, реокорректирующей и инфузионной терапии, дополнительно проводились сеансы лечебного плазмафереза (ПА) в сочетании с внутривенным введением иммуноглобулина человеческого. ПА проводился с помощью аппаратов «Гемофеникс», «Гемос-ПФ-12» и мембранных фильтров «Роса», ПФМ-800 (Россия), а также центрифуг для получения компонентов крови «ROTANTA 460 RS + »

(Hettich, Германия), ЦЛП 3–3,5 (Москва, «Биофизприбор») и пластикатных контейнеров фирмы «Равимед» (Польша). Объем плазмозамещения составлял 25–30% объема циркулирующей плазмы и восполнялся в соотношении 1 : 1,5–2 физиологическим раствором, по показаниям (гипотония, гипопропротеинемия) – коллоидными препаратами, 10% раствором альбумина; внутривенно капельно вводилось 50 мл 5% раствора иммуноглобулина «Биовен-Моно» («Биофарма», Киев). Начальный курс эфферентной терапии составлял от 3 до 5 сеансов ПА, затем курсы повторялись по триместрам беременности или выполнялись периодические поддерживающие сеансы 1 раз в 7–10 дней. Общее число операций (до 27 сеансов одной пациентке) зависело от исходного титра антител, динамики клинико-биохимических и иммунологических показателей, сопутствующих соматической и акушерской патологии, данных ультразвукового, кардиотокографического, доплерометрического исследований плода.

Результаты и обсуждение. Исходные титры анти-Rh-антител у обследованных женщин составляли 1 : 32–1 : 128, после 1 курса ПА удавалось добиться их снижения в 2–4 раза и дальнейшего поддержания в большинстве случаев на уровне 1 : 8–1 : 32 с колебаниями до 1 : 16–1 : 64. У 2 беременных титры антител до окончания беременности больше не определялись, у 4 – определялся неизменно монотонный титр 1 : 64. Общее состояние пациенток во время прохождения курса эфферентной терапии оставалось удовлетворительным, гемодинамические показатели стабильными, клинико-биохимические, гемостазиологические показатели в пределах физиологической нормы, выявленные на УЗИ признаки гиперплазии плаценты не прогрессировали.

Беременные обеих групп были родоразрешены в сроках от 29 до 38 недель беременности, все дети родились живыми, вес новорожденных варьировал от 1180 до 3400 граммов.

В основной группе родилось 8 (19 %) детей с весом до 2500 г, в группе сравнения – 14 (36,8 %). Частота абдоминального родоразрешения составила 52,3% и 73,6% соответственно по группам. Показаниями к досрочному родоразрешению послужили неконтролируемый рост титра антител, нарушение плодового кровотока, появление признаков гемолитической болезни при УЗИ. После рождения всем детям был выставлен диагноз ГБН. У новорожденных женщин основной группы, которые получали комплексную терапию, включающую эфферентные методы и иммуноглобулин, преобладало легкое 10 (23,8%) и средней тяжести 12 (28,6%) течение ГБН (всего у 52,4%), причем диагностированы только анемическая 15 (35,7%) и желтушная формы 27 (64,3%). Отечная форма ГБН не развилась ни у одного из этих детей.

В группе сравнения на 7–14-е сутки жизни погибли четыре из 38 новорожденных (10,5%), несмотря на все проводимые реанимационные мероприятия. В целом в группе сравнения не было детей с легким течением ГБН. Болезнь средней тяжести была зафиксирована у 7 (18,4%) новорожденных, тяжелая – у 31 (81,6%). В этой группе чаще фиксировалась желтушная форма ГБН – у 20 (52,6%) новорожденных, анемическая форма отмечалась у 12 (31,5%) детей, отечная форма ГБН развилась у 6 (15,8%) детей. Операция заменного переливания крови произведена 32 (76,2%) новорожденным основной группы и 38 (100%) группы сравнения, повторная операция понадобилась 3 (7%) пациентам основной группы и 10 (26%) группы сравнения.

Таким образом, включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий курсов лечебного плазмафеза в сочетании с иммуноглобулинотерапией у беременных с изоиммунизацией по резус-фактору и отягощенным анамнезом позволяет в 1,7 раза снизить частоту тяжелого течения ГБН, в 2 раза – процент преждевременных родов. Дети в основной группе рождались с более легким течением и формой (анемическая, желтушная) заболевания, не отмечалось развития отечной формы ГБ, и неонатальной смертности от этой причины.

Вывод. Включение ПА в комплекс лечебных мероприятий у беременных с высокой степенью резус-сенсibilизации и отягощенным анамнезом позволяет сохранить беременность с рождением жизнеспособных детей.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И ЭФФЕРЕНТНАЯ ГЕМОКОРРЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Черных С.В.

*Донецкий региональный центр охраны материнства и детства
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина*

Среди основных повреждающих факторов у беременных и родильниц, приводящих к развитию критических состояний и требующих интенсивной терапии, следует в первую очередь выделить эндогенную интоксикацию (ЭИ), а отличительной особенностью у акушерских больных является сочетание нескольких факторов формирования синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ), что и определяет его тяжесть. Согласно мнению ведущих ученых, дальнейшее снижение материнской смертности может быть достигнуто при более широком использовании методов активной детоксикации, особенно в сложных клинических ситуациях, когда общепринятая врачебная тактика не дает должного результата.

Целью нашей работы было определить наиболее информативные показатели тяжести ЭИ и показать эффективность лечебного плазмафереза (ПА) в комплексном лечении патологии беременности и послеродового периода, сопровождающейся СЭИ.

Материалы и методы. Обследовано 113 беременных с преэклампсией средней и тяжелой степени (ПЭ), 72 беременные с острым пиелонефритом (ПН) и 108 родильниц с послеродовым сепсисом (ПС), при этом применялись общеклинические, биохимические, иммунологические, гемостазиологические, микробиологические, гистологические, кристаллографические, функциональные, статистические методы исследования. В качестве основных критериев тяжести ЭИ определялось содержание эндотоксина грам-отрицательных бактерий (ЭТ) с помощью хромогенной модификации ЛАЛ-теста, уровень молекул средней массы (МСМ) при длине волны 254 нм, рассчитывался лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Основную группу составили 135 пациенток с указанной патологией, которым в комплекс лечебных мероприятий был включен лечебный ПА, группу сравнения – 158 больных, которым проводились общепринятые лечебно-диагностические мероприятия, и их новорожденные. Группу контроля составили по 58 здоровых беременных, родильниц и новорожденных.

Пациенткам основной группы всего было выполнено 456 сеансов лечебного ПА (беременным с ПЭ – 138, с ПН – 165, родильницам с ПС – 153). Для выполнения прерывистого ПА использовали центрифуги для получения компонентов крови «ROTANTA 460 RS +» (Hettich, Германия), ЦЛП 3–3,5 (Москва, «Биофизприбор») и пластиковые контейнеры фирмы «Равимед» (Польша) с консервантом ЦФДА-1. Непрерывный мембранный одноигольный ПА выполняли с помощью аппаратов «Гемос ПФ-12» и «Гемофеникс» (Россия), используя одноразовый комплект магистралей и плазмодифильтеры «ПФМ-800» (С-Пб) и «Роса» (Москва). Кратность сеансов ПА и промежутки между ними зависели от основного диагноза, тяжести ЭИ, переносимости процедур, динамики состояния больных, восстановления белковых показателей, обычно выполнялось 3–5 сеансов ПА с интервалами между сеансами 12–24–72 часа.

Следует отметить, что особенностями проведения эфферентной гемокоррекции у тяжелых больных является обеспечение двух венозных доступов (одна вена используется для сеанса ПА, в другую параллельно проводится инфузионно-трансфузионное сопровождение); проведение предварительной премедикации (в качестве последней использовали 2,0 мл сибазона, 2,0 мл 1% раствора димедрола, при наличии инфекции, отягощенном аллергологическом анамнезе вводили внутривенно 30–60 мг преднизолона или 8 мг дексаметазона); плазмозамещение проводили в соотношении удаленной плазмы и плазмозаменителей 1 : 1,5–2 кристаллоидными растворами, 6% или 10% раствором гидроксипропилированного крахмала 400 мл («Рефортан», Берлин-Хеми АГ, Германия), по показаниям – 10% раствором альбумина, донорской свежезамороженной плазмой (ДСЗП), иммуноглобулином человеческого нормальным для внутривенного введения 50–100 мл («Биовен-Моно», Биофарма, Украина), а при сепсисе, гипопротеемии, коагулопатии весь объем удаленной плазмы замещали ДСЗП.

Результаты и обсуждение. Согласно анализу полученных данных, с развитием акушерских осложнений выявлено отчетливое повышение токсичности крови, а самые высокие показатели ЭИ отмечались в группе родильниц с ПС и тяжелой ПЭ – в 5 раз выше, чем в соответствующей контрольной группе: содержание ЭТ $22,18 \pm 3,14$ – $26,52 \pm 1,86$ пг/мл, уровень МСМ $0,531 \pm 0,013$ – $0,649 \pm 0,006$ усл.ед., значение ЛИИ $4,89 \pm 0,18$ – $6,29 \pm 1,22$ ед. ($p < 0,05$). Общим признаком синдрома системного воспалительного ответа у беременных и родильниц с изучаемой патологией являлось повышение уровней основных провоспалительных цитокинов (TNF α , IL-1 β , IL-8, IL-6) в сыворотке крови в 3,6–11,2 раза ($p < 0,05$). Показатели системы гемостаза у беременных с ПН свидетельствовали о тенденции к гиперкоагуляции, у беременных с ПЭ и ПС – о наличии гиперкоагуляции и гиперфибринолиза, декомпенсации антикоагулянтного звена гемостаза, что являлось проявлениями развившегося ДВС-синдрома. В изучаемых группах были выявлены различной степени выраженности нарушения иммунологического и биохимического гомеостаза – снижение количества CD3+ (на 20,3–64,2%), CD4+ (на 10,8–44,32%), CD16+ (на 26,1–67,6%), индекса CD4/CD8 в 1,5–1,7 раза; увеличение концентрации ЦИК в 1,5–2,0 раза; гипопротеемия (снижение общего белка плазмы на 15–20%), диспротеинемия, выражавшаяся в снижении в 1,3–1,5 раза альбумино-глобулинового коэффициента, увеличение содержания креатинина в 1,6–2,2 раза, мочевины в 2–3 раза, АСТ, АЛТ в 1,7–6,7 раза ($p < 0,05$).

Положительное влияние ПА на состояние гомеостаза, показатели ЭИ у беременных и родильниц заключалось в снижении содержания ЭТ при ПЭ – в 3,5 раза; при ПН – в 4 раза; при ПС – в 5,0 раз; уровня МСМ при ПЭ – в 2 раза; при ПН – в 1,5; при ПС – в 2,5; значения ЛИИ при ПЭ – в 3,2 раза; при ПН – в 3,8; при ПС – в 4 раза ($p < 0,05$). В группе сравнения при проведении общепринятых мероприятий показатели ЭИ на протяжении всего периода лечения оставались достоверно выше ($p < 0,05$). После лечения по предложенной методике у женщин основной группы уровень изучаемых цитокинов снизился в несколько раз, превышая уровень контрольных значений в 1,4–3 раза. В группе сравнения также наблюдалось снижение уровня провоспалительных цитокинов, но их уровень был выше контрольных показателей в 5,8–7,8 раза, что свидетельствовало о наличии системной воспалительной реакции, несмотря на проведенную терапию. На фоне эфферентной терапии отмечалась нормализация большинства гемостазиологических показателей, улучшение функции печени и почек, что отражалось на данных биохимического исследования крови, положительная динамика иммунного статуса. Достоверно более высокие показатели нарушений гомеостаза в группе сравнения свидетельствовали о недостаточной эффективности традиционной терапии. Клиническая эффективность ПА в комплексном лечении изучаемой акушерской патологии выражалась в стабилизации гемодинамических показателей,

сокращении периода критических проявлений в 1,5–3 раза, пролонгации беременности, снижении перинатальной заболеваемости в 1,5–2 раза, перинатальной смертности – в 2,8 раза, осложнений в послеродовом периоде – в 4 раза; длительности лечения в отделении реанимации – в 2,2–2,7 раза ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Тяжелые акушерские осложнения сопровождаются выраженной ЭИ, системным воспалительным ответом организма, нарушением функции практически всех его органов и систем.

2. Применение ПА в комплексном лечении перинатальных осложнений у беременных и родильниц, сопровождающихся СЭИ, позволяет воздействовать на все патогенетические звенья развития патологического процесса, способствует более быстрому снижению показателей ЭИ, нормализации показателей гомеостаза.

3. Адекватная программа плазмозамещения с применением современных препаратов позволяет успешно произвести эфферентные операции пациенткам с критическими состояниями, избежав возможных осложнений.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Чумаков А.С., Филькина Е.В., Тихонов М.Ю..

ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Минздрава России, г. Иваново, Россия

Целью исследования явилось разработка путей оптимизации медико-организационных аспектов коррекции социально-психологических факторов риска снижения качества перинатальной профилактики.

Материал и методы. Методологической основой исследования явился системный подход к семье как пациенту, что обусловило возможность оценки межличностного взаимодействия членов семьи между собой как внутрисемейных факторов и с внешними психологическими факторами. Сбор информации проведен с использованием комплекса психологических тестов по определению уровня коммуникабельности, эмпатии, тактики выхода из конфликта, мотивации к успеху, ценностных ориентаций, приверженности перинатальной профилактике, методики комплексной оценки психологического потенциала семьи как пациента (400 семей репродуктивного возраста с нарушением и без нарушения репродуктивной функции) и экспертизы качества перинатальной профилактики по свойствам (400 случаев).

Результаты. Установлено снижение психологического потенциала семьи с нарушенной репродуктивной функцией и его роль как фактора риска снижения качества перинатальной профилактики, разработаны и апробированы на уровне субъекта РФ медико-организационные меры по коррекции социально-психологических факторов, связанных с супругами, в том числе школа психолога, система медико-социально-правового информирования семьи, что обеспечило достижение медико-социальной эффективности за счет снижения частоты перинатальной патологии и фетоинфантильных потерь.

Достигнутая медико-социальная эффективность является обоснованием внедрения разработанных рекомендаций в практическое здравоохранение.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РОСТА В ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРОВ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ В ЦИКЛАХ ЭКО

Шарфи Ю.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии, Санкт-Петербург

Цель исследования. Установить наличие факторов роста в цервикальной слизи и их связь с исходами ЭКО.

Материалы и методы. Обследовано 74 женщины в возрасте до 35 лет с бесплодием различного генеза имеющие хороший овариальный резерв. Всем женщинам было выполнено ЭКО и ПЭ с применением протоколов с антагонистами. По стандартному протоколу было выполнено ЭКО у 30 (40,5%) женщин, остальным женщинам проводилось оплодотворение с использованием итрацитоплазматической инъекции сперматозоидов (ИКСИ). Перенос морфологически качественных эмбрионов проводился на четвертые сутки культивирования. В зависимости от исхода лечения ретроспективно были сформированы 2 группы. В I группу вошли 37 (50%) женщин с клинически

подтвержденной беременностью, II группа состояла из 37 (50%) женщин с не наступившей беременностью. Забор цервикальной слизи производился в день переноса эмбрионов. Анализ образцов проводили методом мультиплексного анализа.

Результаты исследования. Средняя доза рекомбинантных гонадотропинов, количество полученных ооцитов и перенесенных эмбрионов не отличались в исследуемых клинических группах. Частота имплантации эмбрионов составила 47,36% (133/63). Частота наступления беременности составила 50%. Не было отмечено внутригрупповых различий в уровне содержания TGF- β в цервикальной слизи, полученной в день переноса эмбрионов. Однако отмечено значительное увеличение концентрации GM-CSF ($p < 0,05$) и VEGF ($p < 0,01$) в I группе женщин. При использовании корреляционного анализа с использованием критерия Кендалла Тау (Z) была выявлена достоверная положительная связь между концентрацией GM-CSF и VEGF и наступлением беременности ($Z = 2,57$, $p < 0,01$; $Z = 2,56$, $p < 0,05$). Эти же тенденции сохранялись при использовании критериев Спирмена (R) и Гамма (Z).

Выводы. Определение концентрации GM-CSF и VEGF в цервикальной слизи в день переноса эмбрионов достоверно коррелирует с наступлением беременности при проведении программ ЭКО.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ГРИППА А(Н1N1)

Швечкова М.В., Кураценко И.И., Страхов Э.В., Попов К.С.

ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», г.Тюмень, Россия.

Цель исследования. Оценить эффективность интенсивной терапии тяжелых форм гриппа А(Н1N1) в акушерстве с использованием сурфактант-терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 14 беременных и родильниц с тяжелой двусторонней пневмонией. 7 (50%) пациенткам с острым респираторным дистресс синдромом (ОРДС) проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и они были досрочно родоразрешены путем операции кесарева сечения в связи с нарастанием гипоксемии. Интенсивная терапия, наряду с адекватной антибактериальной, противовирусной, иммуномодулирующей терапией, включала сурфактант-терапию всем больным с первых суток пребывания в ОРИТ. Больным на ИВЛ Сурфактант-БЛ («Биосурф», Россия) вводился эндотрахеально по 150 мг 2 раза в сутки, больным на самостоятельном дыхании – ингаляционно небулайзером по 75 мг 2 раза в сутки.

Результаты и обсуждение. У всех больных уже к концу первых суток после введения Сурфактанта-БЛ отмечалось улучшение показателей газообмена и биомеханических свойств легких, что позволило снизить параметры вентиляции у больных на ИВЛ и предотвратить прогрессирование дыхательной недостаточности у пациенток на самостоятельном дыхании. Сурфактант-БЛ необходимо было вводить каждые 12 часов в течение 2–3 суток до стойкого повышения индекса оксигенации ≥ 300 мм рт. ст. Среднее пребывание в ОРИТ составило – 7,8 койко-дней. Летальных исходов не было.

Выводы. Своевременное применение сурфактант-терапии при тяжелых пневмониях и ОРДС на фоне гриппа А(Н1N1) в акушерской практике позволяет предотвратить отрицательное влияние критической гипоксемии на организм матери и плода, значительно уменьшить сроки госпитализации в ОРИТ.

НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шibaев А.Н., Гнусaeв С.Ф., Лебедева Т.Ю., Ретунский А.В., Косарева С.С., Герасимов Н.А.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, Тверь

Цель. Выявление нарушений вегетативной регуляции сердечного ритма у недоношенных детей с гипоксическим-ишемическим поражением центральной нервной системы II–III ст.

Пациенты и методы. Обследовано 119 новорожденных детей: I группа – 45 недоношенных со сроком гестации 29–36 недель, массой тела при рождении не менее 1300 г; II группа – 33 недоношенных со сроком гестации 31–36 недель ($34,6 \pm 0,26$ недель), массой тела при рождении от 1700 г ($2482,0 \pm 74,32$ г), у них отсутствовали

признаки тяжелого гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы и состояния, сопровождающиеся продолжающейся постнатальной гипоксией; III группа – 40 доношенных без признаков гипоксии. Новорожденным в возрасте 18–30 суток проводилось холтеровское мониторирование.

Результаты и обсуждение. В структуре патологии недоношенных I группы преобладали синдромы гипоксически-ишемического и/или -геморрагического поражения центральной нервной системы: угнетения, судорожный, гипертензионный, а также их сочетания ($p < 0,05$), у 60% детей – внутричерепные кровоизлияния. 85% детей I группы имели признаки респираторного дистресс-синдрома средней и тяжелой степени и/или врожденной пневмонии. В 55% случаев они нуждались в проведении ИВЛ. У недоношенных детей I и II групп по сравнению с новорожденными III группы были достоверно ниже показатели временного анализа сердечного ритма.

Заключение. У недоношенных новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы II–III степени сердечный ритм характеризуется ригидностью с общей симпатической направленностью и небольшим размахом максимальной и минимальной частоты сердечных сокращений.

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (РСВИ) У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Шулько Е.Е., Лакша О.Т., Сиренко О.И.

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика,
кафедра неонатологии, Киев, Украина*

Актуальность проблемы. В структуре вирусных поражений нижних дыхательных путей РСВ составляет 40–66%, является причинным фактором 90% бронхолитов и 40% пневмоний у детей 1-го года жизни. Ежегодно в мире регистрируют 64 млн. случаев РСВИ, а 1–2% больных нуждаются в госпитализации и интенсивной терапии.

Цель исследования. Изучить факторы риска и особенности клинического течения РСВИ у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Изучено клиническое состояние и обследовано 50 недоношенных новорожденных детей, средний гестационный возраст (ГВ) $28 \pm 2,3$ недели, находящихся на лечении с диагнозом бронхолит или пневмония. Исследование проведено в первые 7–10 дней от начала заболевания с использованием РСВ-стик-тест-системы для экспресс-определения антигена и выявило вирус у 24% новорожденных. Пик заболеваемости (75%) приходился на зимние месяцы. Определена обратная пропорциональная зависимость между ГВ ребенка и развитием заболевания. Основные клинические симптомы: нарушение дыхания, одышка, кашель, брадипное, апное, нестабильная гемодинамика, поражение ЦНС, судороги, субфебрилитет. У 30% детей была бронхолегочная дисплазия, у 3% выявлен врожденный порок развития сердца. Дети с РСВИ нуждались в проведении ИВЛ, коррекции водно-электролитного баланса, парентерального питания.

Выводы. Для детей из группы высокого перинатального риска (недоношенных, ГВ менее 35 недель, с течением бронхолегочной дисплазии, гемодинамически значимым врожденным пороком развития сердца) необходима ранняя скрининговая диагностика и профилактика РСВ инфекции.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У ЭКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Яблонь О.С., Власенко Д.Ю.

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова
г. Винница, Украина*

Дети с экстремально низкой массой тела (500–999 г) находятся в группе наибольшего риска развития хронической патологии и связанной с ней инвалидизации [D. Bassler et al., 2009; Е. П. Бомбардинова и соавт., 2009]. Официальная статистика не располагает данными о последствиях выхаживания таких детей и уровне их медико-социальной реабилитации.

Цель исследования. Установить отдаленные последствия у недоношенных детей, родившихся с массой тела < 1000 г и достигших коррегированного возраста 12 месяцев или более.

Материалы и методы. В исследование включено 70 недоношенных детей с весом при рождении от 560 до 980 г и гестационным возрастом 23–28 недель, выписанных из отделения выхаживания недоношенных.

Результаты и их обсуждение. 21% детей имели неблагоприятный отдаленный результат – детский церебральный паралич, глухоту, 4,3% умерли на первом году жизни вследствие тяжелых кровоизлияний в мозг, 31,9% детей имели задержку психомоторного развития, остальные 42,8% были относительно здоровы. Установлено, что мужской пол и длительный безводный промежуток (≥ 24 ч) ассоциируются с худшим прогнозом. Антенатальная стероидная профилактика в сочетании с кесаревым сечением ассоциировались с лучшими результатами. Дети с неблагоприятными последствиями достоверно чаще в неонатальном периоде имели внутриутробные инфекции, тяжелые ВЖК и кистозную ПВЛ, БЛД тяжелой степени и перинатальный сепсис.

Выводы. Экстремально недоношенные дети имеют высокую заболеваемость в постнеонатальном периоде, приводящую к инвалидности каждого пятого ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ

Яблонь О.С., Саврун Т.И.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, г. Винница, Украина

Острое поражение почек у новорожденных привлекает все большее внимания исследователей, как предиктор хронического заболевания в старшем возрасте.

Цель. Изучить особенности почечного кровотока у недоношенных новорожденных с массой тела < 1500 г, перенесших перинатальную гипоксию.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование почечного кровотока проводилось на аппарате LOGIQ Book XP в режиме «серой шкалы», цветовой и спектральной доплерографии у 50 недоношенных новорожденных на 5-7 день жизни.

Результаты и их обсуждение. При проведении дуплексного сканирования получены следующие данные: максимальная систолическая скорость потока в стволе правой почечной артерии (V_{max}) – $22,13 \pm 8,68$ см/с, конечная диастолическая скорость потока (V_{min}) – $10,55 \pm 5,03$ см/с, максимальная систолическая скорость потока в стволе левой почечной артерии (V_{max}) – $22,52 \pm 6,92$ см/с, конечная диастолическая скорость потока (V_{min}) – $6,57 \pm 5,40$ см/с. Индекс резистентности равнялся 0,99 и 1,02, с регистрацией феномена диастолического «обкрадывания», что свидетельствовало о низкой перфузии органа и риске развития почечной недостаточности.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о нарушении почечной гемодинамики на фоне перинатальной гипоксии и глубокой недоношенности.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абдрахманова Л.Р. 3
Абдулаева Ш.Т. 3
Акопян Р.А. 4
Алексеева С.В. 64, 65
Алексинская Е.А. 29, 40
Алексинская Е.С. 4
Амидхонова С.А. 6
Аманжолова А.А. 43
Анциферова Ю.С. 4
Арнт О.С. 5
Ахмеджанова З.М. 14, 16

Б

Баиров В.Г. 6, 53
Байлюк Е.Н. 10
Барабанова Л.В. 7
Бараташвили Г.Г. 8, 14, 20, 22
Баринов В.А. 17
Баркун Г.К. 7, 49, 56
Бастракова Д.Г. 77
Батракова Т.В. 8, 17, 27
Бахтина Т.Ж. 56
Баутин А.Е. 50, 65
Беженарь В.Ф. 10, 11, 60
Бею Т.Р. 12
Бирюкова Т.В. 12
Блох М.Е. 12
Бобров С.А. 13
Бойко Е.Л. 13, 16, 85
Бойцова А.В. 52
Бойченко А.Д. 70
Большакова М.В. 67
Борзова Н.Ю. 45, 48
Боровик Н.В. 81
Бурина Е.А. 37
Быстрых О.А. 24

В

Вагина Е.С. 22
Васильев В.Е. 6, 8, 14, 17, 19, 20, 22, 31
Васильева Е.Ю. 61
Васильева И.А. 70
Васильева М.Е. 15
Васильева Т.П. 16, 59
Ветров В.В. 8, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 27, 31, 32, 71, 72
Виноградова М.А. 24
Витушко А.Н. 25
Вихтинская И.А. 76
Власенко Д.Ю. 90
Власюк В.В. 26
Воинов В.А. 27, 29, 31
Волкова А.В. 29
Волкунович Т.А. 30, 46, 57, 77
Волосников Д.К. 77

Воробьева Е.А. 49
Воронин Д.В. 30, 48
Воропаева И.Н. 12
Вохмянина Н.В. 57
Вьюгов М.А. 31, 32

Г

Гаджиева Т.С. 5
Гамзатова З.Х. 35
Герасимов Н.А. 89
Глазкова С.В. 35
Гнедько Т.В. 25, 36
Гнусаев С.Ф. 55, 89
Говоруха И.Т. 36
Грандилевская И.В. 37
Гренкова Ю.М. 13
Гринева Е.Н. 67
Гриценко В.А. 12
Гудкова О.Е. 64, 65
Гуменюк Е.Г. 47
Гусак Ю.К. 38
Гусак Н.Ю. 38
Гусева Е.С. 11
Гусина А.А. 60
Гусина Н.Б. 60

Д

Давыдова Т.В. 74
Данилова Т.П. 6
Дворяшина И.В. 39
Дедуль А.Г. 39
Денисова В.М. 3, 40
Добрынина М.Л. 40
Добряков И.В. 41
Долгошапко О.Н. 42
Дологова Н.В. 49, 70
Дронова А.В. 67
Дудниченко Т.А. 19, 71, 72
Дурнова А.О. 40, 80

Е

Ермолаева О.С. 43, 83

Ж

Жавнерова В.В. 68
Жесткова Н.В. 29
Жидков М.В. 33
Жирнова Е.В. 14
Жолобов Ю.Н. 58
Жук С.В. 40, 42
Жуманазаров Н.А. 43
Журавлева Л.Н. 49

З

Заболоцких Е.И. 44
Зазерская И.Е. 61, 62, 75
Зиятдинова Г.М. 62
Зобикова О.Л. 45
Зубарева Т.М. 30, 46, 57, 77

И

Ибрагимова Н.В. 12
Иваненкова Н.И. 45
Иванов Д.О. 8, 14, 20, 22, 27, 31, 32, 71, 72
Иващенко Т.Э. 60
Исакович Л.В. 45
Исаулов О.В. 29

К

Кадырова Л.В. 46
Казьянин А.В. 83
Калинина Е.А. 30, 46, 57, 77
Карамурзова А.А. 59
Карпченко А.В. 47, 48
Карпов К.П. 30, 48
Карчевский К.С. 29
Кветной И.М. 40
Клычева М.М. 29, 58
Козырина А.А. 58
Коконина Ю.А. 19
Колобова А.В. 48
Комличенко Э.В. 6, 30, 35, 39, 46, 50, 57, 65, 77, 81
Копейкин П.М. 80
Кормакова Т.Л. 47, 48
Корлякова М.Н. 30, 48
Косарева С.С. 89
Косенкова Е.Г. 7, 49, 56
Кочерова О.Ю. 49, 70
Кураченко И.И. 89
Кречмар М.В. 12
Крылова Ю.С. 50
Кудлачев В.А. 50, 65
Кудряшова А.В. 45, 46, 84
Кузнецов Р.А. 51
Кузьменко Г.Н. 29, 51, 67
Кузьмичев В.С. 43, 83
Кулида Л.В. 13, 52
Кутуева Ф.Р. 67

Л

Лазаревич А.А. 52, 61
Лазурина И.Г. 53
Лакша О.Т. 90
Ланцбург М.Е. 53
Лебедева О.П. 44, 66, 76
Лебедева Т.Ю. 55, 89
Лильин Е.Т. 35, 55

Лихачева А.С. 56
Лысенко И.М. 7, 49, 56
Лязина Л.В. 57

М

Малушко А.В. 30, 46, 57, 77
Мальшкина А.И. 16, 58, 59
Мамаева Т.В. 22
Манис С.С. 58
Мануйлова Т.Ю. 59
Матвеева Е.А. 85
Митря И.В. 24
Моисеева О.М. 50
Молотков А.С. 60
Мусина Д.М. 3
Мясников С.О. 60

Н

Назаров С.Б. 4, 29, 51, 58, 67
Назарова А.О. 4, 29, 58
Наумчик И.В. 52
Несчислаев В.А. 80
Николаева А.Е. 67
Николаева А.М. 83
Николаевский М.А. 47
Николаенков И.П. 61, 75
Новикова И.В. 52, 61
Новикова Т.В. 61

О

Овсянников Ф.А. 76
Олейник О.А. 74
Осипова Н.А. 62

П

Павловская Е.А. 62
Панова И.А. 58, 63, 84
Парейшвили В.В. 63
Парккинен М.П. 67
Парфен Е.В. 6
Пахомов А.В. 76
Пахомов С.П. 44, 66
Перетятко Л.П. 15, 51
Перехватова Ю.А. 48
Песикин О.Н. 59
Перепелица С.А. 64, 65
Петрова С.Н. 82
Печеникова В.А. 4
Пленкина С.В. 83
Побединцева Ю.А. 50, 65, 81
Погудкин Б.В. 66
Пологойко Г.П. 66

Полякова В.О. 40
Попов К.С. 89
Попова И.Г. 29, 67
Попова П.В. 67
Пронина Е.В. 68
Посисеева Л.В. 4, 29
Потин В.В. 40, 61, 75
Приворотский В.В. 62
Проценко Е.В. 15
Птушкина Л.Ю. 82
Пугачев А.А. 22
Пугина Н.А. 8, 14, 20
Пунгина М.Ю. 68
Пыхтина Л.А. 49, 70
Пьянова И.В. 6, 14

Р

Радюшкина Е.А. 63
Раев А.Б. 80
Редько И.И. 56
Ретунский А.В. 89
Решетова Т.В. 43, 83
Рига Е.А. 70
Рищук С.В. 70
Розенберг О.А. 71
Рокотьянская Е.А. 63
Романенко О.П. 57
Романова М.В. 13
Рощупкина И.А. 71, 72
Рулев В.В. 40, 61
Рулев М.В. 7
Румянцева Н.В. 45
Русина Е.И. 11
Рябокоть Н.Р. 74
Рязанов В.В. 62, 76

С

Саврун Т.И. 91
Садыкова Э.Р. 67
Самойлова Ю.Г. 74
Самсонова Т.В. 59
Самойлович Я.А. 61, 75
Сафронова Н.Ю. 75
Селиверстова М.С. 76
Семенова Е.С. 76
Сенатрова А.В. 70
Сентябрева М.С. 14
Сергеева И.В. 82
Сергунова В.А. 64, 65
Серебрякова Е.Н. 77
Сидоркевич С.В. 14, 20
Сиренко О.И. 90
Ситкин С.И. 30, 46, 57, 77
Ситникова О.Г. 29, 58, 67
Скотти О.С. 7

Смердова Е.Ф. 78
Смирнов А.Г. 79
Смирнова Е.В. 63
Соболева И.Н. 74
Сокольник В.П. 60
Солодовникова Н.Г. 74
Сосин С.А. 62, 79
Сотникова Н.Ю. 45, 46, 48
Столбова М.Г. 80
Столица А.А. 81
Страхов Э.В. 85
Судалина М.Н. 80
Сытова Л.А. 58

Т

Тарасова М.А. 61, 75
Тарасова Т.К. 76
Тагарова Н.А. 70
Татыкаева У.Б. 43
Таюрская М.О. 19
Тимофеева Е.М. 61, 75
Тиселько А.В. 81
Тихонов М.Ю. 16, 88
Ткаченко Е.И. 30
Ткаченко К.Г. 82
Троик Е.Б. 5, 43, 82, 83
Труфанов Г.Е. 62

У

Уколов Д.В. 6
Уквальберг М.Е. 48
Устинович Ю.А. 25

Ф

Федерякина О.Б. 55
Фельдблюм И.В. 83
Филькина Е.В. 16, 67, 84, 88
Филькина О.М. 49, 70, 84

Х

Хадонов С.О. 6
Харламова Н.В. 85
Хлипунова Д.А. 63, 84
Хорошкеева О.В. 24
Хурс О.М. 45

Ц

Цицкарава Д.З. 10

Ч

Чаша Т.В. 59, 85
Чермных С.В. 85, 86
Чумаков А.С. 84, 88
Чурносов М.И. 76

Ш

Шанина Т.Г. 70
Шаповалова Н.Н. 47
Шарфи Ю.Н. 88
Швед Н.Н. 60
Швечкова М.В. 89
Шевелева Т.С. 39
Шибает А.Н. 89
Шилова Н.А. 85
Шибает А.Н. 55

Шульпина Е.Ю. 4, 40

Шунько Е.Е. 90

Щ

Щеголева Н.А. 6

Ю

Юнес И.В. 56

Юхно Е.А. 62

Я

Яблонь О.С. 90, 91

Ярмолинская М.И. 3, 40, 59, 60, 75

ПРАВИЛА ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

(составлены с учетом «Единых требований к рукописям, предоставляемым в биомедицинские журналы», разработанных Международным комитетом редакторов медицинских журналов)

«Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» представляет на своих страницах оригинальные статьи, обзоры литературы, клинические лекции и наблюдения, учебно-методические публикации. Значительное место будет отведено отечественным и зарубежным публикациям, представляющим новые технологии оказания высоко-технологичной медицинской помощи.

В приложениях к журналу, в соответствии с двусторонними соглашениями между Центром и зарубежными профессиональными медицинскими обществами и ассоциациями, предполагается издавать в русском переводе международные рекомендации по лечению и диагностике в области кардиологии, сердечно-сосудистой хирургии, эндокринологии, гематологии и трансфузиологии.

Издание рассчитано на широкий круг читателей — врачей-специалистов, терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей, студентов медицинских ВУЗов, научных работников и преподавателей — и отражает современные взгляды на необходимость развития междисциплинарного подхода к решению проблемы снижения смертности и увеличения продолжительности жизни в РФ.

В журнале имеются следующие разделы: 1) передовые и редакционные статьи; 2) оригинальные статьи; 3) обзоры и лекции; 4) рекомендации для практического врача; 5) дискуссии; 6) краткие сообщения; 7) исторические очерки; 8) информация о планах проведения конференций, симпозиумов, съездов; 9) реклама.

Общими критериями для публикации статей в журнале «Артериальная гипертензия», являются актуальность, новизна материала и его ценность в теоретическом и/или прикладном аспектах. Редакция обеспечивает экспертную оценку (рецензирование) рукописей. На основании двух письменных рецензий и заключения редколлегии рукопись принимается к печати, отклоняется или возвращается автору (авторам) на доработку.

Редакция оставляет за собой право публиковать принятые к печати статьи в том виде и последовательности, которые представляются оптимальным для журнала.

Оформление рукописи. Статьи представляются в редакцию в двух экземплярах, напечатанных на одной стороне белой непрозрачной бумаги формата А4 (210 × 297 мм). Текст должен быть напечатан через 2 интервала, черно-белым шрифтом «Times New Roman» (шрифт 14), с полями: сверху — 20 мм, слева — 30 мм, справа — 10 мм, снизу — 25 мм; а также на электронных носителях или по электронному адресу: bulletin@almazovcentre.ru.

Все страницы должны быть последовательно пронумерованы. Рукопись оригинальных статей (и кратких сообщений) должна включать в себя следующие разделы: 1) титульный лист; 2) резюме; 3) ключевые слова; 4) введение; 5) материалы и методы; 6) результаты; 7) обсуждение; 8) список литературы; 9) иллюстрации; 10) подписи к рисункам; 11) таблицы.

Титульный лист печатается на отдельной странице и включает: ФИО, должность и ученую степень автора (всех соавторов), место (места) выполнения работы и подписи всех авторов (заверяющие согласие на научное и литературное редактирование статьи и передачу редакции журнала прав на статью в отредактированном виде). В нижней части этого листа следует указать ФИО, полный почтовый адрес, телефон, факс и e-mail автора, с которым редакция будет поддерживать контакт. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу

научного руководителя. В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

Резюме (Abstract) на русском и английском языках объемом не более 200 слов, включающее ФИО авторов и место выполнения работы, ключевые слова (не более 5). Резюме оригинальной статьи должно включать разделы: актуальность (необязательно) (Background), цель исследования (Objective), материалы и методы (Design and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion).

Список литературы составляется в соответствии с ГОСТ РФ 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка» в порядке цитирования, на отдельной странице. Фамилии иностранных авторов в тексте даются в оригинальной транскрипции (в случае, когда число авторов превышает 3, используются формулировки «et al.» и «и соавт.»). Ссылки на литературу, цитируемую в тексте статьи, даются нумерацией арабскими цифрами в квадратных скобках (например, [1]).

Таблицы. Каждая таблица должна быть напечатана на отдельной странице, иметь номер (арабскими цифрами) и название (без сокращений). Таблицы должны располагаться в порядке упоминания в статье (в тексте дается указание, например, табл. 1). Все графы в таблице должны иметь заголовки; все сокращения — расшифрованы в конце таблицы.

Рисунки должны быть выполнены в двух экземплярах на одной стороне отдельных листов плотной белой гладкой бумаги, а также в электронном виде в форматах *.tif, *.ps, *.bmp (Excel, PowerPoint, Word для графиков и диаграмм). Размер фотографий 9 × 12 см. На обратной стороне каждого рисунка или фото указываются ФИО первого автора, название статьи, номер рисунка и отмечается верх и низ. На рисунке должно быть минимальное количество обозначений, все пояснения выносятся в подпись под рисунком. Для всех иллюстративных материалов в тексте указывается место (в тексте дается указание, например, рис. 1).

Для оригинальной статьи суммарный объем (все разделы) не должен превышать 15 страниц (бумага А4), напечатанных через 2 интервала; для краткого сообщения — 4 страниц; число иллюстраций — не более 3, количество цитированных источников — не более 15. Объем и оформление других видов работ (обзор, лекции или иное) согласуется с редакцией заранее. В материалах, направленных в журнал, должна быть использована система СИ, за исключением размерности величин, традиционно измеряемых в других мерах.

Все аббревиатуры, используемые в статье, должны быть расшифрованы, кроме символов химических элементов и сокращенных названий общеизвестных метрических единиц.

Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять принятые работы.

Направление в редакцию работ, уже переданных в другие издания или напечатанных в них, не допускается. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются. Рукописи, оформленные с нарушением правил, редакцией не рассматриваются.

Оформленные в соответствии с настоящими правилами рукописи следует направлять по адресу:

197341 Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова». Редакция журнала «Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова».

Тел./факс +7 (812) 702-37-16.

Текущую информацию по журналу можно получить на сайте ФГУ ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова:

www.almazovcentre.ru



Мальтофер® Фол

Вкусное и полезное железо

**Железа (III) гидроксид полимальтозный комплекс (100 мг)
+ фолиевая кислота (0,35 мг)**

- **Высокий профиль безопасности — низкий риск возникновения побочных эффектов³**
- **Быстрое восполнение дефицита железа¹**
- **Лечение и профилактика железодефицитной анемии у женщин и беременных**
- **Оптимальное сочетание железа и фолиевой кислоты в одной таблетке²**



1 Beruti, E. (1978) Oral treatment of multi-deficiency anemias of pregnant women with a combination of ferric polymaltose, folic acid and vitamin B12. Study report. 2 Geisser, P., Hohl, H., and Mueller, A. / (1987) Klinische Wirksamkeit dreier verschiedener Eisenpräparate an schwangeren. Schweiz. Apothek 14: 393–398. 3 Jacobs, P., Wood, I., and Bird A.R. (2000) Better tolerance of iron polymaltose complex compared with ferrous sulfate in the treatment of anemia. Hematology, Vol. 5: 77–83. Информация для специалистов здравоохранения. Рег. уд. П № 011982/01. Имеются противопоказания. Полная информация в инструкции по применению. ООО «Такеда Фармасьютикалс»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр. 1. Тел.: +7 (495) 933 55 11, факс: +7 (495) 502 16 25. www.takeda.com.ru

Показания: лечение латентного и клинически выраженного дефицита железа, профилактика дефицита железа и фолиевой кислоты, в том числе до, во время и после беременности. Противопоказания: перегрузка железом, нарушение утилизации железа, нежелезодефицитные анемии. Побочные эффекты: очень редко (больше или равно 0,001% и меньше 0,01%) могут отмечаться признаки раздражения желудочно-кишечного тракта, такие как ощущение переполнения, давления в эпигастриальной области, тошнота, запор или диарея, а также аллергические реакции на фолиевую кислоту. Способ применения и дозы: препарат предназначен для приема внутрь. Дозировка препарата и продолжительность терапии зависят от выраженности дефицита железа. Суточная доза препарата может приниматься один раз в день. Мальтофер® Фол в таблетках следует принимать во время или сразу после еды. Их можно разжевывать или глотать целиком. Лечение клинически выраженного дефицита железа: 1 таблетка 1–3 раза в день в течение 3–5 месяцев. После этого прием препарата следует продолжить в течение еще нескольких месяцев для того, чтобы восстановить запасы железа в организме (1 таблетка в день). Беременным женщинам следует принимать 1 таблетку Мальтофер® Фол 2–3 раза в день до нормализации гемоглобина. Затем терапию следует продолжить в дозировке 1 таблетка в день как минимум до родов, для восстановления запасов железа. Для терапии латентного дефицита железа и для профилактики недостаточности железа и фолиевой кислоты пациентам следует принимать 1 таблетку препарата в день. Особые указания: одна таблетка Мальтофер® Фол содержит 0,04 хлебных единиц, что необходимо учитывать при назначении препарата пациентам с сахарным диабетом.




Дата выпуска рекламы: октябрь 2013.

ЭЛЕВИТ®
ПРОНАТАЛЬ

Чтобы малыш
родился здоровым



Единственный витаминно-минеральный комплекс для беременных с клинической доказательной базой¹

-  **Предупреждает возникновение врожденных пороков развития²**
-  **Помогает снизить частоту тошноты и головокружений при беременности³**
-  **Покрывает суточную потребность в витаминах и минералах в период беременности и лактации⁴**

РУ П N015935/01 от 14.07.2009

¹ В. М. Студеникин. Витаминно-минеральные комплексы для беременных: основа формирования неврологического здоровья матери и ребенка. Лечащий врач №03 2009

² Применение поливитаминных комплексов, содержащих фолиевую кислоту, в период зачатия (A. Czeizel). Европейский журнал акушерства и гинекологии (1998).

³ Влияние приема поливитаминов/минералов в период зачатия на головокружение, тошноту и рвоту в первом триместре беременности (A. Czeizel, I. Dudas, G. Fritz and all / Arch.Ginecol. Obstet., 1992, 251,181-185).

⁴ Врожденные пороки развития как следствие дефицита витаминов: систематический анализ и практические выводы. Громова О. А. Акушерство и гинекология 2013

Рекламный материал для медицинских и фармацевтических работников

Краткая информация по медицинскому применению препарата Элевит® Пронаталь Фармакологическое действие. Поливитаминно-минеральный комплекс. Содержит 12 основных витаминов, 4 минерала и 3 микроэлемента. Количество витаминов соответствует дозам, которые рекомендованы для рациона питания беременных и кормящих женщин. Специально создан для обеспечения нормальной беременности с соблюдением оптимальных дозировок микроэлементов. В период беременности и во время лактации препарат восполняет потребность в витаминах и микроэлементах, необходимых для нормального течения беременности. **Фармакокинетика.** Действие препарата Элевит® Пронаталь является совокупным действием его компонентов. **Показания к применению препарата ЭЛЕВИТ® ПРОНАТАЛЬ** — профилактика и лечение гиповитаминоза, авитаминоза, недостатка минеральных веществ и микроэлементов при беременности, после родов и в период грудного вскармливания. **Режим дозирования.** Женщинам до беременности, при беременности, после родов и в период грудного вскармливания рекомендуется принимать внутрь по 1 таблетке/сут после приема пищи, запивая небольшим количеством воды. **Курс приема препарата** — по рекомендации врача. **Побочное действие.** Возможны желудочно-кишечные нарушения (запор), которые не требуют отмены препарата; аллергические реакции. **Противопоказания к применению препарата ЭЛЕВИТ® ПРОНАТАЛЬ** — повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата. Не рекомендуется длительно использовать при гипервитаминозе витамина А и/или D, гиперкальциемии, гиперкальциурии, мочекаменной болезни, нарушениях усвояемости железа. **Особые указания.** В случае необходимости приема других лекарственных препаратов в сочетании с Элевит® Пронаталь, между приемами следует соблюдать интервал около 2 ч. Возможно окрашивание мочи в желтый цвет, что обусловлено наличием в препарате рибофлавина. **Передозировка.** Вероятность передозировки витаминов и минералов, содержащихся в препарате в рекомендованной дозе, отсутствует. **Условия отпуска из аптек.** Препарат разрешен к применению в качестве средства безрецептурного отпуска. **Условия и сроки хранения** — препарат следует хранить в защищенной от влаги, недоступной для детей месте при температуре не выше 25°С. Срок годности - 2 года.

ЗАО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел.: 8 (495) 231 12 00, факс: 8 (495) 231 12 02.



150 Years
Science For A Better Life®

* 150 Лет Наука Для Лучшей Жизни

Левемир® + НовоРапид®:

безопасная и эффективная комбинация у взрослых, детей с 2-х лет и беременных¹⁻⁷

Новые показания Левемир®:

- Дети с 2-х лет
- Беременные

RU Lev-NR_23.04.2013

Левемир® & НовоРапид®: Вместе к новой жизни!

1. A. Dornhorst et al. Safety and efficacy of insulin detemir basal-bolus therapy in type 1 diabetes patients: 14-week data from the European cohort of the PREDICTIVE study. *Current medical research and opinion*, 2008 (24); 2: 369-376. 2. I. DeLeeuw et al. Insulin detemir used in basal-bolus therapy in people with type 1 diabetes is associated with lower risk of nocturnal hypoglycemia and less weight gain over 12 months in comparison to NPH insulin. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2005 (7): 73-82. 3. P.C. Bartley et al. Long-term efficacy and safety of insulin detemir compared to Neutral Protamine Hagedorn insulin in patients with type 1 diabetes using a treat-to-target basal-bolus regimen with insulin aspart at meals: a 2-year, randomized, controlled trial. *Diabetes Medicine*, 2008 (25): 442-449. 4. Mathiesen ER et al. Maternal efficacy and safety outcomes in a randomized, controlled trial comparing insulin detemir with NPH insulin in 310 pregnant women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 2012;35:2012-2017. 5. Thalange N, et al. Treatment with insulin detemir or NPH insulin in children aged 2-5 yr with type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Diabetes*, 2011;12(7):632-41. 6. Инструкция по медицинскому применению препарата Левемир® ФлексПен®/НовоРапид® ПенФилл®. 7. Инструкция по медицинскому применению препарата Левемир® ФлексПен®/Левемир® ПенФилл®.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Левемир® ПенФилл®, Левемир® ФлексПен® Раствор для подкожного введения 100 ЕД/мл. Краткая информация для специалистов по медицинскому применению препарата Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® (более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению) **Регистрационный номер:** Левемир® ПенФилл® ЛС-000597 от 18.01.2010, Левемир® ФлексПен® ЛС-000596 от 11.01.2010. **МНН:** инсулин детемир. **Показания к применению:** Сахарный диабет у взрослых, подростков и детей старше 2 лет. **Противопоказания:** повышенная индивидуальная чувствительность к инсулину детемир или любому из компонентов препарата. Не рекомендуется применять препарат Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® у детей до 2 лет, т.к. клинические исследования у детей младше 2 лет не проводились. **Способ применения и дозы:** Левемир® ПенФилл®, Левемир® ФлексПен® предназначен для подкожного введения. Доза и кратность введения препарата определяется индивидуально в каждом конкретном случае. Лечение препаратом Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® в комбинации с пероральными гипогликемическими препаратами рекомендуется начинать с одного раза в сутки в дозе 10 ЕД или 0,1-0,2 ЕД/кг. Доза препарата Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® должна подбираться индивидуально на основании показателей глюкозы плазмы. Если препарат Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® используется как часть базис-болового режима, его следует назначать 1 или 2 раза в день, исходя из потребности пациента. Пациенты, которым требуется применение препарата дважды в день для оптимального контроля уровня глюкозы, могут вводить вечернюю дозу либо во время ужина, либо перед сном. Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® вводится подкожно в область бедра, передней брюшной стенки или плечо. Места инъекций следует менять даже при введении в одну и ту же область. Коррекция дозы: как и при использовании других инсулинов, у пожилых пациентов и пациентов с почечной или печеночной недостаточностью следует более тщательно контролировать концентрацию глюкозы в крови и корректировать дозу инсулина детемир индивидуально. Коррекция дозы может быть также необходима и при усилении физической активности пациента, изменении его обычной диеты или при сопутствующем заболевании. **Перевод с других препаратов инсулина:** перевод с инсулинов средней продолжительности действия и пролонгированных инсулинов на препарат

Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® может потребовать коррекции дозы и времени введения. Как и при использовании других препаратов инсулина, рекомендуется тщательный контроль концентрации глюкозы в крови во время перевода и в первые недели назначения нового препарата. Возможно, потребуются коррекция сопутствующей гипогликемической терапии (доза и время введения короткодействующих препаратов инсулина или доза пероральных гипогликемических препаратов). **Побочное действие:** побочные реакции, наблюдаемые у пациентов, применяющих препарат Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен®, являются основным дозозависимыми и развиваются вследствие фармакологического эффекта инсулина. Гипогликемия, как правило, является наиболее частым побочным эффектом. **Применение в период беременности и грудного вскармливания:** При применении препарата Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® во время беременности необходимо учитывать, насколько преимущественно его применение превосходит возможный риск. Одно из рандомизированных контролируемых клинических исследований с участием беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа, в ходе которого изучались эффективность и безопасность комбинированной терапии препаратом Левемир® ПенФилл®/Левемир® ФлексПен® с инсулином аспарт (152 беременным), по сравнению с стерильной изодан-инсулином в сочетании с инсулином аспарт (158 беременным), не выявило различий в общем профиле безопасности во время беременности, в исходах беременности или здоровье плода и новорожденного. У кормящих женщин может потребоваться коррекция дозы инсулина и диеты. **Одновременное применение препаратов группы тиазолидиндиона и препаратов инсулина.** Сообщалось о случаях развития хронической сердечной недостаточности при лечении пациентов тиазолидиндионами в комбинации с препаратами инсулина, особенно при наличии у таких пациентов факторов риска развития хронической сердечной недостаточности. Следует учитывать данный факт при назначении пациентам комбинированной терапии тиазолидиндионами и препаратами инсулина. **Срок годности:** 30 месяцев. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Производитель:** Ново Нордиск А/С Ново Апле, DK-2880 Багсваерд, Дания.

НовоРапид® ФлексПен® (NovoRapid® FlexPen®) Регистрационный номер: П N016171/01. **Торговое название:** НовоРапид® ФлексПен®. **МНН:** Инсулин аспарт. **Лекарственная форма:** Раствор для подкожного и внутривенного введения. **Фармакотерапевтическая группа:** Гипогликемическое средство, аналог человеческого инсулина короткого действия. Код АТХ - A10AB05. **Фармакокинетика.** После подкожного введения инсулина аспарт время достижения максимальной концентрации (C_{max}) в плазме крови в среднем в 2 раза меньше, чем после введения растворимого человеческого инсулина. Максимальная концентрация в плазме крови (C_{max}) в среднем составляет 492±256 пмоль/л и достигается через 40 минут после подкожного введения дозы 0,15 ЕД/кг массы тела пациентом с сахарным диабетом 1 типа. Концентрация инсулина возвращается к исходному уровню через 4-6 часов после введения препарата. Внутриндивидуальная вариабельность по l_{max} существенно ниже при использовании инсулина аспарт, по сравнению с растворимым человеческим инсулином, тогда как указанная вариабельность в спике для инсулина аспарт больше. **Пожилые:** Относительные различия фармакокинетики между инсулином аспарт и растворимым человеческим инсулином у пожилых больных (65-83 лет, средний возраст 70 лет) сахарным диабетом 2 типа были схожи с таковыми у здоровых добровольцев и у более молодых больных сахарным диабетом. Недостаточность функции печени: Было проведено исследование фармакокинетики при введении однократной дозы инсулина аспарт 24 пациентам, функция печени которых находится в диапазоне от нормальной до тяжелой формы нарушения. Глобада по уровню концентрации-времени, максимальная концентрация в плазме и общий клиренс препарата (AUC_{0-24} , C_{max} и Cl_{TB}) были схожими у лиц со сниженной и нормальной функцией печени. Недостаточность функции почек: Было проведено исследование фармакокинетики инсулина аспарт у 18 пациентов, функция почек которых колебалась от нормальной до тяжелой формы нарушения. Не было обнаружено явного влияния величины клиренса креатинина на AUC_{0-24} , C_{max} , $t_{1/2}$ инсулина аспарт. **Показания к применению.** Сахарный диабет у взрослых, подростков и детей старше 2 лет. **Противопоказания.** Повышенная индивидуальная чувствительность к инсулину аспарт или любому из компонентов препарата. Не рекомендуется применять НовоРапид® у детей до 2 лет, т.к. клинические исследования у детей младше 2 лет не проводились. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания.** НовоРапид® ФлексПен® можно назначать при беременности. В период грудного вскармливания НовоРапид® ФлексПен® может применяться, т.к. введение инсулина женщине в период кормления грудью не представляет угрозы для ребенка. **Одновременное применение препаратов группы тиазолидиндиона**

и препаратов инсулина. Сообщалось о случаях развития хронической сердечной недостаточности при лечении пациентов тиазолидиндионами в комбинации с препаратами инсулина, особенно при наличии у таких пациентов факторов риска развития хронической сердечной недостаточности. Следует учитывать данный факт при назначении пациентам комбинированной терапии тиазолидиндионами и препаратами инсулина. При назначении такой комбинированной терапии необходимо проводить медицинские обследования пациентов на предмет выявления у них признаков и симптомов хронической сердечной недостаточности, увеличения массы тела и набухания стенок. В случае ухудшения у пациентов симптоматики сердечной недостаточности лечение тиазолидиндионами необходимо прекратить. **Способ применения и дозы.** НовоРапид® ФлексПен® представляет собой быстродействующий аналог инсулина. Доза НовоРапид® ФлексПен® определяется врачом индивидуально в соответствии с потребностями пациента. Обычно индивидуальная суточная потребность в инсулине у взрослых и детей составляет от 0,5 до 1 ЕД/кг массы тела. НовоРапид® ФлексПен® имеет более быстрое начало и меньшую продолжительность действия, чем растворимый человеческий инсулин. Благодаря более быстрому началу действия, НовоРапид® ФлексПен® следует вводить, как правило, непосредственно перед приемом пищи, при необходимости можно вводить вскоре после приема пищи. Благодаря меньшей продолжительности действия по сравнению с человеческим инсулином, риск развития ночных гипогликемий у пациентов, получающих НовоРапид® ФлексПен®, ниже. **Способы группы пациентов:** Дети и подростки. Применять НовоРапид® ФлексПен® вместо растворимого человеческого инсулина у детей предпочтительнее в том случае, когда необходимо быстрое начало действия препарата, например, когда ребенку трудно соблюдать необходимый интервал времени между инъекцией и приемом пищи. НовоРапид® может использоваться для продолжительных подкожных инсулиновых инфузий (ПИИ) в инсулиновых насосах, разработанных для инфузий инсулина. **Внутривенное введение.** При необходимости, НовоРапид® может вводиться внутривенно, но только квалифицированным медицинским персоналом. **Меры предосторожности при использовании.** НовоРапид® ФлексПен® и иглы предназначены только для индивидуального использования. Не допускается повторное заполнение картриджа шприца НовоРапид® ФлексПен® нельзя использовать, если он перестал быть прозрачным и бесцветным, или если он был заморожен. В экстренных случаях (госпитализация, неисправность устройства для введения инсулина) НовоРапид® для введения пациенту можно извлечь из ФлексПен® с помощью иглового шприца U100.

Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению препаратов



Представительство компании Ново Нордиск А/С
 Россия, 119330, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 38, оф. 11
 Тел.: +7 (495) 956-11-32, факс: +7 (495) 956-50-13
 Горячая линия «Сахарный диабет»: 8-800-3333-706
 (звонок по России бесплатный)
www.novonordisk.ru www.novonordisk.com





Пурегон®
фоллитропин бета

Доказательство – в цифрах

Эффективность ПУРЕГОНА

ПУРЕГОН Пэн®

38.1%

**Видно
Слышно
Удобно**

Окошко с увеличительным стеклом позволяет пациенткам хорошо видеть установленную дозу

- Громкие щелчки помогают пациенткам установить необходимую дозу: 3 щелчка = 25 МЕ^{2,3}
- Нет необходимости в смешивании или приготовлении раствора²
- Портативная многоразовая ручка для инъекций²



Частота развивающихся беременностей на одну попытку¹

и другие показатели эффективности были достигнуты независимо от уровня эндогенного ЛГ¹

12,5

ооцитов, полученных в одном цикле¹

4,4

эмбриона высокого качества¹



Литература:

1. Devroey P, Boostanfar R, Koper NP, et al: on behalf of the ENGAGE Investigators. A double-blind, non-inferiority RCT comparing corifollitropin alfa and recombinant FSH during the first seven days of ovarian stimulation using a GnRH antagonist protocol. Hum Reprod. 2009;24(12):3063-3072. 2. Paang S, Kaplan B, Karand V, et al. Administration of recombinant human FSH (solution in cartridge) with a pen device in women undergoing ovarian stimulation. Repro Biomed Online. 2003;7(3): 319-326. 3. Kettel LM, Schoff G, Bonaventura L, et al. Evaluation of a pen device for self-administration of recombinant human FSH in clomiphene citrate-resistant anovulatory women undergoing ovulation induction. Repro Biomed Online. 2004;9(4):373-380.

Избранная информация по безопасности Пурегон® (фоллитропин бета)

Противопоказания: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; опухоли яичников, молочной железы, матки, гипофиза и гипоталамуса; беременность и период лактации; вагинальные и маточные кровотечения неустановленной этиологии; первичная недостаточность яичников; кисты яичников или увеличение яичников, не связанное с СПКЯ; пороки развития половых органов, несовместимые с беременностью; декомпенсированные состояния эндокринной системы (например, заболевания щитовидной железы, надпочечников или гипофиза); выраженное нарушение функции печени и почек. **Особые указания.** Препарат Пурегон® может содержать следы стрептомицина и/или неомицина. Эти антибиотики могут вызывать реакции гиперчувствительности у предрасположенных лиц. Перед началом лечения следует исключить наличие эндокринных заболеваний (например, щитовидной железы, надпочечников или гипофиза). При индукции овуляции препаратами гонадотропинов повышается вероятность развития многоплодной беременности. Необходима соответствующая коррекция дозы ФСГ, направленная на профилактику развития нескольких фолликулов. Многоплодная беременность, особенно при высоком количестве плодов, повышает риск развития неблагоприятных исходов со стороны как матери, так и плодов. Пациенты должны быть проинформированы о потенциальных рисках многоплодной беременности до начала терапии. Поскольку женщины, страдающие бесплодием и получающие ВРТ, в особенности ЭКО, часто имеют патологические изменения маточных труб, возможно повышение у них частоты эктопической беременности. Поэтому представляется важным подтвердить маточную беременность на ранних ее сроках. Частота спонтанных abortов у женщин, участвовавших в программах вспомогательных репродуктивных технологий, выше, чем в общей популяции. Частота врожденных аномалий развития плодов после ВРТ может быть несколько выше, нежели после спонтанного зачатия, что, как предполагается, обусловлено различием характеристик родителей (в частности, возраста матери, параметров спермы); кроме того, данная технология повышает риск развития многоплодной беременности. Риск гиперстимуляции яичников: у женщин необходимо проведение ультразвукового мониторинга развития фолликулов и оценка концентрации эстрадиола до начала терапии и, регулярно, в течение ее. При развитии гиперстимуляции яичников введение препарата PUREGON должно быть прекращено. В этом случае следует избегать наступления беременности, и введение ХГЧ должно быть отложено, поскольку оно может индуцировать, помимо множественной овуляции, синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ). В редких случаях возможно развитие тяжелого и угрожающего жизни синдрома гиперстимуляции яичников. Кроме того, в редких случаях на фоне СГЯ возможно развитие венозных или артериальных тромбозов. На фоне и после завершения терапии фоллитропином бета, а также другими гонадотропинами, регистрировались случаи перекрута яичника. Данное состояние может ассоциироваться с другими факторами риска, в частности СГЯ, беременностью, ранее выполненными оперативными вмешательствами на органах брюшной полости, наличием перекрута яичника в анамнезе, наличием в настоящее время или в анамнезе кист яичников и поликистоза яичников. Степень повреждения яичника, обусловленная недостаточным поступлением к нему крови, может быть минимизирована ранней постановкой диагноза и устранения перекрута сосудистой ножки. Имеются сообщения о развитии опухолей яичников и других органов репродуктивной системы (как доброкачественных, так и злокачественных) у женщин, получающих режимы комбинированной терапии бесплодия. В настоящее время не определено, повышают ли гонадотропины исходный риск развития этих опухолей у страдающих бесплодием женщин. У женщин, имеющих общепринятые факторы риска тромбозов, в частности отягощенный личный или семейный анамнез, тяжелое ожирение (индекс массы тела > 30 кг/м²) или тромбофилию, гонадотропины могут еще более повышать данный риск. У этих пациенток необходимо соотносить пользу и риски использования данных средств. Следует отметить, однако, что беременность сама по себе повышает риск развития тромбозов. **Нежелательные эффекты.** Применение препарата Пурегон® может сопровождаться развитием местных реакций: гематомы, боль, покраснение, отек, зуд. Генерализованные реакции гиперчувствительности, включая эритему, крапивницу, сыпь и зуд, встречались у 1-го из 1000 пациентов, получавших лечение препаратом Пурегон®. Также могут отмечаться: гиперстимуляция яичников (примерно у 4-х из 100 женщин, получавших лечение препаратом); болезненность, боль и/или нагрубание молочных желез; самопроизвольный abort; повышение вероятности развития многоплодной беременности; повышение вероятности внематочной беременности; при лечении препаратом Пурегон®, в комбинации с ХГЧ, также как и при применении с другими гонадотропными гормонами, в редких случаях возможно развитие тромбозов.

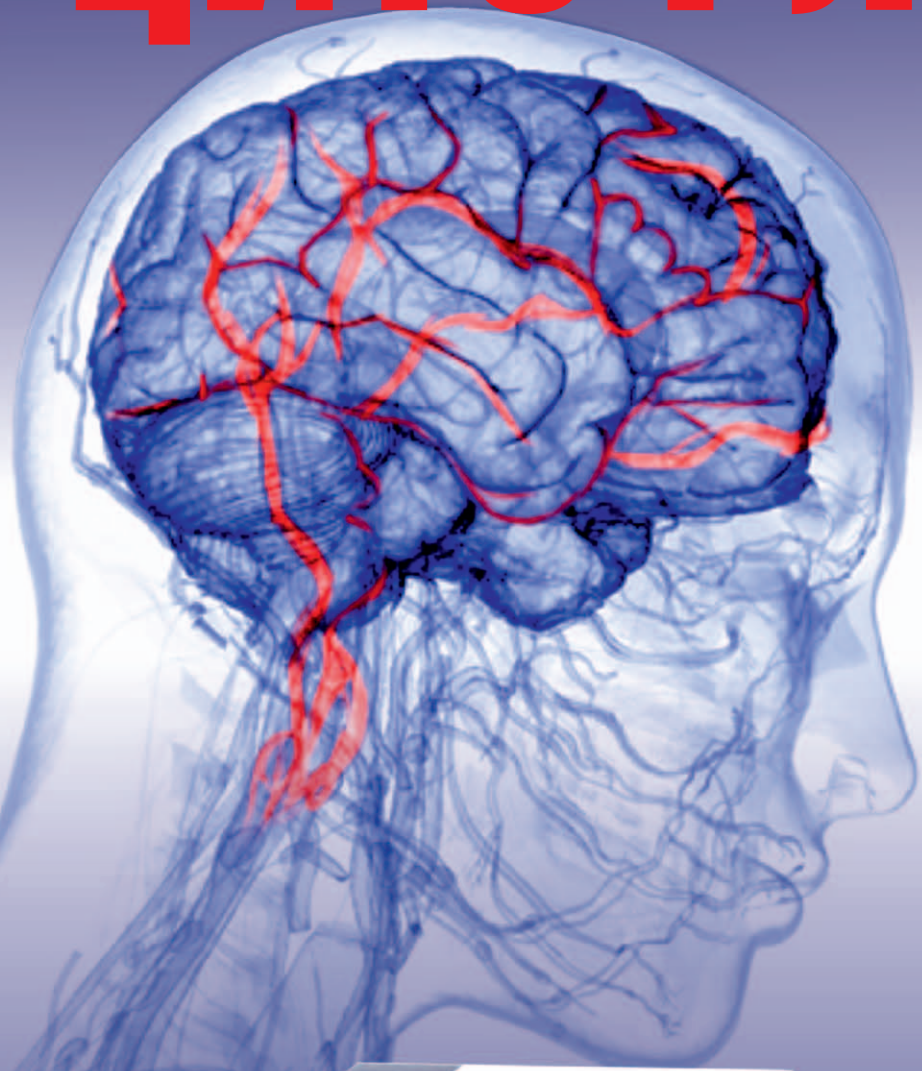
Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.



000 «МСД Фармасьютикалс», Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1
Тел.: +7 (495) 916 71 00, факс: +7 (495) 916 70 94. www.merck.com

WOMN-1048714-0027; 07.2013

ЦИТОФЛАВИН®



Гармоничная нейропротективная композиция



- Уменьшает объем ишемического поражения и снижает смертность при инсульте
- Снижает уровень инвалидности
- Восстанавливает сознание и когнитивные функции
- Наименьшая сумма затрат на лечение пациентов ОНМК

мы создаём
УНИКАЛЬНОЕ



www.cytoflavin.ru

 ПОЛИСАН

Рег. № ЛС-001767 от 13.09.2011
Рег. № ЛС-003135/01 от 31.08.2010

Реклама