



БЮЛЛЕТЕНЬ

ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова

Проект реализован при финансовой поддержке Комитета
по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург
2012

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

Главный редактор

Е.В. Шляхто

Editor-in-Chief

E. Shlyakhto

Зам. главного редактора

А.О. Конради

М.А. Карпенко

Vice-editors

A. Konradi

M. Karpenko

Секретарь

Н.Г. Авдонина

Secretary

N. Avdonina

Члены редакционной коллегии

Е.И. Баранова (Санкт-Петербург)

Е.Р. Баранцевич (Санкт-Петербург)

В.А. Барт (Санкт-Петербург)

О.А. Беркович (Санкт-Петербург)

В.Н. Вавилов (Санкт-Петербург)

М.М. Галагудза (Санкт-Петербург)

Е.Н. Гринева (Санкт-Петербург)

М.Л. Гордеев (Санкт-Петербург)

И.Е. Зазерская (Санкт-Петербург)

А.Ю. Зарицкий (Санкт-Петербург)

Э.В. Земцовский (Санкт-Петербург)

Д.О. Иванов (Санкт-Петербург)

Т.Л. Каронова (Санкт-Петербург)

М.А. Карпенко (Санкт-Петербург)

А.А. Костарева (Санкт-Петербург)

Д.И. Курапеев (Санкт-Петербург)

О.М. Моисеева (Санкт-Петербург)

А.О. Недошивин (Санкт-Петербург)

А.В. Рудакова (Санкт-Петербург)

Г.Н. Салогуб (Санкт-Петербург)

В.Н. Солнцев (Санкт-Петербург)

Л.А. Сорокина (Санкт-Петербург)

В.А. Цырлин (Санкт-Петербург)

Editorial board

E. Baranova (St. Petersburg)

E. Barancevich (St. Petersburg)

V. Bart (St. Petersburg)

O. Berkovich (St. Petersburg)

V. Vavilov (St. Petersburg)

M. Galagudza (St. Petersburg)

E. Grineva (St. Petersburg)

M. Gordeev (St. Petersburg)

I. Zazerskaya (St. Petersburg)

A. Zaritskii (St. Petersburg)

E. Zemtsovskiy (St. Petersburg)

D. Ivanov (St. Petersburg)

T. Karonova (St. Petersburg)

M. Karpenko (St. Petersburg)

A. Kostareva (St. Petersburg)

D. Kurapeev (St. Petersburg)

O. Moiseeva (St. Petersburg)

A. Nedoshivin (St. Petersburg)

A. Rudakova (St. Petersburg)

G. Salogub (St. Petersburg)

V. Solntsev (St. Petersburg)

L. Sorokina (St. Petersburg)

V. Tsirlin (St. Petersburg)



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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

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

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

Тираж 1100 экз.

ISSN 2078–8150

Верстка
и оригинал макет

ООО „Инфо–РА“

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

Тематическая рассылка по специалистам.

Подписка по каталогу агентства "Роспечать"-
подписной индекс 57992

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

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА НА СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИГЕНЫ ТРОМБОЦИТОВ У МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕОНАТАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Александрова М.О., Минеева Н.В., Гавровская С.В., Арутюнян С.В., Сергеева М.С.

*Санкт-Петербургский государственный университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия.
Федеральное государственное бюджетное учреждение Российский научно-исследовательский институт
гематологии и трансфузиологии, Санкт-Петербург, Россия.*

Цель. Изучить антигенный состав тромбоцитов матери и ребенка, а также выявить иммунный ответ на специфические тромбоцитарные антигены в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Проведено обследование 28 матерей и 28 детей после родов. Типирование тромбоцитарных антигенов выполнено методом ПЦР в реальном времени по антигенным системам HPA -1, 2, 3, 4, 5, 15, материал для типирования получен путем соскоба со слизистой щеки. Для выявления антител к антигенам тромбоцитов производился забор крови из вены матери и пуповины. Определение аутоантител проводилось методом адгезии на плашках, аллоантител – методом проточной цитометрии.

Результаты. ПЦР типирование тромбоцитарных антигенов показало, что у 6 из 21 пары мать-ребенок имелись расхождения в фенотипе антигенов тромбоцитов систем 1,2,3,5,15. У 18 из 28 матерей выявлены аутоантитела к антигенам тромбоцитов, при этом в одном случае наличие аутоантител сопровождалось тромбоцитопенией у матери. У детей 44,5% женщин, имеющих аутоантитела к тромбоцитам, также выявлены аутоантитела. Аллоантитела к тромбоцитам плода обнаружены у одной родильницы, специфичность их нами не установлена из-за отсутствия крови отца.

Выводы. Скрининг антитромбоцитарных аутоантител выявил высокий процент аутоиммунитизации как у матерей, так и у детей. Частота различий в антигенном составе тромбоцитов у матери и ребенка составила 1:3,5 родов. Из-за малого количества исследований нами не выявлено тромбоцитопений у детей (регистрируются в одном случае на 800-1000 родов по данным литературы), однако показана возможность проведения данной диагностики.

ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКА E. FAECIUM L3 НА КИШЕЧНУЮ МИКРОФЛОРУ И ЧАСТОТУ «СРЫВОВ ПИТАНИЯ» У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Алехина Л.А., Суворова М.А., Гончар Н.В., Суворов А.Н.

ГБУЗ ДГБ №1, ФГБУ «НИИ ИЭМ» СЗО РАМН, ВМА, Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы: изучение изменений микрофлоры кишечника под влиянием пробиотика *E. faecium* L3 у недоношенных детей, имевших «срывы питания».

Материалы и методы. В процессе выхаживания наблюдали 55 недоношенных новорожденных детей с очень низкой массой тела. Группа 1 (n=26) получала стандартную терапию, включающую антибиотики. Группа 2 (n=29) при объеме энтерального питания 5 мл и более дополнительно получала внутрь жидкий пробиотик *E. faecium* L3 по 0,5 мл (5×10^8 КОЕ) 3 раза в день в течение 14 дней. Состав микрофлоры кишечника изучен у 50 детей 3-хкратно с интервалом 14 дней по данным исследований фекалий (I-II-III) методом ПЦР в реальном времени. Количественные изменения состава микрофлоры оценивали методом дисперсионного анализа. «Срывы питания» (СП) имели место у детей с проявлениями острой функциональной непроходимости кишечника, требовали прекращения энтерального питания и возврата к парентеральному питанию.

Результаты. Нарушения микрофлоры кишечника выявлены у детей обеих групп. СП чаще отмечены в группе 1 – у 38,5% детей, чем в группе 2 – у 20,7%. У детей группы 2, имевших СП, выявлено нарастание *B. fragilis* в исследовании III ($p < 0,01$). *B. fragilis* чаще выявляли при отсутствии СП – в динамике наблюдения реже в группе 1 (60,9%; 75%; 61,5%), чем в группе 2 (79,3%; 85,7%; 76,9,5%). *C. difficile* при отсутствии СП выявляли в исследованиях I-II-III у детей группы 1 (3,8%; 7,7%; 15,4%) и группы 2 (4,2%; 16,7%; 16,7%). В то же время, при наличии СП у детей группы 1 *C. difficile* выявляли в исследованиях II-III (3,8%; 7,7%), а у детей группы 2 лишь в исследовании III (16,7%).

Заключение. Использование в качестве дополнения к энтеральному питанию пробиотика *E. faecium* L3 оптимизирует выхаживание недоношенных детей, улучшая состав микрофлоры кишечника и уменьшая число «срывов питания».

СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ EGF ЖЕНЩИН С ФОНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Андреева Т.С., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Васильева И.А.

ФГБУ «Ив НИИ М и Д В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития России.

Цель исследования. Установить особенности содержания EGF в периферической венозной крови у женщин репродуктивного возраста с фоновыми заболеваниями шейки матки и генитальной ПВИ. **Материалы и методы.** Обследовано: 28 женщин с кольпоскопическими признаками патологии шейки матки и генитальной ПВИ, 32 женщины с данной патологией без генитальной ПВИ и 16 практически здоровых женщин с интактной шейкой матки. **Материал** для исследования – периферическая венозная кровь. Сывороточный уровень EGF «Bender MedSystems» (Австрия) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. **Диагностика** папилломавирусной инфекции осуществлялась методом RT-PCR в мазках из цервикального канала. **Результаты и их обсуждение.** У ВПЧ-негативных женщин с патологией шейки матки было снижено сывороточное содержание EGF относительно женщин группы контроля и женщин с ПВИ. Известно, что EGF способствует эпителизации, усиливая таксис и дифференцировку противовоспалительных клеток, а снижение его уровня у обследованных женщин вероятно способствует формированию патологической зоны на шейке матки. Повышенный сывороточный уровень EGF у ВПЧ-позитивных женщин относительно женщин без ВПЧ может усиливать онкологический процесс на шейке матки, т.к. избыточная продукция ростовых факторов индуцирует патологическую клеточную пролиферацию. **Выводы.** Таким образом, нами выявлено снижение содержания EGF в венозной крови у женщин с патологией шейки матки и повышение у женщин с ПВИ, что может способствовать развитию основной патологии и опухолевой трансформации.

ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

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

Исмаил М.Н. Данилова Т.П.

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

Цель: представить опыт работы хирургической службы в условиях специализированного перинатального центра, имеющего в своей структуре детскую хирургическую службу.

С 01.11.2010 г. по 30.06.12 г. обследованы 2416 беременных женщин, обратившихся в Федеральный специализированный перинатальный центр (ФСЦ). Проведено 3281 ультразвуковое исследование (аппарат Voluson E8). В 161 случае (6,7%) выявлены врожденные пороки развития (ВПР) плода (исключены изолированные врожденные пороки сердца). ВПР мочевой системы составили 28,6%, центральной нервной системы – 27,3%, легких – 9,3%, образования брюшной полости, забрюшинного пространства – 8%, пороки опорно-двигательной системы – 6,2%, кишечной трубки – 5%, челюстно-лицевой области – 5%, брюшной стенки – 3,7%, диафрагмы 3,1%, новообразования средостения – 1,2%, сочетанные пороки – 2,5%. Из них по данным пренатальной диагностики 73 (45%) детям было показано хирургическое пособие или обследование в условиях хирургического отделения. 61 ребенок (38%) поступил в хирургическое отделение сразу после родов. Родоразрешение 12 женщин проведено вне ФСЦ и их дети не поступили в хирургическое отделение центра.

Заключение. 45% детей с пренатальным диагнозом ВПР плода, потребовалась медицинская помощь в условиях хирургического отделения в период новорожденности. Для оптимизации дальнейшего лечения ребенка с ВПР, показано медицинское сопровождение беременной в пренатальном периоде и проведение родов в ФСЦ.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

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

Исмаил М.Н. Данилова Т.П.

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

Материалы и методы. С 01.11.2010 г. по 30.06.12 г. обследованы 2416 беременных женщин, обратившихся в Федеральный специализированный перинатальный центр (ФСЦ). Проведено 3281 ультразвуковое исследование (аппарат Voluson E8). В 161 случае выявлены врожденные пороки развития (ВПР) плода. В случае выявления порока

развития плода проводили пренатальный консилиум в составе врача ультразвуковой диагностики, ведущего детского хирурга, акушера-гинеколога, генетика, неонатолога, главного врача центра. Пренатальный консилиум определял дальнейшую тактику обследования, ведения беременности, сроки, место и способ родоразрешения, тактику оказания медицинской помощи новорожденному в ФСПЦ. Пренатальный консилиум рекомендовал 73 беременным с ВПР плода возможное срочное или экстренное оперативное лечение будущего новорожденного в условиях хирургического отделения (в том числе: гастрошизис, омфалоцеле, кишечная непроходимость, атрезия пищевода, гидроцефалия, спинномозговая грыжа, кистoadеноматозная мальформация легких, диафрагмальная грыжа). Из них в хирургическое отделение поступил 61 ребенок (38 % всех детей с ВПР), пренатальный диагноз подтвержден в 100% случаев.

Вывод. Только в условиях специализированного перинатального центра пренатальный консилиум позволяет применить правильную тактику ведения беременности и родов, что дает возможность оказать наиболее эффективную высококвалифицированную хирургическую помощь новорожденным с врожденными пороками развития.

РОЛЬ ВРАЧА ГИНЕКОЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА

Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Грандильевская И.В., Бурина Е.А.

Исследование выполнено в рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей» Санкт-Петербургским государственным университетом, Нижегородским государственным педагогическим университетом и Центром наук о здоровье университета Оклахомы (США) при поддержке научных грантов Международного Национального Института по Проблемам Алкоголизма и Злоупотребления Алкоголем и Центра Фогарти Национальных Институты Здоровья США, Национального центра по врожденным дефектам и инвалидностям детства (NCBDDD), Центров по контролю за заболеваниями и профилактики (CDC), через договор с Ассоциацией Университетских центров по ограниченным возможностям (AUCD), исследовательские гранты R01AA016234 Татьяне Балашовой, R21 TW006745 Барбаре Боннер, RTO1 2005-999-01 Барбаре Боннер и Татьяне Балашовой, Медицинский Центр Университета Оклахомы.

Фетальный алкогольный синдром (ФАС) – это расстройства, возникающее у ребенка вследствие употребления матерью алкоголя во время беременности. ФАС не поддается лечению, поэтому разработка превентивных программ является, по сути, единственным возможным способом борьбы с этим заболеванием.

Результаты исследования, проведенного в Санкт-Петербурге и Нижнем Новгороде (700 женщин детородного возраста), показали, что врачи-гинекологи являются для женщин наиболее значимым источником информации о здоровье и беременности: 75% женщин прекратили употреблять алкоголь в связи с беременностью после рекомендации врача-гинеколога. Однако в повседневной практике врачи-гинекологи не уделяют должного внимания проблеме употребления алкоголя женщинами, не имеют навыков корректного обсуждения этой проблемы и не владеют методами скрининга группы риска.

Исследования, проведенные ВОЗ в ряде стран, включая Россию, выявили, что даже краткий совет врача уменьшает употребление алкоголя. Краткосрочное вмешательство является эффективным инструментом в работе с проблемой употребления алкоголя во время беременности. В рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей» была разработана двухфокусная модель краткосрочного вмешательства для врачей гинекологов. В основу положены метод краткосрочного вмешательства врачей и двухфокусное мотивационное консультирование, направленное на предупреждение влиянию алкоголя во время беременности. Двухфокусное краткосрочное вмешательство врача – это метод консультирования, ориентированный на проблемы пациента и направленный на мотивирование к позитивным изменениям образа жизни.

Основная цель краткосрочного вмешательства состоит в предотвращении воздействия алкоголя на плод для профилактики ФАС и ФАСН. Работа врача фокусируется на 2 направлениях – употребление алкоголя и планирование семьи. При этом конкретная цель зависит от планов и ситуации женщины и определяется в диалоге с ней. Если женщина беременна или планирует беременность, то цель вмешательства состоит в полном отказе от употребления алкоголя, поскольку в этом случае любое употребление алкоголя представляет риск. Если женщина нерегулярно использует контрацепцию и может забеременеть, то целью вмешательства является выбор, который должна совершить женщина – предупреждение беременности (контрацепция) или отказ от употребления алкоголя.

Результаты исследования подтверждают эффективность этой модели.

МЕМБРАННЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМИ ТРОМБОФИЛИЯМИ

Баринов В.А., Эстрин В.В., Романова О.А.

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

Актуальность. В связи с фундаментальными открытиями в молекулярной генетике и биологии, произошедшими в последние 15 лет кардинально изменились воззрения на этиологию и патогенез многих акушерских патологических состояний. Открытие в 1986 году антифосфолипидного синдрома (АФС), более поздние исследования проблемы врожденных и приобретенных тромбофилий позволило создать новые идеологические платформы для лечения патологических состояний во время беременности. Ведущая роль в генезе тромбофилий (от 40 до 75% популяции) принадлежит лейденской мутации V фактора свертывания крови, мутации гена протромбина G20210A и мутации MTHFR., манифестация клинических проявлений которых проявляется при триггерном воздействии неблагоприятных экзогенных или эндогенных факторов.

Следствием гиперкоагуляционных эффектов АФС и тромбофилий могут быть разнообразные акушерские осложнения – неразвивающаяся беременность, невынашивание беременности, плацентарная недостаточность, задержка роста плода, преэклампсия. Данные литературы свидетельствуют, что одной из эффективных лечебных мер при указанной патологии является плазмаферез, при проведении которого доказаны детоксикационный, рео-, иммунокорректирующий эффекты.

Цель исследования. Изучить влияние среднеобъемного мембранного плазмафереза на состояние системы гемостаза у беременных с генетически детерминированными тромбофилиями.

Материал и методы. Наблюдали 32 беременных, у которых генетически детерминированные тромбофилии были диагностированы как на этапе прегравидарной подготовки, так и во время беременности. Ведущие этиологические причины тромбофилий были следующими: гомо- и гетерозиготная мутация метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) имела место у 19 больных (59.3 %), гетерозиготная мутация FV Leiden была у 6 пациенток (18.7%), антифосфолипидный синдром был диагностирован у 4 женщин (12.5%), нарушения в системе протеина С диагностированы у 3 (9.3%). В каждом третьем случае (у 10 из 32 женщин – 31.2%) были выявлены сочетанные формы генетически детерминированных тромбофилий.

Во всех случаях наличие указанных генетически детерминированных тромбофилий сопровождалось угрозой прерывания настоящей беременности. Из осложнений в анамнезе отмечали неразвивающиеся беременности (у 10 женщин; 31.25%), угрозу прерывания при предшествующих беременностях (у 8; 25,0%), прерывание беременностей по медицинским показаниям (у 6; 18.7%), длительное бесплодие (у 6; 18.7%).

Беременные были разделены на 2 клинические группы, идентичные по данным анамнеза, срокам беременности и клиники. В первой, основной группе (13 женщин) исследовались показатели системы гемостаза при проведении в курсе комплексной терапии трех сеансов мембранного плазмафереза (МПА) в объеме эксфузии плазмы за сеанс в среднем 0.72% от массы тела пациентки. Осложнений при МПА и после процедур не было. Пациенткам 2 группы (19 человек; контроль) проводилась только традиционная терапия, включающая назначение непрямых антикоагулянтов, дезагрегантов, антиоксидантов и спазмолитиков.

Исследование показателей системы гемостаза проводили в динамике – до и после курса терапии со статистической обработкой полученных количественных данных.

Полученные результаты. При сравнении исходных средних показателей коагулограммы у беременных основной и контрольной групп статистически достоверных различий не было выявлено. В обеих группах женщин характерным было уменьшение временных показателей свертывания крови – АЧТВ, протромбинового и тромбинового времени при одновременном повышении показателей свертывающего потенциала крови – протромбинового индекса (ПТИ), международного нормализованного отношения (МНО). При этом были повышены и уровни маркеров фибринолиза – фибрин-мономерных комплексов.

После курса лечения с использованием МПА в основной группе у больных выявили, в сравнении с исходным уровнем, статистически достоверные ($p < 0.05$) положительные изменения показателей свертывающей системы. (Таб. № 1).

Таблица № 1

Лабораторные показатели свертывающей системы крови у беременных пациенток с тромбофилиями до и после курса МПА

Показатель	До МПА (n=13)	После МПА (n=13)	P
АЧТВ (сек.)	26.4±1.25	36.4±3.12	$p < 0.05$
Протромбиновое время (сек.)	12.21±2.24	18.2±1.26	$p < 0.05$
Тромбиновое время	13.11±2.02	19.4±1.9	$p < 0.05$

РФМК тест	5.9±0.12	3.9±0.21	p < 0.05
МНО	1.43±0.07	1.02±0.05	p < 0.05
ПТИ	124±5.74	97±3.12	p < 0.05

Примечание: разница показателей статистически достоверна - p < 0.05.

В контрольной группе изменения показателей коагулограмм также имели положительную, но недостоверную (p > 0,05) динамику в сравнении с исходными данными, в меньшей степени, чем у пациенток 1-й группы. Так, показатель РФМК при выписке беременных из стационара во 2-й группе в среднем составил 4.9±0.2, а в 1-й группе – 3.9±0.21 (p < 0.05).

Улучшение показателей гемостаза у пациенток, получавших МПА, сопровождалось коррекцией показателей фетального кровотока по данным цветного доплеровского картирования. В частности, в динамике наблюдали снижение показателя систоло-диастолического соотношения в пуповинной артерии: до курса МПА он был в среднем 4.56±0.08, а при выписке из стационара – 2.83±0.06 (p < 0.05). Мы полагаем, что улучшение фетального кровотока связано с разрешением тромботической блокады микроциркуляторного звена плаценты вследствие проведенного курса МПА.

Заключение. Полученные исходные данные свидетельствуют об активации свертывающей системы у беременных с наследственными формами тромбофилий. По всей видимости больший, в сравнении с традиционной терапией, положительный эффект у пациенток основной группы в отношении показателей гемостаза связан при проведении МПА с элиминацией из организма факторов, приводящих к манифестации клинических проявлений генетически детерминированной патологии.

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ (ЭКАБТ) У РОДИЛЬНИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Батракова Т.В., Ветров В. В., Бараташвили Г.Г., Васильев В.Е., Антошина Т.А.

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

Актуальность. В последние годы в практику акушерства широко внедряются методы эфферентной терапии (ЭТ), в том числе в сочетании с ЭКАБТ, способствующей повышению эффективности лечения со снижением терапевтических доз применяемых антибактериальных препаратов.

Цель исследования. Изучить динамику основных лабораторных показателей крови при ЭКАБТ у родильниц с проявлениями ГСО.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 47 родильниц (средний возраст – 29,6 лет) после естественных (22%) и оперативных (78%) родов. У всех пациенток в анамнезе были соматические и гинекологические заболевания, осложненное течение настоящей беременности (преэклампсия, анемия, угроза выкидыша, аномалии родовых сил и др.), а с 1-3 дня после родов отмечались начальные проявления послеродовой инфекции в виде лохиометры, субинволюции матки, раневой инфекции на фоне проявлений воспалительного ответа организма (чаще – температура более 38°C, лейкоцитоз более 12,0x10⁹ со сдвигом формулы влево). Все пациентки получали комплексное лечение (терапевтические дозы аугментина, инфузионные, сокращающие, противоанемические и др. средства), у 18 больных проводили вакуум-аспирацию содержимого полости матки.

У 15 родильниц (основная группа) дополнительно через день проводили лечебный аппаратный плазмаферез в сочетании с ЭКАБТ. Количество процедур на одну пациентку составило 2,6. При этом плазма (в среднем 450,0 мл) эксфузирвалась, замещалась кристаллоидами, а выделенные из клеточной массы аутолейкоциты инкубировались в течение 20-25 мин с разовой дозой антибиотика (гентамицин или аугментин) и 1,0 мл АТФ. Остальные 32 родильницы, аналогичные с основной группой больных, составили контрольную группу. Им ЭКАБТ не проводили.

Лабоаторные данные оценивали при манифестации клиники заболевания и перед выпиской женщин из стационара.

Результаты и их обсуждение. В результате лечения с применением ЭКАБТ у пациенток основной группы отмечали быстрое купирование признаков воспаления, улучшение клинико-биохимических анализов крови и мочи, опорожнения и сократимости матки по данным УЗИ. В контрольной группе подобный клинический эффект отмечали позднее на 3-4 дня: в анализах крови более длительно сохранялись анемия, воспалительные изменения (лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг формулы влево, повышенное СОЭ) (см. таблицу 1). Регистрации тяжелых форм ГСО в виде эндометрита у пациенток основной группы не было, в контрольной группе это осложнение зарегистрировали в трех случаях.

Средний курс антибиотикотерапии в основной группе составил 6,1 дней, в контрольной – 10,2 дней, причем, в

каждом третьем случае этим пациенткам потребовалась смена антибактериального препарата. Средний койко-день в стационаре в основной группе составил 10,5 дней, в контрольной – 14,5 дней.

Таблица 1

Средние количественные показатели анализа крови

Показатель	Основная группа (n= 15)		Контрольная группа (n=32)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЛИИ, усл.ед.	5,94	1,4	5,8	2,5
Гемоглобин, г/л	104,1	113,4	108,3	111,1
СРБ, мг/л	115,3	45,6	82,1	59,5
Общий белок, г/л	50,6	60,3	52,0	54,1

Выводы.

1. Раннее включение среднеобъемного ПА в сочетании с ЭКАБТ (направленный транспорт аутолейкоцитов с антибиотиком) в курс комплексного лечения родильниц с клинически значимыми проявлениями ГСО способствует быстрому и стабильному устранению субъективных и объективных признаков интоксикации, позволяет сократить сроки лечения больных при снижении лекарственной нагрузки на организм матери и плода.

2. Применение ЭКАБТ является надежной мерой профилактики тяжелых форм ГСО у родильниц.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ КОЛИЧЕСТВА БЕЛКА S100 В КРОВИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Бенис Н.А., Самсонова Т.В., Попова И. Г., Кузьменко Г.Н.

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

Цель работы: определить диагностическую значимость показателя количества белка S100 в крови у глубококонедоношенных новорожденных.

Материал и методы исследования: обследовано 55 недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении и перинатальным гипоксическим поражением головного мозга. Группу сравнения составили 15 здоровых доношенных детей. Уровень белка S100 определяли на 3-5 день жизни в сыворотке крови на планшетном фотометре серии EL808 Ultra Microplate Readers методом иммуноферментного анализа наборами «CanAg S100 EIA», США.

Результаты и обсуждение. Анализ значений показателя количества белка S100 в сыворотке крови позволил установить, что у детей основной группы на 3-5 сутки жизни он был меньшим, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). При проведении индивидуального и ROC-анализа установлено, что показатель количества белка S100 в сыворотке крови имеет диагностическое значение в отношении оценки степени тяжести перинатального гипоксического поражения головного мозга. При его значении, равном 537 нг/л или менее диагностируют церебральную ишемию II степени, а более 537 нг/л – церебральную ишемию III степени с чувствительностью 87,5%, специфичностью 91,7%.

Выводы. Таким образом, у глубококонедоношенных детей отмечается снижение продукции белка S100 глиальными клетками по сравнению со здоровыми доношенными детьми, что может свидетельствовать о задержке функционального созревания мозга. Данный показатель может служить дополнительным объективным критерием оценки степени тяжести церебральной ишемии в раннем неонатальном периоде у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Билалов Ф.С., Аминев Р.А.

Кафедра лабораторной диагностики ГБОУ ВПО «Башкирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, Уфа, Россия.

Цель исследования: определить уровень гомоцистеина у беременных женщин, имеющих в анамнезе акушерскую патологию в виде замершей беременности.

Материалы и методы: нами были исследованы 75 беременных женщин в возрасте от 22 до 38 лет на сроке беременности от 9 до 13 недель, у которых в анамнезе наблюдалась замершая беременность, контрольную группу

составили 54 беременные женщины со сроком беременности от 9 до 13 недель в возрасте от 20 до 38 лет, у которых в анамнезе отсутствовал диагноз замершей беременности. Уровень гомоцистеина определяли иммунохимическим методом на приборе Access2 (производства Beckman Coulter).

Результаты и их обсуждение: в группе беременных женщин с отягощенным анамнезом отмечалась умеренная форма гипергомоцистеинемии (ГГЦ) (30–100 мкмоль/л) у 12 (16%) женщин, в то время как в контрольной группе – у 3 (5,55%), что достоверно выше ($p \leq 0,05$) и является прогностическим критерием для проведения профилактических и терапевтических мероприятий по снижению уровня гомоцистеина этим женщинам. Тяжелая форма ГГЦ (более 100 мкмоль/л) не встречалась ни в одной из исследуемых групп, а легкая форма ГГЦ (15–30 мкмоль/л) не имела достоверных различий ($p \geq 0,05$), что вероятно обусловлено многофакторностью ГГЦ.

Заключение и выводы: необходимо рассмотреть гомоцистеин как лабораторный маркер развития акушерской патологии. Для проведения этиотропной диагностики в условиях доказательной медицины, требуется активное внедрение молекулярно-генетических и биохимических методов исследований полиморфизмов генов и субстратов (продуктов) фолатного цикла при обследовании женщин, проходящих прегравидарную подготовку и беременных на ранних сроках беременности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ОДИНОКИХ МАТЕРЕЙ

Бирина И.А.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России.

Целью работы явилась исследование характера течения родов и состояние здоровья новорожденных у одиноких матерей.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ результатов выкопировки из историй родов и историй развития новорожденных 168 незамужних жительниц г.Иванова (средний возраст – 24,2±2,3 лет).

Результаты и их обсуждение: по данным исследования роды произошли в среднем в 39,16±1,40 недель: в том числе в сроке 38–40 недель – у 79,2%, ранее 38 недель – у 8,3% и позднее 40 недель – у 12,5% женщин, не состоящих в браке. Дородовое излитие околоплодных вод имело место у 22,0% женщин, длительный безводный период – у 2,4%, аномалия сократительной деятельности матки – у 11,9%. Каждая пятая женщина (21,4%) была родоразрешена путем операции кесарева сечения.

Высокий риск перинатальной патологии был спрогнозирован у 22,8% женщин. Оценка новорожденных по шкале Апгар составила в среднем 7,34±0,78 после рождения и 8,32±0,67 – через пять минут, средний вес – 3216,25±514,0 граммов, средняя длина тела – 51,57±2,76 см. Заболеваемость новорожденных составила 128,3 сл. на 100 новорожденных, при этом долечивание в отделениях выхаживания новорожденных в связи с недоношенностью (5,4%), перинатальными повреждениями ЦНС (7,2%), ВУИ (1,8%), потребовалось 13,8% новорожденных. Матери отказались от 8,3% новорожденных, при этом при взятии на учет по беременности оценивали данную беременность как нежелательную только 3,0%.

Заключение: высокая распространенность осложнений родов и патологии новорожденных у одиноких матерей, свидетельствует о необходимости выделения данного контингента женщин в группу высокого риска.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Блох М.Е.

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

Для эффективного взаимодействия врачей и психологов в структуре перинатального центра в условиях возрастающего запроса на психологическую помощь как со стороны пациентов, так и врачей, специалистам необходимо целостное понимание особенностей репродуктивной сферы, ее психосоматических и соматопсихических соотношений, возможностей психокоррекционной помощи. К основным группам пациенток, нуждающихся в психологической или психотерапевтической помощи относятся:

1. Относительно здоровые беременные женщины, находящиеся на диспансерном наблюдении по беременности.
2. Беременные женщины, имеющие нарушения течения беременности (угроза прерывания беременности, токсикоз, соматическая патология, сопутствующая беременности и т.п.).
3. Женщины, переживающие перинатальную утрату (ситуации спонтанного прерывания беременности на разных сроках гестации, антенатальная, интранатальная или постнатальная гибель ребенка, ситуации пренатальной диагностики тяжелой патологии у ребенка, ситуации репродуктивного выбора).

4. Женщины с нарушением репродуктивного здоровья (бесплодие, гинекологические заболевания, препятствующие осуществлению репродуктивной функции)

5. Семейные пары, использующие вспомогательные репродуктивные технологии.

Крайне важным аспектом деятельности перинатального психолога также является информационная и психопрофилактическая работа с медицинским персоналом, направленная на повышение уровня комплайенса.

ПОЗДНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Боконбаева С. ДЖ., Джанабилова Г.А., Шингарева М.И.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан.

Цель исследования: изучение поздних геморрагических расстройств периода новорожденности с определением факторов риска их возникновения, оценка рациональности диагностики и лечения.

Материалы и методы: проведено ретроспективное изучение историй болезней 266 детей с нарушением гемостаза за 2009-2011 годы, на клинической базе КРСУ – ГДКБ СМП г. Бишкек.

Результаты: из поступивших детей мальчиков 178(67%), девочек 88(33%). Наличие факторов риска беременности у 227(85,3%) женщин. В анамнезе: анемия – 45%, угроза выкидыша – 44%, ранний гестоз – 39%, экстрагенитальная патология – 29%. Геморрагические расстройства проявлялись: ВЧК – 94(35,3%), кефалогематомы – 72(27,0%), кровотечения из мест инъекций – 31(11,7%), рвота «кофейной гущей» – 27(10,2%), пупочное кровотечение – 19(7,1%), мелена – 14(5,3%), ДВС-синдром – 4(1,5%), тромбоцитопатия – 3(1,1%), гематома VII сегмента печени – 2(0,7%). В результате обследования ЯМРТ и НСГ выявлено в 35(37,2%) случаях субдуральные гематомы, 26(27,7%) – внутримозговые кровоизлияния, 23(24,5%) – ВЖК, 10(10,6%) – субарахноидальные кровоизлияния. ВУИ выявлено у 126(47,4%), моноинфекция 40,5%, микст инфекция 59,5%. Обследование по гемостазиограмме прошли 13(4,9%), коагулограмме 73(27,4%). Укорочение ПТВ в 72 случаях(83,7%), снижение ПТИ – 78(90,7%), время свертывания удлинено в 94 случаях(35,3%).

Выводы: 1. Значимыми факторами риска развития геморрагических расстройств являются отягощенное течение беременности (85,3%) и ВУИ (47,4%); 2. Отмечается крайне высокой частота ВЧК (35,3%).

ПРОБЛЕМА НЕОНАТАЛЬНЫХ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Боконбаева С.Дж., Джанабилова Г.А., Ким Е.Г.

Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан.

В Кыргызстане в структуре причин младенческой смертности более 60% приходится на состояния, возникающие в перинатальном периоде. На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем неонатологии является синдром гипербилирубинемии.

Цель исследования: Изучение этиоструктуры и факторов риска возникновения неонатальных гипербилирубинемий.

Материалы и методы: Обследовано 347 новорожденных с ведущим клиническим синдромом – гипербилирубинемия.

Результаты исследования и их обсуждение: отмечено преобладание новорожденных мужского пола (66,2% против 43,8%). В 52,3% случаев желтуха установлена в поздние сроки (на 3-4-ой неделе жизни). Экстрагенитальная патология матерей была выявлена в 52,4% случаев, урогенитальная – в 37,5%. Практически у всех женщин зафиксировано осложненное течение беременности (98,6%). В большинстве случаев (80,8%) желтушное окрашивание кожи и склер дебютировало на 3-4 день жизни. Не выявлено достоверной разницы в среднем уровне фракций билирубина при поступлении среди доношенных и недоношенных – $272,67 \pm 18,3$ (НБ) и $63,1 \pm 4,28$ (ПБ) против $281,62 \pm 18,1$ (НБ) и $72,4 \pm 6,43$ (ПБ).

Выводы: Большинство детей с гипербилирубинемией были рождены от матерей с осложненным течением беременности и экстрагенитальной патологией. Этиоструктура представлена преобладанием желтух с непрямой гипербилирубинемией смешанного генеза, как проявление ВУИ (69,6%). Конъюгационный генез желтухи установлен у 21,3%, гемолитический генез – у 4,4% новорожденных. Обструктивные гипербилирубинемии были выявлены в 2,7% случаев. В современных условиях неонатальные желтухи имеют затяжной характер течения (97,4%).

ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Боконбаева С.Дж. Нуржанова С.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан.

Пневмония является одним из тяжелых инфекционно-воспалительных заболеваний, занимающим 80% в структуре легочной патологии и характеризующимся высокой летальностью детей, особенно недоношенных и детей периода новорожденности.

Цель работы: Изучить этиологию острых пневмоний у детей периода новорожденности.

Материалы и методы: Всего обследовано 104 детей с различными формами пневмоний из них, у 60 детей было произведено бактериологическое исследование. Материалом бактериологического исследования были мокрота и смывы с трахеи до назначения антибактериальной терапии.

Результаты и обсуждение: В этиологии пневмоний у новорожденных преобладали *Str. Haemolyticus* 19(32%), *St. aureus* – 19(32%), в 8 (13%) случаях высевалась малодифференцируемая грамм «+» палочка и *Enterobacter cloacae* в 2 (3,3%), также по 1(1,7%) случаю отмечались гр. рода *Candida*, *Str. Pyogenes*, *Str. Pneumonie*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter diversus*, *Citrobacter freundii*. Сочетанные возбудители *St. aureus* + гр. рода *Candida*, *St. aureus* + *Str. Haemolyticus*, *Str. Haemolyticus* + гр. рода *Candida* всего составили 6,6%.

В 2 (3,3%) случаях бактериологические посевы были отрицательными. Надо отметить, что 2-ое детей у которых высеялся *Str. Haemolyticus* + гр. рода *Candida* и гр. рода *Candida* до поступления в наш стационар в раннем неонатальном периоде находились на стационарном лечении.

Вывод: В этиологической структуре пневмоний у новорожденных детей преобладают *Str. haemolyticus* 32%, *St. aureus* 32% и смешанная флора в 6,6%.

ИММУННЫЕ РАССТРОЙСТВА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ К ГОДУ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ

Бугрым Н.В., Логвинова И.И., Ипполитова Л.И., Стасенкова Н.П.

БУЗ ВО ВОКБ №1 Перинатальный центр Воронеж, Россия.

Цель: оценить риск частоты возникновения острых инфекционных заболеваний на первом году жизни у детей, перенесших тяжелую асфиксию в зависимости от иммунологических показателей.

Материалы и методы: Было обследовано 2 группы доношенных новорожденных детей: основная группа – 31 ребенок, перенесший тяжелую асфиксию; контрольная группа – 20 новорожденных без асфиксии. Исследование иммунного статуса проводилось при рождении и на 4-5 сутки жизни. Определяли субпопуляционный состав лимфоцитов, CD95 маркер апоптоза, концентрацию IgA, IgM, IgG, фагоцитарную и метаболическую активность нейтрофилов.

Результаты: Дети, рожденные матерями с осложненным соматическим анамнезом на 1-2 сутки после рождения имели увеличение содержания основных субпопуляций лимфоцитов – CD3, CD4, CD8, CD95, IgA, IgG и падения уровня клеток CD19, CD56, фагоцитарного показателя. В период ранней неонатальной адаптации регистрировалось увеличение количества – CD3, CD4, CD8, CD95, активация кислородной метаболической способности нейтрофилов, повышение уровня IgM, падение содержания CD19, CD56. Дети, перенесшие тяжелую асфиксию, которые в раннем неонатальном периоде не находились на аппарате ИВЛ имели, дисбаланс основных иммунных белков и лейкоцитоз. Проведение ИВЛ способствовало повышению уровня CD19, фагоцитарного показателя, IgA, снижению CD95, НСТ спон., что маркирует недостаточность гуморального иммунитета и кислород продуцирующей активности периферических нейтрофилов.

Выводы: В течение года у детей из группы риска была повышена заболеваемость, формировался дисбактериоз кишечника, анемии, отмечалась задержка нервно-психического развития. В 45% дети стали часто болеющими, в 13% у них развивались пневмонии, в 22% катаральный отит, в 25% конъюнктивит.

КРОВОТОК В МЕЖДОЛЕВЫХ АРТЕРИЯХ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ И В СЕГМЕНТАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПОЧЕК У ПЛОДОВ ПРИ КУРСЕ КРИОПЛАЗМОСОРБЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ СО ЗВУР ПЛОДА

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

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

Цель исследования. Изучить влияние криоплазмасорбции (КПС), включенной в курс комплексной терапии беременных со ЗВУР плода на фоне преэклампсии, гепатоза, резус-сенсibilизации, на показатели кровотока в системе мать-плацента-плод, в том числе – в почках плодов и беременных.

Материал и методы исследования. В третьем триместре 12 беременным с вышеуказанной патологией, в возрасте 19-43 лет, с лечебной целью проводили курсы КПС в количестве пяти процедур через день – два. Показанием для назначения и проведения КПС служили признаки синдрома ЗВУР плода 1-2 степени (11 человек), 3 степени (одна пациентка). Всего было выполнено 60 процедур КПС, которые проводили на аппарате НАЕМОНЕТИКС PCS-2 (США) по следующей схеме. Первые две процедуры были в виде среднеобъемного плазмафереза с получением по 600-800 мл плазмы, замораживанием ее с гепарином (3000-4000 ЕД) при минус 40 градусов по Цельсию. В качестве плазмозаменителя использовали физиологический раствор натрия хлорида, препараты крахмала в общем количестве на 30% превышающем объем плазмоексфузии. Перед третьей процедурой эту плазму размораживали, пропускали через гемосорбент СКН-2-К и использовали в качестве плазмозаменителя при операции плазмобмена, при которой удаляли уже 2000 мл плазмы. Эту плазму также замораживали на запас с гепарином и затем аналогично использовали, как плазмозаменитель при следующих процедурах плазмобмена. До курса лечения, на следующий день после каждой процедуры и после курса лечения, с целью уточнения влияния эфферентной терапии (ЭТ) на кровоток в системе мать-плацента-плод проводили ДПИ следующих сосудов: маточных артериях, артерии пуповины, средне-мозговой артерии плода, а также – в сегментарных артериях почек плода, в междолевых артериях почек у беременных. В исследуемых сосудах оценивали индекс резистентности (ИР), пульсовой индекс (ПИ), систоло-диастолическое отношение (СДО) и максимальную систолическую скорость кровотока. ДПИ измерения проводили на ультразвуковом аппарате Voluson T8 Expert мультисекторным объемным (4D) абдоминальным конвексным датчиком GE RAB4-8-D (4.0–8.5 МГц).

Результаты. Во всех случаях процедуры КПС проводили больным при неэффективности традиционных методов лечения. Осложнений при проведении КПС не было, у всех больных отмечен положительный клинический эффект. Осложнений в родах, в том числе и кровотечений, не было ни разу. Все дети родились в удовлетворительном состоянии, без признаков гипоксии (недоношенный – один из 12). Послеродовый период у женщин и неонатальный период у новорожденных протекали без осложнений. Исходно исследуемые доплеровские показатели у пациенток и у их плодов были в пределах «нормы беременных». При динамических ДПИ кровотока имели место не существенные колебания доплеровских показателей. Однако, в целом в группе обследованных при преэклампсии, гепатозе и резус-конфликте все средние показатели после курса лечения всегда имели положительную направленность. Учитывая малое число наблюдений, статистическая обработка количественных данных показателей кровотока в указанных подгруппах больных беременных не проводилась. В целом, предварительные доплеровские характеристики кровотока в исследуемых сосудах почек у беременной и плода до и после курса КПС показали:

1. В большинстве случаев увеличивалась максимальная скорость кровотока (у 7 увеличивалась, у 4-х – снижалась, у одной не менялась).
2. В большинстве случаев снижался ИР (у 5 пациенток отмечено снижение ИР, у 3-х – повышение, у 4-х не менялось).

Следует отметить, что отсутствие положительной динамики в показателях ДПИ, или даже их некоторое ухудшение, как правило, отмечали при клинических проявлениях ЗВУР плода 2-й и, особенно, 3-й степени.

Выводы.

1. Полуселективная аферезная методика КПС безопасна для беременной и ее плода, не оказывает отрицательного влияния на состояние микроциркуляции, кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод, в том числе и в почечных сосудах матери и плода.

2. По-видимому, отсутствие положительной динамики в показателях ДПИ (тем более – ухудшение) при проведении эфферентной терапии больным, даже при ее общеположительном клиническом эффекте, может служить дополнительным критерием тяжести основного заболевания, осложненного ЗВУР плода.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АФЕРЕЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ФОТОМОДИФИКАЦИИ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ (ЗВУР) ПЛОДА

*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.*

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

Данные литературы свидетельствуют о высокой эффективности методов плазмафереза и фотомодификации крови при различной акушерской патологии, осложненной фето-плацентарной недостаточностью с синдромом ЗВУР плода.

Цель исследования. Изучить исходы беременности и родов для матери и плода при применении беременным со ЗВУР плода аферезных технологий в сочетании с лазерной фотомодификацией крови.

Материал и методы. 38 беременным в возрасте 17-42 лет с диагностированным синдромом ЗВУР плода при 23-34 неделях беременности применяли эфферентные методы (ЭМ) лечения. У всех женщины в анамнезе и при данной беременности были заболевания и осложнения (бесплодие, привычное невынашивание, пиелонефрит, преэклампсия, гепатоз и пр.), у 13 пациенток беременность наступила после ЭКО. ЭМ проводили избирательно, что зависело от конкретной клинической ситуации. В первую группу включены 16 беременных со ЗВУР плода 1 степени, им проводили через день по три сеанса среднеобъемного (экспузия 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 напп. «ШАТТЛ»). Во вторую группу включены 22 беременные со ЗВУР плода 2-3 степени, фоном для чего служили длительно текущая патология по поводу которой женщин уже лечили в других стационарах (преэклампсия, холестатический гепатоз, тромбофилии, резус-иммунизация). Этим женщинам проводили курсы аферезных технологий второго поколения: плазмообмен (ПО; апп. НАEMONETICS PCS-2, США) на криосорбированную аутоплазму (по 5 сеансов у 12 человек) или на 5% раствор альбумина (по 5 сеансов у пяти женщин), каскадную плазмофильтрацию (КПФ; апп. ОСТО NOVA, Япония; по три сеанса, пять человек) в сочетании с 7-10 сеансами ВЛОК.

Результаты. Осложнений при проведении ЭМ 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, доплерометрии), пролонгированием беременности на 3-15 недель.

Роды у всех больных проведены в плановом порядке, у 34 из 38 (89,5%) пациенток – оперативным путем. Преждевременные роды были только во второй группе, в двух наблюдениях и только при наличии ЗВУР плода 3 степени. Эти трое новорожденных (1 двойня) были переведены на второй этап выхаживания, а остальные дети – выписаны домой. Перинатальной смертности не было. Послеродовый период у женщин, несмотря на множественную, нередко сочетанную патологию, протекал нормально без потребности в продолжении аферезных технологий и ВЛОК.

Выводы.

1. Избирательное использование аферезных технологий в сочетании с ВЛОК у беременных с синдромом ЗВУР плода, развившемся на фоне различной патологии, безопасно, высокоэффективно и для матери, и для плода.
2. Связать положительные клинические результаты ЭМ можно с общеизвестными их эффектами – детоксикацией, рео-, иммунокоррекцией, купированием реакций воспаления, повышенного тромбогенного потенциала.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДИЛЯТАЦИИ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

*ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации», г. Иваново, Россия.*

Целью настоящего исследования стало изучение структурных особенностей герминативного матрикса и неокортекса у плодов и новорожденных 22-27 недель гестации при различных степенях дилатации вентрикулярной системы головного мозга. Объектом изучения служил головной мозг 90 плодов и новорожденных. Критерием отбора в основную группу (60) послужила вентрикуломегалия (ВМ), которую разделили на подгруппы в зависимости от степени дилатации боковых желудочков. Группу сравнения (30) составили плоды без макроскопических и морфометрических изменений со стороны вентрикулярной системы. Комплексное морфологическое исследование, включа-

ющее обзорную гистологию, морфо- и гистометрию, позволило установить структурные особенности герминативного матрикса и неокортекса при различных степенях ВМ и выделить компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии указанной патологии. Компенсированная вентрикуломегалия характеризуется ускоренной редукцией герминативного матрикса и смещением его сосудов из субэпендимальной зоны в кортикальном направлении, в то время как субкомпенсированную и декомпенсированную стадии ВМ отличает, соответственно, замедление и отсутствие признаков указанного процесса в сочетании с ретардантным типом развития неокортекса.

Полученные результаты позволяют расширить спектр морфологической диагностики вентрикуломегалии и послужить критериями для уточнения стадии ВМ.

МАЛООБЪЕМНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ И АУТОПЛАЗМОДОНОРСТВО В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Дудниченко Т.А., Ветров В.В., Ахмеджанова З.М., Сентябрева М.С.

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

*Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».
Санкт-Петербург, Россия.*

Актуальность проблемы. Послеродовые кровотечения являются одной из основных причин материнской смертности.

Цель исследования. Изучить влияние малообъемного плазмафереза (ПА) у беременных из группы высокого риска на частоту развития патологической послеродовой кровопотери.

Материал и методы. Методом случайной выборки проведен анализ историй родов у 92 женщин в возрасте 17-42 лет, у которых по данным коагулограммы перед родами была гиперкоагуляция (39 человек; 1 группа), гипокоагуляция (32; 2 группа), изокоагуляция (21; 3 группа). У всех пациенток имелись неблагоприятные данные в соматическом, акушерско-гинекологическом анамнезе и осложнения беременности. В частности, преэклампсию отмечали у 54 из 92 (58,7%) женщин.

44 из 92 пациенток (48%; соответственно по группам – 19, 17 и 8 женщин) помимо традиционной подготовки к родам получали 1-4 сеанса малообъемного центрифужного ПА с заготовкой 350-650 мл аутоплазмы (АП) на роды. Плазмозамещение при ПА осуществляли физиологическим раствором натрия хлорида и 200 мл 10% раствора глюкозы. Осложнений, как и ухудшения показателей коагулограмм, при этом не было.

Результаты. Данные анамнеза, течение беременности и родов у получавших и у не получавших ПА женщин практически не отличались. Роды через естественные родовые пути произошли у 35 из 92 (38%) женщин (по группам – у 16, 11 и 8 человек) и в 2 случаях (при гипокоагуляции – 1, при изокоагуляции – 1) было послеродовое кровотечение в объеме соответственно 600 мл и 800 мл. ПА при беременности этим женщинам не проводили.

Путем планового (чаще), или экстренного кесарева сечения родоразрешены 57 пациенток и у 15 из них отмечена кровопотеря более 900 мл.: в 1-й группе у пяти из 23 (21,7%) наблюдавшихся, во 2-й группе – у восьми из 21 (38%), в 3-й группе – у двух из 13 (15,4%). У всех этих женщин были дополнительные факторы риска для развития кровотечения (полное предлежание плаценты – у шести, миомэктомия при данном кесаревом сечении – у трех, двойня – у двух, гепаринотерапия при преэклампсии – у двух, один-два рубца на матке после предыдущего кесарева сечения – у двух).

У восьми из 15 женщин с патологической кровопотерей, родоразрешенных оперативным путем, перед родами проводили 1-2 сеанса ПА (у получивших 3-4 сеанса ПА кровопотери более 800 мл не было). У семи из этих восьми женщин кровопотеря, в том числе при полном предлежании плаценты (три случая), составила 900-1200 мл. В одном случае (миомэктомии с последующей ампутацией матки; исходно – гипокоагуляция) кровопотеря была 2000 мл. Остальные семь из 15 женщин с патологической кровопотерей после оперативных родов перед родами ПА не получали. У четырех из них кровопотеря была 900-1200 мл., а у трех остальных (все – с предлежанием плаценты; гипокоагуляция – две; нормокоагуляция – одна) – в объеме 1500-2500 мл.

Дефицит ОЦК при послеродовой кровопотере у всех женщин, получавших при беременности ПА, возмещали инфузией растворов кристаллоидов и АП, донорские СЗП и эритромассу использовали соответственно в двух и в одном случаях. При традиционном ведении женщин для этой цели использовали растворы кристаллоидов, крахмала, донорскую СЗП (семь случаев) и донорскую эритромассу (три случая).

Вывод: Проведение предродового ПА у беременных из группы высокого риска способствует снижению частоты массивных кровотечений, а возврат запасенной АП позволяет существенно уменьшить использование донорских компонентов крови.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЛАЦЕНТЕ И ЧАСТОТУ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ

Ветров В.В., Рощупкина И.А., Ахмеджанова З.М., Батракова Т.А.

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

Актуальность. Послеродовые гнойно-септические осложнения (ГСО) занимают одно из ключевых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Поэтому очень важна разработка методов, профилирующих эти осложнения.

Цель исследования. Изучить связь результатов гистологического исследования последов, частоты ГСО у родильниц при использовании в схеме лечения осложнений беременности малообъемного плазмафереза (ПА).

Материалы и методы исследования. Наблюдали 218 женщин в возрасте 16-46 лет. Из них 118 человек при лечении и подготовке к родам получали сеансы малообъемного центрифужного плазмафереза (ПА; 1-4 процедуры через день-два) включены в основную группу. Остальные 100 пациенток с аналогичными данными анамнеза, с заболеваниями и осложнениями беременности (пиелонефрит, преэклампсия, гепатоз, плацентарная недостаточность, резус-иммунизация и пр.) получали традиционную терапию, включены в контрольную группу.

Результаты. При анализе историй родов были выявлены особенности:

1. Послеродовые ГСО были зарегистрированы у 23 из 218 (10,6±3,0%) наблюдавшихся пациенток: у 6 женщин (5,1±2,2%) в основной группе и у 17 случаях (17,0±3,7%; $p < 0,001$) в группе контроля, то есть, в 3,3 раза чаще.

2. На первом месте среди воспалительных осложнений были обострение пиелонефрита (13 случаев), реже (5 случаев) отмечали раневую инфекцию, эндометрит (3), мастит (1) и тромбоз глубоких вен на ноге (1). При этом тяжелые осложнения в виде эндометрита, мастита и тромбоза после родов были только в контрольной группе.

4. В анамнезе, или при беременности у всех женщин с ГСО были болезни почек (чаще) и/или печени.

5. В абсолютном большинстве случаев (у 21 из 23; 91,3%) у родильниц с ГСО роды были проведены оперативным путем.

6. В основной группе заболевали женщины, получившие при беременности только по 1-2 сеанса ПА; у получивших 3-4 сеанса ПА ГСО не было.

7. Воспалительная патология в последе была выявлена у всех пациенток с ГСО, в каждом третьем случае – гнойная.

8. Всего воспалительные проявления в последе в основной группе были обнаружены у 25 из 118 (21,2%) женщин, а в контрольной группе – у 33 из 100 (33,0%) женщин. При этом в основной группе у большинства женщин (у 18 из 25; 72,0±6,9 %) имели место локальные воспалительные изменения в различных участках последа (чаще в оболочках), а в остальных семи из 25 случаев находили тотальное поражение тканей плаценты в сочетании с воспалением в оболочках и в пуповине. В контрольной группе, наоборот, чаще находили тотальное поражение последа – у 23 из 33 женщин (69,7±8,0 %), а локальные воспалительные изменения были выявлены лишь у 10 из 33 пациенток (30,3±6,7 %).

Заключение. Предродовый курс ПА из 3 процедур для больных беременными женщинами является надежной профилактической мерой для предотвращения развития послеродовых воспалительных осложнений даже при оперативных родах. Помимо общеизвестных лечебных эффектов (детоксикация организма, рео-, иммунокоррекция), по-видимому, немаловажное значение при этом имеет и купирование воспалительных проявлений в плаценте, как вероятном очаге инфекции.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В ИСХОДЕ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Сидоркевич С.В., Пугина Н.В., Комличенко Э.В., Ильин А.Б., Столица А.А., Побединцева Ю.А., Баутин А.Е., Кудлачев В.А., Васильев В.Е., Иванов Д.О., Зазерская И.Е.

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

Постреанимационная болезнь (ПРБ) характеризуется синдромом полиорганной недостаточности (СПОН) на фоне синдромов эндогенной интоксикации (СЭИ), системного воспалительного ответа организма (ССВО), которые в конечном итоге и определяют прогноз для жизни пациента. Патогенетической при этом является эфферентная терапия (ЭТ), позволяющая удалить из организма продукты извращенного метаболизма, фрагментов разрушенных

клеток, антигенов, антител, ЦИК, цитокинов и других патогенов с восстановлением микроциркуляции, купированием полиорганных проявлений.

Приводим собственное наблюдение. Наблюдали пациентку К., 28 лет, поступившую в клинику 11.01.12 года с диагнозом: Беременность 38 недель. Рубец на матке после кесарева сечения (КС) в 2005 г. Преэклампсия легкой степени. Гипохромная анемия. Диффузный токсический зоб 2 ст., рецидив тиреотоксикоза в 2010 году после субтотальной струмэктомии в 2000 г. Тиреотоксическая миокардиодистрофия. Тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Одиночная парная желудочковая экстрасистолия. Пароксизмальная неустойчивая моноформная желудочковая тахикардия.

В 39 недель при плановом КС у пациентки развился пароксизм желудочковой тахикардии с переходом в фибрилляцию желудочков. Девять минут проводились реанимационные мероприятия, в том числе три кардиоверсии разрядом 360 Дж, после чего восстановился синусовый сердечный ритм. При КС родился живой мальчик весом 2890 гр. Операционная кровопотеря составила 800 мл. Через 40 минут через правую яремную вену в полость сердца под контролем эндокардиальной ЭКГ введен временный кардиостимулятор (ВКС), навязан ритм ЭКС с частотой 80 в 1 минуту. ВКС был удален через три дня. В послеоперационном периоде у пациентки, несмотря на интенсивную терапию, развилась клиника ПРБ в виде прогрессирующих СЭИ, ССВО и СПОН. В клинике последней преобладали поражение функций печени, легких и головного мозга. В курсе комплексной терапии на 3, 4 и 8 сутки после КС были выполнены соответственно плазмообмен (ПО) на донорскую СЗП (1,5 ОЦП), ПО на донорскую СЗП (1,5 ОЦП) с последующей плазмособцией (ПС; 2000 мл, сорбент СКН-2-к) и среднеобъемный плазмаферез (ПА). Одновременно больной проводили ежедневные сеансы внутрисосудистой фототерапии (№ 10). Последовательная ЭТ способствовала купированию проявлений СЭИ, ССВО, печеночной, дыхательной и церебральной функциональной недостаточности с выведением больной из комы. На 28 сутки после клинической смерти больная обслуживала себя, передвигалась по палате. С явлениями тетрапареза, диффузной постгипоксически-ишемической энцефалопатии переведена в неврологическое отделение для восстановительного лечения, подготовки к операции по поводу зоба. Осмотрена через месяц после выписки из стационара. Жалоб не предъявляла, занималась ведением домашнего хозяйства, воспитанием детей.

Вывод. ЭТ (ПО в сочетании с ПС, ПА и фототерапией) в курсе комплексного интенсивного лечения способствовала купированию признаков ПРБ у родильницы с тяжелой соматической патологией.

КОМПЛЕКСНЫЕ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

*Ветров В.В., Приворотский В.В., Васильев В.Е., Дудниченко Т.А., Столица А.А.,
Макаров К.В., Овсянников Ф.А.*

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

Повышение частоты кесарева сечения (КС), отмечаемое во всем мире, сопровождается увеличением случаев патологии прикрепления плаценты с тяжелыми, массивными кровотечениями при повторных оперативных родах. Профилактика подобных кровопотерь возможна при комплексном использовании современных кровесберегающих технологий.

Цель исследования. Провести анализ исходов родов у беременных с полным предлежанием плаценты в условиях применения пациенткам современных кровесберегающих технологий.

Материал и методы исследования. В 2011-2012 гг. наблюдали 16 беременных в возрасте 25-42 лет с полным предлежанием плаценты. Помимо этой патологии у женщин были и другие факторы риска патологической кровопотери при предстоящих оперативных родах: акушерские и соматические заболевания и осложнения (преэклампсия, анемия, тромбоцитопения, многоплодие, многоводие) – у всех, рубец на матке после бывшего в анамнезе КС – у одиннадцати, миома матки – у пяти, врастание ткани плаценты в область послеоперационного рубца на матке – у трех.

Всем женщинам проводили в день плановой операции КС временную эмболизацию маточных артерий (ВЭМА; после извлечения плода). Помимо этого, в трех случаях проводили предродовую заготовку двух доз аутоплазмы (АП), в двух случаях – аппаратную интраоперационную реинфузию крови (ИОРК).

Результаты. Плановое оперативное родоразрешение проведено в 35-39 недель беременности, перинатальной смертности не было.

Осложнений при проведении ВЭМА, заготовке и переливании аутоплазмы, и реинфузированной крови не было. У 15 наблюдавшихся пациенток с предлежанием плаценты кровопотеря при КС не превышала 900-1200 мл. и возмещалась кристаллоидами, препаратами крахмала, заготовленными аутокомпонентами крови. В одном случае при подтвержденном до операции с помощью компьютерной томографии врастании ткани плаценты в область послеоперационного рубца на матке была отмечена кровопотеря в 3000 мл, потребовавшая гистерэктомии и переливания донорских гемокомпонентов.

Во всех случаях послеродовой период протекал без осложнений, а контрольные доплер-исследования (на 2,7 сутки) показали восстановление кровотока в матке, инволюция ее была нормальной.

Вывод. Избирательное и комплексное применение современных кровесберегающих технологий у пациенток с полным предлежанием плаценты безопасно, вполне оправдано, но требует дополнительных значительных расходов, доступных лишь крупным перинатальным центрам.

ДВЕ МОДЕЛИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ

Ветров В.В., Вьюгов М.А., Воинов В.А.

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

Родильный дом г. Таганрога, Россия.

Актуальность. На сегодня имеется два варианта тактики при ведении беременных с резус-иммунизацией. В первом случае, согласно национального руководства по акушерству и гинекологии от (ред. Э.К. Айламазян и др., 2009): осуществляется активное наблюдение за беременными с установленным резус-конфликтом с определением уровня антител в крови и динамическим проведением методов кардиотокографии, УЗИ, доплерометрии для выявления появления у плода признаков тяжелой анемии. В сомнительных случаях используется операция кордоцентеза для анализа крови плода и при диагностике тяжелой анемии, ему проводится внутриутробное переливание донорских эритроцитов (ВПДЭ), альбумина [1]. Вторая модель принята в США и отражена в Приказе МЗ РФ по оказанию беременным высокотехнологичной медицинской помощи. Согласно этой модели на ранних этапах беременности женщинам с резус иммунизацией, с целью удаления из организма антигенов, антител, иммунных комплексов и для профилактики небезопасной операции ВПДЭ проводятся методы эфферентной терапии (ЭТ; плазмаферез, плазмообмен, каскадная плазмофильтрация, иммуносорбция) с введением иммуноглобулина [2,3].

Цель исследования. Уточнить влияние различных методов плазмафереза на течение беременности и состояние новорожденных детей.

Материал и методы. Исследования проводились в 1998-2010 гг. в родильном доме № 10 Санкт-Петербург (84 наблюдения; первая группа) и в родильном доме г. Таганрога Ростовской области (31 женщина; вторая группа). По данным анамнеза, клиники болезни обеих групп практически не отличались, исходно уровни антител в крови были в пределах 1:32 – 1:1024, У всех обследованных основной группы Rh-антитела были представлены IgG1, IgG3, что свидетельствовало о высоком риске гемолиза эритроцитов у плода.

В первой группе (г. Санкт-Петербург) у 12 женщин с гибелью плода от гемолитической болезни (ГБ) в анамнезе при подготовке к гестации проводили курс из 3 - 4 сеансов центрифужного малообъемного плазмафереза (ЦМПА; удаление 300 – 350 мл плазмы за сеанс) в сочетании с ультрафиолетовым облучением крови (УФОК). При наступлении беременности этим пациенткам, как всем остальным 72 женщинам, с ранних сроков проводили курс ЦМПА из 4 процедур, проводимых через день – два. Затем беременным назначали поддерживающие сеансы ЦМПА и УФОК один раз в две-три недели до срока родов под контролем содержания резус – антител в крови и состояния внутриутробного плода. При повышении титра антител выше исходного уровня (в каждом третьем случае) проводили повторный курс ЦМПА из трех-четырех процедур малообъемного. Плазмозамещение при ЦМПА осуществляли 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и 200 мл 10% глюкозы. Всего за беременность пациентка с резус-иммунизацией получала от 5 до 15 процедур ЦМПА в сочетании с УФОК (фотомодификацию крови начинали после 20 недель беременности и выполняли за беременность не более 10 раз). Общее количество эксфузированной за всю беременность плазмы не превышало соответственно 2000 – 5000 мл плазмы (1-2 ОЦП).

Во 2-й группе (г. Таганрог) наблюдали 31 женщину, из которых 16 человек (подгруппа А) с 22-24 недель беременности получали с интервалом в 1-2 недели от 3-х до 5-и сеансов среднеобъемного мембранного плазмафереза (СМПА; использовались отечественные мембранные плазмофильтры ПФМ-800 и «Роса»). За один сеанс СМПА удаляли до 600±25,5 мл аутоплазмы. Восполнение проводилось изотоническим раствором натрия хлорида 400 мл + ГЭК 300 мл. Общий объем удаленной плазмы за курс лечения составлял 1-1,5 ОЦП. Кратность процедур СМПА зависела от динамики титра резус-антител.

Остальные беременные с резус-иммунизацией (15 женщин – подгруппа Б) получали стандартную терапию (СТ) резус-сенситизации с введением ииммуноглобулина.

Результаты исследования. Ближайших и отдаленных осложнений при проведении ЭТ не было.

В первой группе (Санкт-Петербург) течение беременностей было без осложнений, женщин родоразрешали в 34-38 недель. У двух здоровых новорожденных оказалась резус-отрицательная кровь, титр антител в крови их матерей при беременности был в пределах 1:64 – 1:256. Эти женщины страдали хроническим пиелонефритом, который был дополнительным показанием для проведения ЭТ. В одном случае при запоздалом начале курса ЭТ (в 30 недель) наступила интранатальная гибель плода от гемолитической болезни (ГБ). У остальных 84 новорожденных (1 двойня) в 60% случаев отмечали гемолитическую болезнь легкой – средней (реже в два раза, чем легкой) степени. Заменное переливание крови (ЗПК) по 1 разу потребовалось лишь в 10 случаях (11,8%) и только при запоздалом начале ЭТ.

Показатель перинатальной смертности в 1-й группе составил 11,9/1000, что на порядок меньше, чем по данным литературы при традиционном ведении беременных, в том числе с применением ВПДЭ [4].

Во 2-й группе (г. Таганрог) при проведении ЭТ у женщин также отмечалось стабильное снижение уровня антител в крови: к 36 неделям беременности в подгруппе А титр резус – антител в среднем составил $1:8,8 \pm 2,9$, а в подгруппе Б – $1:64,8 \pm 1,8$ ($p < 0,05$). Все получавшие ЭТ женщины доносили беременность до 36–38 недель, а при традиционном ведении преждевременные роды были у 9 из 15 (60%) пациенток. При этом в подгруппе А новорожденным ни разу не потребовалось ЗПК, не было необходимости в переводе детей в отделение патологии новорожденных. Иная картина была в подгруппе Б: ЗПК потребовалось у 8 из 15 (53,3%) детей, которых затем переводили на второй этап выхаживания. Среднее пребывания новорожденных в стационаре в подгруппе А составило $6,5 \pm 0,5$ дней, в подгруппе Б – $11,8 \pm 0,7$ ($p < 0,05$) дней. Летальных случаев не было.

Заключение. Обе представленные модели проведения плазмафереза у беременных с резус-сенсibilизацией (программный ЦМПА в сочетании с УФОК и курс из отсроченных сеансов СМПА) безопасны, способствуют профилактике тяжелых форм ГБ плода и новорожденного со снижением показателя перинатальной смертности. При этом надобности в опасных, инвазивных операциях ВПДЭ нет. Однако, данная операция должна быть в арсенале акушеров и только для запущенных случаев резус-иммунизации, что, как показывает опыт перинатального центра ФБГУ «ФЦСКЭ им В.А. Алмазова», наблюдается только при использовании рекомендаций национального руководства по акушерству [5].

ИСХОДЫ ДЛЯ ПЛОДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ

Ветров В.В., Бараташвили Г.Г., Мызникова И.В., Пугина Н.В., Васильев В.Е.

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

Актуальность. В последние тридцать-сорок лет идут острые дискуссии о вариантах лечения беременных с резус-иммунизацией. Большие надежды врачи связывали с профилактическим введением резус-иммуноглобулина родильницам, но частота патологии и, проблемы с ней связанные, не имеют тенденции к снижению. Лечебный плазмаферез (ПА) внедряется в жизнь с шестидесятых годов прошлого столетия и на сегодня установлено, что этот метод ПА (за рубежом — ПФ; под этим термином подразумевают выполнение операции в режиме плазмообмена; в России чаще применяется среднеобъемный ПА) имеет теоретическую и практическую пользу при любых состояниях, связанных с наличием аномальных факторов плазмы, таких как токсины, антигены, антитела, иммунные комплексы, патологические факторы свертывания крови. С учетом отмеченного, совсем неудивительно, что резус-иммунизация у беременных была первой акушерской патологией, при которой стали применять метод ПА.

К сожалению, в России в последние годы отношение к проведению ПА у беременных с резус-сенсibilизацией необоснованно подвергалось ostrакизму. В частности, в национальном руководстве по акушерству и гинекологии (ред. Э.К. Айламазян и др., 2009) и в работах других специалистов упоминаний про применение ПА и ПО у беременных с резус-иммунизацией нет вообще, а методом выбора предлагается переливание донорских эритроцитов внутриутробному плоду. При этом предлагается выжидательная тактика при активном наблюдении за беременными с резус-сенсibilизацией с определением уровня антител в крови и динамическим проведением методов кардиотокографии, УЗИ, доплерометрии для выявления появления у плода признаков тяжелой анемии. В сомнительных случаях используется операция кордоцентеза для анализа крови плода и при диагностике тяжелой анемии ему проводится небезопасная операция внутрисосудистого вливания подобранных донорских эритроцитов (ВПДЭ), альбумина [1].

На сегодня в США, согласно Руководства по применению терапевтического афереза в клинической практике, разработанного специальной Комиссией на основе доказательной медицины, основным методом лечения аллоиммунизации у беременных считается переливание донорских эритроцитов внутриутробному плоду. Плазмообмен и/или использование внутривенного введения иммуноглобулина считаются применительными до 20 недель беременности при наличии высокого риска выкидыша, или симптомов водянки плода [2].

Эти установки близки к Приказам МЗ РФ, согласно которым при резус-исенсибилизации и привычном невынашивании беременности женщинам с ранних сроков рекомендуются аферезные технологии (аппаратный плазмаферез, иммуносорбция, каскадная плазмофильтрация) с последующим введением иммуноглобулина. Причем, операции этим большим проводятся за счет государства (по квотам) [3].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ исходов для плода при различном ведении беременных с резус-иммунизацией.

Материал и методы. В таблице представлены клинические особенности историй родов у девяти беременных с резус-иммунизацией. Во втором столбце таблицы включены данные по ведению трех женщин из 1-й подгруппы – с использованием курса плазмообмена на криосорбционнообработанную аутоплазму (пациентка А), курса плазмообмена на раствор альбумина (пациентка Б), курса каскадной плазмофильтрации (пациентка В).

В третьем столбце таблицы представлены данные о трех женщинах (Г.Д.Е) из 2-й подгруппы, которых при беременности вели выжидательно с назначением традиционных медикаментозных средств.

В четвертом столбце таблицы отражены данные о трех женщинах (Ж.З.И) 3-й подгруппы, у которых при беременности плоду было проведено одно ВПДЭ (Ж.З.) и три ВПДЭ (И).

Таблица 1

Сравнительная характеристика результатов при разных вариантах ведения беременных с резус-иммунизацией.

Показатель	Аферезные технологии пациенткам А, Б, В	Выжидательное ведение Пациенток Г,Д,Е	Выжидательное ведение, затем проведение ВПДЭ плоду у пациенток Ж, З, И
Предстоящие роды	У всех – вторые	У всех – вторые	Ж, З – вторые; И – пятые
Титр антител с начала беременности	У всех – 1:32-1:64	У всех 1:32-1:64	У всех 1:32-1:64
Резкое возрастание титра антител	32-34 недели, 1:1024-1:2048	32-34 недели, 1:1024-1:2048	Ж – 32 нед., З – 28 нед., И – 26 нед., 1:2048-4096
Срок родов, титр антител	Беременность пролонгировали у всех Роды: А – 36 нед. Б – 37 нед., В – 38 нед. Титры 1:512	Г, Д – 33-34 нед., Е – 35 нед., Титры 1:2048-1:4096	Беременность пролонгировали у всех Ж – 36 неделя, З, И – 33 нед. Титры 1:4096
Кесарево сечение	Нет, роды естественные	Г,Д – плановое; Е – экстренное	Все три случая, экстренно
Масса плода, грамм	А – 2750, Б – 2800, В – 3420	Г – 2000. Д – 2500. Е – 2800	Ж – 2850, З – 2400, И – 2500
Оценка по Апгар, баллы	У всех – 8/9	Г – 5/7; Д – 7/8; Е – 3/5	Ж – 3/5; З – 3/5; И – 5/7
Клиника ГБН	А,Б – легкая форма; В – средняя форма	Г, Д – тяжелая форма Е – крайне тяжелое течение	У всех крайне тяжелое течение
Другие осложнения	Нет	У всех недоношенность, Е – СДР	У всех недоношенность, СДР, Ж,З – судороги
ЗПК, трансфузии эритроцитов, тромбоцитов	А, Б – нет; В – две гемотрансфузии (10 мл/кг массы тела)	Г – 2 ЗПК. Д – 1 ЗПК. Е – 3 ЗПК.	У всех по три ЗПК, 1-2 трансфузия эр-в, у Ж – тромбоз вези
Другие лечебные особенности	–	Г – ИВЛ, SPAP; Д – SPAP; Е – ИВЛ. SPAP	У всех – ИВЛ + SPAP (реанимация от 2 до 15 суток)
Выписка домой, сутки	10-11	11-12	Ж – 28, З – 14, И – 13.

Следует отметить, что у всех женщин значимые уровни резусных антител в крови (1:32 и выше – показание для проведения плазмафереза с целью удаления антител, антигенов, ЦИК) отмечали с начала беременности. К 22-24 неделям беременности титры антител не превышали 1:64 – 1:256, а затем, при прогрессировании поражения крови плода, титры стремительно возрастали до критических цифр, с которыми пациентки и поступали в клинику института Перинатологии и Педиатрии.

Хотя детоксикационная терапия женщинам из 1-й подгруппы была начата с большим запозданием, проведение им современных аферезных технологий способствовало снижению уровней резус-антител в крови на 1-2 порядка, пролонгированию беременности на 4-5 недель с рождением через естественные родовые пути матери доношенных детей с существенно меньшими, чем во 2-й и 3-й подгруппах женщин, проявлениями ГБН и затратами на лечение и выхаживание.

Вместе с тем, следует отметить и случай ВПДЭ (вариант Ж), когда у многогрозавшей пациентки тяжелая форма ГБП развилась к 26 неделям и потребовались три операции ВПДЭ. Это позволило пролонгировать беременность на семь недель с последующим досрочным родоразрешением и рождением плода в крайне тяжелом состоянии.

Собственный многолетний опыт (Ветров В.В., 2008) показывает, что при раннем и последовательном назначении и проведении мало-, среднеобъемных процедур плазмафереза у беременных с резус-иммунизацией титра антител в крови выше 1:512, как правило, не наблюдается. При этом не возникает потребности в операциях ВПДЭ, а потребность в ЗПК (не более 1 операции) возникает лишь в каждом десятом случае и только при позднем начале эфферент-

ной терапии. Причина этого связана с детоксикационным, иммуно-, реокорректирующими эффектами метода ПА, в том числе и для внутриутробного плода, погибающего не столько от анемии, а от интоксикации и полиорганной несостоятельности при которых ВПДЭ является лишь паллиативной мерой [4].

Вывод. На современном этапе тактика пассивного наблюдения за беременными в ожидании показаний для переливания эритроцитов внутриутробному плоду не оправдала себя и в практической работе следует придерживаться Приказов МЗ РФ о проведении методов детоксикационной терапии беременным с резус-иммунизацией с ранних сроков беременности.

Операция ВПДЭ плоду должна быть операцией резерва на всякий непредвиденный случай (позднее обращение женщины, отсутствие эффекта от аферезных технологий, что бывает лишь при позднем начале процедуры).

ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

Власюк В.В., Голубенко Р.Н.

ФГБУ «НИИ детских инфекций ФМБА», Санкт-Петербург, Россия.

Во многочисленных научных работах поражения спинного мозга обычно связывают с родовой травмой. Это свидетельствует о недостаточном знании того, что внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) может осложниться поражением спинного мозга. Материалом исследования явились умершие новорожденные (6 случаев), родившиеся с массой 805- 2000 г. и прожившие от 22 часов до 24 дней, у которых выявлены ВЖК 3-й степени. Основными заболеваниями у детей были внутриутробные инфекции (3 случая), ВЖК (2 случая) и родовая травма (1 случай). При патологоанатомическом исследовании головного мозга кровь обнаруживалась во всех желудочках мозга, перемещалась в мозжечково-луковичную цистерну мозга и в субарахноидальное пространство мозжечка, располагаясь в области верхнего и нижнего червей и полушарий. Кровь в отдельных случаях окутывала также мост и продолговатый мозг. Кровоизлияние располагалось в субарахноидальном пространстве всех отделов спинного мозга. В нейронах передних и задних рогов спинного мозга выявлялись ишемические и тяжелые изменения, а также явления хроматолиза. В веществе спинного мозга обнаруживались периваскулярные кровоизлияния. Результаты исследования позволяют сделать заключение, что субарахноидальные кровоизлияния спинного мозга являются следствием затекания крови в субарахноидальное пространство спинного мозга, то есть являются осложнением ВЖК. Данные кровоизлияния ведут к повреждениям ткани спинного мозга и к последующим функциональным нарушениям, связанным со спинальной регуляцией внутренних органов. Особенно опасны повреждения шейного отдела спинного мозга, в котором некоторые нейроны несут функции по регуляции дыхания и сердечной деятельности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕНТРИФУЖНОГО И МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Вьюгов М.А., Воинов В.А., Ветров В.В.

МБУЗ «Родильный дом», Анестезиологическое-реанимационное отделение г. Таганрог, Россия.

СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия.

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

Актуальность. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБН) вызывается в результате резус-конфликта или конфликта по системе АВ0, встречается на каждые 250 родов.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку влияния мембранного (мПА) и гравитационного плазмафереза (гПА) при проведении этих операций больным с ГБН.

Материал и методы. Проведен анализ 53 историй болезни новорожденных доношенных детей с ГБН при резус-сенсификации. В первые сутки жизни у детей средний почасовой прирост НБ составил $12,6 \pm 1,6$ мкмоль/л, поэтому всем детям было проведено ЗПК. На вторые сутки у этих же детей со средним уровнем непрямого билирубина $443,4 \pm 9,35$ мкмоль/л (почасовой прирост $5,86 \pm 1,6$ мкмоль/л) была проведена операция ПА, которую повторяли через день. Все новорожденные дети в исследовании разделены на две группы. В 1-ю группу включены 15 новорожденных детей, которым проводился гравитационный ПФ (гПА). После общей гепаринизации (5 ЕД на 1 мл крови) осуществляли забор крови из пуповинной вены по 10,0 мл в общем объеме за цикл до 30,0 мл. Кровь центрифугировали с разделением ее на клеточные элементы и плазму с помощью центрифуги ОС-6м (15мин, 1800 оборотов/мин). Отцентрифугированные клетки крови вместе с донорской СЗП возвращали в организм плода. Такие циклы проводились несколько раз и за операцию гПА удалялось 140-160 мл аутоплазмы с восполнением свежезамороженной

плазмой 160-180 мл. 2-ю группу составили 38 новорожденных детей, которым проводили шприцевой мембранный плазмаферез (мПА) на вторые сутки жизни. Использовался плазмафильтр ПФМ-800 и «Роса» с помощью одного шприца 10,0 мл по одноигльной методике. Исходно проводили общую гепаринизацию (см. выше), магистраль заполнялась 7,5% раствором альбумина или донорской СЗП. В шести случаях перед мПА, по показаниям, была выполнена трансфузия донорской эритроцитной массы (ЭМ), с помощью которой и заполнялась магистраль для проведения мПА. Работа происходила двухфазно. В течение первой фазы шприц заполняется раствором антикоагулянта (раствор цитрата натрия), а затем кровью ребенка из венозного катетера. При второй фазе кровь с антикоагулянтом нагнетали в плазмафильтр, в котором происходило отделение плазмы от форменных элементов крови. Последние возвращались в сосудистое русло ребенка. Такие циклы по забору крови и возврату крови осуществляли несколько раз с удалением 240-260 мл аутоплазмы (2-2,5 ОЦП), потерю которой возмещали синхронно донорской СЗП.

Контрольными тестами служили общеклинические, лабораторные исследования, обязательные при ЗПК (оценка общего и неврологического статуса, почасовой прирост билирубина и пр.).

Результаты. гПА проводили на первом этапе работы в 1995-2000 гг., а затем применяли мПА. Следует отметить, что после проведенного ПА потребности в ЗПК не было, дети быстро шли на поправку.

При мониторинге исследования показателей гемодинамики и функции внешнего дыхания у двух детей с ГБН 1-й группы во время гПА отмечались значительные колебания ЧСС, АД (сист. диаст. сред.), Sat O₂, частоты дыхания, ухудшение микроциркуляции. По окончании операции данные осложнения купировались медикаментозной терапией. Во 2-й группе во время и после операций мПА отрицательной динамики в изучаемых показателях мониторов не отмечено, что, по-видимому, связано с тем, что переменный объем крови за цикл не превышает 4-8 мл, а отделение плазмы происходит постепенно.

Уровни непрямого билирубина (НБ) в плазме крови новорожденных представлены в таблице 1. Видно, что динамика уровня данного ингредиента в обеих группах была однотипной ($p > 0,05$).

Таблица №1

Динамика НБ при ГБН у детей 1-й и 2-й групп

Группа	1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки	5 сутки
1-я n=15	290,2±45,3	430,5±13,2	237,4±7,6	115,5±6,3	66,7±9,3
2-я n=38	315±35,3	456,3±15,5	221,1±5,3	110,2±3,2	45,3±6,3
		Увеличение НБ в час		Снижение НБ в час	
1-я n=15	12,09±1,89	8,05±0,22	5,64 ±4,51	5,08±0,5	1,3±0,1
2-я n=38	13,15±1,46	9,8±0,1	5,86±0,1	5,62±0,9	1,2±0,1

При оценке динамики неврологической симптоматики у новорожденных детей из обеих групп с ГБН на 1-й, 3-й, 5-й, 12-й дни жизни существенных отличий не было. Грубой очаговой неврологической симптоматики у детей не наблюдали ни разу.

Вывод. Преимуществами мПА перед гПА у доношенных новорожденных с ГРН являются меньшая длительность процедуры, большая простота и доступность, отсутствие гемодинамических нарушений, хорошая переносимость при отсутствии осложнений.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Головкина Н.В., Егорова А.Т.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия.

Встречаемость эпилепсии в популяции достигает 1%, при этом от 25-40 % больных – женщины детородного возраста.

Цель исследования: изучить социально-гигиенический статус женщин при некоторых формах эпилепсии. Исследование проводилось на базе МБУЗ «Родильный дом № 5» г. Красноярск, специализированного по оказанию помощи беременным с патологией ЦНС.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 40 историй родов женщин, страдающих эпилепсией за 2009-2010 гг.

Результаты и их обсуждение. Больные эпилепсией женщины находились в раннем репродуктивном возрасте, средний возраст составил – 25,8 (15-34) лет. Социально-гигиенический портрет женщин выглядел следующим образом: в зарегистрированном браке состояло 30 (75%), в то время как 10 (25%) женщин состояли в гражданском браке. Сельские женщины составили 14 (35%), городских жительниц – 26 (65%). Высшее образование имели – 14 (35%), средне-специальное – 17 (42,5%). Вредные привычки были отмечены у – 12 (30%) женщин. Имели инвалидность по эпилепсии – 6 (15%) больных. Часто встречались следующие формы эпилепсии: криптогенная с редкими тонико-

клоническими судорогами – 18 (45%), симптоматическая фокальная с редкими припадками – 10 (25%), идиопатическая с редкими генерализованными судорогами – 9 (22,5%). Вывод: большинство женщин, страдающих эпилепсией, к моменту планирования беременности находятся в раннем репродуктивном возрасте, состоят в зарегистрированном браке, имеют собственное, отдельное жилье. Половина пациенток получило средне-специальное образование, треть имеют вредные привычки (курение). Данное исследование говорит о хорошей социальной адаптации женщин с эпилепсией.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Головкина Н.В., Егорова А.Т.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия.

Около 1% беременных женщин страдают эпилепсией, манифестация заболевания происходит в период беременности в 13% случаев.

Цель исследования: изучить репродуктивный статус женщин с эпилепсией. Исследование проводилось на базе МБУЗ «Родильный дом № 5» г. Красноярск, специализированного по оказанию помощи беременным с заболеваниями ЦНС.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 40 историй родов женщин с эпилепсией за период 2009-2010 гг.

Результаты и их обсуждение. Больные эпилепсией женщины находились в раннем репродуктивном возрасте, средний возраст – 25,8 (15-34). Встречались следующие формы эпилепсии: криптогенная с редкими генерализованными судорогами – 18 (45%), симптоматическая фокальная с редкими припадками – 10 (25%), идиопатическая с редкими генерализованными судорогами – 9 (22,5%), эпилепсия по анамнезу – 2 (5%). У 2 (5%) женщин анамнез был отягощен по основному заболеванию. Средний возраст наступления менархе 13,7 лет. Регулярный менструальный цикл имели 37 (92,5%). Из гинекологических заболеваний отмечались: миома матки у – 2 (5%), эрозия шейки матки у – 23 (57,5%). Воспалительные заболевания специфической и неспецифической этиологии имели 7 (17,5%) женщин. У 40 (100%) женщин с эпилепсией беременность наступила спонтанно. Первобеременными являлись 12 (30%), у 13 (32,5%) гинекологический анамнез был отягощен абортми, у 6 (15%) выкидышами на ранних сроках. Пациентки с эпилепсией недостаточно используют контрацепцию. Качественное диспансерное наблюдение пациенток с эпилепсией в женской консультации, неврологом-эпилептологом, своевременное лечение, предупреждение абортов и ИППП позволяют сохранить репродуктивное здоровье женщин высокой группы риска.

ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ НА БАЗЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Гуркина Е.Ю., Беляева Е.Н., Зазерская И.Е., Леонова И.А.

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

Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин – одна из важнейших задач современной медицины. Рациональная подготовка беременной должна включать теоретическую и практическую подготовку, охватывающую как акушерские, так и педиатрические и психологические аспекты. Существующая система подготовки беременных к родам и материнству не всегда отвечает этим требованиям. С апреля 2012 года на базе Перинатального центра ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрав РФ функционирует школа для беременных, в которой за истекший период прошли подготовку более 70 женщин. Обучение проводится специалистами Перинатального центра и Института перинатологии и педиатрии и состоит из нескольких условно-разделенных блоков:

- Акушерский блок включает в себя теоретические занятия, направленные на получение информации об изменениях, происходящих в организме при беременности; об основах рационального питания беременной и кормящей, об основных этапах родов, методах самообезболивания, массажа и релаксации во время родов. Уникальностью данной школы является использование в преподавании акушерских манекенов и симуляторов в реальной обстановке родильного зала, что позволяет более наглядно продемонстрировать женщине течение родов. Практическая часть заключается в отработке навыков правильного дыхания и физической подготовке (занятия ЛФК, бассейн).

- Педиатрический блок посвящен вопросам развития младенца в первый год жизни, пропаганде грудного вскармливания, а так же обучению практическим навыкам (одевание и пеленание, купание, основы массажа и гимнастики новорожденного).

- Отдельный блок обучения посвящен информированию обучающихся о психологических аспектах, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом с обязательным проведением занятий для будущих пап.

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что проведение подготовки к родам и материнству уменьшает

количество осложнений беременности, родов и благоприятно влияет на развитие ребенка во внутриутробном периоде.

СОПЕРНИЧЕСТВО ДИАД. ПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Добряков И.В., Малашонкова Е.А.

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия.

Основным объектом изучения перинатальной психологии является уникальное образование, состоящее из двух организмов, имеющих общие физические и психические границы. В пренатальном периоде это диада «беременная женщина – пренейт». После родов выживание младенца, его адаптация к новой среде и успешность развития зависят от продолжения существования в новых условиях диады «мать – младенец», суть которой отражена в термине бондинг (англ. bond – связывать, соединять). Самостоятельно вне этой диады, без осуществления мероприятий ухода за ребенком, его кормления (холдинга), он выжить не сможет. Замена в этой диаде матери на иное лицо возможна, но крайне не желательна. При достижении ребенком определенного уровня психического и моторного развития, при овладении им простейшими навыками самообслуживания, ходьбы, речи, при появлении у него самосознания, выражающегося выделением себя из окружающей среды и построением границ своего тела и психики (употреблением в речи местоимения «Я», появлением способности к экстраполяции) диада «мать – ребенок» прекращает свое существование. Многие проблемы развития ребенка, а также семейных подсистем связаны или с преждевременной сепарацией ребенка и прекращением диадных отношений, или с продолжением функционирования диады после появления у ребенка самосознания. К дисгармонии семейных отношений также приводит нередко возникающее во время беременности женщины и продолжающееся после родов соперничество супружеского холона (представляющего собой диаду «муж – жена») и диады «мать – ребенок». Наши исследования показали, что существуют стадии формирования супружеского холона, во время которых соперничества диад не отмечается и возникновение беременности приводит к гармонизации и укреплению супружеских отношений (стадии компромиссов, зрелого супружеского холона, ренессанса), а есть стадии, во время которых беременность женщины приводит к охлаждению отношений супругов (стадии конфронтации, экзистенциального кризиса). Умение перинатального психолога выявлять эти стадии, включать в индивидуальную родовую подготовку психокоррекционные мероприятия, способствующие переходу супружеского холона со стадии, на которой отмечается соперничество диад на стадию его укрепляющую, имеет большое значение для гармонизации семейных отношений, положительно сказывается на течении беременности, родов, раннего послеродового периода, на развитии ребенка.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ПОТРЕБОВАВШИХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Долотова Н.В., Филькина О.М., Кудряшова И.Л., Гордеева Н.В.

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

В настоящее время увеличивается частота рождения детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, требующих проведения интенсивной терапии в период новорожденности. Повышается выживаемость этих детей, однако нередко у них формируются стойкие инвалидизирующие нарушения. Исследования проводились на базе ФГБУ «Ив. НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития РФ. Обследованы 45 детей-инвалидов в возрасте 1-3 лет, получавших интенсивную терапию в период новорожденности. Качество жизни (КЖ) детей оценивали с помощью русской версии опросника QUALIN (Qualite de vie du Nourisson), разработанной в НЦЗД РАМН. Оценивали: «Поведение и общение», «Способность оставаться одному», «Семейное окружение», «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье». Выявлено, что по всем шкалам родители давали достоверно более высокие оценки КЖ своих детей, чем врачи. Самое низкое КЖ по оценке родителей у детей-инвалидов определялось по шкале «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье». По мнению врачей, наиболее низкое КЖ у детей-инвалидов определялось по шкале «Поведение и общение» при таких же низких характеристиках по шкалам «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье». Самая высокая оценка КЖ как родителями так и врачами была дана по шкале «Семейное окружение». Полученные данные свидетельствуют о том, что не смотря на благоприятное семейное окружение, у детей раннего возраста, потребовавших проведения интенсивной терапии в период новорожденности, страдает нервно-психическое и физическое здоровье, а так же нарушено общение, поведение и способность оставаться одному.

ВЛИЯНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО ДИСБИОЗА НА ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ЛИЦ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Журавель Е.М., Касаткин Е.В., Лисицин В.И.

Институт медицинского образования НовГУ, Великий Новгород, Россия.

ГБУЗ «КВД №8», Санкт-Петербург, Россия.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), являются одной из решаемых причин нарушений женского репродуктивного здоровья, особенно бесплодия.

Цель исследования: изучить распространенность заболеваний, связанных с вагинальным дисбиозом у женщин репродуктивного возраста, одного из городских районов Санкт-Петербурга.

Материал и методы: проведено скрининговое микробиологическое обследование женщин в возрасте 17-40 лет, за период 1999-2011 гг. У женщин материалами для лабораторных микроскопических и бактериологических исследований служили соскобы эпителия цервикального канала, также соскобы эпителия мочеиспускательного канала и отделяемое влагалища.

Результаты: исследование показало, что число выявления бактериального вагиноза среди обследованных лиц неуклонно возрастает от 2 случаев на 100000 населения в 2002 до 66 случаев на 100000 населения в 2011 гг. Заболеваемость урогенитальным кандидозом остаётся на высоком уровне с 2007 года.

Выводы: метод прямой микроскопии продемонстрировал высокую распространённость бактериального вагиноза, урогенитального кандидоза среди женщин репродуктивного возраста, что служит маркером ИППП, являющихся частой причиной первичного бесплодия.

ВЛИЯНИЕ СУЛЬФАТА МАГНИЯ НА СПОСОБНОСТЬ DigiFab ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ Na / K-АТФазы, ИНГИБИРОВАННОЙ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

**Зазерская И.Е.¹, Ишкараева В.В.¹, Фролова В.Е.², Солодовникова Н.Г.¹, Григорова Ю.Н.^{1,2},
Адаир С.Д.³, Федорова О.В.⁴, Багров А.Ю.⁴**

¹ Федеральный центр сердца, крови, эндокринологии им. В. А. Алмазова.

Институт перинатологии и педиатрии, Санкт-Петербург, Россия;

² Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова, Санкт-Петербург, Россия;

³ Department of Obstetrics and Gynecology, University of Tennessee, Chattanooga, TN, USA; ⁴ National Institute on Aging, NIH, Baltimore, MD, USA.

Иммунонейтрализация повышенного уровня циркулирующих эндогенных дигиталис подобных ингибиторов Na / K-АТФазы – кардиотонических стероидов (CTS), представляют собой потенциальную терапевтическую цель при преэклампсии. Ранее было показано, что DigiFab, Fab-фрагменты с очищенных овечьих антител к дигоксину, восстанавливают Na / K-АТФазу в эритроцитах, ингибированную при преэклампсии. Поскольку ионы магния модулируют связывание дигиталиса (кардиотонических стероидов) с рецепторами на поверхности Na / K-АТФазы, а также, принимая во внимание терапевтический эффект сульфата магния при преэклампсии, мы предположили его способность к восстановлению Na / K-АТФазы, ингибированной кардиотоническими стероидами. Таким образом, DigiFab и сульфат магния, возможно, действуют как синергисты. Чтобы проверить эту гипотезу, в эритроцитах беременных с преэклампсией изучалось влияние DigiFab на активность Na / K-АТФазы в отсутствие и в присутствии 3 ммоль/л сульфата магния. У 12 беременных с преэклампсией (29, 3±1, 6 года; гестационный срок, 38, 4±1, 6 недели; артериальное давление 154 ± 4/97±2 мм рт. ст.) плазменные уровни маринобуфагенина были увеличены в 3 раза (1,56±0,31 против 0,69±0,12 нмоль / L, P<0,01) и активность Na / K-АТФазы в эритроцитах снижена по сравнению с аналогичными образцами контрольной группы (1,3±0,2 против 2,8 ± 0,3 мкмоль Pi / мл/ч, p< 0,01). Установлено, что при концентрации 1 мкг/мл DigiFab восстанавливает активность Na / K-АТФазы эритроцитов (1,96±0,18 мкмоль Pi/мл/ч, P<0,01), а 3 ммоль сульфата магния потенцируют эффект DigiFab (2,4±0,2 мкмоль Pi / мл/час; P <0,01). Соответственно, in vitro, в эритроцитах беременных контрольной группы 3 ммоль/л сульфата магния производится 12-кратное снижение чувствительности Na / K-АТФазы, что потенцирует ингибирующий эффект маринобуфагенина.

Эти наблюдения позволяют предположить, что магний при преэклампсии способен увеличить эффективность иммунонейтрализации кардиотоническими стероидами.

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (ПИОВ) У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ПРИ ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Карпеченко А.В., Кормакова Т.Л., Бордовская А.А.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск, Россия.

Цель работы: оценить исходы родов при доношенном сроке на фоне преждевременного излития околоплодных вод.

Материалы и методы исследования: Ретроспективно изучены амбулаторные карты, истории родов и истории развития новорожденных у 75 первородящих женщин, в возрасте от 15 до 40 лет, поступавших в родильный блок с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке беременности.

Результаты исследования: При ПИОВ у 89,3% излившиеся околоплодные воды были светлыми, у 10,7% имелась примесь мекония. Количество околоплодных вод было в пределах нормы. Безводный промежуток в исследуемой группе составил $9\pm 3,22$ ч. Продолжительность родов от 6 до 8 часов отмечена в 40%, от 9 до 11 часов – в 32,7% случаев. Быстрые роды произошли у 14,6% женщин. В родах отмечены такие осложнения, как гипоксия плода (27,8%), обвитие пуповины (27,8%), быстрые роды (22,2%). У 21,3% женщин родовая деятельность развивалась спонтанно, у 52% – проводилась индукция родов внутривенным капельным введением окситоцина. Частота оперативного родоразрешения составила 26,7%. Основными показаниями к операции кесарева сечения были незрелые родовые пути и отсутствие эффекта от родовозбуждения (20%), прогрессирующая гипоксия плода (25%), слабость родовой деятельности (15%). Все дети родились без асфиксии. Частота рождения крупных детей составила 9,3%.

Выводы: Выбор тактики ведения родов у беременных с ПИОВ следует осуществлять индивидуально с учётом степени зрелости родовых путей, в связи с чем вопрос об активно-выжидательной тактике является актуальным.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Карпеченко А.В., Гуменюк А.В., Кормакова Т.Л.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск, Россия.

Цель исследования: Выявить частоту встречаемости тревожно-депрессивных состояний у беременных во II половине беременности.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (г. Петрозаводск). 163 пациентки при сроке беременности более 20 недель самостоятельно заполняли анкету по определению состояния тревоги и депрессии (шкала Тид, разработанная Spielberger C.D., 1970; в модификации Ханина Ю.Л., 1976). Нами проводились расчеты по таблице с последующей интерпретацией данных.

Полученные результаты. Возраст обследованных женщин был от 15 до 39 лет (средний показатель $26,9\pm 4,5$ лет). 49,7% пациенток имели высшее образование, 49,1% – среднее и среднее специальное, 1,2% – начальное. На момент наступления беременности 63,8% женщин работали, 25,2% по различным причинам не работали или считали себя домохозяйками. Остальные 11 % получали образование или совмещали работу с учебой. Среди всех обследованных было 38% первобеременных женщин. В анамнезе у повторнобеременных отмечались роды (44,8%), медицинские аборт (31,3%) и самопроизвольное прерывание беременности (14,1%).

Выявлено, что чувство тревожности отсутствовало у 62,6%, а у 58,9% не было проявлений депрессии. При этом у 20,2% отмечено пограничное состояние в плане тревоги и у 19% пограничное состояние выявлено в отношении депрессии. Выраженная тревожность была диагностирована у 17,2% обследованных пациенток, а симптомы депрессии – у 22,1% женщин.

Заключение: Для профилактики развития тревожности и депрессии в женской консультации назначать препараты, содержащие Омега-3 ПНЖК (полиненасыщенные жирные кислоты) в дозе 300 мг в сутки. Беременным с пограничными состояниями и выраженными проявлениями тревожности и депрессии необходимы консультации психотерапевта или психолога.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Каишальян О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь.

Цель работы: изучить адаптационные способности организма у женщин при физиологической беременности и после перенесенных острых респираторных инфекций (ОРИ).

Материалы и методы. Обследовано 37 соматически здоровых женщин (18-35 лет) в 28-32 недели беременности: I группа – физиологическая беременность (n=22), II группа – беременные спустя 3 недели после ОРИ (n=15). Определяли уровень иммуноглобулинов Ig A, M, G в сыворотке крови («ИФА-БЕСТ»). Оценивалась личностная и реактивная тревожность (тест Спилберга-Ханина). Проводился спектральный анализ (вариабельности ритма сердца) ВРС. Статистическая обработка с использованием Statistica (версия 7.0). Результаты представлены в виде Me (25%;75%).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ концентрации Ig A, M, G в исследуемых группах не выявил достоверных изменений. Показатели личностной и реактивной тревожности соответствовали среднему уровню (30-45 баллов). ВРС у беременных после ОРИ отличались более высокими значениями низкочастотного компонента LF 991 (563;1556) мс², отношения LF/HF 2,0 (1,9;2,2) и снижением ультранизких частот VLF 1094 (943;1238) мс², высокочастотного компонента HF 324 (305;337) мс² в сравнении с физиологической беременностью: LF 753 (527;1187) мс², LF/HF 1,7 (1,5;1,9) и VLF 1583(1110;1645) мс², HF 693 (601;723) мс². Анализ переходного периода при активной ортостатической пробе выявил снижение коэффициента K 30:15 1,2 (1,18; 1,23), общей мощности спектра 754 (732;843) мс², высокочастотного компонента HF 152 (131;176) мс², достоверно более высокие значения LF 432 (421;456) мс² и отношения LF/ HF 1,4 (1,2;1,5).

Вывод. У беременных женщин после ОРИ выявлена вагусная недостаточность, переход регуляции с рефлекторного вегетативного уровня на более низкий – гуморально-метаболический.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Кизатова С.Т., Тусунбекова М.М.

Государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан.

Целью исследования было изучить патоморфологические изменения в плаценте у ВИЧ-инфицированных женщин в зависимости от проведенных профилактических мероприятий во время беременности и родов.

Материал и методы. Объектом исследования были 50 последов ВИЧ-инфицированных женщин в родильных домах г. Караганды и г.Темиртау в период с 1997-2006 годы. В основной группе было 20 плацент ВИЧ-инфицированных женщин, родивших детей с установленным диагнозом перинатальная ВИЧ-инфекция в период с 1997-2004 годы. В контрольной группе было 30 плацент ВИЧ-инфицированных женщин, родивших здоровых детей, вследствие проведенных профилактических мероприятий в данной группе женщин в период с 2004 по 2006 годы.

Результаты и обсуждение. В 90% наблюдений плацент основной группы при патоморфологическом исследовании последа выявлена картина как острого, так и хронического нарушения плацентарного кровообращения, имелись очаги фибриноидного некроза, инфарктов и очагов гиалиноза, отмечалось наличие разной степени выраженности воспалительной реакции в децидуальной оболочке и межворсинчатых пространствах.

В контрольной группе отмечалась картина хронического нарушения плацентарного кровообращения, инволютивные изменения плаценты и полнокровие сосудов. В децидуальной и амниотической оболочках, а также в плаценте воспалительные изменения не выявлены.

Таким образом, состояние здоровья новорожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией находится в прямой зависимости от степени выраженности изменений в плаценте, которые в свою очередь зависят от стадии заболевания и проводимого профилактического лечения во время беременности и родов.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Киселева Е.Ю., Корниенко М.С.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия.

Актуальность: Согласно отечественным исследованиям, около 38,6 % женского населения отмечают симптомы недержания мочи (НМ).

Цель исследования: Оценить важность нарушений мочеиспускания у женщин как проблемы, снижающей качество жизни.

Материалы и методы: Анонимно проанкетировано 200 женщин. Все женщины были разделены на 4 группы: без нарушения мочеиспускания, с императивным НМ, со стрессовым НМ, смешанным НМ.

Результаты исследования: Количество женщин, страдающих ожирением достоверно больше в группе со смешанным недержанием (27.5%). Роды, с нормальной длительностью родового акта, отмечались у женщин со смешанным недержанием в 33.8%, со стрессовым в 29%, с императивным недержанием в 40.2%. Процент женщин, имеющих в анамнезе кесарево сечение значительно ниже среди женщин со стрессовым недержанием – 5.76%. Женщины со смешанным типом недержания наиболее часто страдают выделением мочи во время полового акта (16.4%).

Выводы: НМ – часто встречающаяся патология, в той или иной мере ей подвержены 76,5%, а в тяжелой степени 24,55%. Хронический кашель можно отнести к провоцирующим факторам. Выявление и лечение хронического запора, остеохондроза, ожирения может явиться профилактикой тяжелых форм НМ. Масса новорожденных более 4 кг способствует травматизации промежности, т.е. опосредованно является predisposing фактором к НМ. Состояние промежности – один из ключевых факторов в удержании мочи. Рациональное ведение родов – один из самых важных моментов, определяющих в дальнейшем вид и степень НМ, определяющим качество жизни женщины.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША

Киселева Е.Ю., Корниенко М.С.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, МБУЗ ГКБ №4, Красноярск, Россия.

Актуальность: По данным МЗСР 15-20% всех желанных беременностей заканчиваются замершей беременностью.

Цель исследования: Проанализировать особенности течения и изучить динамику замершей беременности за последние годы, а также оценить возможность профилактики этой патологии.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе МБУЗ ГБ № 4 г. Красноярск. Проведен ретроспективный анализ 128 историй болезни женщин с замершей беременностью методом случайной выборки (50 историй за 2004 года и 78 за 2010года)

Результаты исследования: В сравнении в 2004 годом, в 2010 году отмечается значительное увеличение количества регистрируемых случаев замершей беременности (на 56%). Первая беременность настоящая у 20 % женщин в 2004году и 33.3% в 2010г. Чаще всего плод погибает в 5-7 недель. Количество женщин с замершей беременностью в анамнезе сократилось с 10 % до 7.69% что возможно связано с улучшением качества прегравидарной подготовки.

Выводы: У женщин с наличием в анамнезе случаев невынашивания беременности, в том числе замершей беременности, необходима тщательная прегравидарная подготовка, в том числе обязательная консультация у генетика. Учитывая, что у каждой третьей пациентки замершая беременность являлась первой, необходимо рекомендовать обращаться в женскую консультацию на этапе планирования беременности, а не по факту ее наступления. Это позволит вовремя выявить факторы риска и провести мероприятия по их устранению, что позволит снизить частоту данной патологии у первобеременных.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕЕМЕННОСТИ

Киселева Е.Ю., Корниенко М.С.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, МБУЗ ГКБ №4, Красноярск, Россия.

Актуальность. В связи с обильным кровотечением при шеечной беременности выполняется, как правило, гистерэктомия.

Цель исследования – оценить эффективность химиотерапии метотрексатом как метода, предотвращающего гистерэктомию у женщин с шеечной беременностью.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МБУЗ ГБ №4 г. Красноярск. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 34 историй болезни женщин с шеечной беременностью за период 2000-2009 гг. (10 лет). Возраст женщин – 25-26 лет, срок беременности от 4-5 до 8-9 недель. Отсутствие родов в анамнезе отмечалось в 17,65% (6) случаев. Из 34 женщин с шеечной беременностью в 79,4% (27) по витальным показаниям произведена гистерэктомия, в 20,6% (7) проведено органосохраняющее лечение. Для применения методики определяющим критерием явилось наличие либо отсутствие кровотечения на момент установления диагноза. При отсутствии кровотечения, сроке гестации до 8-9 недель, клинически и УЗИ-логически установленном диагнозе проводилась химиотерапия метотрексатом. Введение препарата осуществлялось по 50мг в/в или в/м, преимущественно через день, общая курсовая доза составила 150-200 мг. Всем женщинам после оценки химиотерапии как эффективной проведена инструментальная эвакуация плодного яйца. Объем кровопотери при выскабливании составил от 70 до 200 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, матка сохранена у всех 4-х женщин.

Выводы: Грамотное проведение химиотерапии метотрексатом и лечение согласно отработанной методике позволило у всех женщин в данном исследовании предотвратить гистерэктомию.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Комарова И.А., Карнеева Л.В., Кулигина М.В.

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

Целью работы явилась исследование степени охвата прегравидарной подготовки женщин в территориальной женской консультации.

Материал и методы исследования: проведен анализ результатов выкопировки из первичной медицинской документации (ф.025/у, ф.30/у) 608 городских жительниц Ивановской и Костромской областей, вставших на учет по беременности (средний возраст – 27,0±0,23 лет). Результаты и их обсуждение: по данным исследования большинство женщин планировали беременность при наличии хронической соматической и гинекологической патологии (55,4% и 58,1% соответственно), из их числа состояли под диспансерным наблюдением терапевта и акушера-гинеколога только 34,0% и 46,5% соответственно. Были информированы акушером-гинекологом о необходимости прегравидарной подготовки 39,0% женщин, в том числе 16,3% имеющих нарушение репродуктивной функции (бесплодие, репродуктивные потери в анамнезе). Прошли прегравидарную подготовку 42,3% женщин, в том числе 37,2% выполнили клинико-лабораторное обследование, 5,1% отказались от табакокурения. Еще 1,4% женщин потребовалось применение высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе у 0,9% выполнено лапароскопическое лечение и у 0,5% беременность наступила в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий. Коэффициент плодовых потерь составил 10,1% в группе женщин, не прошедших прегравидарную подготовку, и 5,1% – в группе женщин, готовившихся к беременности ($p<0,05$). Заключение: высокая распространенность нарушений здоровья у женщин активного репродуктивного возраста, планирующих рождение ребенка, свидетельствует о необходимости принятия мер по увеличению их охвата прегравидарной подготовкой с целью профилактики репродуктивных потерь.

АНОМАЛИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПРЕНАТАЛЬНЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ НАХОДОК У ПЛОДОВ С ОРБИТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Корлякова М.Н., Воронин Д.В.

*Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения
«Диагностический Центр (медико-генетический)», г. Санкт-Петербург, Россия.*

Цель работы: совершенствование диагностического алгоритма пренатального ультразвукового скрининга органов системы кровообращения плода.

Материалы и методы: проведен статистический анализ базы данных медико-генетического центра (МГЦ), Санкт-Петербург, по пренатальным ультразвуковым находкам у плодов с выявленными орбитальными аномалиями, за 9 лет. Ультразвуковые исследования проведены на ультразвуковых диагностических аппаратах среднего и экспертного классов.

Результаты: по данным МГЦ, за 9 лет, зарегистрировано 405 плодов с симптомокомплексом множественных врожденных пороков развития (МВПР). Из них 58 плодов (14%) имели орбитальные аномалии. Установлено, что наибольшую частоту в структуре экстраорбитальных аномалий, входящих в симптомокомплекс МВПР, наряду с аномалиями лица и нервной системы, имели аномалии системы кровообращения (46%), что позволяет предполо-

жить наличие ассоциативных связей между этими аномалиями. Комбинированные пороки сердца составили 47% от общего их числа. Изолированные пороки сердца были представлены, в основном, дефектами сердечных перегородок различной локализации (70%) и аномалиями магистральных сосудов сердца.

Выводы: выявленные при проведении ультразвукового пренатального скрининга аномалии орбитальной области, должны ориентировать диагностический поиск на исключение аномалий развития системы кровообращения плода.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА (ТПП)

*Кормакова Т.Л., Уквальберг М.Е., Карпеченко А.В., Перехватова Ю.А.
Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск, Россия.*

Цель работы: изучение особенностей ведения родов и состояния новорожденных у женщин с ТПП.

Материалы и методы исследования: Ретроспективно изучены амбулаторные карты, истории родов и истории развития новорожденных у 58 женщин с ТПП за 2011 год.

Результаты исследования: операцией кесарева сечения были родоразрешены 74,1% женщин с ТПП. У 70,6% женщин операция кесарева сечения проведена в плановом порядке. Ведущими показаниями к оперативному родоразрешению были несостоятельность рубца на матке в 41,9% случаев, анатомически узкий таз встретился у 20,9% женщин и отсутствие готовности родовых путей к родам в 16,3% случаев. Через естественные родовые пути с ТПП родили 25,9% беременных. Среди осложнений в родах в 36% случаев отмечено раннее излитие околоплодных вод. При консервативном ведении родов потребовалось проведение родовозбуждения и родостимуляции в 40% случаев. Родились живыми 96,6% младенцев, без асфиксии родились 80,4% детей, остальные в асфиксии легкой степени. В раннем неонатальном периоде у 14,3% детей отмечены внутрикожные кровоизлияния, у 5,1% младенцев отмечены морфофункциональная незрелость, дисплазия тазобедренного сустава и задержка роста плода, в единичных случаях выявлена установочная кривошея и парез Эрба.

Выводы: Таким образом, беременные с ТПП относятся в группу высокого риска по оперативному родоразрешению и перинатальной патологии. Своевременная госпитализация и правильная акушерская тактика у женщин с ТПП позволила снизить неблагоприятные перинатальные исходы у данной категории женщин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МРТ-МОРФОМЕТРИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА МОЗГА ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Краснощекова Е.И.¹, Александров Т.А.², Торонова Н.О.¹, Ялфимов А.Н.²,
Ткаченко Л.А.¹, Зыкин П.А.¹*

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия.

²Санкт-Петербургская государственная медицинская педиатрическая академия, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования – на основании результатов сравнительной МРТ-морфометрии мозолистого тела у доношенных и недоношенных детей раннего грудного возраста, разработать объективный показатель каллозальных гипоплазий с учетом закономерностей дифференцировки коры в пренатальном периоде онтогенеза.

Материалом для исследования явились магнито-резонансные томограммы мозга детей раннего грудного возраста, полученные на томографах Siemens Concerto мощностью 0,2 Т и General Electric Signa HDxt мощностью 1,5 Т в режимах T1 и T2 f3d с шагом в 2 мм и толщиной среза 2,5 мм в аксиально ориентированной проекции. Обследование всех детей проводили на отделении лучевой диагностики медицинской педиатрической академии. Морфометрический анализ изображений осуществляли при помощи свободно доступных программ Image J, DICOM Viewer. Для исследования были отобраны томограммы без выраженных признаков перивентрикулярной лейкомаляции или ишемических очагов, с уровнем контраста, который позволял уверенно дифференцировать серое и белое вещество мозга. В результате анализировали 16 серий изображений мозга, на которых отмечены признаки слабо выраженной гидроцефалии открытого типа и умеренная дисмиелинизация. 6 серий томограмм были получены при обследовании детей, родившихся на 37-42 неделях гестации (группа доношенных), 10 серий – детей, родившихся на 27-36 неделях (группа недоношенных). Обследование детей проводили одноразово на 7-21 день после рождения. Перед измерением базовых параметров, мозолистое тело корегистрировали и сегментировали по схеме Witelson (1989) на семь частей. Для получения коэффициента, отражающего состояние мозолистого тела, использовали значения площади выделенных сегментов: колена и передней части ствола (CC2 и CC3), перешейка (CC6), валика (CC7). Случайным компьютерным перебором значений была получена формула коэффициента мозолистого тела: $k_{CC} = (CC2 + CC3)$

хСС6/СС7. Среднее значение этого коэффициента для мозга недоношенных достоверно ниже ($p \leq 0,01$), чем доношенных детей раннего грудного возраста. Кроме того, обозначено пороговое значение кСС равное 60, по которому в 14 случаях из 16 рассмотренных недоношенные дети отличаются от детей рожденных в срок.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВТОРОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Кузнецова И.В., Юсупов М.А.

*Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова,
г. Санкт-Петербург, Россия.*

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения витаминно-минерального комплекса «Тайм-фактор» в сочетании с экстрактом человеческой плаценты «Лаеннек» на этапе прегравидарной подготовки у женщин с вторичным бесплодием и невынашиванием беременности, обусловленными недостаточностью лютеиновой и/или секреторной фазы менструального цикла.

Проведено наблюдение, обследование и лечение 25 пациенток с лабораторно подтвержденными гиполутеинизмом или изолированной недостаточностью секреторной фазы эндометрия на фоне хронического эндометрита: 11 – с вторичным бесплодием, 15 – с привычным невынашиванием беременности. В исследовании применялись клинические, лабораторные (биохимические, бактериологические, гормональные) методы, ультразвуковой мониторинг. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel-2000».

Анализ результатов обследования позволил предположить, что ведущими причинами нарушений детородной функции были перенесенная ранее бактериально-вирусная инфекция (5 и 6 в группах с бесплодием и невынашиванием, соответственно), эндокринно-метаболические расстройства (3 и 4), гиперандрогения (2 и 1), гемостазиологические нарушения (1 и 3). К началу прегравидарной подготовки всем больным была проведена коррекция предполагаемой причины нарушений детородной функции. Следует отметить, что все включенные в исследование больные имели предшествующий негативный опыт самопроизвольного прерывания беременности и неудачу традиционной прегравидарной подготовки, заключающуюся в отсутствии наступлении беременности или ее спонтанном прерывании. Ни в одном случае на этапе предварительного обследования нами не было выявлено новых, не определенных ранее, факторов нарушения детородной функции. В качестве традиционной прегравидарной подготовки мы назначали те же препараты, которые были использованы в предшествующем опыте, но в качестве метаболического компонента терапии применяли препараты «Тайм-фактор» по схеме циклического приема и «Лаеннек» в виде внутривенного капельного введения (10 процедур в течение месяца).

Мониторинг во время лечения продемонстрировал положительную динамику роста эндометрия по данным УЗИ и синхронизацию его с созреванием фолликула. Клинические исходы в группах были представлены следующим образом. Среди 11 больных с бесплодием беременность наступила у 7 пациенток через 1-4 месяца после окончания использования препарата «Лаеннек» на фоне продолжающегося применения препарата «Тайм-фактор», у 1 произошел самопроизвольный выкидыш. Среди 14 больных с привычным невынашиванием беременности, биохимическая беременность через 1-2 месяца после окончания использования препарата «Лаеннек» была зарегистрирована у всех пациенток, у 12 женщин зафиксировано наличие сердцебиения, и 9 женщин продолжают успешно вынашивать беременность во втором-третьем триместре либо завершили ее рождением здоровых детей (4).

Таким образом, положительный эффект применения витаминно-растительного комплекса «Тайм-фактор» и экстракта человеческой плаценты «Лаеннек», наблюдавшийся у 60% больных, позволяет рассматривать указанные препараты как приемлемый способ прегравидарной подготовки больных с анамнезом, отягощенным вторичным бесплодием и привычным невынашиванием беременности.

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ГЕНЕРАТИВНОГО ВОЗРАСТА

Куксенко В.М., Чумаков А.С., Трофимов В.В., Филькина Е.В., Тихонов М.Ю.

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

Целью нашего исследования явилось, изучение медицинской активности, информированности и репродуктивного поведения женщин репродуктивного возраста. Сбор информации осуществлялся методом социологического опроса с использованием анкет (301 чел.). Было выявлено, что врача посещают с профилактической целью при от-

сутствии признаков недомогания или заболевания лишь 5% опрошенных (обращаются к врачу акушеру-гинекологу с профилактической целью в среднем 1 раз в 1,8 года), что несколько лучше, чем данные предыдущего опроса (один раз в 2-3 года); недостаточна доля лиц, предпочитающих обращаться к врачу, только при появлении серьезных симптомов недуга (выросла в 1,4 раза). Отмечено, что у каждой второй женщины имеется неблагоприятное для охраны репродуктивного здоровья репродуктивное поведение, в том числе за счет применения контрацептивных средств с низким уровнем надежности (индекс Перля выше 3,0).

Установлена тесная взаимосвязь между прогрессированием тяжести соматического заболевания как фактора риска перинатальной патологии и смертности и репродуктивным поведением, что свидетельствует о необходимости улучшения качества перинатальной профилактики с учетом репродуктивного поведения женщины.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кулигина М.В., Песикин О.Н., Краснова В.П., Цивилева А.Е.

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

Целью работы явилась характеристика результативности мер по обеспечению регионализации перинатальной помощи в Ивановской области.

Материал и методы исследования: проведен анализ отчетных форм (ф. №32) за 2011 г од согласно степени риска учреждений родовспоможения.

Результаты и их обсуждение: по данным исследования 29,8% женщин родоразрешены в учреждении высокой степени риска, 62,0% – в родильных отделениях второй группы и 8,2% - первой группы, доля нормальных родов составила 33,1%, 34,9% и 48,6% соответственно, частота заболеваний, осложнивших роды – 1405,4 на 1000 родов, 1204,6 и 795,3 соответственно. В учреждении третьей группы выше частота родоразрешения женщин с отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами, преждевременными и затрудненными родами, акушерскими кровотечениями, болезнями мочеполовой системы. Централизация неонатальной помощи за счет концентрации беременных и родильниц высокой степени риска в соответствующем учреждении, а также широкого использования постнатальной транспортировки новорожденных обусловила различия в распространенности заболеваний у новорожденных, составившей 1406,4‰ в учреждении третьей группы и 572,8‰ в учреждениях второй-первой групп, а также показателя перинатальной смертности, составившего в 2010 году 8,2‰ и 5,6‰ соответственно, в 2011 году – 13,7‰ и 4,3‰ соответственно.

Заключение: различия показателей материнской заболеваемости и перинатальной заболеваемости и смертности в зависимости от уровня учреждения родовспоможения свидетельствуют об адекватности предпринимаемых в Ивановской области медико-организационных мероприятий, направленных на обеспечение регионализации перинатальной помощи.

ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЙ ТКАНЕВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ТИМУСА У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кулида Л.В.

*ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации, г. Иваново, Россия.*

С целью выявления вариантов нарушения развития тимуса проведено комплексное морфологическое исследование вилочковой железы у 80 детей с экстремально низкой массой тела при рождении. В ходе анализа органомерических, гистологических параметров, коэффициента экспрессии CD1, CD3 T- лимфоцитов и данных трансмиссионной электронной микроскопии диагностированы три варианта патоморфологических изменений тимуса.

При первом варианте (16,3%) структура тимуса соответствовала сроку гестации. Второй вариант изменений, выявленный у 46 (57,5%) умерших детей, характеризовался достоверным снижением органомерических параметров органа, замедленной кортико-медуллярной дифференцировкой с уменьшением количества CD1a, CD3– Т лимфоцитов и ретикулоэпителиальных клеток (РЭК), экспрессирующих цитокератин, а также превалированием мелких тимических телец, структурно соответствующих фазе морфофункциональной зрелости.

Отличительными признаками третьего (диспластического) варианта нарушения формирования тимуса (26,3%) явились аномалии формы, эктопическая локализация и гипоплазия органа, отсутствие кортико-медуллярной дифференцировки, двукратное снижение паренхиматозно-стромального коэффициента, количества РЭК, пре –

Т-лимфоцитов в субкапсулярной зоне, удельной доли и плотности расположения лимфоцитов во внутренней кортикальной зоне долек и кистозная трансформация тимических тел.

Таким образом, нарушения кортико-медулярной и клеточно-тканевой дифференцировки тимуса, выявленные у 83,7% новорожденных с ЭНМТ составляют структурную основу ретардантного и диспластического вариантов развития центрального органа иммунной системы у данной категории детей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЭНДОМЕТРИИ ЖЕНЩИН ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ С НАСТУПИВШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И БЕЗ ТАКОВОЙ

Кулида Л.В., Бойцова А. В., Богатова И.К.

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

Трубно-перитонеальное бесплодие занимает ведущее место в структуре женского бесплодия, частота его колеблется от 35 до 60%. 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 ЭКО. При обзорном гистологическом исследовании эндометрия выявлены два типа патоморфологических изменений: неполноценная секреторная трансформация и гиперплазия эндометрия. В 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 неполноценная секреторная перестройка в отличие от I гр. определялась как в железах, так и в строме. Частота гиперплазии эндометрия во II гр. не отличалась от таковой в I гр. Но при этом преобладала простая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия без наличия секреторного компонента. Гиперплазия эндометрия носила распространенный характер и сочеталась с хроническим эндометритом. Таким образом, патоморфологические изменения эндометрия в виде выраженной секреторной недостаточности и гиперплазии в сочетании с хроническим эндометритом можно рассматривать как один из неблагоприятных факторов для наступления беременности при трубно-перитонеальном бесплодии.

МЕТОДИКИ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕНАТАЛЬНО ВЫЯВЛЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Лазурина И.Г., Баиров Г.В., Грандильевская И.В.

*ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Федеральный специализированный перинатальный центр,
Санкт-Петербург, Россия.*

Пренатально выявленные врожденные пороки развития (ВПР) плода отрицательно влияют на общее психоэмоциональное состояние женщины, нарушая материнскую сферу, что по литературным данным может усугублять патологические состояния ребенка.

Цель: выявить комплекс психологических методик для изучения социально-психологических особенностей женщин с ВПР плода во время и после беременности (пилотное исследование).

Материалы и методы. Полное психологическое обследование прошли 11 женщин: 4 беременных женщины с выявленным ВПР плода, 7 женщин с детьми, у которых диагностирован ВПР плода во время беременности. Женщины обследованы на базе отделения патологии беременности, отделения хирургии врожденной и наследственной патологии перинатального центра.

Методики: 1) тест отношений беременной; 2) интегративный тест тревожности; 3) индекс жизненного стиля; 4) индикатор стратегий преодоления стресса; 5) методика самооценки депрессии; 6) семантический дифференциал времени; 7) методика оценки взаимоотношений в семье; 8) методика исследования самоотношения; 9) социологический опрос «Здоровье и факторы, его формирующие»; 10) шкала отношения матери к болезни ребенка; 11) уровень

социальной фрустрированности.

Результаты: Наиболее результативными являются методики, перечисленные под номерами: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11. По данным методикам обнаружены изменения в социально-психологической сфере всех женщин. Эти методики имеют высокую специфичность и комплаентность.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ И РАННЯЯ ПОСТНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Лебедева Т.Ю., Федерякина О.Б., Шибанов А.Н.

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» Минздравсоцразвития России, г. Тверь, Россия.

Цель. Выявить антенатальные факторы риска и особенности течения и исходов неонатального периода у недоношенных с признаками тяжелого гипоксического поражения ЦНС.

Пациенты и методы. Обследовано 102 недоношенных новорожденных со сроком гестации 30-36 недель: I группа – 55 детей с гипоксически-ишемическим и/или -геморрагическим поражением ЦНС; II группа – 47 детей без клиничко-ультразвуковых признаков тяжелого гипоксического поражения ЦНС. Обработка результатов с использованием критериев Манна-Уитни, χ^2 . Результаты и обсуждение. У матерей новорожденных I группы по сравнению с мамами детей II группы беременность чаще протекала с гестозом (55,3% и 22,5%, $p<0,05$), на фоне осложненного соматического анамнеза ($p<0,05$), роды были оперативными (62,3% и 15,6%, $p<0,001$). Гестационный возраст составил $33,3\pm 0,28$ и $34,7\pm 0,20$ недель ($p<0,05$), оценка по шкале Аргар на 1-ой минуте – $6,1\pm 0,21$ и $7,1\pm 0,06$ баллов ($p<0,005$) соответственно. В 70% случаев у новорожденных I группы диагностированы внутричерепные кровоизлияния (перивентрикулярное, внутрижелудочковое), 85% имели признаки РДС, требовались более длительная ИВЛ, частичное парентеральное питание, более поздним было начало энтерального питания. Исходы неонатального периода у недоношенных I группы: бронхолегочная дисплазия (36,7%), задержка нервно-психического развития (58,3%), более низкая месячная прибавка массы тела ($p<0,05$), раньше развивалась анемия недоношенных ($p<0,001$).

Выводы. Адаптационные возможности недоношенных определяются не только течением антенатального периода, гестационным возрастом, но и развитием геморрагического поражения ЦНС, что предрасполагает к тяжелому течению и исходам ранней постнатальной адаптации.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ МОТИВАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Магденко О.В.

Центр семейной медицины «Здравица», г. Новосибирск, Россия.

В условиях нестабильной социально-экономической ситуации нередко наблюдается трансформация репродуктивного поведения женщин, нарушающая представления о роли матери и мотивации к деторождению. Целью исследования является выявление деструктивных репродуктивных мотиваций у беременных и разработка комплексной программы психокоррекции. Исследование проводилось в Новосибирском Центре Новых Медицинских Технологий в Академгородке, в Новосибирском Городском Перинатальном Центре, в женской консультации ЦКБ СОРАН г. Новосибирска. В исследовании участвовало 76 женщин в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст – 26,5 лет) со сроками беременности от 6 до 26 недель.

Исследовательская программа психодиагностики включала: тест отношений беременной женщины (Добряков И.В.), опросник «Репродуктивных ролевых ориентаций деторождения» (Родштейн М.Н.), авторскую анкету-опросник по изучению репродуктивных мотиваций у беременных женщин (Магденко О.В.), «Опросник способов совладания» (Lazarus R., Folkman S.). Статистический анализ результатов проводился с использованием пакета компьютерных программ «STATISTICA 6.0». Было установлено, что у 68 беременных женщин (89,47%) преобладают деструктивные репродуктивные мотивации. Спектр копинг-стратегий у 24,32% характеризуется дезадаптивной стратегией «конфронтация», у 80,26% обследованных отмечается преобладание неоптимальных типов ПКГД.

После реализации психокоррекционной программы у 45 человек (59,46%) произошли позитивные изменения значимых характеристик стратегий совладания, типа ПКГД, мотивации деторождения, то есть отмечается положительная динамика в проявлениях репродуктивных мотиваций.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ЭМБРИОНОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РЕКОМБИНАНТНЫХ И МОЧЕВЫХ ГОНАДОТРОПИНОВ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЦИКЛЕ ЭКО

Максудова М.М.

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

Цель исследования. Изучение особенностей раннего развития эмбрионов у женщин старшего репродуктивного возраста в циклах ЭКО.

Методы исследования. Проведен анализ эмбриологических данных больных при применении рекомбинантных (I группа) и мочевых гонадотропинов (II группа) в протоколах стимуляции яичников с антагонистами ГнРГ. Результаты. В I группе количество эмбрионов С класса на 3 день после пункции яичников преобладало над таковыми во II группе (8,81% и 4,76% соответственно, $p<0,05$). У больных II группы на 3 день после пункции яичников преобладала частота эмбрионов на стадии морулы (17,14% против 6,92% в основной группе, $p<0,05$). В I группе среднее количество blastomeres, приходящихся на 1 эмбрион класса А и В на 3 день развития было меньше, чем во II группе. Так, в I группе количество blastomeres колебалось в пределах $6,01\pm 2,06$ (175), а во II группе – $6,93\pm 1,96$ (58) ($p<0,001$).

Выводы. Полученные результаты позволили выяснить, что использование мочевых гонадотропинов с целью стимуляции яичников в протоколе ЭКО оказывают влияние на темпы раннего развития эмбриона. Так, у больных, при использовании мочевых гонадотропинов по сравнению с таковыми при использовании рекомбинантных гонадотропинов на 3 день развития частота эмбрионов, находящихся на стадии морулы в 2,5 раза выше (17,1% и 6,9%), а частота эмбрионов класса С – в 2 раза ниже (4,8% и 8,8%). Среднее количество blastomeres, приходящееся на один эмбрион класса А при использовании мочевых гонадотропинов в 1,1 раза выше такового при использовании рекомбинантных гонадотропинов ($6,01\pm 2,06$ и $6,93\pm 1,96$ соответственно).

ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АКУШЕРСТВЕ

¹Маршалов Д.В., ¹Салов И.А., ¹Петренко А.П., ²Шифман Е.М., ¹Сильченко Ж.Л., ¹Темирова Л.Р.

¹ГБОУ «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»

Минсоцразвития, г.Саратов;

²Российский университет дружбы народов, Москва, Россия.

Цель работы: На основании статистического анализа факторов риска развития осложнений и динамики внутрибрюшного давления, разработать шкалу оценки тяжести синдрома внутрибрюшной гипертензии у беременных.

Материалы и методы исследования: Было проведено проспективное рандомизированное исследование, включающее 137 пациенток, беременность которых осложнилась патологией, ассоциированной с синдромом внутрибрюшной гипертензии (СВБГ). Исследование внутрибрюшного давления (ВБД) осуществляли при различных сроках гестации непрямым методом, с помощью системы Unometr™ Abdo-Pressure™ (Unomedical). Результаты исследования подвергались статистическому анализу с применением программы STATISTICA 7.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение: Выявлены диагностические критерии СВБГ и его тяжести, разработана балльная шкала: 1) наличие состояний, ассоциированных с СВБГ (нет – 0 баллов, есть – 2 балла); 2) уровень ВБД (не превышает физиологическую норму – 0, превышает – 1). Превышение нормы в I триместре более 7, во II – 13, в III – 22 мм.рт.ст.; 3) признаки органных дисфункций (гемодинамических, респираторных, почек) – (нет – 0, есть – 1 балл); 4) показатели тканевой перфузии (норма – 0, уменьшение – 1 балл); 5) динамика изменений за 4-6 часов (прогрессирование нарушений – 1, без изменений – 0 баллов). Интерпретация: сумма баллов менее 2 – нет СВБГ; от 2 до 3 баллов – неявный СВБГ; сумма баллов 4 и более – явный СВБГ.

Выводы: Разработанная шкала позволяет объективно оценить тяжесть состояния беременной и своевременно начать лечебные мероприятия.

ФАКТОРЫ РИСКА ГИБЕЛИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВЕНТИЛЯТОРАССОЦИИРОВАННЫМ ТРАХЕОБРОНХИТОМ

Миронов П.И., Заринова Р.И.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия.

Цель. Определить факторы риска летального исхода при вентилятор-ассоциированном трахеобронхите (ВАТ) у новорожденных с респираторным дистресс синдромом (РДС).

Методы. Дизайн исследования – ретроспективное обсервационное одноцентровое: В исследование вошло 145 новорожденных, поступивших в ОРИТ за период 2010 по 2011г. Гестационный возраст $33,6 \pm 4,04$ недели; масса тела – $1654,1 \pm 216,9$ г. Погибло 36 (24,8%) детей. Бактериологическое обследование трахеального аспирата осуществлялось на анализаторе фирмы «BioMerieux» (Франция) (диагностический титр 104 КОЕ/мл(мг)).

Результаты. За данный период ИВЛ длительностью более 48 часов проведено 654 новорожденным с РДС. ВАТ развилась у 145 (22,2%) детей. Выжившие и погибшие дети достоверно ($p < 0,05$) отличались по исходной тяжести состояния (шкала Апгар соответственно $4,25 \pm 0,2$ и $3,1 \pm 0,1$ балла, шкала Доунса $4,7 \pm 0,2$ и $5,6 \pm 0,3$ балла), гестационному возрасту ($34,42 \pm 4,04$ и $30,27 \pm 3,39$ недель), массе тела ($1898,6 \pm 81,29$ и $1409,7 \pm 11,40$ г), сроках интубации трахеи ($3,2 \pm 0,8$ и $4,3 \pm 0,9$ сутки жизни). Не отмечалось различий в параметрах стартовой ИВЛ, условиях и длительности транспортировки детей, сроках бактериальной контаминации трахеального аспирата. Наиболее значимыми отношениями рисков (OR) гибели детей были для сроков интубации трахеи (1,9) исходной тяжести дыхательной недостаточности (2,12) и неадекватной антибактериальной терапии (2,17).

Вывод. Наиболее важными факторами риска развития летального исхода у детей с РДС осложненным ВАТ являются, наряду с исходной тяжестью состояния и вполне управляемые состояния – адекватность стартовой антибактериальной терапии и сроки перевода на ИВЛ после выявления РДС.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА

Михельсон А.Ф., Лебедеженко Е.Ю., Миханюшина Н.А., Настуева С.М.

*ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №3
ФПК и ППС, Ростов-на-Дону, Россия.*

*Лаборатория иммуногистохимических исследований, ГУЗ РО «Патологоанатомическое бюро»,
Ростов-на-Дону, Россия.*

Цель: обоснование выбора своевременной и дифференцированной лечебной тактики септицемии в родах и послеродового сепсиса.

Проведен клинико-патологоанатомический анализ, иммуногистохимическая верификация 24-х случаев материнских смертей по причине сепсиса.

Анализ данных аутопсии случаев от септицемии в родах (O75.3) – обнаружение хориоамнионита, децидуита и плацентита на фоне относительной интактности эндо- и миометрия, а также высокая частота антенатальной гибели плода (87,2%) и преждевременных родов через естественные родовые пути, свидетельствуют о том, запуск I этапа системного воспалительного ответа реализуется на уровне компонентов последа, что подтверждается иммуногистохимической визуализацией воспалительных клеток и их усредненных баллов в плодных оболочках.

При послеродовом сепсисе (O85) отмечается диффузная воспалительная инфильтрация эндометрия с распространением по соединительнотканной строме между пучками прилежащего миометрия. Доли оперативного родоразрешения, доношенной беременности и благоприятных исходов для плода составляют 85,7%. Иммуногистохимическая визуализация клеток и усредненные баллы иммуноактивности воспалительных клеток указывают, что при данной нозологической форме сепсиса первичным воспалительным очагом провоспалительных медиаторов является матка.

Своевременная диагностика, дифференцированное и патогенетически обоснованное лечение двух основных нозологических форм сепсиса – септицемии в родах и послеродового сепсиса, – позволяют локализовать системную воспалительную реакцию на этапе первичного очага, и способствует снижению репродуктивных потерь.

ЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ: СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И АССОЦИАЦИЯ С КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО У ПЛОДОВ II ТРИМЕСТРА

Новикова И.В.

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

Цель: изучить спектр сопутствующих пороков развития у плодов с легочной секвестрацией (ЛС).

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 12 плодов, абортированных во II триместре беременности (г. Минск, 1999-2012 гг.) в рамках программы ультразвукового популяционного пренатального скрининга. Диагноз верифицирован при патоморфологическом исследовании.

Результаты. Все 12 случаев ЛС были левосторонние и располагались интраторакально между нижней долей левого легкого и диафрагмой. В одном случае ЛС была множественной – интраторакальной и интраабдоминальной. В 92% (11/12) случаев ЛС была экстралобарной. В 45% случаев экстралобарной ЛС имелись другие пороки развития: диафрагмальная грыжа (2), дупликация желудка (1), синдром гетеротаксии (1) и незавершенный поворот кишечника (1). При интралобарной ЛС дополнительно была выявлена дупликация желудка в виде несообщающейся кисты и дивертикула желудка. В половине (6/12) случаев ЛС была ассоциирована с кистозно-аденоматозным пороком развития легкого (КАПРЛ) 2 типа. Из 8 случаев, где имелись данные о кровоснабжении секвестра, в 4 – питание осуществлялось из сосуда, отходящего от грудной аорты, в 1 – из брюшной аорты. В 3 случаях экстралобарный секвестр имел связь с неизменной долей легкого посредством мостика паренхимы и получал кровоснабжение из легочной артерии.

Заключение. ЛС часто ассоциирована с другими пороками развития (диафрагмальная грыжа, дупликация желудка) и КАПРЛ 2 типа, что необходимо учитывать при определении тактики ведения такой беременности.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ПО СКЕЛЕТУ У РОДИЛЬНИЦ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Новикова Т.В.¹, Судаков Д.С.³, Бибкова О.С.², Осипова Н.А.¹, Зазерская И.Е.¹

¹ *Институт перинатологии и педиатрии ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.*

² *Кафедра общей врачебной практики ГБОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург, Россия.*

³ *Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург, Россия.*

В настоящее время беременность и их количество, лактация и ее длительность не относятся к факторам риска развития постменопаузального остеопороза, так как не влияют на риск развития переломов в постменопаузальном возрасте. Тем не менее, имеются данные о том, что беременность сопровождается изменением процессов ремоделирования костной ткани, обусловленных в первую очередь потребностями в кальции плода. Растущему плоду кальций нужен для формирования и роста костной ткани, нервной системы, сердца и мышц. Ежедневно в III триместре плод накапливает 250-300 мг кальция. Возросшие потребности в кальции обеспечиваются усилением абсорбции кальция в кишечнике. Однако при недостаточном поступлении кальция может происходить усиление процессов резорбции костной ткани. Результатом чего является снижения минеральной плотности костной ткани (МПК) у родильниц. В ряде случаев данные изменения могут приводить к патологическим переломам у молодых женщин.

С целью оценки степени потери минеральной плотности костной ткани у родильниц, проживающих в Санкт-Петербурге, проводилось измерение МПК всем пациенткам, находящимся в послеродовом отделении на 4-6 сутки методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА). Для оценки степени снижения МПК применяли Z-критерий.

В исследование включены родильницы (N=40): I группу (N=20) составили женщины получавшие меньше 800 мг кальция в сутки, II группу (N=20) получавшие больше 800 мг кальция в сутки. Выполнение ДЭРА выявило снижение МПК у обследованных пациенток во всех трех отделах скелета. Средние значения показателей МПК в дистальном отделе костей предплечья составили $0,73 \pm 0,02$ г/см². У 12 пациенток (30%) было выявлено снижение МПК, соответствующее остеопении (Z критерий от -1,1 до -2,2 SD). В проксимальном отделе бедренной кости средние значения показателей МПК у родильниц составили $0,97 \pm 0,02$ г/см². У 4 пациенток (10%) было выявлено снижение МПК, соответствующее остеопении (Z-критерий от -1,2 до -2,0 SD). В послеродовом периоде значения МПК в поясничном отделе позвоночника составили $1,037 \pm 0,04$ г/см². У 13 родильниц (32,5%) были выявлены значения Z-критерия, соответствующие остеопении (Z-критерий от -1,1 до -2,1 SD). Снижение МПК, соответствующее остеопении, чаще

встречается в регионе L1-L4 и дистальном отделе предплечья, чем в проксимальном отделе бедра. При сравнении частоты встречаемости остеопении у рожениц в зависимости от количества потребляемого кальция было выявлено, что в поясничном отделе позвоночника и дистальном отделе предплечья остеопения чаще встречалась у рожениц с низким потреблением кальция. В поясничном отделе позвоночника остеопения встречалась в 2,5 раза чаще, а в дистальном отделе предплечья в 3,5 раза чаще. Таким образом, снижение МПК носит системный характер, в наибольшей степени страдают поясничный отдел позвоночника и дистальный отдел костей предплечья. В группе рожениц употреблявших меньше 800 мг кальция остеопения встречается чаще.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Одинцова Г.В., Чугунова А.А., Сайкова Л.А.

ИМЧ РАН, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы: изучить репродуктивные показатели при женской эпилепсии в группах моно- и политерапии антиэпилептическими препаратами (АЭП).

Материал и методы исследования: Работа – часть наблюдательного сравнительного исследования влияния АЭП на репродуктивное здоровье у 155 женщин. Диагноз установлен в соответствии с Международными классификациями эпилепсии (1989) и эпилептических приступов (1981). Критерий возрастного отбора – исключение естественных периодов становления, угасания функций репродуктивной системы. По типу терапии АЭП в последние 6 месяцев выделены 3 группы: 1 – монотерапия, 2 – политерапия, 3 – не получающие АЭП. Исследованы частота, этиология репродуктивных эндокринных нарушений (РЭН), коэффициент фертильности.

Результаты: В 1 гр. – 70, 2 гр. – 65, 3 гр. сравнения – 20 женщин. Средний возраст пациенток – 25 лет, из них 62% – оптимального репродуктивного. Достоверных отличий в возрастных показателях и клинической характеристике эпилепсии в группах не выявлено, за исключением преобладания очень частых приступов во 2 гр. Общая частота РЭН составила 53%: в 1 гр. – 30%, 2 гр. – 59%, в гр. Сравнения – 10%. Различия достоверны ($p < 0,001$). РЭН в 40% обусловлены побочными эффектами АЭП, 13% – коморбидные нарушения. Взаимосвязь «АЭП – РЭН» установлена по требованиям Фармнадзора. Коэффициент фертильности составил 0,3 в когорте (по России – 1,4)

Выводы: Репродуктивные эндокринные нарушения при антиэпилептической терапии женской эпилепсии относятся к очень частым побочным эффектам. Применение политерапии увеличивает частоту нарушений репродуктивного здоровья. Женскую эпилепсию отличает низкая рождаемость (ниже уровня рождаемости по стране), что требует дифференцированного подхода к деторождению при этом заболевании.

РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ (ГГЦ) В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Озолина Л.А.

ГБОУ ВПО «РНИМУ им.Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия.

Цель: изучить влияние ГГЦ на развитие осложнений второй половины беременности.

Материалы и методы: обследовано 170 пациенток с осложнениями беременности и 30 пациенток, беременность которых протекала без осложнений (контроль). Основная группа включала 90 пациенток с гестозом, 20 пациенток с преждевременными родами (ПР); 30 пациенток с синдромом задержки роста плода (СЗРП), 30 пациенток с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП). Всем беременным проведено клинико-лабораторное обследование, включая определение уровня гомоцистеина (ГЦ) в плазме крови.

Результаты: в контрольной группе концентрация ГЦ составила $9,4 \pm 2,1$ мкг/л. У беременных с гестозом – от $9,8 \pm 3,5$ до $23,0 \pm 2,0$ мкг/л. При ПР – $19,4 \pm 3,4$. При СЗРП – от $20,5 \pm 5,0$ до $24,0 \pm 5,4$ мкг/л. При ПОНРП – $15,3 \pm 2,3$ мкг/л. Всем пациенткам с ГГЦ назначали фолиевую кислоту в дозе 3-4 мг/сутки, Витрум пренатал форте, по показаниям – коррекцию гемостаза дезагрегантами и/или антикоагулянтами (низкомолекулярный гепарин (НМГ) Фраксипарин), а также флеботоник Флебодиа 600. Проведение терапии в течение 2 недель приводило к снижению уровня ГЦ в плазме крови, уменьшению тромбофилии и степени тяжести осложнений беременности.

Выводы: высокая частота выявления ГГЦ при акушерских осложнениях во второй половине беременности позволила нам рассматривать ГГЦ как один из важнейших этиопатогенетических факторов их возникновения. Патогенетически обоснованное использование фолиевой кислоты, витаминов группы В, флеботоников, и по показаниям НМГ, позволяет снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И БИОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ В ПОСЛЕДЕ ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Перетятко Л.П., Ситникова О.Г., Шарыгин С.А.

ФГБУ «Ив. НИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново, Россия.

Целью исследования – изучить структурные изменения и биохимические параметры в плаценте при дискоординации родовой деятельности (ДРД).

Исследовали последа двух групп при родовой деятельности осложненной ДРД (45) и с неосложненным течением родов (30).

Морфо-биохимическая оценка последа включала органометрию, обзорную гистологию, иммуногистохимию, определение МСМ, нитритов, нитротирозина, цГМФ, интенсивности ПОЛ и активности антиоксидантной системы.

Полученные результаты – плаценты при ДРД с достоверно сниженными М, V, S материнской поверхности, реализованные гипоплазией II – III ст. (72,1 %). Нарушения процессов плацентации до 16 недели подтверждаются аномалиями формы и патологией пуповины в последе. Из патологических процессов при ДРД в последе встречаются ($p < 0,01$) острые нарушения маточно-плацентарного кровообращения в виде краевой отслойки. Последняя по распространенности классифицируется на мелкоочаговую (35,0 %), крупноочаговую (11,6 %) и субтотальную (4,6 %). Рецидивирующая отслойка нормально расположенной плаценты составила 31,1 % ($p < 0,001$). Хронические нарушения расстройств кровообращения в органе встретились в 57,8 %. В 71,2 % случаев выявлено незавершенное ремоделирование сегментов спиральных артерий. Достоверно снижена экспрессия VEGF-A, но повышена экспрессия vWF. В плацентарной ткани. снижено содержание цГМФ, повышена концентрация нитритов и нитротирозина, как и МСМ. Морфо-биохимические параметры свидетельствуют о реологических нарушениях, гипертензивном синдроме, развитии нитрооксидного стресса и эндотоксикоза в последе при ДРД.

ВАРИАНТЫ ВТОРИЧНЫХ СРАЩЕНИЙ БРЮШИНЫ МЕЖДУ ПЕЧЕНЬЮ, ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЕМ И ОБОДОЧНОЙ КИШКОЙ У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

ОЛМЕ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить морфогенез дополнительных брюшинных связок.

Материал и методы: препарирование 150 плодов человека 9-36 нед после их фиксации в 10% растворе нейтрального формалина.

Результаты и их обсуждение. Вторичные сращения брюшины начинаются с корня брыжейки двенадцатиперстной кишки (ДК) у плодов 9-9,5 нед. Позади ДК они протекают раньше и быстрее, чем впереди. Среди передних сращений у 19,6% плодов 14-36 нед я обнаружил связки у верхнего изгиба ДК – печеночно-ободочную (ПОС – 2), желчнопузырно-ободочную (ЖПОС – 5), желчнопузырно-дуоденальную (ЖПДС – 2), желчнопузырно-дуоденально-ободочную (ЖПДОС – 14). 23 такие связки были у 22 плодов, у 20 из них – с деформациями ДК: 8 – удлинение верхней части ДК в виде подковы (лишь у 2 с типичной «подковой»), 5 – V-образная ДК, 2 – ромбовидная ДК (удлинение верхней части V-образной ДК), 2 – U-образная ДК, 3 – полукольцевидная ДК (сохранение эмбрионального состояния в связи с задержкой задних сращений корня брыжейки ДК). В 7 случаях с ЖПДС (2 из 2) и ЖПОС (5 из 5) ДК имела U-образную форму (2 из 2 случаев ее обнаружения), полукольцевидную форму (2 из 3 случаев), V-образную форму (1 из 5 случаев), подковообразную форму с удлинением верхней части (2 из 8 случаев), в т.ч. в 1 случае – со складчатой деформацией ДК (возникает при прерывистом образовании задних сращений).

Заключение. Непостоянные брюшинные связки между печенью, желчным пузырем, ДК и ободочной кишкой возникают у плодов человека при нарушении соотношения вторичных сращений брюшины (локальные задержка или отсутствие задних сращений с избыточным морфогенезом передних сращений) и сопровождаются выраженными деформациями ДК.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

Побединцева Ю.А., Кудлачев В.А., Баутин А.Е., Иванов Д.О., Коконина Ю.А.

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

Цель работы: обобщить опыт анестезиологического обеспечения при абдоминальном родоразрешении (АР) у пациенток с тяжелой кардиальной патологией.

Материалы и методы: АР выполнено у 70 пациенток, из них 11 беременных перенесли хирургическую коррекцию приобретенных клапанных пороков сердца, у 59 женщин были врожденные пороки сердца (ВПС), причем у 35 – некорригированные. Сочетание беременности и кардиальной патологии с ХСН 2-3 ф. кл. по NYHA позволяло отнести пациенток к группе высокого анестезиологического риска. У всех пациенток интраоперационный мониторинг, дополнительно к стандартным компонентам, включал инвазивное измерение артериального и центрального венозного давления. Постановка катетера Swan-Ganz выполнялось 16 раз. У 15 пациенток с ВПС для контроля сердечного выброса использовалась транспульмональная термодилуция с помощью системы PICCO plus. Во время 10 анестезий проводилось транспищеводное ЭХОКГ исследование. Общая комбинированная анестезия на основе ингаляции севофлюрана в условиях ИВЛ была проведена в 33 случаях (47,1%), эпидуральная анестезия применялась в 33 случаях (47,1%), сочетанная анестезия в условиях ИВЛ использовалась во время 4 операций (5,7%). В послеоперационном периоде 2 пациенткам проводился тест на обратимость легочной гипертензии с последующим назначением вазодилататоров малого круга.

Результаты: в группе из 70 пациенток не было летальных исходов, случаев декомпенсации сердечной недостаточности. Среднее время пребывания в отделении реанимации составило $67,9 \pm 44,2$ часа. Инотропная терапия более суток проводилась в 2 случаях (2,85%). Длительное использование антиаритмических препаратов потребовалось после 5 операций (7,1%).

Заключение: анестезиологическое обеспечение АР у беременных с тяжелой кардиальной патологией, основанное на лечебных подходах, принятых в кардиоанестезиологии, существенно повышает безопасность периоперационного периода у этих пациенток.

НОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Попова И.Г., Назаров С.Б., Филькина Е.В.

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

Для понимания физиологии периода новорожденности большое значение может иметь выявление наиболее информативных показателей функции эндотелия пуповины и у новорожденных, путем оценки отдельных маркеров в пуповинной крови и в сыворотке детей, что явилось целью нашего исследования.

Материалы и методы: Обследовано 40 женщин и 40 родившихся у них доношенных новорожденных на 1 сутки жизни. Проводили определение в смешанной пуповинной крови и в венозной крови у новорожденных количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) по методу Hladovec J. (1978) и биохимических показателей.

Результаты и их обсуждение: При сравнении количества ДЭ в пуповинной крови и крови новорожденного достоверных различий не выявлено. В крови новорожденных содержание VEGF был снижен в 1,6 раза по сравнению с пуповинной кровью ($p < 0,05$), уровень VE-кадгерина был повышен в 24 раза, ($p < 0,001$), содержание альбумина было снижено 1,15 раза, ($p < 0,001$). Концентрация NOx у новорожденных в крови была выше в 3,4 раза ($p < 0,001$). содержание металлопротеиназы-9 (ММП-9) было снижено в 6,3 раза ($p < 0,001$), содержания sP-селектина ниже в 3,85 раза, ($p < 0,001$).

Заключение: Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что адаптация сосудистого звена у новорожденного в 1-е сутки жизни характеризуется снижением уровней сосудисто-эндотелиального фактора роста и ММП-9 и повышением суммарных нитратов и нитритов, VE-кадгерина и sP-селектина в крови.

УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Пронина О.А., Ипполитова Л.И., Лобанова О.А., Коротаева Н.В., Складнева К.А.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», г. Воронеж, Россия.

Цель: изучение динамики показателей эндотелина -1 в плазме крови у новорожденных детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, сразу после родов и в период ранней неонатальной адаптации на 3-5 сутки.

Пациенты и методы. Обследованы 41 доношенный новорожденный с перинатальной гипоксией (основная группа). Контрольную группу составили новорожденные, родившиеся от неосложненной беременности и родов. Концентрацию эндотелина-1 в ЭДТА-плазме определяли у с помощью иммуноферментного анализа (набор Biomedica).

Результаты. Уровень эндотелина-1 в пуповинной крови у детей контрольной группы составил $0,81 \pm 0,06$ фмоль/мл. По литературным данным эти значения можно считать в пределах нормы. Показатели ЭТ-1 в контрольной группе на 3-5 сутки также соответствовали нормальным значениям $1,14 \pm 0,15$ фмоль/мл. В ходе исследования дети основной группы были разделены на 2 подгруппы. В 1А подгруппу вошли дети, которые в раннем неонатальном периоде не имели признаков гипоксически-ишемического поражения ЦНС. 1Б подгруппу составили дети с клиническими признаками церебральной ишемии I и II степени. Было выявлено достоверное повышение эндотелина-1 как в 1А подгруппе – $2,21 \pm 0,17$ фмоль/мл, так и в 1Б – $1,93 \pm 0,17$ фмоль/мл ($p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Дети, перенесшие хроническую внутриутробную гипоксию, имеют повышенные показатели эндотелина-1 как в пуповинной крови, так и в период ранней неонатальной адаптации, независимо от наличия клинических проявлений, что говорит о сохраняющихся в организме новорожденного постгипоксических изменениях. В связи с этим, такие дети требуют к себе пристального внимания и вероятно коррекции терапии.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ ПРОДУКЦИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ МОНОЦИТАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ «МАЛЫХ» ФОРМАХ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Романова С.В., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю.

*ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова Минздрава России»,
г. Иваново, Россия.*

Целью нашего исследования было установить особенности внутриклеточной продукции провоспалительных цитокинов IL-1 β и TNF α периферическими моноцитами при бесплодии, связанном с «малыми» формами наружного генитального эндометриоза. Было проведено обследование 71 женщины с «малыми» формами наружного генитального эндометриоза и бесплодием (основная группа) и 15 здоровых женщин с ненарушенной репродуктивной функцией (контрольная группа).

Материалом для исследования служила периферическая кровь. Уровень IL-1 β и TNF α моноцитов периферической крови определяли с помощью моноклональных антител методом проточной цитометрии. Установлено, что у женщин основной группы был снижен уровень IL-1 β моноцитов, но повышена внутриклеточная продукция ими TNF α . Дифференцированный анализ данных в зависимости от репродуктивного анамнеза показал, что у женщин со вторичным бесплодием количество IL-1 β моноцитов было достоверно ниже как показателей контрольной группы, так и показателей женщин с первичным бесплодием. Различий в продукции TNF α у женщин с первичным и вторичным бесплодием при «малых» формах наружного генитального эндометриоза нами выявлено не было. Поскольку IL-1 β играет важную роль в регуляции процессов имплантации бластоцисты, низкий уровень его продукции может быть одной из причин развития бесплодия у пациенток с эндометриозом.

Таким образом, у женщин с бесплодием при «малых» формах наружного генитального эндометриоза нарушена продукция провоспалительных цитокинов фагоцитами крови, что может негативно влиять на состояние их репродуктивной функции.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Семенова Е.С.², Вихтинская И.А.¹, Труфанов Г.Е.², Рязанов В.В.¹, Иванов Д.О.¹, Ильин А.Б.¹,
Скворцова М.А.², Коконина Ю.А.¹, Овсянников Ф.А.¹, Алпатов М.В.¹*

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

Санкт-Петербург, Россия.

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра рентгенологии и радиологии,

Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы: определить возможности МРТ у беременных женщин с патологической плацентацией в диагностике степени плацентарной инвазии в миометрий для планирования тактики родоразрешения.

Материалы и методы исследования: обследовано 10 беременных женщин с патологической плацентацией на сроке гестации от 27 до 38 недель, у которых во время УЗИ были выявлены различные варианты патологической плацентации с косвенными признаками инвазивного роста плаценты в миометрий. МРТ плаценты проводили на 1,5 и 3,0 Т аппаратах. В оценке степени приращения были использованы диагностические критерии Finberg и Williams (1992).

Результаты: приращение плаценты разной степени инвазии было выявлено у 5 (50%) беременных, из них: у одной беременной (20%) – приращение плаценты (placenta accreta), у трех женщин (60%) – врастание плаценты (placenta increta), еще у одной (20%) – прорастание плаценты (placenta percreta).

Выводы: МРТ плаценты позволяет с большой точностью определить степень приращения плаценты, что помогает специалистам планировать метод и объем родоразрешения.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЛЬПРОАТАМИ ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Сергеева Т.В.¹, Королева Н.Ю.¹, Глотов А.С.², Данилова М.В.², Одинцова Г.В.¹, Сайкова Л.А.³

¹ ФГБУ Институт мозга человека им. Н.П.Бехтеревой РАН,

² ФГБОУ ВПО СПбГУ,

³ ГБОУ ФПО ФЗ ГМУ им. И.И. Мечникова.

Цель работы: обосновать необходимость применения фармакогенетического тестирования у женщин перед назначением вальпроевой кислоты (ВК).

Материалы и методы: обследовано 83 пациента с эпилепсией, средний возраст пациентов 27,3±0,89. Из них 51 (61,5%) женщин и (32) 38,5% мужчин. Все пациенты принимали ВК в качестве монотерапии или политерапии. Для определения частот аллелей и генотипов генов CYP2C9, CYP2C19, MDR1 (генов системы биотрансформации, отвечающих за метаболизм ВК) в работе использовали метод полимеразной цепной реакции с последующим анализом методом ПДРФ. Для определения достоверности различий частот аллелей и генотипов использовали критерий χ^2 и точный критерий Фишера.

Результаты: выявлена ассоциация между развитием побочных явлений в женской репродуктивной сфере (у 41% женщин) в виде нарушений менструального цикла и синдрома поликистозных яичников при терапии пациентов с эпилепсией ВК и наличием генотипа T/T по гену MDR1 ($p<0,05$), связи с другими изучаемыми генами была не достоверной.

Обсуждение: Информация о наличии полиморфизма в гене MDR1 позволит врачу сделать выбор в назначении лекарственной терапии женщинам детородного возраста, т.е. осуществить профилактику гормональных нарушений у женщин и, следовательно, профилактику нарушений фертильности и сделает фармакотерапию пациентов с эпилепсией персонализированной и менее токсичной.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН ИЗ СЕМЕЙ С НАРУШЕННОЙ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Серебрянников А.С., Кулигина М.В.

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

Целью работы явилось исследование состояния репродуктивного здоровья мужчин из семей с бесплодием и невынашиванием беременности.

Материал и методы исследования: проведен анализ результатов клинико-лабораторного обследования 400 мужчин (средний возраст $32,88 \pm 0,33$ лет), обратившихся на уроandroлогический прием по поводу нарушения репродуктивной функции в супружеской паре.

Результаты и их обсуждение: до обращения на уроandroлогический прием знали об имеющихся хронических заболеваниях органов репродуктивной системы только 12,3% мужчин (в том числе 10,5% мужчин отметили наличие хронического простатита, 1,3% – орхита и 0,5% в варикоцеле), а согласно результатам обследования хроническая уроandroлогическая патология выявлена у 64,5% мужчин, ее распространенность составила 104,5 сл. на 100 мужчин, в том числе мужского бесплодия – 38,3 сл., хронического простатитовезикулита – 37,8 сл., хронического орхита и эпидидимита – 3,8 сл., врожденных аномалий мужских половых органов (крипторхизм, монорхизм) – 0,8 сл., заболеваний органов мошонки (варикоцеле, гидроцеле) – 6,0 сл. и хронических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей (уретрит, цистит, пиелонефрит) – 18,0 сл. на 100 мужчин. При анализе эякулята патологические изменения выявлены в 59,5% случаев.

Заключение: высокая распространенность патологии органов репродуктивной системы у мужчин (в том числе врожденной), выявленной впервые только при обращении по поводу нарушения генеративной функции в семье свидетельствует о необходимости совершенствования организации специализированной медицинской помощи мужскому населению.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Ситникова О.Г., Попова И.Г., Назаров С.Б., Бойко Е.Л., Кузьменко Г.Н., Клычева М.М.

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

В настоящее время для диагностики и лечения женского бесплодия и невынашивания беременности большое значение придается исследованию цервикальной слизи, которая выполняет ряд важнейших функций для обеспечения зачатия. Известно, что лейкоциты, присутствующие в цервикальной слизи могут продуцировать активные формы кислорода, что сопровождается хемилюминесценцией (ХЛ). Гипотеза использования ХЛ состоит в том, в присутствии антиспермальных антител (АСАТ) это свечение может усиливаться.

Цель работы: оценить возможность использования хемилюминесцентного анализа для оценки свободнорадикальных процессов в цервикальной слизи у женщин с нарушением репродуктивной функции при наличии или отсутствии АСАТ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 женщин фертильного возраста с нарушением репродуктивной функции, из них 9 женщин с наличием АСАТ, 11 – с отсутствием АСАТ в цервикальной слизи. АСАТ определяли латексным методом с помощью набора фирмы Bioserv (Германия). ХЛ измерялась на биохемилюминометре БХЛ-07 (Россия).

Результаты проведенных исследований показали, что в обеих исследуемых группах присутствовали высокие и низкие значения хемилюминесценции цервикальной слизи, что, по-нашему мнению, связано с увеличением в ней количества лейкоцитов при развитии воспалительной реакции и отсутствие достоверных различий у пациенток с наличием или отсутствием АСАТ.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ РОДИВШИХ ДЕТЕЙ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Складнева К.А., Логвинова И.И., Бугрым Н.В., Стасенкова Н.П., Каратаева Н.В., Лобанова О.А.
ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко» Минздравсоцразвития РФ.*

Актуальность проблемы абдоминального родоразрешения обусловлена неуклонным ростом частоты оперативных родов, который колеблется от 9 до 38% и характеризуется высокой частотой акушерских и перинатальных осложнений. Состояние здоровья ребенка при рождении определяется особенностями состояния здоровья его матери. Особый интерес представляет изучение факторов риска, обуславливающих рождение ребенка путем кесарева сечения.

Целью данной работы явилось выявление особенностей состояния здоровья матерей детей, рожденных путем кесарева сечения. Нами был проведен анализ анамнестических данных 33 детей родившихся оперативным путем. Контрольная группа – 22 здоровых ребенка, родившиеся естественным путем. Проведенные исследования показали, что возраст родильниц, дети которых были рождены путем кесарева сечения, в среднем составил 28,9 лет, в контрольной группе – 25 лет. Причем, в основной группе более чем у 1/3 матерей определялся возраст старше 30 лет. Осложненный соматический анамнез встречался достоверно чаще в 1 группе (87%), во второй – 67,5% от общего числа женщин в каждой из групп ($p < 0.05$). Гинекологический анамнез был отягощен у 90% матерей основной группы, против 49,5% в контрольной группе. Анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал, что у женщин основной группы выкидыши и медицинские аборт регистрировались значительно чаще, чем в группе контроля. У матерей, родоразрешенных оперативным путем в трети случаев наблюдалась эндокринная патология (ожирение, зоб, бесплодие), в то время как в контрольной группе ни у одной матери.

Таким образом, ведущими «материнскими» факторами риска рождения детей путем кесарева сечения являются: возраст матери старше 30 лет; отягощенный соматический и гинекологический анамнез, а также эндокринная патология женщин.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ДЛЯ ПЛОДА

Смирнов А.Г., Мануйлова С.В.

Каф. психофизиологии и ВНД СПбГУ, ЖК №31, Санкт-Петербург, Россия.

Адаптационные ресурсы организма женщины определяются уровнем ее здоровья, в том числе функциональным состоянием головного мозга, так как именно ЦНС осуществляет функцию регуляции психологического, гормонального и иммунного статуса беременной женщины. В динамике ЭЭГ и отражается работа мозговых систем, ответственных за адаптационное и регуляторное обеспечение протекания гестационного процесса. В этой связи прогнозирование риска неблагоприятного протекания беременности позволяет заблаговременно принимать эффективные мероприятия с целью сохранения здоровья как будущей мамы, так и ее ребенка.

Разработанная нами программа психофизиологической оценки факторов риска осложненного протекания беременности, а также проведение корректирующих мероприятий на основе такой оценки, включает в себя ряд этапов. На первом – проводится психологическое тестирование с целью выявления индивидуальных особенностей беременных. Как показали исследования, наибольший факторный вес имеют шкалы: эмоциональная неустойчивость, тревожность и склонность к чувству вины. На втором этапе проводится оценка функционального состояния головного мозга методом регистрации ЭЭГ, с целью выявления степени риска неблагоприятного протекания беременности. Проведенные исследования показали, что ЭЭГ женщин с осложненным типом протекания беременности характеризуется показателями, которые с высокой степенью достоверности указывают на признаки, свойственные нарушениям центральных механизмов регуляции гестационного процесса. Третий, заключительный этап занятий по программе психофизиологической подготовки к родам посвящен творческой реализации своего потенциала беременными женщинами и носит сугубо психотерапевтический характер.

КОЛЛАГЕНОВЫЕ БЕЛКИ ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ СКЕЛЕТНЫХ ДИСПАЗИЙ

Сокольник В.П.

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

В медицинской генетике проблема наследственных заболеваний скелета остается одной из наиболее сложных. Несмотря на значительный прогресс в расшифровке молекулярных основ отдельных нозологических форм этой патологии, генетическая гетерогенность и несовершенство клинико-рентгенологических классификаций других групп требует выявления дополнительных морфологических и молекулярных маркеров.

Целью данного исследования явился молекулярный анализ коллагеновых белков хряща при некоторых формах скелетных дисплазий.

Изучены образцы эпифизарного хряща, полученные при аутопсии, от 17 плодов со следующими нозологическими формами скелетных дисплазий: ахондрогенез тип IB (Фраккаро) – 1, ахондрогенез тип II (Лангера–Салдино) – 2, гипохондрогенез – 2, синдром «короткие ребра–полидактилия» тип I (Салдино–Нуна) – 2, диастрофическая дисплазия – 3, танатофорная дисплазия – 4, кампомелический синдром – 1, метатропическая дисплазия – 1, псевдоахондроплазия – 1. Выделение, очистку, анализ коллагеновых белков и их бромциановых пептидов проводили по общепринятым методикам.

Полученные результаты свидетельствуют об изменениях в экспрессии коллагеновых белков у плодов с ахондрогенезом и гипохондрогенезом: отсутствие коллагена типа II и экспрессия коллагена типа I при ахондрогенезе типа II, смесь коллагенов типа I и II при ахондрогенез типа IB, наличие сверхмодифицированного коллагена типа II при гипохондрогенезе. При других исследованных дисплазиях существенных изменений в спектре синтезируемых в хряще коллагенов не обнаружено. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о биохимической гетерогенности хондродисплазий, относимых согласно существующей Международной классификации к семейству «коллагена типа 2».

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ОСТАНОВКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Сосин С.А., Приворотский В.В., Зазерская И.Е.

На настоящее время лидирующей причиной акушерской смертности в России остаются акушерские кровотечения. Они составляют в ее структуре в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина – 42%, как фоновая – до 78%. Показатель акушерских кровотечений колеблется от 3 до 8% по отношению к общему числу родов, при этом смертность от акушерских кровотечений остается ведущей причиной материнской смертности и составляет около 500 000 материнских смертей в год во всем мире.

Одной из наиболее опасных и сложноконтролируемых причин акушерских кровотечений является предлежание плаценты. Предлежание плаценты может приводить к таким серьезным осложнениям как повышенный риск материнской и младенческой смертности, задержке развития плода и преждевременным родам, антенатальным и интранатальным кровотечениям, и зачастую такие пациентки требуют выполнения переливания компонентов крови или экстренной гистерэктомии.

В настоящее время продолжается поиск альтернативных методов контроля интраоперационных кровотечений при патологических вариантах плацентации. В мировой литературе описаны случаи проведения ЭМА для остановки послеродового кровотечения, как способ уменьшения кровопотери при выполнении последующей гистерэктомии, и даже консервативного лечения при вращении плаценты в область рубца.

Описание опыта. За период с 2011 по 2012 гг. в ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова нами было проведено 8 эмболизаций, предшествующих операции кесарева сечения. Причиной эмболизации было в 6 случаях полное предлежание плаценты, в 2 случаях предлежание в сочетании с вращением плаценты в область рубца после предыдущей операции кесарева сечения. Из 8 пациенток 2 были первобеременными а остальные 6 имели число предыдущих беременностей от 1 до 5 (среднее 2,7) среднее время между беременностями составило от 2х до 7 лет (среднее 4,8). Пациентки были в возрасте 28-36 лет (среднее 32 года). Только 3 пациентки не имели сопутствующей соматической патологии. Срок родоразрешения был 35 1/7 – 38 5/7 нед (среднее 38 недель).

Эмболизация проводилась по следующей методике: с обеих сторон производится пункция бедренной артерии по Сельдингеру и постановка интродьюсера 6F. При помощи катетеров Roberts выполняется селективная катетеризация маточных артерий с обеих сторон, после чего начинается операция кесарева сечения до момента разреза стенки матки. Производится эмболизация маточных артерий и проксимальных порций внутренних подвздошных артерий с

обеих сторон. После чего выполняется контрольная ангиография. В качестве эмболизирующего агента применяется измельченная гемостатическая губка. Интродьюсеры удаляются через 4-6 часов под контролем ВСК. После проведения эмболизации выполняется извлечение ребенка и завершение операции кесарева сечения.

Из всех пролеченных пациенток нами было выполнено 2 операции экстирпации матки без придатков.

В 1-м случае имело место полное предлежание плаценты и плотное ее прикрепление. Ввиду продолжающегося кровотечения и неэффективности проводимого гемостаза было принято решение в пользу экстирпации матки. Во 2-м случае имело место полное предлежание в сочетании с вращением в рубец. Учитывая вращение хориона в миометрий выполнена экстирпация матки.

Средняя кровопотеря составила 1165 мл, однако в обоих случаях экстирпации матки кровопотеря составила 2200 и 2900 мл соответственно. При анализе кровопотери в группе пациенток без экстирпации матки, средняя кровопотеря составила 883 мл.

Состояние новорожденных во всех случаях было удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар составила на 1-й минуте 6-8 баллов (среднее 7,5), на 5-й минуте 8-9 баллов (среднее 8,6).

Выводы:

1) Метод эмболизации маточных артерий является эффективным и безопасным способом уменьшения интраоперационной кровопотери при предлежании плаценты.

2) Выполнение МРТ является целесообразным для определения тактики ведения таких пациенток и объема оперативного вмешательства.

3) Эмболизация маточных артерий у пациенток в группах высокого риска позволяет уменьшить интраоперационную кровопотерю.

4) Эмболизация маточных артерий является безопасным методом для плода и не ухудшает состояние ребенка на момент рождения.

Заключение. Метод эмболизации маточных артерий в акушерской практике набирает все большую популярность ввиду высокой эффективности метода для остановки кровотечения и сохранения репродуктивной функции у пациенток. К сожалению в России данный метод малораспространен поскольку очень ограниченное количество родовспомогательных учреждений не имеет необходимого оборудования.

Так же в настоящее время нет единых стандартов выполнения эмболизации в связи с чем необходимо проведение дальнейших исследований в данной области.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ +3247 A/G ГЕНА IL-6 И -590 C/T ГЕНА IL-4 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сунгатуллина Л.М., Павлова Г.А., Ковалева Ю.А., Кравцова О.А.

Казанский (приволжский) федеральный университет, Кафедра биохимии, Казань, россия.

Наиболее распространенными осложнениями беременности являются преэклампсия и плацентарная недостаточность. В последние годы большое значение в развитии вышеуказанных патологий придается нарушениям иммунной системы беременных. Нарушение баланса про- и противовоспалительных цитокинов может привести к развитию патологий беременности. Целью работы явилась оценка влияния полиморфных вариантов +3247 A/G гена IL-6 и -590 C/T гена IL-4 на развитие преэклампсии и плацентарной недостаточности в популяции Республики Татарстан.

Методы. Генотипирование по полиморфным локусам было проведено у 55 пациенток (21 женщины с преэклампсией и 34 беременных с плацентарной недостаточностью) и 109 женщин с физиологическим течением беременности. Выделение ДНК из лейкоцитов венозной крови проводилось набором «ДНК-экспресс» фирмы «Литех». Анализ полиморфизмов генов осуществляли методом SSP-PCR. Статистическую обработку данных проводили помощью программы Unphased версия 3.1.5. Различия между группами по частотам встречаемости аллелей и генотипов исследованных полиморфных локусов оценивали по критерию χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$, оценку ассоциаций полиморфизмов генов – с помощью расчета относительного риска.

Результаты и выводы. Сравнительный анализ частот аллелей и генотипов показал отсутствие ассоциации полиморфизмов +3247 A/G гена IL-6 и -590 C/T гена IL-4 с формированием предрасположенности к развитию преэклампсии и плацентарной недостаточности ($p > 0,05$). Таким образом, исследованные полиморфные варианты генов интерлейкинов не вносят вклад в развитие данных патологий в популяции Республики Татарстан.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, РОДОВ, АБОРТОВ НА ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНУЮ СИСТЕМУ У ДЕВУШЕК НОВОСИБИРСКА

Федина Р.Г., Пустоветова М.Г., Маринкин И.О.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Россия.

Цель работы – выявить влияние количества беременностей, родов, аборт на состояние гипофизарно-тиреоидной системы у девушек.

Материалы и методы исследования. Обследовано 172 практически здоровых девушек-доноров в возрасте 18-19 лет (средний возраст 18,6 лет), проживающих в относительно «чистых» районах г. Новосибирска не менее 10 лет. Анонимным анкетированием установлены: возраст начала менархе, количество имевшихся беременностей, закончившихся родами или абортами. Определяли в сыворотке крови гормоны гипофизарно-тиреоидной системы (ГТС): трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ).

Результаты и их обсуждение. Начало возраста наступления менархе – 12,3 лет. Выявлено, что у 17 (9,8 %) девушек уже имелось по 5 абортов. В группе девушек с максимальным числом абортов в анамнезе меняются корреляционные связи между исследуемыми гормонами ГТС по сравнению с группой девушек, имевших в прошлом 2 или 3 беременности, закончившихся 1 или 2 операциями медицинского аборта. Отмечается повышение ТТГ и снижение Т3 ($p < 0,004$ и $p < 0,002$, соответственно) у девушек с максимальным числом абортов.

Заключение. Таким образом, у девушек, проживающих в районах с относительно экологическим благополучием, условно «чистых» районах, при обследовании, для прогноза и диагностики, лечения и выявления лиц с факторами риска необходимо учитывать количество беременностей, родов, абортов, имеющихся в прошлом в анамнезе и район проживания в г. Новосибирск.

ОСОБЕННОСТИ ГИПОФИЗАРНО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА БЕРЕМЕННОСТЕЙ, РОДОВ И АБОРТОВ

Федина Р.Г.¹, Пустоветова М.Г.¹, Маринкин И.О.¹, Хаснулин В.И.², Потеряева Е.Л.¹

¹ ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Россия.

² ФБГУ Научный Центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, г. Новосибирск, Россия.

Цель работы – исследовать влияние количества беременностей родов и абортов на состояние гипофизарно-надпочечниковой системы у женщин.

Материалы и методы исследования. Обследовали 1015 практически здоровых женщин-доноров 18-34 лет (средний возраст $(27,14 \pm 0,18)$), проживающих в относительно «чистых» районах Новосибирска не менее 10 лет. Анонимным анкетированием выявляли имеющихся в прошлом в анамнезе количество беременностей, родов и абортов. В сыворотке крови определяли гормоны гипофизарно-надпочечниковой системы (АКТГ, СТГ, АДГ, КОР).

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что предшествующие беременности и роды не оказывают существенного влияния на гормоны гипофизарно-надпочечниковой системы. Однако, в группе женщин, характеризующейся максимальным числом абортов (от 3 до 5 абортов) в анамнезе, отмечается снижение глюкокортикоидной функции надпочечников ($p < 0,002$) и соматотропной – гипофиза ($p < 0,05$), а также повышенная активность минералокортикоидной функции ($p < 0,003$), что свидетельствует о перестройке гормональной системы в последующем периоде жизни у данной группы женщин.

Заключение. Наиболее низкая гипофизарная секреция у женщин, характеризующихся максимальным числом абортов. К концентрации гормонов можно использовать в качестве региональной нормы при обследовании женщин, для прогноза, диагностики и выявления лиц с факторами риска.

АНТЕНАТАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Харламова Н.В., Чаша Т.В., Шилова Н.А., Попова И.Г.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития России.

Цель исследования – определение значимости показателей конечных продуктов цикла оксида азота и молекул средней массы в крови беременной для прогнозирования ПН ССС у новорожденных.

Методы: определение в крови женщин в 3 триместре беременности нитрит-ионов (NO) методом Грисса, концентрации молекул средней массы (МСМ) – скрининг – методом в модификации Н.И.Габриэлян и соавт. (1985). Разделение женщин на группы происходило в зависимости от наличия у ребенка ПН ССС: I группа – родившие детей без ПН ССС, II группа – родившие детей с ПН ССС.

Результаты: содержание NO у женщин I группы составило $7,39 \pm 0,61$ мкМ/л, показатели колебались от 5,92 до 10,3 мкМ/л, показатели МСМ составили – $0,268 \pm 0,02$ е.о.п. В 84,4% случаев у женщин II группы параметры NO были выше или ниже указанных значений, при этом показатели МСМ в этой группе были достоверно выше и составили в среднем $0,330 \pm 0,02$ е.о.п. ($p < 0,02$). Обследование детей показало, что у детей от матерей с нитритами выше 10,3 мкМ/л проявления ПН ССС были менее выраженными и купировались раньше. Тяжелее ПН ССС протекала у новорожденных от матерей с нитритами ниже 5,9 мкМ/л, симптоматика сохранялась дольше.

Для антенатальной профилактики ПН ССС мы использовали препарат «Лимонтар», применение которого в комплексе лечения приводит к нормализации уровня нитритов и МСМ в крови женщин и в 2,7 раза снижает частоту кардиоваскулярной патологии у новорожденных.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТРАХЕАЛЬНЫХ АСПИРАТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Шилова Н.А., Чаша Т.В., Родина М.А., Проценко Е.В.

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

Цель работы: выявить особенности качественного и количественного клеточного состава трахеальных аспиратов у глубоко недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы исследования: проведено цитологическое исследование трахеальных аспиратов у 65 глубоко недоношенных новорожденных (гестационный возраст менее 32 недель, масса тела при рождении менее 1500г) с врожденной пневмонией с использованием окраски мазков по Граму, гематоксилином и эозином. Результат выражался в процентах при сплошном подсчете не менее 100 клеток.

Результаты исследования: у детей с врожденной пневмонией в среднем 45,4% альвеолоцитов находились в состоянии дистрофии, в состоянии некроза и некробиоза – 40,9% альвеолоцитов, 6% – в состоянии апоптоза и 7,7% – было без патологии. Клетки бронхиального эпителия характеризовались деструкцией ресничек и находились в состоянии дистрофии. В большинстве цитогрaмм полиморфноядерные лейкоциты имели незавершенный фагоцитоз или были разрушены. В мазках в большом количестве присутствовала бактериальная флора.

Выводы: трахеальные аспираты при врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде характеризуются выраженными дистрофическими изменениями респираторного эпителия, признаками гибели клеток преимущественно в виде некробиоза и некроза, большим содержанием полиморфноядерных лейкоцитов на фоне бактериальной флоры.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА В РОДАХ МЕТОДОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ПЕЛЬВИМЕТРИИ

*Шмедык Н.Ю.¹, Рязанов В.А.¹, Труфанов Г.Е.¹, Вихтинская И.А.¹, Шмидт А.А.², Козловский С.Н.²
Военно-медицинская академия, ¹ кафедра рентгенологии и радиологии, ² кафедра акушерства и гинекологии,
Санкт-Петербург, Россия.*

Актуальность: Чаще всего причинами диспропорции между тазом матери плодом являются: масса плода более 4000 г и/или узкий таз.

Цель исследования: Применение магнитно-резонансной пельвиметрии и фетометрии в диагностике риска клинически узкого таза для определения акушерами способа родоразрешения.

Материалы и методы: Обследовано 50 беременных женщин с подозрением на крупный плод и/или узкий таз. При МР-пельвиметрии выделяли 2 степени «стертых» форм узкого таза, а также истинно узкий таз. Дополнительно использовали индексы Mengert, Borell and Fernström, разработанный нами индекс «тазово-плодового соответствия». Определяли бипариетальный размер головки плода, его предполагаемую массу при помощи МРТ.

Результаты: У 13-ти женщин с риском диспропорции значения всех индексов были изменены: Mengert – вход в таз $133,56 \pm 7,6$ см², полость таза $97 \pm 6,8$ см²; Borell and Fernström – $28,8 \pm 1,7$ см. Средние значения бипариетального размера плода были $10,0 \pm 0,4$ см, предполагаемой массы $3860 \pm 647,7$ г. Клинически узкий таз возник в родах у 3-х женщин с выявленным риском. У 37 женщин без риска значения индекса Mengert были: вход в таз $170,0 \pm 20,1$ см², полость таза $129,4 \pm 15,2$ см², Borell and Fernström – $31,5 \pm 1,3$ см. Средние значения бипариетального размера были $9,8 \pm 0,5$ см, предполагаемая масса $3610 \pm 617,4$ г.

Выводы: Обнаружение при МР-пельвиметрии истинно узкого таза, особенно при наличии изменённых индексов и/или крупного плода является показанием для проведения планового кесарева сечения. Наиболее информативно применение МР-пельвиметрии с расчетом вышеуказанных индексов.

СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА

Шойбонов Б.Б.^{1,2,3}, Баинова Б.В.², Баронец В.Ю.^{2,3}, Осипов А.В.⁴

¹ ФГБУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАМН,

² ФГБУ «НИИ нормальной физиологии им.П.К.Анохина» РАМН,

³ ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава РФ,

⁴ ФГБУН «ИБХ им. академиков М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова» РАН,
Москва, Россия.

Цель: разработка способа экспресс-определения модифицированных липопротеинов (мЛП) в крови человека, биохимического маркера атеросклероза.

Материалы и методы: мЛП сыворотки или плазмы крови человека избирательно агрегировались в буфере, содержащем 10% поливинилпирролидон (ПВП) 35000 ± 5000 («Синтвита», Россия), и степень агрегации измеряли спектрофотометрически при длине волны 450 нм после 10 мин инкубации (WO/2012/026850; Заявка на изобретение №2012134248).

Результаты. Разработанная тест-система экспресс-определения мЛП адаптирована на автоматическом биохимическом анализаторе (Конелаб, Финляндия) и проведены исследования сывороток крови 96 больных с атеросклерозом брахиоцефальных артерий и в 98% случаев получены положительные результаты (мЛП > 10 ЕД). Получены предварительные данные по уровню содержания мЛП у 36 беременных женщин и у 30 из них (83%) выявлен повышенный уровень. Также проведены исследования мЛП у 46 детей и у 26 из них (59%) выявлен повышенный уровень.

Закключение. Разработанный способ экспресс-определения атерогенности крови является перспективным биохимическим маркером для ранней диагностики как гестозов, так и атеросклероза. Исследования выполнены при финансовой поддержке РГНФ, проект № 09-06-00608а.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА КАК СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ 5-18 ЛЕТ

Эдлеева А.Г., Леонова И.А., Гуркина Е.Ю.

*Институт перинатологии и педиатрии Федерального государственного бюджетного учреждения
«Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова»*

Министерства здравоохранения и социального развития России, Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность. В последнее время наблюдается неуклонный рост числа пациентов, страдающих метаболическим синдромом. Неоспорим тот факт, что истоки его формирования необходимо искать в детском и подростковом возрасте и главная роль в профилактике метаболического синдрома принадлежит выявлению и устранению факторов риска, определяющих его возникновение. Наряду с генетическими, диетическими факторами, низкой физической активностью и психологическим стрессом одним из основополагающих модифицируемых факторов является ожирение. В настоящее время у детей диагноз «ожирение» ставится по антропометрическим данным – используя сигмальные таблицы, определяется избыток массы тела от должествующей для данной длины тела. Однако данный метод не дает интерпретации нарушений структуры массы тела (дефицит/избыток за счет воды, мышечной массы, жировой ткани), в связи с чем возникает необходимость использования систем оценки компонентного состава тела, например, биоимпедансометрии.

Цель исследования. Определить количество жирового компонента у детей 5-18 лет с избыточной массой тела с помощью биоимпедансометрии.

Материалы и методы. Из обследованных в 2008-2011 гг. детей 5-18 лет были отобраны 120 человек с избыточной массой тела по данным антропометрии. Всем детям проведена биоимпедансометрия по стандартной тетраполярной схеме с использованием анализатора внутренних сред организма «Диамант-АИСТ» (ЗАО «Диамант», Санкт-Петербург).

Результаты. Все дети с избыточной массой тела были разделены на 2 группы по проценту избытка массы тела: группа №1 (46%) – дети с избытком массы тела в пределах 8-14% (дети, угрожаемые по формированию ожирения в будущем) и группа №2 – дети с ожирением, у которых избыток массы тела составил более 15% (54%). При проведении биоимпедансометрии только 96% детей группы №2 имели избыточное содержание жировой массы, у остальных 4% детей (6 человек) этой группы избыточная масса тела была обусловлена избыточным мышечным компонентом. Наибольший интерес представили данные биоимпедансометрии в группе №1, где детей с нормальным показателем жирового компонента было всего 14%, остальные 86% имели также избыточное содержание жировой массы.

Выводы.

1. Не все дети даже с избытком массы тела более 15% имеют ожирение.
2. Большинство детей с избытком массы тела 8-14% уже имеют избыточное количество жирового компонента.
3. У детей с избыточной массой тела рекомендуется использовать биоимпедансометрию для определения количества жирового компонента.

Именной указатель**А**

Адаир С.Д.	24
Александров Т.А.	29
Александрова М.О.	3
Алехина Л.А.	3
Алпатов М.В.	41
Аминев Р.А.	8
Андреева Т.С.	4
Антошина Т.А.	7
Арутюнян С.В.	3
Ахмеджанова З.М.	14, 15

Б

Багров А.Ю.	24
Баинова Б.В.	48
Баиров В.Г.	4, 32
Балашова Т.Н.	5
Бараташвили Г.Г.	7, 12, 13, 15, 18
Баринов В.А.	6
Баронец В.Ю.	48
Батракова Т.А.	15
Батракова Т.В.	7
Баутин А.Е.	15, 39
Беляева Е.Н.	22
Бенис Н.А.	8
Бибкова О.С.	36
Билалов Ф.С.	8
Бирин И.А.	9
Блох М.Е.	9
Богатова И.К.	32
Бойко Е.Л.	42
Бойцова А.В.	32
Боконбаева С. Дж.	10, 11
Бордовская А.А.	25
Бугрым Н.В.	11, 43
Бурина Е.А.	5

В

Васильев В.Е.	4, 7, 12, 13, 15, 16, 18
Васильева И.А.	4
Васильева М.Е.	13
Ветров В.В.	7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20
Вихтинская И.А.	41, 48
Власюк В.В.	20
Воинов В.А.	17, 20
Воронин Д.В.	28
Вьюгов М.А.	17, 20

Г

Гавровская С.В.	3
Глотов А.С.	41
Головкина Н.В.	21, 22

Голубенко Р.Н.	20
Гончар Н.В.	3
Гордеева Н.В.	23
Грандильевская И.В.	5, 32
Григорова Ю.Н.	24
Гуменюк А.В.	25
Гуркина Е.Ю.	22, 49

Д

Данилова М.В.	41
Данилова Т.П.	4
Джанабилова Г.А.	10
Добряков И.В.	23
Дудниченко Т.А.	14, 16

Е

Егорова А.Т.	21, 22
--------------	--------

Ж

Журавель Е.М	24
--------------	----

З

Зазерская И.Е.	15, 22, 24, 36, 44
Зарипова Р.И.	35
Зыкин П.А.	29

И

Иванов Д.О.	15, 39, 41
Иванова Ю.С.	13
Ильин А.Б.	15
Ильин А.Б.	41
Ипполитова Л.И	11, 40
Исмаил М.Н.	4
Исурина Г.Л.	5
Ишкараева В.В.	24

К

Каратаева Н.В.	43
Карнеева Л.В.	28
Карпеченко А.В	25, 29
Касаткин Е.В	24
Каштальян О.А.	26
Кизатова С.Т.	26
Ким Е.Г.	10
Киселева Е.Ю.	27
Клычева М.М.	42
Ковалева Ю.А.	45
Козловский С.Н.	48
Коконина Ю.А.	39, 41
Комарова И.А.	28
Комличенко Э.В.	4, 15
Корлякова М.Н.	28
Кормакова Т.Л.	25, 29

Корниенко М.С.	27
Королева Н.Ю.	41
Коротаева Н.В.	40
Кравцова О.А.	45
Краснова В.П.	31
Краснощекова Е.И.	29
Кудлачев В.А.	15, 39
Кудряшова И.Л.	23
Кузнецова И.В.	30
Кузьменко Г.Н.	8, 42
Куксенко В.М.	30
Кулигина М.В.	28, 31, 42
Кулида Л.В.	31, 32

Л

Лазурина И.Г.	32
Лебедева Т.Ю.	33
Лебеденко Е.Ю.	35
Леонова И.А.	22, 49
Лисицин В.И.	24
Лобанова О.А.	40, 43
Логвинова И.И.	11, 43

М

Магденко О.В.	33
Макаров К.В.	16
Максудова М.М.	34
Малашонкова Е.А.	23
Малышкина А.И.	4, 40
Мануйлова С.В.	43
Маринкин И.О.	46
Маршалов Д.В.	34
Минеева Н.В.	3
Миронов П.И.	35
Миханошина Н.А.	35
Михельсон А.Ф.	35
Мызникова И.В.	18

Н

Назаров С.Б.	39, 42
Настуева С.М.	35
Новикова И.В.	36
Новикова Т.В.	36
Нуржанова С.Т.	11

О

Овсянников Ф.А.	16, 41
Одинцова Г.В.	37, 41
Озолина Л.А.	37
Олотова Н.В.	23
Осипов А.В.	48
Осипова Н.А.	36

П

Павлова Г.А.	45
Перетятко Л.П.	13, 38
Перехватова Ю.А.	29

Песикин О.Н.	31
Петренко А.П.	34
Петренко В.М.	38
Побединцева Ю.А.	15, 39
Попова И.Г.	8, 39, 42, 47
Потеряева Е.Л.	46
Приворотский В.В.	16, 44
Пронина О.А.	40
Проценко Е.В.	13, 47
Пугина Н.В.	13, 15, 18
Пустоветова М.Г.	46
Пьянова И.В.	4, 12, 13

Р

Родина М.А.	47
Романова О.А.	6
Романова С.В.	40
Рощупкина И.А.	13, 15
Рязанов В.А.	48
Рязанов В.В.	41

С

Сайкова Л.А.	37, 41
Салов И.А.	34
Самсонова Т.В.	8
Семенова Е.С.	41
Сентябрева М.С.	13, 14
Сергеева М.С.	3
Сергеева Т.В.	41
Серебрянников А.С.	42
Сидоркевич С.В.	13, 15
Сильченко Ж.Л.	34
Ситникова О.Г.	38, 42
Скворцова М.А.	41
Скляднева К.А.	40, 43
Смирнов А.Г.	43
Сокольник В.П.	44
Солодовникова Н.Г.	24
Сосин С.А.	44
Сотникова Н.Ю.	4, 40
Стасенкова Н.П.	11, 43
Столица А.А.	15, 16
Суворов А.Н.	3
Суворова М.А.	3
Судаков Д.С.	36
Сунгатулина Л.М.	45

Т

Темирова Л.Р.	34
Тихонов М.Ю.	30
Ткаченко Л.А.	29
Торонова Н.О.	29
Трофимов В.В.	30
Труфанов Г.Е.	41, 48
Тусупбекова М.М.	26

У

Уквальберг М.Е. 29

Ф

Федерякина О.Б. 33

Федина Р.Г. 46

Федорова О.В. 24

Филькина Е.В. 30, 39

Филькина О.М. 23

Фролова В.Е. 24

Х

Харламова Н.В. 47

Хаснулин В.И. 46

Ц

Цивилева А.Е. 31

Ч

Чаша Т.В. 47

Чугунова А.А. 37

Чумаков А.С. 30

Ш

Шарыгин С.А. 38

Шибасев А.Н. 33

Шилова Н.А. 47

Шингарева М.И. 10

Шифман Е.М. 34

Шмедьк Н.Ю. 48

Шмидт А.А. 48

Шойбонов Б.Б. 48

Щ

Щеголева Н.А. 4

Э

Эдлеева А.Г. 49

Эстрин В.В. 6

Ю

Юсупов М.А. 30

Я

Ялфимов А.Н. 29