



ISSN 2410- 5155 (Online), ISSN 2311- 4495 (Print)

Трансляционная Медицина Translational Medicine

Научно-практический рецензируемый медицинский журнал

Приложение № 2

ТЕЗИСЫ

Х междисциплинарной
конференции по акушерству,
перинатологии, неонатологии
«Здоровая женщина —
здоровый новорожденный»

17-18 мая 2017 года
Санкт-Петербург



**Северо-Западный федеральный медицинский
исследовательский центр им. В. А. Алмазова
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ISSN 2311-4495 (печатная версия)
ISSN 2410-5155 (электронная версия)



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Е. В. Шляхто

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

А. О. Конради

М. М. Галагудза

ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР

Н. А. Смолина

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

С. В. Анисимов (Санкт-Петербург)
Е. И. Баранова (Санкт-Петербург)
Е. Р. Баранцевич (Санкт-Петербург)
Т. В. Вавилова (Санкт-Петербург)
А. В. Васильев (Москва)
М. Л. Гордеев (Санкт-Петербург)
Е. Н. Гринёва (Санкт-Петербург)
А. А. Жлоба (Санкт-Петербург)
А. Ю. Зарицкий (Санкт-Петербург)
Э. Э. Звартау (Санкт-Петербург)
Д. О. Иванов (Санкт-Петербург)

М. А. Карпенко (Санкт-Петербург)
Э. В. Комличенко (Санкт-Петербург)
А. А. Костарева (Санкт-Петербург)
Д. С. Лебедев (Санкт-Петербург)
Ю. Б. Лишманов (Томск)
О. М. Моисеева (Санкт-Петербург)
А. О. Недошивин (Санкт-Петербург)
И. Л. Никитина (Санкт-Петербург)
Е. В. Пармон (Санкт-Петербург)
Д. В. Рыжкова (Санкт-Петербург)

ЧЛЕНЫ МЕЖДУНАРОДНОГО РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Ж. Бакс (Нидерланды)
Р. Феррари (Италия)
Р. Хельманн (Германия)
Г. Ханссон (Швеция)
Д. Керр (США)
Ж. Массард (Франция)
Б. Ольшанский (США)
М. Орлов (США)
Т. Сейерсен (Швеция)
Г. Сёберг (Швеция)
О. Содер (Швеция)
Т. Сили-Торок (Нидерланды)
Я. Вааге (Норвегия)
Э. К. Айламазян (Санкт-Петербург)
В. Н. Анисимов (Санкт-Петербург)
В. Г. Баиров (Санкт-Петербург)
В. С. Баранов (Санкт-Петербург)
О. А. Беркович (Санкт-Петербург)
Л. А. Бокерия (Москва)
В. Н. Васильев (Санкт-Петербург)
Т. Д. Власов (Санкт-Петербург)
А. Я. Гудкова (Санкт-Петербург)
Е. З. Голухова (Москва)
И. В. Гурьева (Москва)
А. С. Галявич (Казань)
С. Л. Дземешкевич (Москва)
Д. В. Дупляков (Самара)
И. Е. Зазерская (Санкт-Петербург)
Е. В. Заклязьминская (Москва)
А. М. Караськов (Новосибирск)
Р. С. Карпов (Томск)
В. М. Кутузов (Санкт-Петербург)
В. В. Ломиворотов (Новосибирск)
Ю. М. Лопатин (Волгоград)
В. А. Мазурок (Санкт-Петербург)
А. С. Максимов (Санкт-Петербург)
Л. Н. Маслов (Томск)
А. Л. Маслянский (Санкт-Петербург)
Г. А. Мельниченко (Москва)
В. М. Моисеенко (Санкт-Петербург)
И. А. Наркевич (Санкт-Петербург)
И. В. Поддубный (Москва)
Е. А. Покушалов (Новосибирск)
В. П. Пузырёв (Томск)
В. А. Ткачук (Москва)
С. В. Сидоркевич (Санкт-Петербург)
Г. Н. Салогуб (Санкт-Петербург)
В. В. Фадеев (Москва)
В. А. Цырлин (Санкт-Петербург)

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете РФ по печати.
Свидетельство о рег. ПИ № ФС77-56793 от 29.01.2014 г.
Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

Периодичность — 6 выпусков в год

Тираж — 1100 экземпляров

Тематическая рассылка по специалистам.

Корректор — Л. А. Исаенкова

Верстка — Л. П. Попова

18+

Издательство «ФОНД АЛМАЗОВА»

Адрес: 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Телефон издательства: +7(812)702-37-16

Подача рукописей и переписка с авторами, размещение рекламы и подписка —

e-mail: bulleten@almazovcentre.ru

Подписка по каталогу агентства «Роспечать»: подписной индекс 57996

Архив номеров: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=20396

http://elibrary.ru/title_about.asp?id=50986

Все права защищены. © 2016.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов

**V. A. Almazov Federal North-West
Medical Research Centre
Ministry of Health of the Russian Federation**

ISSN 2311-4495 (printed)
ISSN 2410-5155 (online)

**EDITOR-IN-CHIEF**

E. Shlyakheto

VICE -EDITORS

A. Konradi

M. Galagudza

TECHNICAL EDITOR

N. Smolina

EDITORIAL BOARD

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| S. Anisimov (Saint-Petersburg) | M. Karpenko (Saint-Petersburg) |
| E. Baranova (Saint-Petersburg) | E. Komlichenko (Saint-Petersburg) |
| E. Barancevich (Saint-Petersburg) | A. Kostareva (Saint-Petersburg) |
| T. Vavilova (Saint-Petersburg) | D. Lebedev (Saint-Petersburg) |
| A. Vasiliev (Moscow) | Yu. Lishmanov (Tomsk) |
| M. Gordeev (Saint-Petersburg) | O. Moiseeva (St. Petersburg) |
| E. Grineva (Saint-Petersburg) | A. Nedoshivin (Saint-Petersburg) |
| A. Zhloba (Saint-Petersburg) | I. Nikitina (Saint-Petersburg) |
| A. Zaritskiy (Saint-Petersburg) | E. Parmon (Saint-Petersburg) |
| E. Zvartau (Saint-Petersburg) | D. Ryzhkova (Saint-Petersburg) |
| D. Ivanov (Saint-Petersburg) | |

**MEMBERS
OF THE INTERNATIONAL
EDITORIAL BOARD**

- J. Bax (Netherlands)
R. Ferrari (Italy)
R. Hehlmann (Germany)
G. Hansson (Sweden)
K. David (USA)
G. Massard (France)
B. Olshansky (USA)
M. Orlov (USA)
T. Sejersen (Sweden)
G. Sjöberg (Sweden)
O. Söder (Sweden)
T. Szili-Torok (Netherlands)
J. Vaage (Norway)
E. Aylamazyan (Saint-Petersburg)
V. Anisimov (Saint-Petersburg)
V. Bairov (Saint-Petersburg)
V. Baranov (Saint-Petersburg)
O. Berkovich (Saint-Petersburg)
L. Bokeria (Moscow)
V. Vasiliev (Saint-Petersburg)
T. Vlasov (Saint-Petersburg)
A. Gudkova (Saint-Petersburg)
E. Golukhova (Moscow)
I. Gurieva (Moscow)
A. Galyavich (Kazan)
S. Dzemeshevich (Moscow)
D. Duplyakov (Samara)
I. Zazerskaya (Saint-Petersburg)
E. Zaklyazminskaya (Moscow)
A. Karaskov (Novosibirsk)
R. Karpov (Tomsk)
V. Kutuzov (Saint-Petersburg)
V. Lomivorotov (Novosibirsk)
Yu. Lopatin (Volgograd)
V. Mazurok (Saint-Petersburg)
A. Maksimov (Saint-Petersburg)
L. Maslov (Tomsk)
A. Maslyanskiy (Saint-Petersburg)
G. Melnichenko (Moscow)
V. Moiseenko (Saint-Petersburg)
I. Narkevich (Saint-Petersburg)
I. Poddubniy (Moscow)
E. Pokushalov (Novosibirsk)
V. Puzyrev (Tomsk)
V. Tkachuk (Moscow)
S. Sidorkevich (Saint-Petersburg)
G. Sologub (Saint-Petersburg)
V. Fadeev (Moscow)
V. Tsyrlin (Saint-Petersburg)

Journal is registered in State Committee for Publishing of the Russian Federation.
Certificate of registration. ПИ № ФС77-56793 on 29.01.2014
The Journal is included in the Russian Citation Index

Periodicity — 6 issues per year
Edition 1100 copies

Distribution to specialists.

Proofreader — L. A. Isaenkova
Make-up — L. P. Popova

18+

Publisher «ALMAZOV FOUNDATION »

Address: 197341, Saint-Petersburg, Akkuratova str. 2

Tel.: +7(812)702-37-16

Manuscript submission and correspondence with authors,
advertising and subscription —

e-mail: bulleten@almazovcentre.ru

Subscription on catalogue of Rospechat agency: index 57996

Archive: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=20396
http://elibrary.ru/title_about.asp?id=50986

All rights reserved. © 2016.

Full or partial reproduction of materials printed in journal is allowed by the written permission of publisher.

Editors accept no responsibility for the content of advertising materials.

СОДЕРЖАНИЕ

6 Аксенова Е.А., Сукало А.В., Прилуцкая В.А.,
Шатарнова Т.М.
**ГЕНОТИПЫ ДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ КРУПНОВЕСНЫХ
И МАЛОВЕСНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ**

6 Амидхонова С.А., Баиров В.Г.,
Сухоцкая А.А., Малышева Д.А.
**СПОСОБЫ СОЗДАНИЯ АНАСТОМОЗОВ
У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЗАКРЫТИИ
ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМ**

7 Каган А.В., Караваева С.А., Борисова И.И.,
Иванов Д.В., Савельева Е.А.
**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОРОКОВ
РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

7 Гусина А.А., Гусина Н.Б., Прибушняя О.В.,
Лемешевская Т.В.
**МАРКЕРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ
РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ ПЛОДА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ
БЕРЕМЕННОСТИ**

8 Джанибекова А.Р., Куюмчева К.К.,
Горбунова С.И., Эжиева Б.Б., Синюкова А.С.
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗИ
ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ФАКТОРОВ
ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА
У БЕРЕМЕННЫХ**

9 Зобикова О.Л., Бучель Ю.Ю., Прибушняя О.В.
**ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
В ВЕРИФИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО
МОЗГА ПРИ ТУБЕРОЗНОМ СКЛЕРОЗЕ**

9 Ишкареева В.В., Зазерская И.Е., Багров А.А.
**ФИБРОЗ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ —
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ПРЕЭКЛАМПСИИ**

10 Казачкова Э.А., Воробьев И.В., Казачков Е.Л.
**ПОРОКИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ В СВЕТЕ
УЧЕНИЯ О ПАТОМОРФОЗЕ**

11 Казачкова Э.А., Воробьев И.В.
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН
С ПОРОКАМИ СЕРДЦА УМЕРЕННОГО
И ВЫСОКОГО РИСКА**

11 Кайкова Л.В., Евстафьева А.В., Доминова Е.Н.
**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
И СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ**

12 Кальянго Ю.А., Чумакова Г.Н.
**ПИЕЛОЭКТАЗИЯ У ПЛОДА — ИСХОД У НОВО-
РОЖДЁННОГО (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

12 Каширо Н.В., Кручина М.К., ПлUTOва Н.Н.,
Новик Г.А., Кручина Т.К.
**ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ
У РЕБЕНКА С АДИПОНЕКРОЗОМ:
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКАРДИО-
ГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

13 Клычева М.М., Назаров С.Б., Попова И.Г.
**ФАКТОРЫ РЕГУЛЯЦИИ АГРЕГАЦИИ ТРОМБО-
ЦИТОВ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

14 Круглов И.Ю., Румянцев Н.Ю., Румянцева Н.Н.
**ВРОЖДЕННЫЙ ПЕРЕДНИЙ ВЫВИХ ГОЛЕНИ:
ОТ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
И НЕМЕДЛЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДО ОБШИРНОЙ ХИРУРГИИ**

14 Кулигина М.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н.
**ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НЕОНАТОЛОГОВ
ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ
И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ
НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ**

15 Курлович И.В., Белуга М.В., Зубовская Е.Т.,
Юркевич Т.Ю., Митрошенко И.В., Демидова Р.Н.,
Овчинникова Л.Ф.
**ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

15 Курлович И.В., Белуга М.В., Юркевич Т.Ю.,
Зубовская Е.Т., Митрошенко И.В., Демидова Р.Н.
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ**

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА**

16 *Леонова Е.Ю.*

**ДИАГНОСТИКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ
КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ С КЕФАЛОГЕМАТОМОЙ**

17 *Лицова А.О., Малышкина А.И.,
Песикин О.Н., Васильева Т.П.*

**ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

17 *Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.*

**ДИНАМИКА РЕГИОНАЛИЗАЦИИ
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ
СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

18 *Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.*
**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕ-
НИЯ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ**

18 *Новикова И.В., Лазаревич А.А., Венчикова Н.А.*
**ПОРОКИ СЕРДЦА У ПЛОДОВ С СИНДРОМОМ
ДАУНА, АБОРТИРОВАННЫХ ПОСЛЕ
ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В I
ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

19 *Одинцова Г.В., Чугунова А.А., Иванова Н.Е.*
**КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ
И РЕПРОДУКТИВНЫЕ РИСКИ ЖЕНСКОЙ
ЭПИЛЕПСИИ**

19 *Одинцова Г.В., Кравцова С.В., Чугунова А.А.*
**ЭПИЛЕПСИЯ И ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ:
СОВРЕМЕННАЯ ПОЗИЦИЯ**

20 *Патрухина Н.А., Мозговая Е.В.,
Керкешко Г.О., Дорофейков В.В.*
**ВИТАМИН В₁₂ И ХОЛОТРАНСКОБАЛАМИН
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ**

21 *Прилуцкая В.А., Сукало А.В., Дашкевич Е.И.*
**ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО
СТАТУСА НОВОРОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ
С ПРЕГНАВИДАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

21 *Прилуцкая В.А., Павловец М.В.*
**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ
МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО
ТИПА**

22 *Романовский А.Н., Кузнецов А.А.,
Шлыкова А.В., Капитанова Т.А., Мовчан В.Е.,
Михайлов А.В.*

**ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ
ФЕТОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ
КОАГУЛЯЦИИ АНАСТОМОЗОВ ПЛАЦЕНТЫ
ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ
СИНДРОМЕ**

22 *Рябоконь Н.Р., Зазерская И.Е.*
**ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ —
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА
РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

23 *Сухарева А.П., Шишко Г.А., Михаленко Е.М.,
Чеботарёва Н.В., Артюшевская М.В., Рябова М.С.,
Адасько В.И.*

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА SFTRV (VNTR
ИНТРОНА 4) У НЕДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

24 *Тумаева Т.С., Балыкова Л.А., Ариткина А.А.*
**ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ
РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ;
ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ
КОРРЕКЦИИ**

24 *Харламова Н.В., Чаша Т.В., Шилова Н.А.*
**СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ПОСТ-
ГИПОКСИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

25 *Шелепова Е.С., Зазерская И.Е.*
**РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ
ПРЕЭКЛАМПСИИ.**

26 *Ярославский К.В., Болотских В.М.*
**КАЧЕСТВО РОДОВСПОМОЖЕНИЯ —
ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО
РЕБЕНКА**

ГЕНОТИПЫ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ КРУПНОВЕСНЫХ И МАЛОВЕСНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ

Аксенова Е.А.¹, Сукало А.В.², Прилуцкая В.А.², Шатарнова Т.М.¹

¹ Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель: дифференцированная оценка вклада генотипа в формирование отклонений физического развития (ФР) по массе тела при рождении.

Материалы и методы: выполнено генотипирование rs266729 гена адипонектина ADIPOQ, rs1801282 (Pro12Ala) гена рецептора активации пролиферации пероксисом PPAR- γ 2 и rs1137101 (Q223R) гена рецептора лептина LEPR у 143 крупновесных, 142 маловесных доношенных новорожденных и 132 детей группы контроля (ГрК). Z-score массы тела рассчитан с помощью программы WHO Anthro. Проведена группировка детей по Z-score массы тела и коэффициенту гармоничности (КГ) [Грищенко, 1990]: Гр1 — крупновесные с Z-score $>+2$; Гр2 — крупновесные с негармоничным ФР; Гр3 — маловесные с Z-score <-2 ; Гр4 — маловесные с негармоничным ФР. При генотипировании использовали методы ПЦР-ПДРФ и аллель-специфичной ПЦР с помощью линейных разрушаемых проб TaqMan. Статобработка данных проведена в программах Statistica 10.0, AB-Stat.

Результаты и их обсуждение. Частота -11377G аллеля, связанного с пониженной транскрипционной активностью гена ADIPOQ [Gu H.F., 2009], у крупновесных девочек Гр1 и Гр2 была почти в 2 раза ниже (16,1% и 17,6% соответственно), чем для девочек Гр3 (31,4%), Гр4 (36,9%) и ГрК (29,7%). Гомозиготный генотип QQ223 гена LEPR в 1,6 раза чаще выявлен у новорожденных Гр2 (29,6%), чем в ГрК — 18,0%. Все различия достоверны ($p<0,05$). Гомозиготный генотип GG (Ala/Ala) гена PPAR- γ 2, ассоциированный с лучшей чувствительности к инсулину [Deeb et al., 1998], выявлен у 12,5% детей Гр4 с Z-score <-2 и лишь у 0,8% детей в ГрК.

Заключение. Выявлены достоверные различия при сравнении распределения частот генотипов и аллелей в группах новорожденных с учетом Z-score массы тела и КГ по изученным однонуклеотидным полиморфизмам. Необходимы дальнейшие исследования для оценки прогностической значимости изученных генотипов у младенцев с различной массой тела при рождении.

СПОСОБЫ СОЗДАНИЯ АНАСТОМОЗОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЗАКРЫТИИ ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМ

Амидхонова С.А., Баиров В.Г., Сухоцкая А.А., Малышева Д.А.

ФГБУ «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр
им. В. А. Алмазова» Минздрава России
НИЛ хирургии врожденной и наследственной патологии

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения новорожденных детей с энтеро- и колостомами при непроходимости тонкой и толстой кишки.

Материалы и методы исследования: Проведен проспективный анализ 24 новорожденных с энтеро и/или колостомой, находившихся на лечении за период с 2012 по 2016г.

Больные разделены на группы в зависимости от уровня кишечных стом: двойная еюностомия — у 4 (17%), двойная илеостомия — у 13 (54%), двойная колостомия — у 7 (29%) больных. Восстановление непрерывности кишечной трубки проводилось через 4-8 недель.

Результаты: При закрытии двойной еюностомы анастомоз «конец в конец» создан в 2 случаях, Т-образный анастомоз — в 2 случаях. Все дети с Т-образным и 1 ребенок с анастомозом «конец в конец» выписаны домой в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде в 2 случаях дети оперированы по поводу поздней спаечной кишечной непроходимости.

У детей с двойной илеостомой анастомоз «конец в конец» создан в 8 случаев. При резекции илеоцекального угла анастомоз «конец в бок» создан у 5 пациентов. При закрытии двойной колостомы всем детям создан анастомоз «конец в конец». Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы: Детям с двойной еюностомой в связи с большой разницей диаметров приводящего и отводящего сегментов кишки показано создание Т-образного анастомоза. При двойной илеостомии показано создание анастомоза «конец в конец». При двойной колостомии предпочтительным является анастомоз «конец в конец». При резекции илеоцекального угла анастомоз «конец в бок».

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Каган А.В., Караваева С.А., Борисова И.И., Иванов Д.В., Савельева Е.А.

ГБУЗ «Детская городская больница №1», г. Санкт-Петербург
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: обобщить принципы диагностики пороков развития желчевыводящих путей у новорожденных и детей раннего возраста и выработать алгоритмы оптимального лечения.

Материалы и методы: в 2009-2015 г.г. в ДГБ №1 Санкт-Петербурга лечились 29 пациентов с пороками развития желчевыводящих путей: киста холедоха (11), билиарная атрезия (16), синдром Алажиля (2). В 9 случаях патология была выявлена пренатально. Обследование пациентов включало в себя комплекс лучевых, лабораторных, генетических методов исследования, а также лапароскопическую биопсию печени. При кисте холедоха накладывался гепатикоюноанастомоз. Пациентам с билиарной атрезией в возрасте до 3 месяцев выполнялась операция Kasai, в дальнейшем они направлялись в центр трансплантологии.

Результаты: все пациенты, имевшие кисту холедоха, после операции клинически здоровы. Детям с билиарной атрезией и 1 ребенку с синдромом Алажиля выполнена родственная пересадка печени. Погибли 5 детей — трое не дожили до трансплантации, 2 ребенка умерли в раннем послеоперационном периоде.

Выводы: пороки развития желчевыводящих путей разнообразны по своему характеру и клиническим проявлениям, поэтому такие пациенты требуют слаженного междисциплинарного и индивидуального подхода, четко спланированного плана диагностики и лечения.

МАРКЕРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Гусина А.А., Гусина Н.Б., Прибушеня О.В., Лемешевская Т.В.

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

Цель работы: выявить маркеры врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы (ВПС) плода в I триместре беременности.

Материалы и методы исследования: у беременных с летальными и сублетальными изолированными/системными ВПС ССС у плода (n=53) и у беременных здоровым плодом (контрольная группа, n=118) были изучены величина шейной прозрачности (NT), концентрации альфа-фетопротеина (АФП), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (free hCGb), ассоциированного с беремен-

ностью плазменного белка А (РААР-А), ADAM 12, гомоцистеина (ГЦ), витамина В12 в I триместре беременности.

Результаты и их обсуждение. Средняя величина NT в группе пациенток с ВПР ССС у плода составила $2,56 \pm 0,113$ МоМ и была достоверно выше, чем в контрольной группе ($0,89 \pm 0,022$). Средний уровень РААР-А у беременных с ВПР ССС был равен $0,68 \pm 0,049$ МоМ, что достоверно ниже, чем в контрольной группе — $0,99 \pm 0,053$ МоМ. Вероятность наличия ВПР ССС у плода у беременной с уровнем РААР-А менее 0,7 МоМ оказалась в 1,6 раза больше, чем у беременной с концентрацией РААР-А более 0,7 МоМ (отношение шансов 1,58 при 95% доверительном интервале 0,81-3,06). При оценке концентрации ADAM 12, ГЦ, витамина В12 и носительства мутации С677Т в гене МТГФР достоверных различий между группой беременных с ВПР ССС у плода и контрольной группой выявлено не было.

Заключение: величина NT и уровень РААР-А являются маркерами ВПР ССС у плода в первом триместре беременности

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ФАКТОРОВ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ

Джанибекова А.Р., Куюмчева К.К., Горбунова С.И., Эжиева Б.Б., Синюкова А.С.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет, ГУЗ ПКТД РО Ростов на Дону,
Городская клиническая больница №2 Ставрополь, Россия

Цель. Оценка некоторых факторов тромботического риска у беременных с учетом массы тела.

Материалы и методы исследования. Обследовано 51 беременных женщин. Проанализированы следующие факторы тромботического риска: курение, прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), отягощенная наследственность по тромбозам (ОН). Диагноз ожирения выставлялся на основании расчета показателя индекса массы тела (ИМТ) по росту и весу женщины до беременности, либо в первые 4-6 недель гестации. Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0.

Результаты исследования и обсуждение. У 8 беременных с ожирением (1-я группа) индекс Кетле $32,7 \pm 2,5$ кг/м², у 12 беременных с избыточной массой тела (2-я группа) — $28,8 \pm 2,0$ кг/м², у 31 беременных с нормальной массой тела (3 группа) — $22,5 \pm 2,7$ кг/м². ОН у беременных с первой группы примерно 3 раза чаще встречалась 37,5%, чем у женщин третьей группы 12,9%; $p < 0,05$, и у второй 16,7%; $p < 0,05$ в сравнении третьей. Табакокурение также чаще встречалось в группах с повышенным ИМТ — 29,4 % в сравнении с женщинами с нормальной массой — 16,1%. Прием КОК у обследуемых женщин в первой группе отмечался чаще 37,5%, чем у женщин третьей 16,1%, и второй группы 25,0%.

Выводы. Осуществление врачами-терапевтами, кардиологами и акушерами-гинекологами активного подхода к выявлению факторов тромботического риска и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий у беременных женщин с избыточной массой тела и ожирением способно предотвратить не только ряд серьезных перинатальных и акушерских рисков, но и осуществить своего рода «вклад» в будущее благополучие матери и ребенка.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТУБЕРОЗНОМ СКЛЕРОЗЕ

Зобикова О.Л., Бучель Ю.Ю., Прибушеня О.В.

ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Беларусь

Цель работы. Установить этиологию вентрикуломегалии и множественных рабдомиом сердца, выявленных у плода, определить возможности пренатальной МРТ в уточнении поражений головного мозга (ГМ).

Материалы и методы исследования. Пробанд — плод в сроке гестации 32 недели. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнено на аппарате Voluson 730 Exspert, МРТ ГМ плода — на аппарате Philips Ingenia 1.5T.

Результаты и их обсуждение. При стандартном УЗИ плода в сроке 32 недели гестации, визуализировались множественные рабдомиомы сердца. УЗИ ГМ выявило расширение правого желудочка и отсутствие визуализации полости левого желудочка. По результатам пренатальной МРТ ГМ плода (в 34 недели) было установлено объемное образование левого желудочка (изоэхогенное при УЗИ) с гиперинтенсивным сигналом, сходным с кровоизлиянием (данные МРТ в динамике свидетельствовали в пользу опухоли). Проведено медико-генетическое консультирование семьи в связи с высоким риском tuberous sclerosis (ТС) у плода. Родители пробанда здоровы. У новорожденного на коже отмечались гипопигментированные пятна. Учитывая симптомокомплекс у ребенка, включающий 3 значимых диагностических критерия, выставлен диагноз ТС. Результаты МРТ выполненного в 2 месяца возрасте в связи с наличием судорожного синдрома, полностью совпадали с пренатальными. Ребенку проведена субтотальная резекция объемного образования, морфологическое исследование которого верифицировало астроцитому.

Заключение. Выявление при УЗИ плода множественных рабдомиом сердца и изменений со стороны головного мозга является показанием для проведения дополнительного обследования с использованием более чувствительных для объемных образований методов диагностики (МРТ головного мозга).

ФИБРОЗ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ — ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ишкараева В.В., Зазерская И.Е., Багров А.Я.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Преэклампсия остается одним из самых грозных и частых осложнений беременности по настоящее время. Установлено, что все патологические изменения начинаются уже с момента имплантации яйцеклетки и развития плаценты. В кровоток выделяется большое количество биологически активных веществ, которые в патологических концентрациях приводят к развитию клинических проявлений данного осложнения. Эндотелиальная дисфункция патогенетическая основа преэклампсии, а также поражения затрагивают и более глубокие слои сосуда. Так развивается фиброз сосудистой стенки, посредством чего еще больше нарушаются сосудодвигательные свойства, в сторону еще более выраженного спазма. В последние годы уделяется внимание изучению ранних предикторов преэклампсии и поиск новых таргетных подходов к ее лечению и профилактике. Установлено, что при преэклампсии повышается уровень кардиотонических стероидов, в основном маринобуфагенина (МБГ) и, что синтезируются они в плаценте. В литературе описано, что МБГ в наномолярных концентрациях стимулирует синтез коллагена в сердечно-сосудистых тканях и в почках, также в пупочной артерии, что приводит к нарушению ее релаксации.

Целью нашего исследования явилось изучение роли МБГ в развитии фиброза артерии пуповины, также оценить терапевтическое действие моноклональных антител к МБГ на уровень коллагена-1 в артерии пуповины при преэклампсии, *in vitro*.

Все исследования одобрены этическим комитетом ФГБУ СЗФМИЦ. У 15 беременных (8 беременных с преэклампсией + 7 — с физиологически протекающей беременностью) произведен забор отрезков средней части пуповины для определения уровня коллагена-1, как признака фиброза, в артерии методом Western-блот и биообразцов крови для определения уровня маринобуфагенина методом иммунофлуометрии.

Результаты. Уровень МБГ при преэклампсии в 3 раза выше, чем при физиологической беременности ($1,56 \pm 0,41$ нмоль/л против $0,47 \pm 0,10$ нмоль/л соответственно). При изучении уровня коллагена-1 в артерии пуповины при преэклампсии получены следующие результаты: уровень коллагена-1 практически в 2 раза повышен по сравнению с неосложненной беременностью. При инкубации эксплантов артерий пуповины от женщин с преэклампсией в течение суток в присутствии моноклональных антител уровень коллагена-1 снижается приблизительно в 1,5–2 раза. Также нарушаются вазорелаксирующие свойства артерии при преэклампсии.

Заключение. Таким образом, у беременных с преэклампсией маринобуфагенин вызывает фиброз стенки артерии пуповины, что не исключает фиброзирование всех сосудов организма матери. В перспективе использование препаратов антител к маринобуфагенину.

ПОРОКИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ В СВЕТЕ УЧЕНИЯ О ПАТОМОРФОЗЕ

Казачкова Э.А., Воробьев И.В., Казачков Е.Л.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Цель — изучение структуры пороков сердца у беременных, особенностей течения беременности и перинатальных исходов у пациенток с пороками сердца в свете учения о патоморфозе.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-анамнестический анализ медицинской документации 165 пациенток (группа 1) и 168 пациенток (группа 2), родоразрешенных в родильном доме МБУЗ ГКБ №6 г. Челябинска с интервалом в 20 лет. Структура пороков сердца была проанализирована в свете модифицированной классификации ВОЗ по оценке риска сердечно-сосудистых осложнений для матери и потомства у беременных женщин с кардиоваскулярными заболеваниями.

Результаты и обсуждение. За 20 лет статистически значимо увеличилась частота пороков сердца низкого и высокого материнского риска, а умеренного — снизилась. Достоверно реже стали встречаться хронические ревматические болезни сердца. Значительно возросла частота «оперированного» сердца. У современных беременных статистически значимо выше частота коморбидной соматической патологии (болезни щитовидной железы, миопия, хронические гастриты и др.). Достоверно изменилась палитра осложнений беременности — уменьшилась частота чрезмерной рвоты беременных; частота анемии, угрожающего аборта, маловодия — увеличилась. Частота кесарева сечения увеличилась за прошедший временной интервал. Новорожденные от современных беременных имеют статистически значимо лучшие оценки по шкале Апгар и достоверно большие рост, вес и окружность головы.

Заключение. Наблюдаемые у современных беременных женщин с пороками сердца существенные изменения в структуре пороков сердца, в особенностях течения беременности, родов и перинатальных исходов, можно трактовать как патоморфоз в клиническом смысле.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ПОРОКАМИ СЕРДЦА УМЕРЕННОГО И ВЫСОКОГО РИСКА

Казачкова Э.А., Воробьев И.В.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Цель — изучение особенностей течения беременности и перинатальных исходов у женщин с пороками сердца умеренного и высокого риска.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное клинико-лабораторное обследование 39 беременных с пороком сердца с умеренным риском осложнений (ВОЗ II) — группа I и 20 пациенток, имевших высокий риск осложнений (ВОЗ III) — группа II. Группу контроля составили 66 беременных без соматической и гинекологической патологии.

Результаты и обсуждение. Группа I состояла преимущественно из беременных с изолированными некорригированными септальными дефектами, двустворчатым аортальным клапаном и их сочетанием. Группа с высоким риском была представлена преимущественно пациентками с сочетанными пороками сердца, а также изолированными легким и умеренным стенозом устья аорты и коарктацией аорты. В обеих исследуемых группах статистически значимо частота вызванных беременностью отеков, анемии и плацентарных нарушений выше по сравнению со здоровыми женщинами, при этом в группе I достоверно чаще возникали угрожающий аборт и гестационный сахарный диабет. Частота оперативного родоразрешения напрямую зависела от группы риска, а основным показанием была экстрагенитальная патология. Росто-весовые показатели детей, рожденных от матерей с пороками сердца, обратно пропорциональны группе риска, но при этом достоверно ниже аналогичных в группе контроля. Частота перинатальной патологии, а также необходимость пребывания в условиях ПИТ, достоверно выше у детей из группы II.

Заключение. Пороки сердца оказывают значительное отрицательное влияние на течение беременности и перинатальные исходы, при этом оно напрямую зависит от группы материнского риска.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ

Кайкова Л.В., Евстафьева А.В., Доминова Е.Н.

ГБОУ ВПО Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: изучение поведенческих предпосылок и факторов, формирующих репродуктивное здоровье студентов.

Материалы и методы исследования. Проведено выборочное анонимное анкетирование 5584 студентов 5-ти ВУЗов г. Ярославля.

Результаты и их обсуждение. В ходе анонимного анкетирования установлено, что 58,82% учащихся имели то или иное заболевание мочеполовой системы, причем уровень заболеваемости увеличивается от младших курсов к старшим в среднем на 4,7% ежегодно ($p < 0,05$). Опрос показал, что большинство студентов (78,14%) ведет активную половую жизнь, а 21,86% (преимущественно девушки), не имели интимных отношений.

Среди студентов, которые живут в общежитии, заболевания мочеполовой системы, встречаются в 1,38 раза чаще, чем среди студентов, проживающих в отдельных квартирах ($63,41 \pm 3,15\%$ против $45,82 \pm 2,24\%$, $p < 0,05$). Доля респондентов, указывающих на стабильные сексуальные отношения, выше среди студентов, проживающих в отдельной квартире, чем в общежитии ($37,64 \pm 1,08\%$ против $21,36 \pm 0,96\%$, $p < 0,05$).

Установлена взаимосвязь между употреблением алкоголя учащимися и распространенностью заболеваний мочеполовой системы, между табакокурением и частотой замены половых партнеров ($32,17 \pm 1,52\%$

против $18,35 \pm 0,92\%$, $p < 0,05$). Студенты, употребляющие наркотики, в 1,4 раза чаще вступают в необдуманные и незащищенные половые отношения ($15,67 \pm 0,58\%$ против $11,19 \pm 0,46\%$, $p < 0,05$).

Положительное отношение к «гражданскому браку» высказало большинство студентов: 87,21% юношей и 73,94% девушек.

Опрос показал, что 76,81% студентов используют средства контрацепции, а большая часть студентов (64,23%) недостаточно осведомлена о заболеваниях, передаваемых половым путем, и методах их профилактики.

ПИЕЛОЭКТАЗИЯ У ПЛОДА — ИСХОД У НОВОРОЖДЁННОГО (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Кальянго Ю.А., Чумакова Г.Н.

Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск

Цель работы: изучить исходы пиелоектазий, выявленных антенатально.

Материалы и методы: Исследована 31 история развития новорожденных с диагностированными случаями пиелоектазий, выявленными антенатально. Критериями для включения в исследование явились следующие цифры переднезаднего размера почечной лоханки плодов: для 15-20 недель гестации — 4 мм и более, 20-30 недель — 5 мм и более, от 30 недель — более 7 мм.

Результаты и обсуждения: 67% беременных с выявленной пиелоектазией плода имеют хронические заболевания мочевой системы. При проведении УЗ-исследования у большинства плодов пиелоектазия впервые выявлена на сроке гестации 30 недель и более (67,7%), у 19,4% плодов на сроке 23-29 недель, у 12,9% в 18-22 недели гестации. По данным УЗИ, проведённом в отделении новорожденных, у 22,6% детей из группы исследования пиелоектазия спонтанно разрешилась. У 54,8% новорожденных диагноз пиелоектазия подтвердился постнатально. У 22,6% детей были обнаружены другие врожденные пороки развития мочевой системы, не диагностированные антенатально (удвоение левой почки, мегауретер, мегацитистис, кистозная дисплазия почки, уретрогидронефроз). У 3 детей обнаружены врожденные пороки сердца. У 84% новорождённых выявлен нормальный общий анализ крови. В общем анализе мочи у 61,3% детей не выявлено воспалительных изменений, у 22,6% обнаружены лейкоцитурия и бактериурия, а у 16,1% новорожденных ОАМ не проведён. 68% новорожденных были выписаны домой, 32% переведены в стационары для дальнейшего обследования и лечения.

Заключение: антенатальное выявление пиелоектазии определяет необходимость прицельного обследования новорожденных с целью раннего выявления инфекционных осложнений.

ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ У РЕБЕНКА С АДИПОНЕКРОЗОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Каширо Н.В., Кручина М.К., Плутова Н.Н., Новик Г.А., Кручина Т.К.

СПбГПМУ, Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы: изучить проявления и клиническое течение гиперкальциемии у ребенка с адипонекрозом.

Материалы и методы: мальчик первого месяца жизни с распространенным адипонекрозом и высоким уровнем кальция в крови. Обследование включало: клиническую оценку, сбор анамнеза, лабораторно-инструментальные исследования, направленные на поиск причин гиперкальциемии, ЭКГ, ЭХОКГ.

Результаты: у ребёнка с адипонекрозом в области спины, бёдер, плеч была выявлена выраженная гиперкальциемия (общий Са до 5,22 ммоль/л, Са ионизированный до 2,65 ммоль/л). В ходе обследования были

исключены известные причины неонатальной гиперкальциемии (уровень витамина D, фосфора, тиреоидных гормонов — в норме, паратгормон — снижен: 4,72 пг/мл). Ведущими клиническими симптомами были: вялость, сонливость, адинамия, отказ от еды. На ЭКГ — ритм синусовый, ЧСС 157 уд/мин, QT=220 мс, QTc=348 мс, PQ=100 мс, непосредственный переход зубца S в волну T. По данным УЗИ почек выявлен нефрокальциноз, в других органах кальцификатов обнаружено не было. По заключению ЭхоКГ: сократительная функция в норме (ФВ 70 %), данных за кальциноз аорты, устьев полых вен, МЖП, стенок ЛЖ нет.

Заключение. Выраженная гиперкальциемия не всегда сопровождается возникновением нарушений ритма и проводимости сердца и яркими изменениями на ЭКГ. В описанном наблюдении проявлениями гиперкальциемии были адинамия, сонливость, отказ от еды, нефрокальциноз, отсутствие сегмента ST и тенденция к укорочению интервала QT на ЭКГ. Гиперкальциемия характерна для адипонекроза новорожденных, однако столь высокий уровень Са в крови требует дальнейшего динамического наблюдения и контрольных исследований для исключения других возможных причин данного состояния.

ФАКТОРЫ РЕГУЛЯЦИИ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Клычева М.М., Назаров С.Б., Попова И.Г.

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

Цель работы: исследование особенностей регуляции агрегации тромбоцитов у беременных женщин с физиологической беременностью в сроки гестации 38–40 недель.

Материалы и методы исследования: Первую группу составили 50 женщин с физиологически протекающей беременностью в сроке гестации 38–40 недель. Вторую группу составили 20 небеременных практически здоровых женщин. Методом иммуноферментного анализа определяли в лизате плазмы крови уровень адреналина и норадреналина. Для оценки активности тромбоцитов определяли уровень фактора 4 тромбоцитов и b-тромбоглобулина.

Результаты и их обсуждение: У женщин с физиологически протекающей беременностью в поздние сроки гестации уровень адреналина в плазме крови достоверно выше 110,1 пг/мл [66,8–211,4 пг/мл], чем у небеременных женщин 65,4 пг/мл [64,7–109,3 пг/мл] ($p<0,001$). Содержание норадреналина в крови у беременных женщин также выше: 316,6 пг/мл [311,0–320,4 пг/мл] и 305,3 пг/мл [199,2–312,8 пг/мл] соответственно ($p<0,001$). У беременных женщин уровень фактора 4 тромбоцитов ниже и составляет 13,7 U/ml [12,2; 15,5] по сравнению с небеременными женщинами 18,0 U/ml [13,8; 19,0] ($p<0,01$). Содержание b-тромбоглобулина (b-TГ) в плазме крови не изменено: у беременных женщин 27,8 U/ml [17,9; 33,0], у небеременных 28,0 U/ml [20,0; 35,0].

Заключение: В гестационной адаптации системы гемостаза при физиологическом течении беременности участвует тромбоцитарно-сосудистое звено системы гемостаза. Имеет место снижение уровня тромбоцитарного фактора 4, в сравнении с показателями у здоровых небеременных женщин, что указывает на снижение функциональной активности тромбоцитов в крови на фоне повышенного содержания адреналина и норадреналина.

ВРОЖДЕННЫЙ ПЕРЕДНИЙ ВЫВИХ ГОЛЕНИ: ОТ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И НЕМЕДЛЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДО ОБШИРНОЙ ХИРУРГИИ

*Круглов И.Ю., Румянцев Н.Ю., Румянцева Н.Н.
(научный руководитель — д.м.н., проф. Баиров В.Г.)*

ФГБУ «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр
им. В. А. Алмазова» Минздрава России
НИЛ хирургии врожденной и наследственной патологии

Цель исследования: сравнить эффективность различных протоколов в лечении врожденного переднего вывиха голени.

Методы: 60 новорожденных с врожденным передним вывихом голени (ВПВГ) тяжелой степени были пролечены. 12 пациентов с артрогриппозом и другими синдромами не вошли в данное исследование. В оставшейся группе было 48 живых новорожденных с 68 ВПВГ, и 2 мертворожденных плода с тремя ВПВГ. Тяжесть заболевания определялась согласно классификации Tarek и Seringe. Исследование мертворожденного плода включало морфологическую оценку. Первичное лечение начиналось сразу после изучения случая. В лечении применялись гипсовые коррекции, постоянная тракция и сгибание и виброваскуляризация четырехглавой мышцы бедра.

Результаты: все методы ургентной коррекции помогли растянуть четырехглавую мышцу бедра и увеличить объем сгибания. Морфологическое исследование показало фиброзное перерождение квадрицепса у всех плодов. Метод гипсовых коррекций позволил согнуть коленный сустав до прямого угла через 1–4 недели, тракцией и сгибанием за 4–6 часов, и, наконец, при помощи виброваскуляризации за 30–60 минут. Время последующей фиксации составило до 1 до 2 недель. Тенотомия квадрицепса выполнялась 10 пациентам (14 коленных суставов). Обширное хирургическое вмешательство было выполнено 3-м пациентам (4 коленных сустава). Средний отдаленный результат составил 13,5 лет (среднее значение от 1–28 лет).

Выводы: 1. Наиболее вероятная причина возникновения ВПВГ — это фиброзное перерождение квадрицепса. 2. Первичное лечение ВПВГ должно быть начато сразу после рождения. 3. Виброваскуляризация основана на патогенезе ВПВГ. 4. В случае неуспешной консервативной коррекции выполняется тенотомия квадрицепса, а при необходимости обширное хирургическое вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НЕОНАТОЛОГОВ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ

Кулигина М.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н.

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

Цель: оценка информированности неонатологов по вопросам оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным детям.

Материалы и методы: проведен анализ результатов анонимного анкетирования 76 врачей-неонатологов.

Результаты: несмотря на значительную продолжительность работы по специальности (в среднем — $17,4 \pm 1,6$ года), наличие высшей и первой квалификационной категории у 78,9% врачей, их информированность по вопросам оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным нельзя считать достаточной. Треть (31,6%) респондентов не знают критериев эффективности реанимационных мероприятий, 26,4% — критериев эффективности искусственной вентиляции легких, 21,1% допускают проведение тактильной стимуляции при глубокой недоношенности, 42,1% не имеют четких представлений о це-

лесообразности ее проведения при меконияльном окрашивании околоплодных вод. Большинство (82,4%) врачей считают возможным использование концентрации кислорода менее 40% при проведении вентиляции легких через лицевую маску, 52,6% допускают возможность использования налоксона при медикаментозной депрессии плода, 57,9% ошиблись в выборе кардиотонических средств.

Заключение: результаты анализа информированности врачей-неонатологов по вопросам оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным свидетельствуют о необходимости усиления их профессиональной подготовки, в том числе с использованием симуляционных технологий, с целью повышения качества перинатальной помощи.

ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*Курлович И.В., Белуга М.В., Zubовская Е.Т., Юркевич Т.Ю., Митрошенко И.В.,
Демидова Р.Н., Овчинникова Л.Ф.*

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

С целью выявления ранних потенциальных предикторов тромботических осложнений у беременных женщин с врожденными пороками сердца (ВПС) обследованы 50 беременных в возрасте 18–29 лет, наблюдавшиеся в динамике беременности.

Среди врожденных пороков сердца наиболее часто встречался дефект межпредсердной перегородки (30,6%), пороки аортального клапана (16,7%), сложные сочетанные пороки (16,7%), дефект межжелудочковой перегородки (11,1%) и др. Оперативное лечение порока до беременности было выполнено у 33,3%, легочная гипертензия осложняла течение гестации у 22,2% пациенток.

Результаты и обсуждение. Исследование агрегационной функции тромбоцитов проведено со следующими индукторами: аденозиндифосфатом, адреналином, коллагеном и ристомидином. Гиперактивность тромбоцитов на различные индукторы выявлена у 42,9% женщин, причем наиболее высокой максимальной агрегация тромбоцитов оказалась на коллагеновый (109%) и ристомидиновый (117%) индукторы. Следует отметить, что тромбоцитарные адаптивные реакции у беременных женщин проявлялись раньше, чем увеличение синтеза ряда плазменных факторов свертывания крови.

Выводы. Результаты исследования агрегации тромбоцитов дают возможность выделить группу беременных женщин с высоким риском развития тромботических осложнений. Полученные данные учитывались при прегравидарной подготовке и ведении женщин с ВПС. Применение низкомолекулярных гепаринов способствовало снижению степени агрегации тромбоцитов и поддержанию баланса показателей системы гемостаза.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА

*Курлович И.В., Белуга М.В., Юркевич Т.Ю., Zubовская Е.Т., Митрошенко И.В.,
Демидова Р.Н.*

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

Цель исследования — провести анализ клинического течения беременности у женщин с врожденными пороками сердца (ВПС) в зависимости от гемодинамической характеристики порока. Обследованы беременные женщины с интра — и экстракардиальными шунтами (1 группа — 64) и беременные женщины с ВПС,

характеризующимися препятствием кровотоку (2 группа — 16 пациенток). Всем пациенткам было выполнено исследование сердечно-сосудистой и дыхательной систем, фетоплацентарного комплекса, показателей системы гемостаза, проведен анализ исходов беременности и родов, оценено состояние новорожденных детей.

Результаты и обсуждения. Основные результаты исследования показали, что частота оперативного родоразрешения достоверно превышала во 2-ой группе (81,3%), чем в 1-ой группе беременных (57,8%), что объясняется гемодинамическими изменениями, происходящими в процессе естественных родов, которые зачастую являются критическими для данной группы пациенток. Отмечена высокая частота осложнений беременности в обеих группах (51,5% и 37,5% соответственно). Преждевременные роды в обеих группах были сопоставимы — 12,5%.

Выводы: Беременные женщины на фоне ВПС с сердечно-сосудистыми осложнениями нуждаются в досрочном родоразрешении, особенно при наличии сложных сочетанных пороков сердца и формировании легочной гипертензии. Высокая частота осложнений беременности указывает на необходимость динамического наблюдения и определения индивидуальной тактики ведения пациентки совместно врачами смежных специальностей.

ДИАГНОСТИКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С КЕФАЛОГЕМАТОЙ

Леонова Е.Ю.

ГУО БелМАПО, г. Минск, Беларусь

Цель. Определить критерии диагностики внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) у доношенных новорожденных с кефалогематомой (КГ).

Материалы и методы. Обследованы 45 детей с КГ, 20 детей с кефалогематомой и ВЖК, 46 здоровых новорожденных. На 4-е сутки всем детям выполнена тромбоэластография (ТЭГ).

Результаты. На основании многомерного регрессионного анализа определены факторы риска развития ВЖК у детей с КГ: кольпит и анемия во время беременности, применение препаратов для родовозбуждения, мужской пол, увеличение среднего объема тромбоцитов $> 13,3\%$ у женщины накануне родов, снижение у детей в 1-е сутки жизни среднего объема тромбоцитов $\leq 10,1$ фл, коэффициента больших тромбоцитов $\leq 25,5\%$ и тромбоцитокрита $\leq 0,27$, а также увеличение СРБ $> 6,0$ мг/л и масса тела при рождении > 3400 грамм. Проведен анализ ТЭГ у всех новорожденных (таблица).

Таблица. Показатели ТЭГ у детей с КГ, ВЖК и здоровых, Me (P_{25} — P_{75}), $p < 0,05$

Показатели ТЭГ	Дети с КГ	Дети с КГ и ВЖК	Здоровые новорожденные
время реакции (R), мин	7,3 (6,2–10,5)	15,8 (13,2–18,4)	11,5 (8,2–15,6)
время коагуляции (K), мин	2,2 (1,8–3,2)	4,9 (3,8–6,7)	3,8 (2,7–5,1)
угол α ($A\alpha$), °	59,1 (50,3–64,1)	40,4 (31,2–46,4)	46,8 (38,1–56,3)
индекс коагуляции (CI)	2,2 (1,4–2,7)	-0,05 (-1,3–0,4)	0,85 (-0,1–1,4)

Мультивариантный анализ показал, что увеличение $R \geq 12,9$ мин (ОШ 7,50 (95% ДИ 1,86–30,16)), и $K \geq 3,6$ мин (ОШ 5,19 (95% ДИ 1,19–22,71)), снижение $A\alpha < 47,4^\circ$ (ОШ 6,92 (95% ДИ 1,29–37,05)), а также уменьшение $CI < 0,8$ (ОШ 9,82 (95% ДИ 1,84–52,39)), $p < 0,05$ ассоциируется с изменениями в свертывающей системе крови новорожденного с КГ при развитии ВЖК.

Заключение. Предложены критерии диагностики ВЖК у новорожденных детей с кефалогематомой.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Лицова А.О., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Васильева Т.П.

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить социологическую оценку доступности медицинской помощи, оказываемой женскими консультациями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основании анонимного опроса 3240 беременных, состоявших на учете в женских консультациях Ивановской области в 2015 году, по специально разработанным анкетам удовлетворенности качеством медицинских услуг во время беременности, родов и после родов. Анкеты помещены в диспансерной книжке беременной женщины (учетная форма 113).

Результаты. Выявлено, что у большинства респондентов время ожидания в регистратуре занимает до 30 минут — 76,6%, в 23,4% случаев более 30 минут. Приема врача до 30 минут ожидали 71,5% женщин, более 30 минут — 28,5%. Основными причинами длительного ожидания в очереди женщины считали большое количество пациентов на прием. Беременным приходилось оплачивать медицинские услуги в 4,4% случаев. Возможность получить помощь более быстро — основная причина по мнению респондентов. Выявлена недостаточная степень информированности о праве на свободный выбор врача каждой пятой женщины (20,7%), у которой возникла необходимость воспользоваться этим правом.

Заключение. Таким образом, выявлены причины низкой оценки беременными доступности медицинской помощи в условиях женской консультации. Введение автоматизированного процесса записи и регистрации позволит снизить время, которое затрачивает пациент в очереди на прием к врачу. Высокая информированность населения о праве выбора врача обеспечит повышение доступности медицинской помощи.

ДИНАМИКА РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.

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

Цель: изучить динамику регионализации перинатальной помощи при сверхранних преждевременных родах.

Материалы и методы. Анализ отчетных форм №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» 16 субъектов Центрального федерального округа Российской Федерации (за исключением г. Москвы и Московской области) за 2012 и 2016 годы.

Результаты. Следует отметить благоприятную тенденцию улучшения регионализации перинатальной помощи в округе при сверхранних преждевременных родах в 2016 году по сравнению с 2012 годом: снижение доли родов в 22-27 недель в учреждениях родовспоможения первого уровня в 3,7 раза (с 6,6% до 1,8%), снижение летальности новорожденных с ЭНМТ при рождении в 1,6 раза (с 40,4% до 26,0%), доли умерших в раннем неонатальном периоде в 1,3 раза (с 77,2% до 60,7%), коэффициента централизации перинатальной помощи детям с ЭНМТ в 4,6 раза (с 8,8% до 1,9% соответственно), показателя перинатальной смертности новорожденных детей с ЭНМТ в 1,3 раза (с 535,7‰ до 426,8‰). Наблюдается тенденция к снижению доли мертворожденных среди детей с ЭНМТ при рождении (с 34,2% в 2012 году до 31,9% в 2016 году; темп снижения — 6,7%).

Заключение. Результаты анализа основных показателей, характеризующих регионализацию перинатальной помощи при сверхранных преждевременных родах на окружном уровне, свидетельствуют о повышении её эффективности и позволяют определить направления совершенствования организации медицинского обеспечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ

Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.

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

С целью анализа структуры репродуктивных потерь проведен анализ отчетных форм №№13, 14 и 32 Центрального федерального округа Российской Федерации (16 субъектов, исключая г. Москву и Московскую область) за 2016 год. Величина репродуктивных потерь, включающих самопроизвольные прерывания беременности, вынужденные аборт по медицинским и социальным показаниям, мертворождения, случаи материнской, младенческой смертности и с 2016 года — «другие аномальные продукты зачатия» составила в 2016 году 15,8 на 100 живорожденных. Приоритетным направлением работы учреждений материнства и детства является профилактика материнской и младенческой смертности, между тем, в структуре репродуктивных потерь их удельный вес составляет лишь 4,0%, преобладают пренатальные потери в сроке до 28 недель гестации (92,4%), в том числе самопроизвольные — 84,4% и вынужденные аборт — 7,9%.

Результаты анализа отчетных данных субъектов ЦФО РФ, свидетельствующие о преобладании в структуре репродуктивных потерь пренатальных потерь в сроке до 22 недель беременности, определяют необходимость смещения акцента в профилактической работе акушеров-гинекологов, преимущественно амбулаторного звена, на проведение постгравидарной реабилитации и прегравидарной подготовки. С целью повышения эффективности профилактики потерь всех желательных беременностей целесообразно использовать автоматизированную информационную систему «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения супружеских пар, планирующих рождение ребенка, беременных и женщин, завершивших беременность».

ПОРОКИ СЕРДЦА У ПЛОДОВ С СИНДРОМОМ ДАУНА, АБОРТИРОВАННЫХ ПОСЛЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Новикова И.В., Лазаревич А.А., Венчикова Н.А.

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

Цель: изучить частоту и спектр пороков сердца (ПС) у плодов с синдромом Дауна, абортированных в I триместре беременности после пренатальной диагностики пороков развития.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили 166 плодов с синдромом Дауна, абортированных по генетическим показаниям в I триместре беременности в г. Минске в рамках программы популяционного пренатального скрининга (1997-2016 гг.). Каждый случай сопровождался обязательным морфологическим исследованием плода.

Результаты. У 84,3% (140/166) плодов с синдромом Дауна толщина воротникового пространства (ТВП) была больше 2,5 мм. Частота ПС у плодов с расширением ТВП менее 2,5 мм составила 38,5% (10/26), а в группе плодов с ТВП больше 2,5 мм — 57,9% (81/140). Наиболее частыми ПС у плодов с синдромом Дауна

оказались септальные дефекты: атриовентрикулярная коммуникация (48 случаев) и ДМЖП (20 случаев). В 4 случаях обнаружено двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка, реже отмечены такие ПС, как тетрада Фалло (2 случая), общий артериальный ствол (2) и стеноз легочного ствола/аорты (2). У 10 плодов единственной патологией сердечно-сосудистой системы оказались аномалии клапанов: дисплазия/миксоматоз или кальцификация хорд митрального и трикуспидального клапанов. В двух случаях с нормально сформированным сердцем отмечена aberrantная правая подключичная артерия.

Заключение. В целом, частота ПС у плодов с синдромом Дауна, абортированных в I триместре беременности, составила 54,8% (91/166), что важно учитывать при медико-генетическом консультировании семьи.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ РИСКИ ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Одинцова Г.В., Чугунова А.А., Иванова Н.Е.

СЗФМИЦ — филиал РНХИ, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования явился анализ клинического полиморфизма эпилепсии у женщин репродуктивного возраста с позиции репродуктивной медицины

Материалы и методы. Работа является частью проспективного исследования по изучению побочных эффектов антиэпилептических препаратов (АЭП) на репродуктивное здоровье у 155 женщин с эпилепсией от 16 до 45 лет. Исследованы клинические характеристики, частота репродуктивных эндокринных осложнений (РЭН) в 3 группах: 1гр- монотерапия, 2гр- политерапия, 3гр.-не получавшие АЭП.

Результаты: Количественное распределение: 1гр. — 68 — (44%), 2гр.- 67 (43%). 3гр.-20 женщин (13%). Средний возраст составил 25 лет. Длительность эпилепсии в среднем 12 лет. Максимальная длительность заболевания в 1 и 2 группах доходила до 30 и 33 лет. При длительном лечении увеличивается риск РЭН(в 1й гр- 30%, 2гр.-59%,3гр.-10%). Генерализованные эпилепсии выявлены в 35%, фокальные — в 65%. При генерализованных формах риск РЭН связан с использованием вальпроатов как препаратов 1й линии лечения. Преобладание височных форм эпилепсии увеличивает риск РЭН, связанный с близостью структур височной доли с центрами регуляции репродуктивной функции. Кинематика приступов при женской эпилепсии характеризует не только форму и тяжесть заболевания, но и является фактором риска гормональных изменений (генерализованные судорожные приступы повышают уровень пролактина). Частые и тяжелые приступы определяют необходимость применения политерапии в лечении, что увеличивает риск РН. Достижение ремиссии особенно важно для женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность. Выводы. Клинический полиморфизм эпилепсии у женщин определяет не только тяжесть заболевания, но и риск развития репродуктивных осложнений антиэпилептической терапии.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №15-06-10816.

ЭПИЛЕПСИЯ И ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ: СОВРЕМЕННАЯ ПОЗИЦИЯ

Одинцова Г.В.¹, Кравцова С.В.¹, Чугунова А.А.²

¹СЗФМИЦ — филиал РНХИ, ²СЗФМИЦ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить проблемы грудного вскармливания при женской эпилепсии.

Методы. Работа — часть проспективного исследования по изучению побочных эффектов антиэпилептических препаратов (АЭП) на репродуктивное здоровье у 155 женщин с эпилепсией от 16 до 45 лет

в группах моно-(1гр), политерапии(2гр), не получающие АЭП(3гр). Спектр проблем грудного вскармливания изучался методами интервьюирования, клинично — анамнестическим.

Результаты: 1гр. — 68 — (44%), 2гр. — 67 (43%). 3гр. — 20 женщин (13%). Средний возраст составил 25 лет. Преобладали пациентки оптимального репродуктивного возраста 21-30 лет (62 %). При оценке семейного положения исключена возрастная группа до 18 лет (8 %) с учетом установленного в стране брачного возраста. По данным анкетирования 80 % пациенток планировали иметь 2 детей. В браке состояли 47 % пациенток. Детей имели лишь 31 % пациенток. Из общего количества детей рождено до заболевания матери эпилепсией 18 %, на фоне эпилепсии 35 женщин родили 1 ребенка, 5- 2х. Предгравидарную подготовку прошло 45 % пациенток, политерапию при беременности получало 5 %. Основной причиной отказа от вскармливания ребенка является прием матерью АЭП. Не учитывается факт сниженной концентрации АЭП в молоке (от 3 до 70 % от содержания в крови, в зависимости от АЭП), применение современных АЭП без токсических эффектов. Отмечалась низкая информированность врачей, пациенток. При синдроме «вялого ребенка» в роддоме рекомендуется временный перевод на смешанное вскармливание. Контроль над приступами превалировал у пациенток, кормящих грудью, что обусловлено антагонистическим влиянием пролактина на выработку эстрогенов, обладающих проконвульсивной активностью. **Выводы.** Детям, рожденным от матерей с эпилепсией, рекомендовано грудное вскармливание. Кормление грудью дополнительно защищает женщину от рецидива приступов при эпилепсии.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №15-06-10816.

ВИТАМИН В₁₂ И ХОЛОТРАН斯科БАЛАМИН В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Патрухина Н.А.¹, Мозговая Е.В.², Керкешко Г.О.², Дорофейков В.В.¹

¹ФБГУ «СЗФМИЦ им.В.А.Алмазова», ²ФГБНУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта»

Целью нашего исследования явилось изучение роли витамина В₁₂ и его активной фракции холотранскобаламина в формировании анемии беременных.

В исследование было включено 122 беременные женщины в возрасте от 22 до 49 лет. Уровень холотранскобаламина, общего витамина В₁₂, фолиевой кислоты определяли на иммунохемилюминесцентном анализаторе «Architect i1000» (Abbott, США).

Беременные женщины были разделены на 3 группы — беременные с анемией во II триместре беременности — группа 1 (n=42), женщины с анемией в III триместре беременности — группа 2 (n=47) и группа сравнения — группа 3 (n=33) представлена беременными без анемии. Группы не различались по возрасту, акушерской и соматической патологии. Результаты представлены в виде $M \pm m$, оценка различий производилась при помощи *t*-критерия Стьюдента.

В группах «анемия» уровень гемоглобина в крови (группа 1 — $100,3 \pm 0,6$ г/л; группа 2 — $102,3 \pm 0,7$ г/л) был значительно снижен ($p < 0,001$) по сравнению с контролем ($122,5 \pm 1,5$ г/л). Содержание фолиевой кислоты — в пределах референсных значений, вместе с тем, наблюдалось достоверное снижение ($p < 0,01$) ее среднего уровня в 1 и 2 группах ($30,5 \pm 1,1$ нмоль/л и $28,5 \pm 1,2$ нмоль/л) по сравнению с группой 3 ($35,4 \pm 1,9$ нмоль/л). В 1 и 2 группах беременных женщин с анемией в 11,5% случаев был выявлен низкий уровень активного витамина В₁₂ и составил $31,7 \pm 6,8$ пмоль/л, а уровень гемоглобина составил $100,7 \pm 5,9$ г/л.

Отсутствие значительного снижения общего и активного витамина В₁₂, фолиевой кислоты, ферритина и железа не позволяют сделать вывод, что обнаруженные гематологические изменения являются следствием дефицита в крови одного или нескольких из этих факторов.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НОВОРОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ПРЕГНАВИДАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Прилуцкая В.А., Сукало А.В., Дашкевич Е.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель: проанализировать особенности гормонального статуса новорожденных от матерей с прегравидарным ожирением.

Материалы и методы. Основная группа — 25 детей, рожденных матерями с прегравидарным ИМТ более 30,0 (32,0 [30,8; 34,8]) кг/м². Группа сравнения — 63 ребенка, матери которых имели ИМТ 18,5÷24,9 (21,4 [20,0; 22,9]) кг/м². Прибавка массы тела за время беременности составила 11,9±6,5 кг и 14,4±4,5 кг соответственно (p=0,014). Все дети доношенные, от одноплодной беременности. Масса детей при рождении составила 4,12 [3,29; 4,34] кг и 3,36 [2,67; 4,12] кг соответственно (p=0,027). Содержание лептина, адипонектина, ИФР-1 определено в пуповинной и венозной (на 3–7-е сут) крови наборами «DRG International Inc».

Результаты. У детей основной группы выявлено повышение уровня лептина в пуповинной крови (8,77 [7,87; 9,83] нг/мл против 4,67 [2,13; 7,97] нг/мл в группе сравнения, p=0,048). Содержание адипонектина значимых отличий не имело: 23,16 [22,07; 40,70] мкг/мл и 33,98 [23,65; 41,42] мкг/мл (p=0,525). Концентрация ИФР-1 была 37,41 [28,34; 38,44] нг/мл и 43,82 [39,02; 86,27] нг/мл соответственно (p=0,030). Концентрация лептина составила 0,88 [0,56; 1,42] нг/мл и 0,62 [0,37; 0,84] нг/мл соответственно (p=0,064). Содержание адипонектина и ИФР-1 не имело достоверных отличий. Установлены прямые корреляционные взаимосвязи между значениями ИМТ матерей и уровнями лептина на 3–7-е сутки жизни (r=0,491 в основной группе, r=0,229 в группе сравнения).

Заключение. Ожирение у женщин ассоциировано с адипокиновым дисбалансом у рожденных ими младенцев в неонатальном периоде, что может нарушать течение периода ранней адаптации и определять метаболический прогноз в дальнейшем.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Прилуцкая В.А., Павловец М.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель: проанализировать особенности антропометрических и гематологических показателей у новорожденных от матерей с сахарным диабетом (СД) 1-го типа.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в 2015–2016 гг. Группу наблюдения составили 100 доношенных новорожденных от матерей с СД 1-го типа. У 18 детей матери получали помповую инсулино-терапию (группа 1), у 82 — многократные подкожные инъекции инсулина (МПИИ) (группа 2). Средняя масса тела была 3435,5±499,9 г и 3647,8±524,6 г соответственно, p=0,254.

Результаты и их обсуждение. Средний уровень гемоглобина в первые сутки составил в 1 группе 183,0±25,2 г/л, во 2 группе — 198,6±26,9 г/л, p=0,013. Значения гематокрита были 54,3±6,1% и 59,5±6,7% соответственно, p=0,002. В группе детей от матерей, получавших помповую терапию, не выявлены эпизоды с уровнем гипогликемии менее 1,5 ммоль/л, а в группе 2 доля таких детей — 22,2% (p<0,05). Установлены достоверные различия концентрации общего билирубина на 3-5-е сутки жизни (p=0,042), средние значения которого были 140,8±44,3 мкмоль/л и 188,2±52,7 мкмоль/л. Содержание магния на 1-е сутки составило в группе 1 — 0,68±0,26 ммоль/л, группе 2 — 0,50±0,10 ммоль/л, p=0,041. Период ранней адаптации только у новорожденных (16,7%) группы 1 протекал без существенных отклонений, что позволило выписать детей домой из роддома для амбулаторно-поликлинического наблюдения.

Заключение. Особенности гематологических показателей новорожденных отражают напряжение процесса адаптации детей от матерей с СД 1-го типа, получавших лечение в режиме МПНН. Применение помповой инсулинотерапии во время беременности улучшает прогноз благоприятного течения ранней адаптации новорожденных.

ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕТОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ АНАСТОМОЗОВ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ

Романовский А.Н., Кузнецов А.А., Шлыкова А.В., Капитанова Т.А., Мовчан В.Е., Михайлов А.В.

СПбГБУЗ «Родильный дом 17», Санкт-Петербург, Россия

На основании собственного опыта с 2006 года в СПбГБУЗ «Родильный дом 17» разработан протокол проведения операции фетоскопической лазерной коагуляции (ФЛК) анастомозов плаценты. Показанием к ФЛК является фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) II-IV стадии по Quintero при сроке 18-26 недель. Перед ФЛК всем пациенткам проводится детальное УЗ- и доплерометрическое исследование, а также мультидисциплинарное консультирование. ФЛК выполняют в условиях эпидуральной анестезии на фоне периоперационного токолиза гинипралом. Под УЗ контролем через переднюю брюшную стенку при локализации плаценты по задней стенке матки в амниотическую полость плода-реципиента вводят прямой операционный тубус. При передней локализации плаценты используется изогнутый операционный тубус и гибкий фетоскоп. Артериовенозные анастомозы на плодовой поверхности плаценты выявляют визуально и коагулируют с энергией лазерного излучения 40–60 кДж. После ФЛК проводят амниоредукцию через операционный тубус до достижения нормальных показателей амниотического индекса. После ФЛК назначается антибиотикотерапия кларитромицином перорально в дозе 250 мг в день пятидневным курсом, а также НПВС (нимесулид) для профилактики асептического реактивного хориоамнионита. При амбулаторном наблюдении проводится УЗ и доплерометрия с интервалом 1–2 недели. При выявлении признаков ухудшения состояния плодов или угрожающих преждевременных родов проводится антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плодов. Метод родоразрешения выбирается в зависимости от акушерской ситуации.

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ — ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Рябокоть Н.Р., Зазерская И.Е.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Беременность связана с рядом физиологических изменений сосудов, в том числе увеличение сердечного выброса и снижение периферического сопротивления и артериальное давление. Эти изменения очевидны уже в 5 недель беременности и в значительной степени определяется состоянием эндотелия сосудов. Структурно-функциональные изменения сосудистой стенки играют ключевую роль при установлении прогноза различных заболеваний, в том числе и преэклампсии. Целью нашего исследования стало выявление связи между изменением показателей пульсовой волны на протяжении физиологической беременности и беременности, осложненной преэклампсией. Исследование проходило

на базе Перинатального центра ФГБУ СЗ ФМИЦ им. В.А. Алмазова. Были обследованы 2 группы женщин: с физиологически протекающей беременностью ($n=35$) и беременностью, осложненной преэклампсией ($n=32$). Для оценки ригидности сосудистой стенки использовался комплекс программно-аппаратный суточного мониторингирования BPLab с диагностической системой Vasotens позволяющей совмещать оценку параметров центрального аортального давления и жесткости сосудов. Анализ данных показал, что параметры центральной пульсовой волны (индекс аугментации (ИА)) и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) варьируют на протяжении физиологической беременности, средние значения которых свидетельствуют в пользу высокой эластичности сосудов. Отмечен от второго триместра к третьему рост значений ИА (среднее значение (ср.знач.) 2 триместр $-10,8 \text{ м/с} \pm 0,8$; 3 триместр $-9,2 \text{ м/с} \pm 0,6$), СРПВ (ср.знач. 2 триместр $8,7 \text{ м/с} \pm 0,7$; 3 триместр $10,2 \text{ м/с} \pm 0,4$), время распространения отраженной волны (ВРОВ) (ср.знач. 2 триместр $9,8 \text{ мс} \pm 0,8$; 3 триместр $10,2 \text{ мс} \pm 0,6$), индекс ригидности артерий (ИРА) (ср.знач. 2 триместр $122 \text{ мм рт.ст.} \pm 10,3$; 3 триместр $134 \text{ мм рт.ст.} \pm 9,9$) по мере нарастания симптомов преэклампсии. Развитие преэклампсии у женщин положительно коррелирует с растущими показателями артериальной жесткости (ИА, СРПВ, ВРОВ, ИРА) и данными доплерометрического исследования маточных артерий (индекс ригидности, пульсовой индекс). По результатам данного исследования можно судить что, у женщин с преэклампсией в анамнезе выявлены более высокие значения ИА (ср.знач. $-11 \pm 1,4\%$) и СРПВ (ср.знач. $9,8 \pm 0,7 \text{ м/с}$), что обусловлено более ригидными стенками сосудов.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА SFTPB (VNTR ИНТРОНА 4) У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Сухарева А.П.¹, Шишко Г.А.¹, Михаленко Е.М.², Чеботарёва Н.В.²,
Артюшевская М.В.¹, Рябова М.С.³, Адасько В.И.³*

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь;

² Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, г. Минск, Беларусь;

³ Клинический родильный дом Минской области, г. Минск, Беларусь.

Цель. Изучить полиморфизм гена SFTPB (VNTR интрона 4) у недоношенных новорождённых с дыхательными расстройствами.

Материалы и методы. У недоношенных новорожденных с синдромом дыхательных расстройств тяжёлой степени при рождении методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) проведено изучение вариабельности числа tandemных повторов (VNTR) интрона 4 гена SFTPB. Статистический анализ материала проводили с использованием программы SNPStats.

Результаты. Обследовано 54 ребёнка с синдромом дыхательных расстройств тяжёлой степени, из них у 8 новорожденных выявлена делеция в интроне 4, при этом у 2 пациентов — в гомозиготном состоянии. 4 ребёнка имели экстремально низкую массу тела при рождении (870-995 гр.) и срок гестации от 27 до 30 недель. Из них у двоих детей респираторный дистресс-синдром протекал на фоне внутриутробной инфекции. Экзогенный сурфактант вводился однократно. 4 новорождённых имели массу при рождении от 1700 до 2440 и срок гестации 32-33 недели и потребовали однократного введения сурфактанта. Из них инфекционный процесс подтверждён у одного ребёнка. Новорождённые с делецией в интроне 4 гена SFTPB в гомозиготном состоянии нуждались в длительной гормонотерапии.

Выводы. Полиморфизм гена SFTPB (VNTR интрона 4) является фактором, предрасполагающим к развитию дыхательных расстройств тяжёлой степени у недоношенных новорождённых.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ; ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Тумаева Т.С.¹, Балыкова Л.А.², Ариткина А.А.²

¹ Мордовский республиканский клинический перинатальный центр, Саранск, Россия;

² Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

Цель: оценка вегетативного статуса, его связи с активностью головного мозга (ГМ) и возможности коррекции L-карнитином у недоношенных детей, рожденных путём кесарева сечения. **Материалы и методы:** 142 ребёнка (34-37 недель гестации) с перинатальным повреждением ЦНС по типу церебральной ишемии (ЦИ) I-Пст были рандомизированы на 2 группы (n=70 и n=72). В основной группе (I) с 7-го дня жизни дополнительно применялся 20% раствор L-карнитина per os в дозе 100 мг/кг/сут в течение 3 недель. Эффективность оценивали по variability ритма сердца (BPC) методом ХМ ЭКГ, электроэнцефалографии в 1 месяц скорректированного возраста (СВ), а также в катамнезе в 3, 6 и 12 месяцев СВ. В группе сравнения (II) проводились только стандартные мероприятия по выхаживанию и лечению ЦИ. **Результаты:** дисфункция ВНС с низким уровнем симпатических влияний определялась в обеих группах по увеличению показателей BPC, особенно rMSSD ($52,2 \pm 4,36$ и $50,5 \pm 6,77$ (мсек)) и pNN50 ($4,1 \pm 0,79$ и $4,0 \pm 0,83$ (%)). Выявлены признаки электрической нестабильности миокарда (замедление QTc), а также патологические паузы ритма у 28,5% (20) и 26,3% (19) детей. Дополнительное применение L-карнитина способствовало более эффективному восстановлению нейровегетативного баланса, уменьшению продолжительности пауз ритма и длительности электрической систолы. **Заключение:** осложнённый перинатальный период способствует нарушению регуляторных процессов у недоношенных детей. Раннее выявление нейровегетативной дисфункции, своевременная медикаментозная коррекция позволяют оптимизировать дальнейшее развитие ребенка.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ПОСТГИПОКСИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Харламова Н.В., Чаша Т.В., Шилова Н.А.

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

Предложена система оказания медицинской помощи новорожденным с постгипоксическими нарушениями сердечно-сосудистой системы (ПН ССС) начиная с антенатального этапа, включающая:

1) Выявление беременных с хронической внутриутробной гипоксией плода (проводит акушер-гинеколог женской консультации или отделения патологии беременности, неонатолог при проведении дородового патронажа).

2) Выполнение биохимического исследования крови женщин группы риска в сроке гестации 35–36 недель: определяется уровень нитрит-ионов. При уровне нитрит-ионов менее 5,92 мкмоль/л или более 10,30 мкмоль/л прогнозируют ПН ССС у новорожденных.

3) Женщинам группы риска, имеющим уровень нитрит-ионов ниже 5,92 мкмоль/л или выше 10,30 мкмоль/л, назначается препарат «Лимонтар», что приводит к снижению частоты ПН ССС у новорождённых в 2,2 раза.

4) Дети с ПН ССС нуждаются в диспансерном наблюдении детского кардиолога в динамике первых 3 лет жизни. Дети с сочетанными вариантами ПН ССС требуют особого внимания педиатра и детского кардиолога.

5). В комплексную терапию ПН ССС предлагается включить метод мягкого вибромассажа с моделированием невесомости с использованием лечебно-реабилитационной кровати «Сатурн-90». Включение в курс этого метода способствует купированию клинических симптомов, улучшению и/или нормализации ЭКГ и ЭХО-КГ показателей, положительно влияет на функциональное состояние эндотелия.

Предложенная система позволила снизить частоту и тяжесть ПН ССС у новорожденных и детей 1 года жизни.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

Шелепова Е.С., Зазерская И.Е.

Преэклампсия остается ведущей проблемой современного акушерства. В структуре материнской смертности преэклампсия стабильно занимает 3 место, и остается основной причиной заболеваемости и смертности новорожденных. Распространенность дефицита и недостаточности витамина D высока. Среди беременных она составляет от 37 до 79 %. Особую значимость приобретает витамин D для женщины во время беременности и послеродового периода. Дефицит витамина D имеет негативные последствия на течение беременности, и является фактором риска развития преждевременных родов, преэклампсии, гипертонической болезни во время беременности, гестационного сахарного диабета, кесарева сечения, невынашивания беременности, снижение веса новорожденных при рождении, бактериального вагиноза, остеопении в послеродовом периоде.

Целью настоящего исследования явилась оценка частоты встречаемости дефицита и недостаточности витамина D у беременных с преэклампсией. Материалы и методы. Когортное ретроспективное и проспективное исследование. Обследовано 126 беременных репродуктивного возраста (средний возраст $29,95 \pm 2,1$ лет) с сентября 2013 по июнь 2014 года. Срок беременности 30-38 недель. Все пациентки получали поливитаминный комплекс, содержащие 400 МЕ витамина D и проживали в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Основную группу ($N = 64$) составили беременные с преэклампсией умеренной и тяжелой степени. Группу сравнения ($N=62$) составили беременные с физиологически протекающей беременностью. Всем беременным произведен забор биообразцов крови с последующим определением уровня 25-гидроксикальциферола (25-ОН-D) с использованием электрохемилюминесцентного метода на анализаторе Architect 2000.

Результаты. Проанализированы 2 группы беременных. На основании проведенного исследования установлено: средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови у женщин с физиологической беременностью находился ближе к нижней границе нормы $36,65 \pm 4,21$ нг/мл. У женщин с преэклампсией средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови соответствует значению дефицита — $17,98 \pm 3,65$ нг/мл

Процент встречаемости дефицита витамина D в основной группе составила 60,95 % (средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови $13,10 \pm 4,31$ нг/мл), в группе сравнения дефицит витамина D не выявлен. Частота встречаемости недостаточности витамина D в основной группе составила 31,25 % (средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови $23,21 \pm 2,77$ нг/мл), в группе сравнения — 29 % (средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови $28,09 \pm 1,64$ нг/мл). Частота нормального уровня витамина D в основной группе составила 7,8% (средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови $35,10 \pm 1,31$ нг/мл), в группе сравнения — 71% (средний уровень 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови $40,16 \pm 3,30$ нг/мл). Различия между основной группой и группой сравнения достоверны ($P < 0,0001$)

Выводы. Данное исследование продемонстрировало, что у беременных с преэклампсией в два раза чаще встречается низкий уровень витамина D в сыворотке крови (менее 30 нг/мл). Недостаточность и де-

фицит витамина D может являться одним из факторов риска развития преэклампсии. Исследование показало возможную необходимость определения 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови у женщин из группы риска по развитию преэклампсии на этапе прегравидарной подготовки с последующим подбором индивидуальной дозы витамина D для достижения целевого уровня 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови более 30 нг/мл.

КАЧЕСТВО РОДОВСПОМОЖЕНИЯ — ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Ярославский К.В.¹, Болотских В.М.²

¹СПбГБУЗ «Родильный дом № 9»

²ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии
им. Д.О. Отта», СПб, Россия

Цель работы состоит в разработке модели обеспечения качества медицинской помощи (КМП) в родовспоможении на принципах «всеобщего управления качеством» (TQM). Материалом для исследования явилась экспертиза 112 истории родов, проведенная с помощью специально разработанной методики оценки КМП, анализ 158 анкет по изучению мнения пациентов о КМП, изучение 75 жалоб пациентов, а также 95 анкет по исследованию уровня подготовленности персонала роддома по вопросам КМП. Метод оценки КМП проводился по балльной системе от 1,0 до 0, с расчетом коэффициента качества за период беременности, в родах и в послеродовом периоде.

В родильном доме в 2012–2015 годах последовательно внедрены основные принципы индустриальной модели обеспечения КМП: разработаны и апробированы ряд организационных, методологических, образовательных и лечебно-диагностических мер, направленных на оптимизацию работы и реализацию одного из главных принципов TQM — удовлетворенность пациента. Создана «Служба качества медицинской помощи», позволяющая организовывать, планировать, и вести оперативный контроль КМП. Оценка качества проводится на основании комплексного подхода с учетом результатов экспертного анализа, дефектов лечебно-диагностического процесса, а также мнения пациентов и сотрудников родильного дома. Принцип постоянного улучшения КМП достигается использованием модели конечных результатов, отражающей динамику показателей здоровья пациентов, показателей деятельности учреждения и выявленных дефектов. Проведенные исследования позволили оценить средний балл комплексного коэффициента качества (в 2013 г. — $0,78 \pm 0,04$, в 2015 г. — $0,92 \pm 0,03$, $P < 0,05$). Приведенные данные указывают на эффективность разработанной системы обеспечения КМП в родильном доме, которая может быть реализована в любом родовспомогательном учреждении.