

# **ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ БАГУЛЬНИК**



**I МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ  
ПО АКУШЕРСТВУ, ГИНЕКОЛОГИИ  
И НЕОНАТОЛОГИИ  
«ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ БАГУЛЬНИК - 2018»**

**ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЙ, ЧИТА**

**ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ**

**17 МАЯ 2018 Г.**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ БАГУЛЬНИК

Материалы I межрегиональной научной конференции  
студентов и молодых ученых по акушерству, гинекологии и неонатологии  
«ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ БАГУЛЬНИК - 2018»



17 мая 2018 года

УДК 618

ББК 57.1

В 31

**Сборник научных трудов «Забайкальский багульник»: Материалы I межрегиональной научной конференции студентов и молодых ученых по акушерству, гинекологии и неонатологии «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ БАГУЛЬНИК - 2018», 17 мая 2018 года, г. Чита [Электронный ресурс]: сборник научных трудов / Читинская государственная медицинская академия.- Электрон. текстовые дан. - Чита, 2018. 1 электрон.опт. диск (CD-ROM) - Мин. систем. требования: IBM PS 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; AdobeReader.**

В настоящий сборник включены научные работы, выполненные молодыми учеными города Читы, Новосибирска, Владивостока, Благовещенска, Сургута и Улан-Удэ. В работах рассматриваются актуальные вопросы акушерства, гинекологии и неонатологии.

Сборник адресован студентам, клиническим ординаторам, аспирантам и преподавателям высших медицинских учебных заведений, научным работникам, врачам различных специальностей.

**Ответственный за выпуск:**

**Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ, доцент, к.м.н. Мочалова М.Н.**

**Редакционная коллегия:**

**к.м.н. В.А. Мудров**

**к.м.н., доцент Е.С. Ахметова**

**к.м.н., доцент Г.Н. Новопашина**

**к.м.н., доцент Л.Г. Ерофеева**

© ЧГМА, 2018



*Уважаемые коллеги!*

*ФГБОУ ВО «Читинской государственная медицинская академия» МЗ РФ поздравляет Вас с участием в I межрегиональной научной конференции студентов и молодых ученых по акушерству, гинекологии и неонатологии «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ БАГУЛЬНИК - 2018».*

*Для многих из Вас это первый шаг в большую науку, а, как известно, длинный путь начинается с первого шага. За Вами – будущее нашей страны, Вы – залог ее процветания!*

*Хочется пожелать Вам найти себя на этом трудном, но очень интересном и нужном людям пути.*

*Творческих успехов Вам и постоянного желания заглянуть за грань существующих знаний!*

*С уважением, Оргкомитет конференции  
«Забайкальский багульник»*

## ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

© Башкуева Т.Б.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Ботоева Е.А.

ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», г. Улан-Удэ, Россия

---

### **Актуальность проблемы.**

Объектом исследования выбрана ортилия однобокая - *Orthilia secunda* (L.) House, семейства *Ryholaceae*, которая известна в Сибири как лекарственное растение, применяемое при лечении гинекологических заболеваний. В современной фармации предложена новая перспективная лекарственная форма - сухой экстракт, представляющий собой легкорастворимый в воде или водно-спиртовых смесях комплекс биологически активных веществ из лекарственных растений. Показано, что сухой экстракт ортилии однобокой (СЭОО), содержащий комплекс биологически активных веществ, представленный флавоноидами, иридоидами, производными кумарина, фенологликозидами, тритерпеновыми сапонинами, аминокислотами, дубильными веществами, обладает выраженными противовоспалительным и антимикробным свойствами, антиокислительная активность СЭОО равна 47,6 (г/л<sup>-1</sup>).

**Цель исследования** - определение фармакотерапевтической эффективности сухого экстракта и фракций ортилии однобокой при экспериментальном эндометрите у крыс.

### **Материалы и методы.**

Эксперименты выполнены на белых крысах линии Wistar с исходной массой 170-180 г. Экспериментальное повреждение матки у крыс (острый эндометрит) производили введением 0,1 мл 2% водного раствора формалина. Сухой экстракт ортилии однобокой в экспериментально-терапевтической дозе

100 мг/кг массы животных вводили внутривентрикулярно с первого дня опыта в течение 21 суток. Кроме того, для более детального изучения механизмов действия экстракта ортилии однобокой в отдельных сериях опытов этилацетатную, хлороформную, бутанольную, водную фракции и межфазный осадок, извлеченные из экстракта ортилии однобокой, вводили экспериментальным животным *per os* в дозах 10-30 мг/кг массы. Определяли общую антиоксидантную емкость (ТАС) исследуемых средств, антирадикальную активность. Для оценки фармакотерапевтической эффективности СЭОО определяли количество лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), содержание белковых фракций, лейкоцитарную формулу крови по общепринятым методикам. Для изучения морфофункционального состояния матки и придатков подопытных животных использовали ряд гистологических методик.

### **Результаты исследования.**

На модели острого эндометрита установлено, что курсовое введение сухого экстракта ортилии однобокой в экспериментально-терапевтической дозе 100 мг/кг массы животных оказывает выраженное противовоспалительное действие, характеризующееся нормализацией морфофункционального состояния поврежденных органов на более ранних сроках патологического процесса. Начиная с 14-х суток, отмечали нормализацию исследуемых показателей, что свидетельствует об уменьшении

воспалительного процесса. Установлено, что величина ТАС СЭОО составляет 384.56 мг/г. Антирадикальная активность СЭОО составляет 4.79 мкг/мл и превышает таковую стандартного антиоксиданта кверцетина (9.93 мкг/мл). Установлено, что все фракции оказывают благоприятное влияние на течение экспериментального эндометрита. В целом, влияние хлороформной, бутанольной, водной фракции и межфазного осадка на нормализацию указанных показателей у крыс имело положительные результаты, но они уступали по всем исследуемым показателям результатам влияния этилацетатной фракции СЭОО.

#### **Выводы.**

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что сухой экстракт ортилии однобокой оказывает выраженное

противовоспалительное действие при экспериментальном повреждении матки - остром эндометрите у белых крыс. Введение этилацетатной фракции оказывает выраженное фармакотерапевтическое влияние, обусловленное содержащимся в ней комплексом биологически активных веществ (кумарины, тритерпеновые сапонины, флавоноиды в виде гликозидов и флавоноловых агиконов). Можно полагать, что молекулярно-клеточным механизмом, определяющим эффективность сухого экстракта ортилии однобокой в качестве средства для лечения воспалительных заболеваний, является его способность ингибировать процессы перекисного окисления липидов, обусловленная воздействием комплекса биологически активных веществ, содержащимся в испытуемом фитоэкстракте.

## **ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

© Бусел Ю.В., Дикун Д.А.

® Научный руководитель: д.м.н., проф. Иозефсон С. А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита, Россия

---

#### **Актуальность проблемы.**

Пролапс органов тазового дна у женщин является одной из актуальных проблем в гинекологии, частота рецидивов после проведенного хирургического лечения составляет 10-30%. Тяжелый пролапс гениталий в основном ассоциируется с женщинами пожилого и старческого возраста. Однако в последнее время во всем мире отмечается тенденция роста числа пациенток репродуктивного возраста,

имеющих клиническую картину несостоятельности тазового дна. Ведущей причиной рецидивирующего течения этого заболевания является генетически детерминированная системная несостоятельность - дисплазия соединительной ткани, которая у пациенток с пролапсом гениталий составляет 38%. Так же известно, что в 69% случаев, наступлению пролапса тазовых органов предшествовали роды, которые сопровождались повышенным

травматизмом. Реконструктивная тазовая хирургия является направлением, целью развития которого является обеспечение наилучшей фиксации органов малого таза, снижение доли рецидивов данного заболевания, а так же обеспечение хороших функциональных результатов работы тазовых органов.

**Цель исследования** - провести анализ применения аллопластических материалов в хирургическом лечении пролапса тазовых органов и сравнить эффективность применения различных сетчатых эндопротезов.

#### **Материалы и методы.**

В рамках данного исследования проанализировано 40 историй болезней пациенток с пролапсом промежности, получившим высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) за 2016-2017 годы. За данный период были использованы следующие сетчатые эндопротезы: в 70% (28) случаев использовался эндопротез «ЭСФИЛ», в 30% (12) использовался «Генифлекс». Материал обработан с применением методов вариационной описательной статистики на ПК с использованием Microsoft Excel 2010.

#### **Результаты исследования.**

Женщины, которым была оказана помощь, проживают на территории шестнадцати районов края, большинство из них проживают в городе Чита и Читинском районе - 32,5% (13), Краснокаменском - 10% (4), Нерчинском - 10% (4) и Карымском - 10% (4) районах. Средний возраст пациенток составил  $50,4 \pm 12,4$  (31 - 69) лет, количество беременностей в анамнезе: две - 22,5% (9), три - 17,5% (7), пять - 12,5% (5); количество родов: двое - 78,5% (22), трое

- 22,5% (9), одни - 12,5% (5). В данной совокупности отсутствовали женщины, не имеющие в анамнезе беременностей и родов. Самыми частыми жалобами предъявляемыми женщинами стали: чувство инородного тела в области промежности - в 80% (32), недержание мочи - в 27% (11), боли внизу живота и поясничной области тянущего характера - в 22% (9), чувство дискомфорта в промежности - в 17% (7), частое мочеиспускание - в 17% (7), затруднённое мочеиспускание - в 12% (5) случаев. В 45% (18) случаев пациентки в прошлом перенесли операцию экстирпации матки (миома, аденомиоз), в 7,5% (3) - тубэктомия (трубная беременность, пиосальпинкс). Во всех случаях использовался оперативный доступ по Пфанненштилю. Средняя продолжительность операции в группе, где использовался эндопротез «ЭСФИЛ», составила  $91,4 \pm 19,7$  (70-120) минут; «Генифлекса» -  $84,0 \pm 8,9$  (70-90) минут ( $p > 0,05$ ). Рецидивов не отмечено ни в одном случае.

#### **Выводы.**

Применение сетчатых эндопротезов в реконструктивной тазовой хирургии является эффективным методом лечения пролапса тазовых органов у женщин. Данный метод позволяет осуществить механическую фиксацию, предупреждение рецидива заболевания и сохранение функций органов малого таза. При сравнении аллопластических материалов двух видов: «ЭСФИЛ» и «Генифлекс», можно сделать вывод, что оба они являются высокоэффективными.

## ОЦЕНКА РЕЦЕПТОРНОЙ ЭКСПРЕССИИ МИОМАТОЗНОЙ ТКАНИ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

© Карпович Г.С., Козлов С.С.

® Научные руководители: д.м.н., проф. Агеева Т.А., д.м.н., проф. Якимова А.В.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Новосибирск, Россия

### **Актуальность проблемы.**

Миома матки (ММ) является самой распространенной доброкачественной опухолью в структуре акушерско-гинекологической патологии, частота ее встречаемости в женской популяции по некоторым данным достигает 77%. ММ редко протекает изолированно, имеет место высокая частота сочетанного течения ММ и различных форм эндометриоза (Э) – до 60% случаев. Хирургическое лечение подобных состояний ограничено и не всегда приводит к удовлетворительным результатам, поэтому разработка методов консервативной терапии, основой для которых служит рецепторный статус миоматозной ткани, является перспективным направлением в гинекологии.

**Цель исследования** - изучить экспрессию рецепторов к эстрогену (ER) и прогестерону (PR), а также пролиферативного маркера Ki-67 в ткани ММ, оценить влияние Э, а также некоторых других факторов, в частности размера ММ и возраста пациентки на рецепторный статус миомы с последующим обоснованием выбора наиболее эффективной консервативной терапии.

### **Материалы и методы.**

Исследовались 113 препаратов ММ, полученные после оперативного лечения, окрашенных стандартно, а также с применением иммуногистохимического метода с

использованием антител к ER, PR и молекулы Ki-67. Подсчитывался процент экспрессии на 100 клетках в 5 полях зрения. Исследование проводилось в следующих группах: ММ – 56 человек, ММ в сочетании с аденомиозом (А) – 25 человек, ММ в сочетании с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) – 18 человек, ММ с дегенеративными изменениями в узле – 14 человек. Для изучения влияния возрастного фактора на рецепторный статус ММ, группа пациенток с изолированной ММ была разделена на подгруппы: до 40 лет (17 человек) и после 40 лет (39 человек), в соответствии с классификацией фертильного возраста ВОЗ. Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 10.0, сравнение групп – U-критерий Манна-Уитни, при критическом уровне значимости  $p=0.05$ .

### **Результаты исследования.**

Экспрессия ER в миоматозной ткани у пациенток с ММ составила  $1,6 \pm 0,2\%$ , PR -  $67,8 \pm 3,3\%$ . У пациенток с сочетанием ММ и А, а также ММ и НГЭ наблюдалась достоверно более высокий процент экспрессии ER ( $p=0,0001$  и  $p=0,0001$ ) относительно показателей изолированной ММ, составляющий  $5,2 \pm 0,7\%$  и  $4 \pm 0,4\%$  соответственно. У пациенток с дегенеративными изменениями в миоматозном узле экспрессия PR составила  $36,4 \pm 3,2\%$ , что достоверно ( $p=0,0001$ ) ниже, чем у пациенток с изолированной ММ. У



пациенток, принимающих КОК экспрессия PR составила  $45,9 \pm 4,6\%$ , что достоверно ( $p=0,05$ ) ниже, чем у пациенток с изолированной ММ. В зависимости от размера узла отмечено достоверное ( $p=0,04$ ) снижение уровня экспрессии PR, а также тенденция к увеличению экспрессии ER с увеличением размера ММ: до 6 см – ER -  $1,8 \pm 0,8\%$ , PR –  $73,3 \pm 5,1\%$ ; 6-8 см - ER -  $2,3 \pm 0,7\%$ , PR –  $73,8 \pm 2,8\%$ ; более 8 см - ER -  $2,6 \pm 0,4\%$ , PR –  $62,6 \pm 4,7\%$ . Экспрессия Ki-67, была достоверно ( $p=0,002$  и  $p=0,003$ ) выше в группах с сочетанием ММ и А, а также ММ и НГЭ и составляла  $14,6 \pm 3,9\%$  и  $3,5 \pm 2,2\%$  соответственно (изолированная ММ –  $1,7 \pm 1,9\%$ ). Кроме того, пролиферативная активность была достоверно ( $p=0,003$ ) выше у пациенток более молодого возраста (до 40 лет –  $10,4 \pm 3,1\%$ , после 40 лет –  $3,3 \pm 1,1\%$ ).

#### **Выводы.**

В связи с выраженной экспрессией

PR и низкой экспрессией ER в ММ можно говорить о преобладающем значении прогестерона и PR в патогенезе изолированной ММ, что подразумевает использование для консервативного лечения подобного состояния препаратов, имеющих селективное действие в отношении прогестерона и PR. При сочетанном течении ММ и Э увеличивается влияние эстрогеновых гормонов и ER, что обосновывает включение препаратов с комплексным влиянием как на прогестерон и PR, так и на комплекс эстрогены + ER. Показано снижение экспрессии PR по мере увеличения размеров ММ, что говорит о тенденции к замедлению роста узла после периода «расцвета». Влияние низкодозированных КОК на рост ММ неоднозначно и требует дальнейшего изучения, однако у пациенток, принимавших КОК содержание PR снижено, что может отражать замедление роста узла и может быть использовано в терапии изолированной ММ.

## **РАЗРАБОТКА ОБУЧАЮЩЕЙ И ТЕСТИРУЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ «THE INSERTION OF KNOWLEDGES» ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

© Колесникова А.С., Шуманова У.В., Новокшанова С.В., Малкова А.А.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Ерофеева Л.Г.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита, Россия

---

#### **Актуальность проблемы.**

Высокая гинекологическая заболеваемость у женщин репродуктивного возраста обусловила необходимость создания обучающей и тестирующей программы для студентов и клинических ординаторов. Решение данной задачи позволит углубить знания

по диагностике и лечению патологических процессов в гинекологии, что обеспечит выявление факторов риска и ранних стадий онкологических заболеваний, снижение инвалидизации, сокращение сроков и государственных расходов на пособия по временной нетрудоспособности.

**Цель исследования** – разработать обучающую и тестирующую программу «The inception of knowledges» для образовательных медицинских учреждений.

**Задачи исследования:**

1. Разработка обучающей и тестирующей программы для образовательных медицинских учреждений по специальности «Акушерство и гинекология», которая позволит осуществить эффективное интерактивное обучение за счет наличия 3D-моделирования патологического процесса, эхограмм ультразвуковых исследований, видеозаписей гистеро- и лапароскопии, а также морфологического заключения по соответствующему заболеванию женской репродуктивной системы.

2. Контроль полученных знаний методом тестирования, включенного в структуру программы.

3. Оценка эффективности обучения в сравниваемых группах.

**Материалы и методы.**

Создание программы осуществлялось с использованием компьютерных программ Autodesk 3DS Max 2015, Visual Studio Community 2017, истории болезней, эхограмм УЗИ, видеозаписей гистеро- и лапароскопии, заключений морфологического исследования гинекологических заболеваний.

**Результаты исследования.**

Реализация проекта проходила в V этапов. На I этапе работы проанализировано 155 историй болезни за 2013-2015 гг. на базе гинекологических отделений ГУЗ «Городской родильный дом» г. Чита. Осуществлена выборка историй болезни по основным нозологическим единицам: миома матки, эндометриоз, полип эндометрия, рак эндометрия. На II этапе созданы 3D-модели указанных гинекологических заболеваний,

видеозапись проведения гистеро- и лапароскопии. III этап включал разработку тестов для контроля полученных знаний в ходе обучения. На IV этапе выполнено написание кода компьютерной программы и создание графического интерфейса. V этап (3-й квартал 2019 года) – планируется обучение основной и контрольной групп студентов и клинических ординаторов по разработанной программе с последующим тестированием и оценкой эффективности приобретенных знаний.

По завершению четырех этапов работы создана компьютерная программа, которая работает в следующих режимах: «Обучение» и «Тестирование». При нажатии кнопки «Обучение», отображаются основные темы обучающей программы. При выборе соответствующей темы на рабочей области появляется диалоговое окно, содержащее кнопки для перехода к просмотру 3D-моделей, эхограмм ультразвуковых исследований, видеозаписей гистеро- и лапароскопии, а также морфологической характеристики соответствующих заболеваний. При выборе опции «Пройти тестирование», отображаются основные темы тестирования.

**Выводы.**

1. Интегрирование методов визуализации гинекологических заболеваний позволяет комплексно оценить патологический процесс.

2. Включение в программу метода тестирования способствует объективному контролю приобретенных знаний

3. Разработанная программа является экономичной и не требует затрат времени от преподавателей и студентов.

4. Реализация проекта в виде компьютерной программы обеспечивает простоту и доступность использования.

## АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

© Кравченко Ю.Д., Ишпахтин И.Г.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Матюшкина Л.С.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Владивосток, Россия

### **Актуальность проблемы.**

По данным Федеральной службы государственной статистики в период с 2005 по 2016 гг. материнская смертность снизилась почти в 2,5 раза (с 22,4 до 10,0 на 100 000 родившихся живыми). В то же время, смертность от кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, а также от кровотечений в родах и послеродовом периоде остается высокой, составляя в структуре причин 24,8%. Данный факт указывает на необходимость тщательного изучения проблемы акушерских кровотечений, выявления факторов риска, причин, диагностики и современных методов лечения.

**Цель исследования** – изучить факторы риска возникновения массивных акушерских кровопотерь (МАК).

### **Материалы и методы.**

Проведен проспективный анализ случаев острой массивной кровопотери за период 2015-2017 гг. на базе городского клинического родильного дома №3. В исследование вошли 77 пациенток с МАК (более 20 мл/кг), осложнившими оперативное родоразрешение. Возраст пациенток варьировался от 22 до 45 лет. Согласно исходу операций, пациенты разделены на две группы с МАК: группа 1 – 19 родильниц, которым произведена тотальная гистерэктомия (экстирпация матки); группа 2 – 58 родильниц с сохраненной маткой. Проводилась оценка данных при помощи клинико-анамнестического метода, физикального

обследования и результатов лабораторно-инструментального исследования пациентов.

### **Результаты исследования.**

В проведенном исследовании количество женщин позднего репродуктивного возраста в группах составило 51% (40), преобладающим контингентом оказались повторнородящие – 89% (66) и многорожавшие пациентки – 36% (27). Более половины случаев из всех МАК отмечено у пациенток с доношенной беременностью, срочными родами – 69% (53). Преждевременные роды зафиксированы у 31% (24). В плановом порядке родоразрешено 36% (27) беременных. Наличие рубца на матке после кесарева сечения преобладало в первой группе исследуемых – 47% (9). В обеих группах выявлено наличие в анамнезе внутриматочных вмешательств в 89%, ожирение – в 15%, гипертензивные расстройства – в 31%, преэклампсия – в 31% и тромбофилии – в 7% случаев. Миома матки (31%) осложнила родоразрешение у пациенток второй группы, что привело к гипотоническому кровотечению. Доминирующей причиной МАК в обеих группах явилась аномалия расположения плаценты – полное предлежание, выявленное у 44% (39), из них у 6% отмечено сочетание предлежания с различными степенями вращаения плаценты, а у 2 пациенток течение беременности осложнилось дородовым

кровотечением. На долю преждевременной отслойки, как на самостоятельную причину кровотечения, в обеих группах приходится 14% (10). Травматические повреждения, вследствие разрыва матки по рубцу после консервативной миомэктомии, либо при разрыве рудиментарного рога, составили 4% (3) случаев родильниц 2 группы. Таким образом, выявление факторов риска следует начинать на уровне пренатального скрининга, что предоставит возможность для заблаговременной диагностики и выбора

метода родоразрешения и корректной маршрутизации. По умолчанию все беременные женщины входят в группу риска по кровотечениям.

#### **Выводы.**

В ходе исследования обнаружены комбинированные формы факторов риска острой массивной кровопотери: предлежание плаценты в сочетании с рубцом на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии, внутриматочные вмешательства в анамнезе, гипертензивные расстройства, преэклампсия и тромбофилии.

## **ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ III СТЕПЕНИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ: ФАКТОРЫ РИСКА, КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И АНАЛИЗ ИСХОДОВ**

© Лебедева А.В., Курносова Ю.А.

® Научные руководители: к.м.н. Андришина И.В., к.м.н. Пилипенко А.Н.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Новосибирск, Россия

---

#### **Актуальность проблемы.**

Поражения центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных доминируют среди причин неврологической инвалидизации. Наиболее тяжелым и частым поражением головного мозга у недоношенных новорожденных являются внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК). Они приводят к летальным исходам и развитию широкого спектра психоневрологических расстройств в детском возрасте.

**Цель исследования** – провести анализ факторов риска, коморбидных состояний и исходов у детей, родившихся недоношенными, с ВЖК III ст. Определить характер и частоту

осложнений нейрохирургических вмешательств.

#### **Материалы и методы.**

Проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни недоношенных детей с ВЖК III-IV ст., получавших лечение в ГБУЗ НСО «ДГКБ №4 им В.С. Гераськова», ГБУЗ НСО «ДГКБ №1» за 2014-2017 гг.

#### **Результаты исследования.**

В зависимости от развития окклюзии дети с ВЖК III-IV распределены на две группы: без окклюзии, получавшие консервативное лечение – 23,2% (10); с окклюзией, находившиеся, на нейрохирургическом лечении – 76,7% (33). В обеих группах преобладали дети со сроком гестации

менее 28 недель: 70% (7) и 36% (12) соответственно, и мужской пол. По массе тела при рождении группы с окклюзией и без нее также не имеют достоверных отличий – преобладают дети с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении: 33% (11) и 70% (7). У 35% (13) детей из группы с окклюзией и 10% (1) из группы консервативного лечения ВЖК при рождении диагностирована асфиксия тяжелой степени, с признаками задержки роста плода (ЗРП): 51% (16) и 30% (3) соответственно. Анализ течения беременности и родов в группе с окклюзией выявил у 13% (3) матерей наличие хронической урогенитальной инфекции, у 64% (21) - хронической плацентарной недостаточности, у 15% (5) – отслойки плаценты, у 33% (11) – стремительных родов.

Диагноз ВЖК у детей в обеих группах подтвержден в результате проведения нейросонографии (НСГ) в среднем на 3-и сутки жизни. Прогрессирование до III ст. наблюдалось в среднем на 6-е сутки жизни в обеих группах. В группе без окклюзии гипертензионно - гидроцефальный синдром, двигательные расстройства в виде центрального тетрапареза, патологическая глазная симптоматика отмечены в 100% случаев. Судорожный синдром отсутствовал в 100% случаев. В группе с развитием окклюзии описанные двигательные расстройства дополнялись наличием судорожного синдрома в 12% случаев. Коморбидная патология в группе с окклюзией представлена респираторным дистресс-синдромом (РДС) в 100%, при этом в 75% (25) случаев респираторная поддержка проводилась путем аппаратной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), продолжительность которой составила в среднем 240 часов. У 82,6% (19) детей

сформировалась бронхолегочная дисплазия (БЛД), у 34,8% (8) детей имелась ретинопатия, у 82,6% (19) - регистрировалась анемия, при этом 69,6% (16) детям потребовалась гемотрансфузия. Детям с развитием окклюзионной гидроцефалии было проведено вентрикулоперитонеальное шунтирование (ВПШ) в 75% (25) случаев, ему предшествовали в 100% (33) случаев вентрикулярные пункции, в 9% (3) – установка резервуара Оммаи, в 18% (6) – наружное дренирование по Арндту и вентрикулосубгалеальное дренирование. Осложнения ВПШ: в 16% - венитрит, в 12% - ликворрея, в 4% случаев - окклюзия вентрикулярного катетера. В 21% (7) случаев лечение ограничилось применением временных методов купирования постгеморрагической гидроцефалии (ПГГ). Летальность составила 15% (5) случаев из группы новорожденных, находившихся на нейрохирургическом лечении. Основная причина летальности новорожденных данной группы – синдром полиорганной недостаточности (СПОН).

#### **Выводы.**

ВЖК III ст. преимущественно развиваются у детей с гестационным возрастом менее 28 недель и ЭНМТ при рождении. К факторам риска развития окклюзионной гидроцефалии относятся задержка роста плода, плацентарная недостаточность, тяжелая асфиксия при рождении, аппаратная ИВЛ. В качестве коморбидной патологии в данной группе доминируют БЛД, ретинопатия, анемия тяжелой степени. Наиболее эффективным методом лечения ВЖК III с развитием окклюзионной ПГГ является вентрикулоперитонеальное шунтирование (ВПШ) в комбинации с методами временного купирования окклюзионной ПГГ.

## ВОЗМОЖНОСТЬ МОДИФИКАЦИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАССЫ ПЛОДА

© Ляпунов А.К., Мудров А.А.

® Научный руководитель: к.м.н. Мудров В.А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита,  
Россия

### **Актуальность проблемы.**

Выбор оптимальной тактики ведения беременности и родов существенно зависит от предполагаемой массы плода. Плод с задержкой роста, развитие которого происходит в условиях недостаточной плацентарной перфузии, имеет повышенный риск перинатальных повреждений. При макросомии плода увеличивается частота родового травматизма, перинатальной смертности и заболеваемости. В подобных случаях непосредственное повреждающее действие на плод могут оказывать два фактора: механический, обусловленный препятствием со стороны таза матери, и/или интранатальная гипоксия, связанная с локальными и системными нарушениями кровообращения.

**Цель исследования** – модифицировать ультразвуковой способ определения массы плода.

### **Материалы и методы.**

I этап исследования включал ретроспективный анализ 150 историй родов на базе ГУЗ «Городской родильный дом» и перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Чита за 2013–2015 гг. Было выделено 3 равные группы: 1-я группа - беременные с индексом массы тела (ИМТ) по Кетле менее  $24 \text{ кг/м}^2$ , 2-я группа - с ИМТ от 24 до  $30 \text{ кг/м}^2$ , 3-я группа - с ИМТ более  $30 \text{ кг/м}^2$ . Для определения предполагаемой массы плода ультразвуковыми методами использовались формулы Hadlock, Shephard и Демидова. II этап

исследования включал создание 3D-модели тела плода, основанной на данных ультразвуковой фетометрии. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics V24.0.

### **Результаты исследования.**

В 1 группе в 72% случаев роды произошли на сроке 39-40 недель, во 2 группе - в 75% и в 3 группе - в 79%. Средняя масса плодов при рождении в 1 группе составила  $3215 \pm 323 \text{ г}$ , во 2 группе -  $3452 \pm 351 \text{ г}$ , в 3 группе -  $3615 \pm 289 \text{ г}$ . При подсчете предполагаемой массы плода с помощью ультразвуковой фетометрии по формуле Shephard погрешность в 1 группе составила  $235 \pm 35 \text{ г}$ , во 2 группе -  $243 \pm 37 \text{ г}$ , в 3 группе -  $256 \pm 42 \text{ г}$ . Погрешность формулы Hadlock в 1 группе составила  $343 \pm 34 \text{ г}$ , во 2 группе -  $366 \pm 37 \text{ г}$ , в 3 группе -  $381 \pm 36 \text{ г}$ . Погрешность формулы Демидова в 1-й группе составила  $258 \pm 38 \text{ г}$ , во 2 группе -  $274 \pm 40 \text{ г}$ , в 3 группе -  $298 \pm 43 \text{ г}$ . Увеличение погрешности отмечается при таких патологических состояниях как: задержка роста, макросомия плода, многоводие, маловодие. Увеличение погрешности определения массы плода на пограничных сроках гестации связано с отсутствием оценки плотности тканей плода. II этап исследования: с помощью локальных систем изменения положений точек, линий и полигонов, примитивам программы 3D Max была задана форма реальных объектов: тела и костного остова плода. При запуске программы MAXScript открывается диалоговое окно,

в котором имеются строки для ввода данных фетометрии. Окно ввода и окно проекции взаимодействуют между собой посредством привязки переменных окна ввода с полигональными участками модели и отдельными частями САТ-скелета. На основании математического моделирования определена закономерность изменения средней плотности тканей плода в зависимости от срока гестации:  $\rho = 0,833 + 0,004475CG$ , где  $\rho$  - средняя плотность тканей,  $CG$  - срок гестации. Таким образом, массу плода следует рассчитывать по формуле:  $M = (0,833 + 0,004475CG) \times V$  тела плода.

Объем тела плода рассчитывается автоматически при построении тела плода в программе 3D Max. При подсчете массы плода по предложенной формуле погрешность в 1 группе составила  $112 \pm 25$  г, во 2 группе -  $119 \pm 27$  г, в 3 группе -  $124 \pm 30$  г.

#### **Выводы.**

3D-моделирование массы плода имеет меньшую погрешность в сравнении со стандартными способами и может быть использовано для расчета у любой категории пациенток во II и III триместрах беременности.

## **ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ РАСЧЕТА МАССЫ КРУПНОГО ПЛОДА**

© Магеррамова Р.Р.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Иванников С.Е.

ФГБОУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

#### **Актуальность проблемы.**

В современном акушерстве точность дородового определения массы плода во многом детерминирует исход родов. Широкое распространение получили методы наружного определения массы крупного плода по Джонсу, Бубличенко и Могилева. Современное акушерство не обходится и без ультразвукового исследования (УЗИ) с расчетом предполагаемой массы плода.

**Цель исследования** – сравнить точность клинических и УЗ-методов при выявлении макросомии, и оценить практическое значение макросомии при выборе способа родоразрешения.

#### **Материалы и методы.**

Проанализировано 600 истории родов на базе БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» за декабрь 2017 г.

Критерии включения в исследование: крупный плод (масса плода более 4000 г).

#### **Результаты исследования.**

Из 600 родов частота макросомии плода составила 12% (70). Средняя масса крупных плодов составила  $4277,1 \pm 194,5$  г (4000 - 4700 г). Наиболее близкие значение были получены по Джонсу ( $4315,6 \pm 317,4$  г) – разница в 38,6 г, далее по Бубличенко ( $4163,4 \pm 681,9$  г) – разница в 113,6 г, по УЗИ ( $4027,2 \pm 244,9$  г) – разница в 249,8 г и Могилева ( $3931,1 \pm 221,2$  г) – разница 345,9 г. Статистических различий в точности оценки предполагаемой массы крупного плода между изученными методами нет. Для ранжирования используемых методов применили способ, описанный А.Р. Ваг. Исходя из массы плода был рассчитан интервал  $\pm 10\%$  от

фактической массы. Выяснено, что расчётные значения по Джонсу попадали в этот интервал в 84,3% (59); по УЗИ - в 80% (56); по Могилеву - в 60% (42), а по Бубличенко - в 43% (30).

Среди некрупных плодов (530) родоразрешение через естественные родовые пути составило 79% (417), из них вакуум-экстракция плода (ВЭП) применялась в 8% (34), а частота кесарева сечения (КС) составила 21% (113). Среди родов крупных плодов (70) родоразрешение через естественные родовые пути составило 74% (52), из них ВЭП применялась в 6% (3), а частота КС составила 26% (18). Таким образом, наличие крупного плода увеличивает частоту КС. Однако, в тех случаях, когда основным показанием для КС указывался крупный плод 50% (9), сопутствующими показаниями к операции указывались рубец на матке - 44% (8), слабость родовой деятельности - 17% (3) и субкомпенсированная форма плацентарной недостаточности - 6% (1). В остальных случаях показаниями для КС являлись тазовое предлежание плода -

17% (3), преэклампсия - 6% (1), выпадение петель пуповины - 6% (1), дородовое излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения 6% (1), декомпенсация сахарного диабета - 6% (1), многоплодие с неправильным положением плода - 6% (1) и отслойка плаценты - 6% (1).

При консервативных родах частота разрывов родовых путей при крупном плоде составила 50% (26) vs 2,6% (11) ( $\chi^2=143$ ;  $p < 0,001$ ), что достоверно выше, однако частота других осложнений достоверно не отличались: асфиксия плода 4% (2) vs 3% (13), преэклампсия 2% (1) vs 1% (4), задержка частей плаценты 2% (1) vs 1,2% (5).

#### **Выводы.**

1. Метод Джонса более точный в расчете массы крупного плода.

2. На выбор способа родов помимо точного знания веса плода влияют и другие факторы: рубец на матке, слабость родовой деятельности и плацентарная недостаточность.

## **РОЛЬ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

© Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З., Ляпунов А.К.

® Научный руководитель: к.м.н. Мудров В.А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита,  
Россия

#### **Актуальность проблемы.**

В настоящее время определение объема плаценты не распространено в акушерской практике в виду отсутствия достоверных данных. Широкое распространение получило определение толщины плаценты. Увеличение

толщины плаценты может быть обусловлено триплоидией, резус-конфликтом, водянкой плода, сахарным диабетом, анемией, преэклампсией, а также заболеваниями инфекционной или вирусной природы, реализующими свое влияние во время беременности.



Уменьшение толщины плаценты может быть обусловлено развитием тяжелых генетических отклонений у плода или преэклампсией. Однако толщина плаценты не позволяет судить о гипер- или гипоплазии плаценты, имеющих большее практическое значение в диагностике осложненного течения беременности. Толщина плаценты является линейной функцией ее объема, а объем – кубической функцией линейных размеров плаценты. На фоне наличия гипо- или гиперплазии плаценты развивается функциональная недостаточность плодово-плацентарного кровотока, что требует коррекции плана ведения беременности и родов.

**Цель исследования** – определить роль 3D-моделирования плаценты в диагностике осложненного течения беременности.

#### **Материалы и методы.**

I этапом исследования явилось определение оптимального способа математического расчета объема плаценты с учетом ее неправильной геометрической формы. При проведении ультразвукового исследования во II и III триместре у беременной с целью измерения объема плаценты целесообразным является определение площадей максимального продольного и поперечного сечения плаценты методом трассировки полученных изображений, а также толщины плаценты. С помощью локальных систем изменения положений точек, линий и полигонов, примитивам программы 3D Max была задана форма реальных объектов: материнская и плодовая поверхности плаценты, площадь максимального продольного сечения плаценты, площадь поперечного сечения плаценты, толщина плаценты. Объекты представлены совокупностью виртуальной оболочки и САТ-скелета. На основе полученных данных написана программа MAXScript для пакета трехмерного моделирования Autodesk 3ds Max. При запуске программы

открывается диалоговое окно, в котором имеются строки для ввода данных ультразвуковой плацентометрии: площадь максимального продольного сечения плаценты, площадь поперечного сечения плаценты, толщина плаценты. Окно ввода и окно проекции взаимодействуют между собой посредством привязки переменных окна ввода с полигональными участками модели и отдельными частями САТ-скелета. На основе данного взаимодействия воспроизводится виртуальная картина взаимоотношения поверхностей плаценты. При выделении объекта (плаценты) в окне измерений отображается его объем. Погрешность способа, определяемая путем погружения исследуемого органа в мерную емкость после родоразрешения, составила 5% ( $\pm 15 \text{ см}^3$ ). II этап исследования включал про- и ретроспективный анализ 100 историй родов на базе перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» за 2016–2017 гг, которые были разделены на 3 равные группы: 1-я группа - 20 беременных с гипоплазией плаценты, 2-я группа - 60 беременных с нормальной плацентой, 3-я группа - 20 беременных с гиперплазией плаценты. Группы сопоставимы по возрасту, паритету родов и сроку гестации. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics V24.0.

#### **Результаты исследования.**

В 1 группе в 60% (12) случаев роды произошли на сроке 38 - 40 недель, во 2 группе – в 67% (40), в 3 группе – в 70% (14). Число первобеременных женщин составило 35%, повторнобеременных - 65% женщин. При изучении структуры экстрагенитальных заболеваний в 3 группе превалировало алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) - 40% (8), в 1 и 2 группах АКО составило 10% (2) и 13% (8) соответственно ( $p < 0,05$ ). Анемия наблюдалась у 65% (13) беременных 1

группы, 45% (27) – 2 группы и 55% (11) – 3 группы. В 3 группе встречалась анемия только легкой степени. Сахарный диабет, в том числе гестационный, имел место у 15% (3) женщин 1 группы, у 17% (10) – 2 группы и у 45% (9) – 3 группы. Среди осложнений беременности преэклампсия встречалась у 40% (8) пациенток с гипоплазией плаценты, у 15% (9) пациенток с нормальным объемом плаценты и у 30% (6) беременных с гиперплазией плаценты ( $p < 0,05$ ). Частота гестационных отеков в 3 группе обследуемых в 2,3 раза превышала таковые показатели 1 и 2 групп и составляла 35% (7) ( $p < 0,05$ ). Изоиммунизация была диагностирована у

3% (2) 2 группы и 10% (2) женщин 3 группы. Диагноз плацентарная недостаточность был выставлен у 90% (18) беременных 1 группы, 55% (33) – 2 группы и 50% (10) – 3 группы. Задержка роста плода встречалась у 75% (15) женщин 1 группы и у 3% (2) – 2 группы. Рождение крупного плода имело место у 5% (3) родильниц 2 группы и 40% (8) – 3 группы.

#### **Выводы.**

Отклонение величины объема плаценты от среднестатистических норм определяет не только наличие того или иного осложнения беременности, но и тактику ведения беременности и родов.

## **СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ДАННЫМ КГБУЗ «ВЛАДИВОСТОКСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 3» ЗА 2017 ГОД**

© Моисеенко М.С., Регор А.М., Гвоздева О.В.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Матюшкина Л.С.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Владивосток, Россия

---

#### **Актуальность проблемы.**

По статистическим данным ВОЗ ежегодно в странах мира рождается до 5-6% детей с пороками развития, при этом в половине случаев это летальные и тяжелые пороки, требующие сложной хирургической коррекции. В странах Европы частота врождённых пороков развития (ВПР) составляет 3-4 случая на 1000 родов, в России она достигает 5-6 случаев на 1000 рождений.

**Цель исследования** - получить более полное представление о частоте и структуре ВПР у новорожденных за 2017 на базе КГБУЗ «Владивостокский

клинический родильный дом № 3», а также проследить возможности пренатальной диагностики аномалий развития плода.

#### **Материалы и методы.**

Был проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов, данных ультразвукового исследования у 91 женщин, родивших детей с пороками развития (по данным историй родов, историй развития новорождённых, протоколов УЗИ отделения новорожденных КГБУЗ «ВКРД №3»).

#### **Результаты исследования.**

Согласно статистическим данным, которые были получены в результате исследования на базе КГБУЗ «ВКРД № 3» за 2017 год, родился 91 ребенок с ВПР. Из них 45,5% (41) новорожденных с ВПР мочевыделительной системы (МВС), 18,8% (17) – с ВПР сердечно-сосудистой системы (ССС), 4,4% (4) – с ВПР желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), 11,1% (10) – с ВПР опорно-двигательной системы (ОДС), 3,3% (3) – с патологией лицевого скелета, 3,3% (3) – с синдромом Дауна, 2,2% (2) – с ВПР центральной нервной системы (ЦНС). Среди ВПР МВС было выявлено, что гидронефроз наблюдается у 21 новорожденного (правосторонний – 6; левосторонний – 6, двухсторонний – 7, не подтвержден диагноз у 2, среди всех видов были сочетанные формы: 1 сочетанная форма гидронефроза с мегаэстиком и 3 – с мегауретером); пиелозктазия наблюдается у 11 детей (правосторонняя – 4, левосторонняя – 1, двухсторонняя пиелозктазия – 4, не подтвердилось у 2), мегауретер наблюдается у 5 детей (односторонний – 4, двухсторонний – 1, сочетанная форма с гидронефрозом – 3, сочетанная с уретероцеле – 1). Среди ВПР МВС было 3 новорожденных с гипоплазией почки, 2 - с агенезией и еще 2 - с дистопией (при чем у 1 новорожденного была сочетанная форма дистопии с гипоплазией). С синдромом Потера III был зафиксирован 1 ребенок.

Среди ВПР СССР было всего выявлено 17 детей, из которых у 13 новорожденных – дефект

межжелудочковой перегородки, у 1 ребенка - тетрада Фалло, у 1 – открытый артериальный проток, у 2 – коарктация аорты. Среди детей с ВПР ОДС выявлено 10 человек, из них 5 новорожденных с полидактилией, 2 - с деформацией стоп, 2 - с врожденной кривошеей и 1 ребёнок с синдактилией II и III пальцев ног. При ВПР ЖКТ выявили 2 ребенка с атрезией двенадцатиперстной кишки и 2 - с гастрошизисом. Среди ВПР ЦНС был 1 ребенок со *spina bifida* и 1 с гидроцефалией. Среди прочих ВПР было выявлено: 5 девочек с врожденной кистой яичника, 2 мальчика с гиноспадией, 1 ребенок с кистой печени, 1 – с кистой селезенки, 1 – с энтерогенной кистой и 1 ребенок с врожденной катарактой. Всего прочих ВПР – 11,4% (11).

#### **Выводы.**

В общей структуре врожденных пороков развития КГБУЗ «ВКРД №3» преобладают ВПР МВС. У детей с подтвержденным ВПР МВС в 50% случаях наблюдается инфекция мочевыводящей системы (ИМВС), при чем у матерей также выявилась ИМВС. Это говорит о том, что инфекция является основным фактором риска развития данной патологии. Прегравидарная подготовка (мониторинг беременных женщин с патологией МВС, ранняя диагностика ВПР плода, консультация узких специалистов во время беременности и после рождения ребенка) является важной составляющей для дальнейшего прогноза у новорожденных.

## УГЛЕВОДНАЯ «ИГЛА» В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

© Москальцова Н.В.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Матюшкина Л.С.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Владивосток, Россия

### **Актуальность проблемы.**

В современном обществе сложилась тенденция к употреблению большого количества углеводов. Эта тенденция вполне обоснована, на прилавках магазинов из 100% товаров - 80% углеводы. В пищевой цепи на первом месте должны стоять белки, потом жиры и лишь на последнем месте углеводы. Однако человек живет в ритме «нон-стоп» и предпочитает быстрый и вкусный перекус, который приносит мгновенную энергию, забывая при этом, что его организм это «способ существования белковых тел» и ему необходим субстрат для строительства. Если он так необходим каждому из нас, то, что говорить о беременной женщине, в организме которой создается новый человек, и организму которой этого субстрата нужно больше.

**Цель исследования** - изучить влияние чрезмерного употребления углеводов на течение беременности, ее исход, а также качество родового процесса.

### **Материалы и методы.**

В ходе исследования проведен ретроспективный анализ 1000 историй беременности и родов пациенток акушерского наблюдательного отделения ГБУЗ «ПККБ №1» с диагнозом гестационный сахарный диабет (ГСД) за период 2015-2017 гг. Проведен сравнительный анализ динамики увеличения постановки диагноза ГСД за 2015-2017 гг. У беременных с ГСД оценивались показатели глюкозы крови

на этапе поступления и выписки из стационара, наличие дискоординированной родовой деятельности, соотношение количества оперативных родоразрешений при декомпенсированном гестационном сахарном диабете и родов через естественные родовые пути.

### **Результаты исследования.**

Увеличилось количество пациенток с гестационным сахарным диабетом с 5,5% в 2015 г. до 48,6% в 2017 г. Ведущей патологией течения беременности является хроническая плацентарная недостаточность – 75%; отеки беременных – 16,4%; умеренная преэклампсия – 12%; тяжелая преэклампсия – 2,5%. После госпитализации и лечения в отделении патологии беременных с соблюдением предписанной «диеты №9», отмечается положительная динамика в показателях крови (снижения уровня глюкозы крови натощак до нормальных значений), при повторной госпитализации у этих же женщин уровень глюкозы крови вновь повышен. Коэффициент корреляции между гестационным сахарным диабетом и дискоординацией родовой деятельности составляет  $r = 1$ . Отслежена прямая связь между декомпенсированным ГСД и количеством оперативных родов.

### **Выводы.**

Количество женщин с ГСД увеличилось почти в 10 раз. На первом месте среди патологии течения беременности у пациенток с ГСД стоит

хроническая плацентарная недостаточность, что обусловлено нарушением метаболизма в системе «мать-плацента-плод». Кроме того, высока доля такой патологии как отеки беременных и преэклампсия. При своевременной госпитализации и диетотерапии удается нормализовать углеводный обмен, однако эта положительная динамика отмечена только на уровне стационара, после выписки назначенная диета не соблюдается. Выявлена взаимосвязь между гестационным сахарным диабетом

и возникновением дискоординированной родовой деятельностью. Прослеживается прямая зависимость между количеством оперативных родоразрешений и декомпенсированным гестационным сахарным диабетом. Данные выводы наводят на мысль о необходимости пропаганды здорового питания среди населения, а особенно среди беременных женщин. Рекомендации по правильному питанию необходимо давать всем женщинам на уровне женских консультаций.

## ВОЗМОЖНЫЕ МАРКЕРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФЕТОПАТИИ

© Набиев Б.М., Набиева Е.С.

® Научные руководители: к.м.н., доцент Мочалова М.Н., к.м.н. Мудров В.А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита, Россия

---

### **Актуальность проблемы.**

Нарушение толерантности к глюкозе, возникающее во время беременности, может сопровождаться развитием гестационного сахарного диабета и фетопатии. При фетопатии увеличивается частота родового травматизма, перинатальной смертности и заболеваемости. Типичными проявлениями фетопатии являются задержка роста и макросомия плода. Перспективным в отношении прогнозирования осложнений беременности и родов является изучение содержания адипокинов.

**Цель исследования** - усовершенствовать методы прогнозирования фетопатии у беременных группы высокого риска.

### **Материалы и методы.**

На базе перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы

в период 2016-2017 гг. было проведено проспективное исследование 55 случаев родов. Критерии включения в исследование: избыточная масса тела беременной и/или наличие гестационного сахарного диабета. Накануне родов забиралась и центрифугировалась венозная кровь. В сыворотке крови методом ИФА определяли концентрацию оментина, инсулина и проинсулина. Ретроспективно участники исследования были разделаны на три группы: 1 – 35 беременных без фетопатии, 2 – 10 беременных с макросомией плода, 3 – 10 беременных с задержкой роста плода. Группы сопоставимы по возрасту, паритету родов и сроку гестации. Статистическая обработка результатов осуществлялась программой IBM SPSS Statistics Version 24.0.

### Результаты исследования.

Средняя масса плодов при рождении в 1 группе составила  $3315 \pm 43$  г, во 2 группе –  $4320 \pm 34$  г ( $p < 0,05$ ), в 3 группе –  $2444 \pm 23$  г ( $p < 0,05$ ). Среди беременных 2 группы диагноз гестационного сахарного диабета имели 50% (5) женщин, 1 и 3 группы – 11,4% (4) и 20% (2) соответственно. При изучении структуры экстрагенитальных заболеваний во 2 группе превалировало алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) – 60% (6), в 1 и 3 группах АКО составило 48,5% (17) и 10% (1) соответственно ( $p < 0,05$ ). Частота гипертонической болезни в 3 группе составила 60% (6), в 1 группе – 28,5% (10), во 2 группе – 10% (1) ( $p < 0,05$ ). Среди осложнений беременности преэклампсия встречалась у 10% (1) пациенток с задержкой роста плода, у 5% (2) женщин без фетопатии, у беременных 2 группы – не встречалась ( $p < 0,05$ ). Стоит отметить, что у беременных 3 группы преэклампсия носила преимущественно тяжелое течение, в 1 группе встречалась только умеренная преэклампсия. Частота гестационных отеков была наибольшей во 2 группе обследуемых – 30% (3), в 1 группе – 26% (9), в 3 группе – 10% (1) ( $p < 0,05$ ). Маловодие регистрировалось исключительно в 1 группе с частотой 17% (6) ( $p < 0,05$ ). Хроническая гипоксия плода присутствовала у всех беременных с задержкой роста плода – 100% (10), у женщин 1 группы – 54% (19), у женщин с макросомией плода – 40% (4) случаев

( $p < 0,05$ ). Содержание оментина, в группе женщин с задержкой роста плода составляло  $588 \pm 14$  нг/мл ( $p = 0,006$ ), у беременных без фетопатии –  $503 \pm 13$  нг/мл, в группе с макросомией плода  $418 \pm 8$  нг/мл ( $p = 0,012$ ). Концентрация инсулина достоверно отличалась у беременных крупным плодом –  $26,6 \pm 11$  мкЕД/мл ( $p = 0,036$ ). В 1 и 3 группе концентрация инсулина составила  $15 \pm 7$  мкЕД/мл и  $15,4 \pm 10$  мкЕД/мл соответственно.

Содержание проинсулина во 2 группе составляло  $3,9 \pm 2,7$  пмоль/л, в 1 и 3 группах –  $1,7 \pm 1,3$  пмоль/л и  $1,2 \pm 1,1$  пмоль/л соответственно ( $p < 0,05$ ). Средний уровень глюкозы венозной крови натощак у пациенток 1 группы накануне родов составил  $4,3 \pm 0,6$  ммоль/л, во 2 группе –  $4,6 \pm 0,35$  ммоль/л, в 3 группе –  $4,8 \pm 0,5$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). С целью оптимизации прогнозирования задержки роста и макросомии плода у беременных группы риска разработана формула, определяющая вероятную конечную массу плода:  $M = 4670 - 3,5 \times Om + 19 \times IMT$ , где  $Om$  – концентрация оментина сыворотки крови (нг/мл),  $IMT$  – индекс массы тела беременной. Коэффициент детерминации полученной математической зависимости  $r^2$  составляет 0,72.

### Выводы.

Определение концентрации оментина наряду с клиническими данными позволяет прогнозировать фетопатию у беременных группы риска.

## ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УГЛА ЛОННОЙ ДУГИ

© Нгуен Чан Виет Ань, Мудров А.А., Микайлова С.А., Мамлеева В.А., Федотова О.М.

® Научный руководитель: к.м.н. Мудров В.А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита,  
Россия

### **Актуальность проблемы.**

В настоящее время акушерская тактика направлена на предупреждение акушерских и перинатальных осложнений. Частота оперативного родоразрешения и неблагоприятных интранатальных исходов значительно возрастает при значениях угла лонной дуги менее  $90^\circ$ . Однако мануальный способ определения угла лонной дуги носит субъективный характер, его достоверность зависит от большого числа параметров, таких как: ожирение женщины, стереометрическое ощущение и опыт врача. Определение лонного угла с помощью ультразвуковой и рентгенопельвиометрии общедоступно и достоверно, однако, требует специального обучения специалиста.

**Цель исследования** - разработать общедоступный, достоверный и простой способ определения угла лонной дуги путем разработки соответствующего инструмента.

### **Материалы и методы.**

I этап исследования включал про- и ретроспективный анализ 86 историй родов на базе перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы за 2017-2018 гг., которые были разделены на 2 группы: 1 - 36 женщин, имеющих алиментарно-конституциональное ожирение, 2 - 50 женщин, имеющих нормальный индекс массы тела. Накануне родов проводилась наружная пельвиометрия, мануальный способ определения угла лонной дуги между

большими пальцами обеих рук акушера, расположенными вдоль нисходящих ветвей лонной кости, и пельвиометрия транслабиальным датчиком. Группы сопоставимы по возрасту, паритету родов и сроку гестации. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics V24.0. II этап исследования включал разработку инструмента для определения угла лонной дуги путем анализа результатов математического моделирования данных наружной пельвиометрии.

### **Результаты исследования.**

Индекс массы тела по Кетле до беременности в 1 группе составлял  $34,6 \pm 3,5$  кг/м<sup>2</sup>, во 2 группе -  $21,4 \pm 2,8$  кг/м<sup>2</sup>. Средняя масса новорожденных в 1 группе составила  $3325 \pm 29$  г, во 2 группе -  $3458 \pm 32$  г. В 1 группе угол лонной дуги, определенный мануальным способом, составлял  $92,2^\circ \pm 10,7^\circ$ , во 2 группе -  $102,6^\circ \pm 14,2^\circ$ . При проведении ультразвуковой пельвиометрии значение угла лонной дуги в 1 группе составило  $99,8^\circ \pm 12,3^\circ$ , во 2 группе -  $100,4^\circ \pm 13,8^\circ$ . Таким образом погрешность мануального способа определения угла лонной дуги в 1 группе составила 7,6%, во 2 группе - 2,15%.

II этап исследования: Наружная пельвиометрия включала такие стандартные измерения, как: *Distantia spinarum*, *D. cristarum*, *D. trochanterica*, *conjugata externa*, прямой и поперечный размеры выхода, кроме того с помощью

тазомера Мартина измерялись высота лона, расстояние между передней верхней остью подвздошной кости до бугра противоположной седалищной кости и расстояние между передней верхней остью подвздошной кости до нижнего края лонного сочленения. На основании математического моделирования данных наружной пельвиометрии определена закономерность, выражающаяся формулой:  $УЛД = 180^\circ - \arccos(DS/2PSR) - \arccos(PRE/2(BSR-PSR))$ , где УЛД – угол лонной дуги ( $^\circ$ ), DS – Distantia spinarum, PSR – расстояние между передней верхней остью подвздошной кости до нижнего края лонного сочленения, BSR – расстояние между передней верхней остью подвздошной кости до бугра противоположной седалищной кости, PRE – поперечный размер плоскости выхода малого таза. На основании

анализа полученной формулы создан инструмент, состоящий из кругового транспорта, четырех подвижных металлических пластин длиной 15 см и шириной 0,7 см, и четырех подвижных блоков для фиксации инструмента на симметричных точках с двух сторон: Spina iliaca anterior superior и tuber ischiadicum. Цена деления инструмента составляет 1 мм. Инструмент опробирован на 100 пациентках перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» за 2018 г. Площадь под ROC-кривой составляет 0,87.

#### **Выводы.**

Мануальный способ определения угла лонной дуги имеет большую погрешность. Использование разработанного инструмента позволяет с высокой долей достоверности определять значение угла лонной дуги.

## **ВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПУТЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ НАРУЖНОЙ АНТРОПО- И ФЕТОМЕТРИИ**

© Новокшанова С.В., Мудров А.А.

® Научный руководитель: к.м.н. Мудров В.А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита, Россия

#### **Актуальность проблемы.**

Выбор оптимальной тактики ведения беременности и родов существенно зависит от точного определения объема околоплодных вод. Количество околоплодных вод отражает состояние плода и изменяется при патологических состояниях как плода, так и маточно-плацентарного комплекса. Однако достоверность субъективного

способа оценки количества околоплодных вод зависит от большого числа параметров, таких как: ожирение женщины, стереометрическое ощущение и опыт врача. Определение количества околоплодных вод с помощью ультразвукового исследования общедоступно и достоверно в условиях краевых и областных медицинских учреждениях Российской Федерации,



однако, не всегда доступно в условиях центральных районных больниц.

**Цель исследования** - разработать общедоступный, достоверный и простой способ определения объема околоплодных вод путем математического анализа данных наружной антропо- и фетометрии.

#### **Материалы и методы.**

I этап исследования включал про- и ретроспективный анализ 120 историй родов на базе перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» и ГУЗ «Городской родильный дом» за 2016–2017 гг., которые были разделены на 3 равные группы: 1 группа – беременные с маловодием, 2 группа – беременные с нормальным количеством околоплодных вод, 3 группа – беременные с многоводием. Для качественного определения количества околоплодных вод (ОПВ) накануне родов использовался субъективный метод, способы Chamberlain и Phelan. Для количественного определения объема ОПВ использовался гравиметрический метод. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics V24.0. II этап исследования включал математическое моделирование зависимости объема околоплодных вод от параметров наружной антропо- и фетометрии.

#### **Результаты исследования.**

В 1 группе роды произошли на сроке 39-40 недель в 78% случаев, во 2 группе – в 81%, в 3 группе – в 76%. Средняя масса плодов при рождении в 1 группе составила  $3145 \pm 25$  г, во 2 группе -  $3312 \pm 23$  г, в 3 группе -  $3582 \pm 22$  г. Величина ошибки субъективного способа оценки ОПВ в 1 группе составила 12,1%, во 2 группе - 15,3%, в 3 группе - 18,7%. Измерение индекса амниотической жидкости по Phelan J.R. позволило достоверно судить о количестве ОПВ у 94,2% женщин 1 группы, у 93,4% - 2 группы и 89,6% - 3 группы. Измерение

вертикального размера наибольшего водного кармана по Chamberlain P.F. позволило достоверно судить о количестве ОПВ у 90,7% женщин 1 группы, у 83,6% - 2 группы и 84,2% - 3 группы. II этап исследования: наружная антропометрия включала такие стандартные измерения, как: рост, окружность живота, высота дна матки, вес женщины и т.д., фетометрия – лобно-затылочный размер и длина овоида плода. Массу плода определяли по формуле:  $M = \text{ЛЗР}^2 \times \text{ДОП} - 0,01 \times \text{ИМТ}^3$ , где ЛЗР – лобно-затылочный размер головки плода (см), ДОП – длина овоида плода (см), ИМТ – индекс массы тела женщины по Кетле в первом триместре беременности ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ). На основании математического моделирования данных наружной антропо- и фетометрии определена закономерность, выражающаяся формулой:  $V = 0,017 \times \text{ВДМ} \times (\text{ОЖ} - 25 \times \text{ИМТ} / \text{СГ})^2 - M$ , где ВДМ – высота дна матки (см), ОЖ – окружность живота беременной (см), ИМТ – индекс массы тела женщины по Кетле в первом триместре беременности ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ), СГ – срок гестации (недели), M – предполагаемая масса плода (г). Средняя погрешность разработанной антропометрической формулы - 10,2% (менее 150 мл). Площадь под ROC-кривой составляет 0,89.

#### **Выводы.**

1. Стандартные методы оценки объема околоплодных вод предполагают лишь качественное определение количества ОПВ: дают оценку наличия мало- или многоводия.

2. Предложенный способ расчета имеет меньшую погрешность в сравнении со стандартными и может быть использован для определения объема околоплодных вод при отсутствии возможности проведения ультразвукового исследования.

## ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

© Степанов Е.А., Новикова М.О.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Новопашина Г.Н.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита,  
Россия

### Актуальность проблемы.

В Забайкалье население подвергается неблагоприятному воздействию факторов среды обитания и природно-климатических условий. Население края состоит из молодых людей коренных жителей края и приехавших из различных регионов России и других стран. Удельный вес женщин фертильного возраста (в % к общему числу жителей) составляет 26,9. Наступившая беременность предъявляет дополнительные требования к организму женщины. Результатом чего могут быть осложнения беременности и родов.

**Цель исследования** - изучить в сравнительном аспекте особенности течения беременности и родов у женщин с различной продолжительностью жизни в Забайкалье.

### Материалы и методы.

Исследование проводили с помощью анкетного опроса и анализа историй болезни 58 беременных на базе ГУЗ «Городской родильный дом». Беременные были разделены на 2 группы: I группа - беременные, проживающие в Забайкальском крае до 3 лет (25 женщин), II группа - постоянные жительницы края (33 женщины). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью Онлайн калькулятора для расчета статистических критериев <http://medstatistic.ru>.

### Результаты исследования.

Средний возраст пациенток I группы составил  $26,5 \pm 6,1$  лет, во II группе -  $27,1 \pm 2,4$  лет ( $p > 0,05$ ). В I группе первобеременных - 26,6% женщин, повторобеременных - 73,4%; во II группе первобеременных - 27,3% женщин, повторобеременных - 72,7%. Экстрагенитальную патологию имели все беременные. Патология сердечно - сосудистой системы (гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония) имела место в I группе - 16,0%, во II - 33,3%; заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) в I группе - 40,0%, во II - 27,3%; эндокринные нарушения (ожирение, патология щитовидной железы) в I группе - 8,0%, во II - 18,2%; заболевания желудочно - кишечного тракта в I группе - 4,0%, II группе - 12,1%. Из гинекологической патологии: хронический цервицит - в I группе у 8,0%, во II - 21,2%; неспецифический вагинит - в I группе - 8,0%, во II - 15,1%, хронический эндометрит в I группе у 8,0%, во II - 12,1%. Беременность осложнилась в I группе анемией легкой степени - 24,0%, во II группе анемией - 18,2% и умеренной преэклампсией - 6,6%. Роды произошли в срок (37- 40 недель) в I группе - 100,0%; во II группе - 96,9%. Преждевременные роды в 36 недель были во II группе - 3,3%. Осложнения родов в I группе - раннее излитие околоплодных вод - 4,0%,

гипоксия плода- 4,0%; слабость родовой деятельности – 4,0%; разрыв шейки матки 1 степени- 4,0%, плоский плодный пузырь - 4,0%. Осложнения родов во II группе: плоский плодный пузырь - 12,1%, гипоксия плода – 6,1%, обвитие пуповиной - 6,1%, разрыв промежности 1 степени - 6,1%, разрыв шейки матки 1 степени - 3,3%, первичная слабость родовой деятельности - 3,3%. Оперативно родоразрешено (операцией кесарева сечения) в I группе- 44,0%, во II группе - 39,4%. Показаниями для кесарева сечения явились несостоятельный рубец на матке: в I группе - 28,0 %, во II - 24,2%; тазовое предлежание крупного плода: в I группе - 8,0 %, во II - 6,1%; гипоксия плода: в I группе - 4,0 %, во II – 6,1%; аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация) в I группе - 4,0 %, во II - 3,3 %. Во II группе имел место 1 случай гипотонического кровотечения (580 мл) - 3,3 %. Средний объем кровопотери во время родов в I группе- 473,3±180 мл., во II группе 336,4±166 мл ( $p \leq 0,05$ ). Средняя масса новорожденных I группы -

3153±363,5 г, II - 3625±966,9 г ( $p \leq 0,05$ ). Оценка по шкале Апгар в обеих группах в среднем составляла 9-10 баллов. Из заболеваний новорожденных в обеих группах имели место по 1 случаю кефалогематомы и по 1 случаю перелома ключицы (4,0% и 3,3% соответственно). Послеродовой период осложнился в I группе субинволюцией матки в 12,0%, во II группе – в 12,1% случаев.

#### **Выводы.**

Течение беременности и родов зависит от исходного здоровья женщин. Среди коренного населения у беременных преобладали заболевания сердечно – сосудистой системы, желудочно - кишечного тракта и щитовидной железы, во время беременности были анемия и преэклампсия; роды чаще осложнялись гипоксией плода. У приезжих женщин преобладала патология почек и анемия беременной; чаще имела место повторная операция кесарева сечение при несостоятельном рубце на матке и тазовом предлежании плода.

## **ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

© Хоцанян К.С., Макерова В.Е., Порошин А.В., Исмаилова Н.Ш.

® Научный руководитель: к.м.н., доцент Жуковец И.В

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» МЗ РФ,  
г. Благовещенск, Россия

#### **Актуальность проблемы.**

В 2017 году в Амурской области отмечался рост инфекций мочевыводящих путей у беременных. За 2017 год бессимптомная бактериурия (ББ) диагностирована у 6,7%, пиелонефрит - у 5,6%.

**Цель исследования** – провести анализ течения беременностей и родов у пациенток с ББ.

#### **Материалы и методы.**

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт (форма 111/у) 215 беременных с ББ. Средний возраст пациенток составил 27,25±3,9 года.

Критерии включения: наличие колоний бактерий  $10^5$  и более в 1 мл посева средней порции мочи при сроке 14 недели беременности.

#### **Результаты исследования.**

Первобеременных было 41,4%, повторнобеременных - 58,6%. Средняя прибавка веса составила  $11,8 \pm 1,9$  кг.

Соматический анамнез беременных был отягощен хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (32,5%), хроническим тонзиллитом (11,6%), острыми респираторными инфекциями (9,7%). Инфекции, вызванные вирусом герпеса, имелись у 50,2% беременных. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит в анамнезе отмечали 18,6%. Гинекологический анамнез был осложнен эндоцервицитом (23,7%) и неспецифическим вагинитом (20,9%).

Обследование пациенток на наличие инфекций мочевыводящих путей проводилось с помощью культурального исследования мочи, и показало, что встречаемость ББ чаще наблюдалось во II триместре (46,0%), чем в I (38,6%) и III (15,4%) триместрах беременности. По данным бактериологического посева мочи видовой состав возбудителей представлен следующим образом: Enterococcus (40%), Staphylococcus (30,7%), Candida (19,5%), грамотрицательные бактерии (10%). В структуре уропатогенов в бактериологическом посеве отделяемого влагалища наиболее часто встречались идентичные возбудители - Enterococcus (40,9%), Candida (38,6%), Staphylococcus (3,25%).

Угрожающий выкидыш диагностирован у 9,7% обследуемых женщин. Беременность у данных пациенток осложнилась в первом триместре анемией (13,4%) и гестационным сахарным диабетом (10,7%). Во втором и третьем триместрах беременность была также отягощена: гестационным сахарным диабетом (19%) и анемией (18,1%). Угрожающие преждевременные роды диагностированы у 6,9%, задержка роста плода - у 4,6%, предлежанием плаценты - у 6,9% и преэклампсия - у 2,3% случаев.

Преждевременные роды были у 7,9% обследуемых, из них у 70,6% беременных на сроке 34-35 недель. Кесарево сечение (КС) было выполнено 59,4% родильницам. Показаниями к КС у родильниц явились: несостоятельность рубца на матке после операции КС (26,6%), аномалии родовой деятельности (20,3%), крупный плод (15,9%) и преэклампсия (6,3%). Роды были осложнены преждевременным разрывом плодных оболочек в каждом четвертом случае (27,8 %).

#### **Выводы.**

ББ выявлена у повторнобеременных во втором триместре с идентичными посевами из цервикального канала. Каждая вторая беременная имела обострение герпетической инфекции. Беременность у пациенток с ББ осложнялась анемией и гестационным сахарным диабетом, роды - преждевременным разрывом плодных оболочек.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Башкуева Т.Б.....	4
ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ Бусел Ю.В., Дикун Д.А.....	5
ОЦЕНКА РЕЦЕПТОРНОЙ ЭКСПРЕССИИ МИОМАТОЗНОЙ ТКАНИ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ Карпович Г.С., Козлов С.С.....	7
РАЗРАБОТКА ОБУЧАЮЩЕЙ И ТЕСТИРУЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ «THE INSERTION OF KNOWLEDGES» ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Колесникова А.С., Шуманова У.В., Новокшанова С.В., Малкова А.А.....	8
АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ Кравченко Ю.Д., Ишпахтин И.Г.....	10
ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ III СТЕПЕНИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ: ФАКТОРЫ РИСКА, КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И АНАЛИЗ ИСХОДОВ Лебедева А.В., Курносова Ю.А. ....	11
ВОЗМОЖНОСТЬ МОДИФИКАЦИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАССЫ ПЛОДА Ляпунов А.К., Мудров А.А. ....	13
ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ РАСЧЕТА МАССЫ КРУПНОГО ПЛОДА Магеррамова Р.Р. ....	14
РОЛЬ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З., Ляпунов А.К.....	15
СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ДАНЫМ КГБУЗ «ВЛАДИВОСТОКСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 3» ЗА 2017 ГОД Моисеенко М.С., Регор А.М., Гвоздева О.В. ....	17
УГЛЕВОДНАЯ «ИГЛА» В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ Москальцова Н.В. ....	19

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВОЗМОЖНЫЕ МАРКЕРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФЕТОПАТИИ Набиев Б.М., Набиева Е.С.....	20
ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УГЛА ЛОННОЙ ДУГИ Нгуен Чан Виет Ань, Мудров А.А., Микайлова С.А., Мамлеева В.А., Федотова О.М.....	22
ВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПУТЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ НАРУЖНОЙ АНТРОПО- И ФЕТОМЕТРИИ Новокшанова С.В., Мудров А.А.....	23
ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ Степанов Е.А., Новикова М.О.....	25
ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ Хоцанян К.С., Макурова В.Е., Порошин А.В., Исмаилова Н.Ш.....	26

