ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

КОНФЕРЕНЦИЯ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
С ВСЕРОССИЙСКИМ УЧАСТИЕМ

ТРИ ПЕРИОДА ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ: МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

1
2017

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

1 `2017

Учредитель:
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Читинская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации

Главный редактор:
Говорин А.В.

Заместители главного редактора:
Ларева Н.В.
Горбунов В.В.

Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Богомолов Н.И., Витковский Ю.А., Говорин Н.В., Лобанов С.Л., Мироманов А.М., Мочалова М.Н., Пархоменко Ю.В., Погребняков В.Ю., Романова Е.Н., Сахаров А.В., Смекалов В.П., Серебрякова О.В., Пинелис И.С., Цыбиков Н.Н., Шаповалов К.Г., Шильникова Н.Ф., Щербак В.А.

Ответственный секретарь - Сумбаев А.Г.
Технический редактор - Чернова Ю.Г.

Ежеквартальное научно-практическое издание

Подписано в печать 23.03.2017
Бумага офсетная
Формат 60x84/8
Усл. изд. л. 4,9
Тираж 75

Адрес редакции:
672090, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 311
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (302232-30-58
E−mail: Zabmedvestnik@mail.ru

© ЧГМА, 2017

Редакционно-издательский центр ЧГМА

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Приветствие……4

Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е.
СЕПСИС - 3: ПРОБЛЕМЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ……6

Долгова Н.С., Яворская С.Д.
МАЛОВЕСНЫЙ ПЛОД: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ……12

Загородняя Э.Д., Баркан Т.М., Вершинин О.В., Кобозева Е.В., Бышина Н.Н., Муртузалиева С.В.
СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ……15

Ихтиярова Г.А., Шаропова М.С., Гуламов М.Х.
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАЛОГО ТАЗА……18

Марупова С.И., Кенжаева Д.Х.
РОЛЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ МНОГОВОДИЯ У БЕРЕМЕННЫХ……22

Моргунов Р.А., Кравченко Е.Н.
МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЖЕНЩИНАМИ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОМСКОЙ ОБЛАСТИ……25

Тарбаева Д.А., Плотникова В.Ю., Соловьева А.С., Терентьева Л.В., Цырендоржиева О.Б.
СКРИНИНГ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ……30

Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Туранова О.В., Тарбаева Д.А., Анохова Л.И., Пальцева Т.В., Низелькаева Л.Ю., Плетнёва В.А., Шемякина К.Н.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО И ВРАЧЕБНОГО ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ДЛЯ ВПЧ-ТЕСТА У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА……32

Цхай В.Б., Дудина А.Ю., Кочетова Е.Э., Реодько С.В., Лобанова Т.Т., Журкина А.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ……35

Цхай В.Б., Леванович Е.В., Ростовцева Е.С., Андреева А.А., Лобанова Т.Т., Молгачев А.А., Сбродова А.Г., Журкина А.А., Петров В.С.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ……39

Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Фролова Н.И., Клементьева Л.В., Дашкевич О.Ю., Ли О.А.
ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА: АНТЕНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ В СРОКИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ……43

Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Тарбаева Д.А., Ли О.А.
СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЯХ: ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ.....44

Ахметова Е.С., Казанцева Е.В., Алиева А.Р.К, Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З.
ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ.....45

Белозерцева Е.П., Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Фролова Н.И., Анохова Л.И.
ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК.....46

Иозефсон С.А., Хавень Т.В., Голыгин Е.В., Куклин С.И.,
Шальнёва Е.В., Епифанцева И. П., Ванчикова С.Б.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....47

Мочалова М.Н., Казанцев А.П., Пономарева Ю.Н., Мудров В.А., Чацкис Е.М.
РОЛЬ ДИСТАНЦИОННОГО КАРДИОФЕТОМОНИТОРИРОВАНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ.....48

Мудров В.А., Кузьмина Л.А., Фалько Е.В., Камкина Л.Э., Мисайлов Д.П., Целюба Е.А.
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ПРИ РОДАХ КРУПНЫМ ПЛОДОМ.....50

Новопашина Г.Н., Мудров В.А.
СТУДЕНЧЕСКОМУ НАУЧНОМУ ОБЩЕСТВУ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ЧГМА - 60 ЛЕТ.....51

Новопашина Г.Н., Ахметова Е.С.,
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: РИСКИ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ И ПЛОДА.....52

Полстяной А.М., Цхай В.Б., Грицан Г.В., Грицан А.И.
АНАЛИЗ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОРДС НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.....53

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П.,
Анохова Л.И., Фролова Н.И., Папкина Т.И.
РОЛЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....55

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Батодалаева С.Б.
ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВАЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....56

Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Туранова О.В., Ли О.А., Карасева А.Ш., Старицына О.А.
ПЕРИКОНЦЕПЦИОННЫЙ ПРИЕМ ФОЛАТОВ И ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ.....57

Информация о конференции.....59

21-22 марта 2017 г.
г. Чита

ТРИ ПЕРИОДА ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ: МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

Приветствие участникам конференции

ЭКОЛОГО-РЕПРОДУКТИВНЫЙ ДИССОНАНС, ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ И ВОСПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПОПУЛЯЦИИ КАК АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В настоящее время с позиций антропологии рассматривают генез многих гинекологических заболеваний и репродуктивных нарушений у женщины. Именно из антропологии в гинекологию и репродуктивную медицину пришли такие понятия, как "evolutionary mismatch theory" (теория эволюционного несоответствия) и "modern reproductive patterns" (современные модели репродуктивного поведения).

Теория эволюционного несоответствия в последние годы всё чаще используется в медицине для объяснения нарушений физиологических функций организма и происхождения многих заболеваний. Суть этой теории заключается в том, что при слишком быстрых изменениях окружающей среды не успевает срабатывать механизм естественного отбора, чтобы адаптировать фенотип к новым условиям, а это приводит к дисрегуляции на популяционном уровне. Срыв адаптации наиболее часто приводит к скачкообразному росту заболеваемости, в том числе к интенсивному канцерогенезу.

Оценивая ситуацию в фокусе воспроизводственных ресурсов и репродуктивной медицины, можно заключить, что современное человечество живёт в условиях эколого-репродуктивного диссонанса. Именно с этих позиций ведущий акушер-гинеколог современности академик В.Н. Серов первый в нашей стране объяснил недостающие механизмы этиопатогенеза многих гинекологических заболеваний. Понятие эколого-репродуктивного диссонанса подразумевает несоответствие между образом жизни современной женщины и эволюционно сформированной генетической программой, по которой функционировала репродуктивная система на протяжении сотен тысячелетий.

У современной женщины ограниченные возможности следовать предназначенной ей генетической программе и максимально реализовать свою биологическую функцию ввиду сложившихся социальных и культурных традиций: приоритетности карьеры, допустимости ранних и внебрачных отношений, прерываний нежелательных беременностей, позднего деторождения, ориентации на одно-двух-детную модель семьи.

По мнению ведущих специалистов в области акушерства и гинекологии, именно отступление от эволюционно сформированной репродуктивной программы является одной из главных причин глобального роста гинекологической заболеваемости.

Гинекологические заболевания, в свою очередь, вносят существенный вклад в формирование акушерский осложнений, повышающих как показатели материнской и перинатальной заболеваемости, так и число неблагоприятных исходов для матери и плода. Современные исследования показали, что современная женщина обеспечивает интергенетическую связь трех последующих поколений, а репродуктивные возможности и долгосрочные риски для соматического здоровья будущей женщины закладываются на этапе её внутриутробного развития.

Проблемы здоровья девочек, девушек и женщин, без преувеличения, имеют колоссальную социальную значимость. При демографической оценке перспектив развития любого региона важную роль отводят не только имеющемуся потенциалу, но и планируемому, способному в дальнейшем качественно изменить ситуацию. Воспроизводственный потенциал, наряду с духовно-нравственным здоровьем населения и благополучием социально-экономической ситуации, определяют будущие тенденции развития конкретной территории.

В заключении отметим, что демографическое развитие России - это не только огромная социальная, но и глобальная медицинская проблема, многие вопросы которой предстоит решать ученым и практикам разных специальностей. С этих позиций, основной задачей непрерывного медицинского образования врачей акушеров-гинекологов в рамках конференции акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Три периода жизни женщины: медицинские проблемы и современные пути решения" является формирование знаний и умений оказания персонализированной акушерско-гинекологической помощи пациенткам разных возрастных групп на основе современных клинических практик и сведений доказательной медицины.

Желаем участникам конференции плодотворной работы и успешной профессиональной деятельности.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна - д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС Читинской государственной медицинской академии; президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов; член Правления Российского общества акушеров-гинекологов.

Лига Валентина Фёдоровна - главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Забайкальского края.

УДК 616.94-001.36-07:618.2

Артымук Н.В.[1], Белокриницкая Т.Е.[2]

СЕПСИС - 3: ПРОБЛЕМЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

[1]Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
[2]Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Акушерский сепсис остается одной их основных причин материнской смертности (МС) в мире [1]. В России МС, связанная с сепсисом во время родов и в послеродовом периоде, в общей структуре МС достигает 3,6% [2]. В СФО в 2015 году от акушерского сепсиса погибло 3 (6,7%) женщины до 42 дней послеродового периода и 3 женщины в течение первого года после родов [2, 3]. В 2016 году показатель материнской летальности от сепсиса в Сибири вырос практически в 2 раза и составил 13,3% (4 женщины), что соответствует 3-му ранговому месту в общей структуре МС после экстрагенительных заболеваний (40%) и послеродовых кровотечений (16,7%). "Едва не погибли" (near miss) от полиорганной недостаточности, обусловленной акушерским сепсисом, 22 пациентки в 2015 году и 20 женщин - в 2016 году.

Основными проблемами оказания акушерско-гинекологической помощи при акушерском сепсисе являлись позднее обращение пациентки, поздняя диагностика сепсиса, запоздалое оперативное вмешательство, неготовность принимающего ЛПУ к оказанию специализированной помощи [4]. Кроме того, бесконтрольное применение антибиотиков, широкое назначение антибактериальной терапии вместо антибактериальной профилактики, применение для профилактики антибиотиков резерва, широкое распространение необоснованных интервенций: санаций влагалища, вагинальных осмотров в послеродовом периоде еще, к сожалению, сохраняются во многих лечебных учреждениях. Отсутствие партнеров при родоразрешении, а также "закрытость" послеродовых отделений во многих учреждениях способствует формированию внутрибольничных антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов.

В связи с этим в последние годы самое пристальное внимание организаторов здравоохранения и служб, контролирующих качество оказания медицинской помощи, уделяется проблеме инфекций в акушерстве и перинатологии. В связи с этим в мае 2015 года Минздравом РФ утверждены клинические рекомендации (протокол лечения) "Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве" [5], а в сентябре 2015 года опубликованы клинические рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению инфекций в акушерстве [6]. В предисловии к российскому федеральному протоколу сказано, что, несмотря на значительные успехи в диагностике и антимикробной терапии, сепсис при беременности и после родов остается значимой причиной материнской смертности. Эксперты ВОЗ отмечают, что одна десятая часть случаев материнской смерти обусловлена септическими осложнениями беременности и родов, большинство которых регистрируются в низкоресурсных странах, однако родовая инфекция всё еще остается непосредственной причиной материнской смертности и в высокоразвитых странах. Помимо тяжелой заболеваемости и смертности, эти инфекции приводят к возникновению долгосрочных нарушений, таких как хроническая тазовая боль, непроходимость маточных труб и бесплодие. Инфекционные заболевания матери до родов или во время родов являются причиной смерти 1 млн. новорожденных в год [6].

Рекомендации МЗ РФ и ВОЗ 2015 года имеют общую цель - утвердить эффективные клинические вмешательства, которые позволят снизить частоту родовых инфекций и их осложнений у матери, что является частью стратегии по охране здоровья женщин, предупреждению материнской летальности и улучшению исходов для новорожденных [7].

Новые клинические рекомендации "Септические осложнения в акушерстве", утвержденные МЗ РФ 6 февраля 2017 года, разработанные междисциплинарной командой авторов (организаторы здравоохранения, акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи), объединили лучшие современные мировые практики и сведения доказательной медицины с целью обеспечить практического врача алгоритмом профилактики, диагностики и лечения сепсиса у беременных, родильниц и их младенцев [8].

Известно, что в мире наиболее значимыми факторами риска сепсиса в акушерско-гинекологической практике являются возраст моложе 20 лет - 2.5 (1.9-3.3), 40 лет и старше 1.8 (1.2-2.6), бесплатная медицинская помощь - 6.5 (4.9-8.5), кесарево сечение - 6.2 (4.9-7.8), большой паритет родов - 4.4 (3.1-6.3), мертворождение - 21.3 (16.3-27.9), задержка продуктов зачатия, преждевременный разрыв плодных оболочек, серкляж, многоплодие, ВИЧ-инфекция, хроническая сердечная и печеночная недостаточности, системная красная волчанка [9, 10]. В последние годы пневмония/инфекции дыхательных путей (особенно грипп H1N1) и инфекции генитального тракта являются наиболее частыми причинами сепсиса - 40% и 24% соответственно [10, 11].

Одной из основных причин поздней диагностики сепсиса, особенно в акушерской практике, являлась не четкость дефиниций заболевания. За последние 25 лет уже трижды (1991, 2001 и 2016 г.г.) [12-14] проводился пересмотр определения сепсиса и септического шока, каждые четыре года идет обновление международного протокола интенсивной терапии (Surviving Sepsis Campaign Guidelines, 2004, 2008 и 2012 г.г.) [15] с участием десятков ведущих организаций и экспертов.

В начале 2014 года была создана рабочая группа по сепсису по инициативе Европейского общества медицины критических состояний и Общества медицины критических состояний (European Society of Intensive Care Medicine and the Society of Critical Care Medicine).

В 2016 году критерии диагностики сепсиса были пересмотрены Третьим международным консенсусом определений сепсиса и септического шока - Сепсис-3 (The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), 2016) и в основу положено сочетание инфекционного очага и признаков полиорганной недостаточности вне зависимости от наличия или отсутствия системной воспалительной реакции. Обязательными критериями для диагноза сепсиса являются: очаг инфекции и признаки полиорганной недостаточности [14].

Сепсис - ведущая причина смерти от инфекции, особенно при отсутствии своевременной его диагностики и лечения, угрожающая жизни органная дисфункция, причиной которой является дизрегуляторный ответ организма на инфекцию [14].

Органная дисфункция - острые изменения в общем количестве баллов по шкале Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) на $\geq$2 пункта как следствие инфекции. Базовая линия шкалы SOFA (оценки связанной с сепсисом органной недостаточности) может быть приравнена к нулю у пациентов при отсутствии информации о ранее имевшейся у них органной дисфункции. Баллы по шкале SOFA $\geq$2 пунктов связаны с увеличением вероятности внутрибольничной летальности более 10% [14].

Было

Сепсис = инфекция + ССВО [5, 7, 12].

Стало

Сепсис = инфекция + органная дисфункция [14].

Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) в настоящее время более не является критерием сепсиса [14], т.к. один из восьми пациентов (12,5%) с тяжелым сепсисом является "ССВО отрицательным" [12].

Подтверждением ССВО является наличие 2 или более симптомов [16]:

1. Температура тела выше 38° С или ниже 36° С.
2. Тахикардия более 90 уд/мин.
3. Тахипноэ более 20 в мин или снижение парциального давления CO2<32 мм рт.ст.

Септический шок в настоящее время определяется как разновидность сепсиса, при котором наблюдаемые циркуляторные, клеточные метаболические изменения достаточно выражены для существенного повышения риска смерти [8, 14].

Септический шок - это сепсис, в сочетании с необходимостью проведения терапии вазопрессорами для подъёма АДср$\geq$65 мм рт.ст. и с уровнем лактата > 2 ммоль/л на фоне адекватной инфузионной терапии [8, 14].

Диагностика сепсиса и септического шока должна основываться на четких критериях консенсуса "Сепсис-3" [8, 14].

Критерии сепсиса [8, 14]:

- подозрение на инфекцию или документально подтверждённая инфекция;
- органная дисфункция (оценка два балла и более по шкале SOFA).

Шкала qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) - упрощенная шкала SOFA для быстрой оценки на догоспитальном этапе и вне палаты интенсивной терапии (таблица 1).

Таблица 1

Шкала qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment)

Показатель	qSOFA, баллы
Снижение АД (АД систолическое ≤ 100 мм рт ст)	1
Увеличение частоты дыхания (≥ 22 дыханий/мин)	1
Нарушение сознания (по шкале Глазго < 15)	1

Количество баллов по шкале qSOFA 2 и более - сильный предиктор неблагоприятного исхода и пациентка требует перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Критерии септического шока [8, 14]:

- персистирующая артериальная гипотензия, требующая применения вазопрессоров для поддержания среднего артериального давления ≥65 мм рт. ст.
- уровнь лактата >2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузионную терапию.

При наличии этих критериев вероятность внутрибольничной смерти превышает 40%.

Таким образом, поскольку согласно критериям СЕПСИС-3 "Сепсис - это жизнеугрожающая органная дисфункция, вызванная нарушением регуляции реакции организма на инфекцию", критерий "тяжелый сепсис" является излишним [8, 14].

Лабораторные и инструментальные исследования при подозрении на сепсис [8, 16]:

- Посев крови до назначения антибиотиков (АБ) [D].
- Определение лактата в сыворотке крови [D].
- Исследования, направленные на поиск источника инфекции [D] (рентгенограмма легких, УЗИ органов брюшной полости, Эхо-КС).
- Клинический анализ крови, тромбоциты, анализ мочи, коагулограмма, электролиты плазмы.
- Бактериологическое исследование в зависимости от клиники (лохий, мочи, отделяемого из раны, носоглотки).
- Биомаркеры (С-реактивный белок, прокальцитонин, пресепсин).

НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

При лечении сепсиса и септического шока должен использоваться принцип ***"ранней целенаправленной терапии" (early goal-directed therapy (EGDT))***, определяющей цели терапии, которые должны быть достигнуты за определенный промежуток времени [8, 18-21].

Интенсивная терапия должна начинаться до поступления пациентки в палату интенсивной терапии.

Ранняя целенаправленная терапия включает:

- Санация очага инфекции.
- Инфузия кристаллоидов, при неэффективности подключение вазопрессоров и инотропных препаратов.
- Применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия.
- Адъювантная терапия (ИВЛ, трансфузионная терапия, почечная заместительная терапия, нутритивная поддержка и т.д.)

Санация очага инфекции должна быть проведена в первые 6-12 ч после диагностики сепсиса и септического шока [8, 15].

Вопрос о необходимости удаления матки должен стоять постоянно, поскольку велика вероятность и вторичного инфицирования и существуют объективные трудности: ни бимануальное исследование, ни данные УЗИ матки часто не дают необходимой информации. Именно в данной ситуации ***особенно важно, как можно раньше оценить системные проявления инфекционного процесса и выявить признаки полиорганной недостаточности.***

Когда необходимо решить вопрос об удалении матки [8, 21]:

- Помимо матки не выявлено других очагов инфекции, обусловливающих тяжесть состояния и нарастание симптомов ПОН.
- При несоответствии ухудшения клинической картины и симптомов основной патологии ("необъясненные" симптомы).
- Появление и прогресирование признаков полиорганной недостаточности (снижение АД, олигурия, ОПЛ/ОРДС, желтуха, энцефалопатия, ДВС-синдром, тромбоцитопения) и их прогрессирование.
- Диагностированный хорионамнионит
- Нарастание воспалительной реакции на фоне интенсивной терапии - неэффективность консервативной терапии.
- Рост уровня биомаркеров (уровень прокальцитонина может повышаться и при других критических состояниях, что в принципе не уменьшает его диагностической ценности).
- Антенатальная гибель плода на фоне инфекционного процесса любой локализации.

В течение первого часа от постановки

диагноза сепсис и септический шок обеспечивается [8, 15]:
- Венозный доступ.
- Контроль диуреза.
- Лабораторный контроль, взятие проб на бактериологическое исследование.

Начать внутривенную инфузию кристаллоидов (уровень 1В) в объеме до 30 мл/кг (уровень 1С) (при отсутствии эффекта применяются растворы альбумина (уровень 2С). Ограничение объема инфузии требуется, когда ЦВД увеличивается без гемодинамической стабилизации (АД, ЧСС), а также при поражении легких (пневмония, ОРДС). Препараты гидроксиэтилированного крахмала при сепсисе и септическом шоке противопоказаны (уровень 1В) [15].

- Необходимо начать антибактериальную терапию в течение первого часа после постановки диагноза сепсис и септический шок (уровень 1В) [15]. Лечение начинается антибактериальными препаратами широкого спектра действия с максимальным охватом потенциального возбудителя (уровень 1В) - эмпирическая терапия (один или комбинация двух препаратов). Оптимально использовать оригинальный препарат. Выбор препарата зависит от спектра действия и предполагаемого очага инфекции. Каждый час задержки адекватной антибактериальной терапии снижает выживаемость пациенток, а через 36 ч начатая антибактериальная терапия практически не влияет на выживаемость [22-24].

Эмпирическая антибактериальная терапия не должна проводиться более 3-5 суток, далее необходимо ориентироваться на чувствительность микроорганизмов к препаратам. Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится ежедневно. Средняя продолжительность антибактериальной терапии составляет 7-10 суток, но может быть продолжена у отдельных пациенток (уровень 2С) [15].

Дальнейшая терапия сепсиса проводится в РАО [8, 15]
- ИВЛ.
- Почечная заместительная терапия.
- Компоненты крови.
- Нутритивная поддержка.
- Седация, аналгезия, миоплегия.
- Профилактика стресс-язв ЖКТ (ингибиторы протонной помпы).
- Тромбопрофилактика.

Однако профилактировать сепсис проще чем лечить.

Что мы можем сделать для профилактики послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний?
- Диагностика и лечение инфекций мочевыводящих путей; анемии и расстройств питания; сахарного диабета; заболеваний, передаваемых половым путем, и других вагинальных инфекций [25].
- Своевременное лечение при дородовом излитии околоплодных вод [25], ограничение вагинальных исследований при преждевременном разрыве плодных оболочек [6, 7].
- Строгое соблюдение антисептики и стерилизации, обработка рук и передней брюшной стенки [6, 7, 26, 27].
- Обработка влагалища раствором антисептика непосредственно перед кесаревым сечением (например, повидон-йодом) [6, 7, 25].
- Применение индивидуальных комплектов и наборов на роды [25].
- Ведение партограммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения для предупреждения затяжных родов [25].
- Строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах; соблюдение стерильности в операционной и родовом зале [25].
- Избегать необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения необоснованной эпизиотомии [25].
- Профилактическое применение антибиотиков при инвазивных процедурах, длительном безводном периоде [25].
- **В послеродовом периоде:** ранняя выписка - 3-и сутки [28, 29].

Согласно рекомендованному Минздравом РФ протоколу, рутинное ведение послеродового периода предполагает необходимость обеспечения доступа членов семьи к родильнице и ее новорожденному, длительность пребывания в стационаре - 3 суток, контроль температуры, пульса, АД, осмотр и пальпацию молочных желез, оценку высоты стояния дна матки, контроль за состоянием швов (которые ведутся сухим способом и могут быть сняты по месту жительства), введение антирезусного иммуноглобулина, грамотное консультирование по грудному вскармливанию, УЗИ органов малого таза (по желанию женщины) [30].

Никакие регламентирующие документы ни в нашей стране, ни за рубежом не предполагают без наличия каких-либо особых показаний (осложнений) ***вагинальных осмотров, обработок***

швов, санаций влагалища и других интервенций, которые не имеют доказательств пользы, но могут способствовать развитию послеродовых гнойно-септических осложнений!

Таким образом, предполагается, что новые дефиниции сепсиса и септического шока будут способствовать более своевременной его диагностике, а при соответствующей современным протоколам тактике и широком внедрении современных перинатальных технологий (ранней выписке, отказе от ненужных вмешательств), позволят снизить материнскую смертность от этого, в целом, предотвратимого осложнения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Buddeberg BS, Aveling W. Puerperal sepsis in the 21st century: progress, new challenges and the situation worldwide. Postgrad Med J. 2015 Oct;91(1080):572-8.
2. Материнская смертность в Российской Федерации в 2014 году (методическое письмо)/ под ред Е.Н. Байбариной - М., 2015. 73 с.
3. Аудит критических состояний в Российской Федерации в 2015 году. (методическое письмо)/под ред Е.Н. Байбариной - М.;- 2015- 25 с.
4. Ушакова Г.А., Артымук Н.В., Зеленина Е.М., Тришкин А.Г., Шукевич Л.Е., Шукевич Д.Л., Шин А.П., Власова В.В. Сепсис и материнская смертность в Кемеровской области. Российский вестник акушера-гинеколога. 2010. Т. 10. № 1. С. 7-10.
5. Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве. Клинические рекомендации, утвержденные МЗ РФ 27.05.2015 г. № 15-4/10/2-2449. Москва, 2015. 35 с.
6. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. 28-th of September 2015; 70 p.
7. Белокриницкая Т.Е.,Фролова Н.И.Профилактика септических осложнений в акушерстве: рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации и Всемирной Организации Здравоохранения 2015 г.// Российский вестник акушера-гинеколога. - 2016. - Том 16, № 3. - С. 79-84.
8. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации, утвержденные МЗ РФ 6 февраля 2017 года № 15-4/10/2-728. Москва, 2017. 59 с.
9. Bauer ME, Bateman BT, Bauer ST, Shanks AM, Mhyre JM. Maternal sepsis mortality and morbidity during hospitalization for delivery: temporal trends and independent associations for severe sepsis. Anesth Analg. 2013 Oct;117(4):944-50.
10. Acosta CD, Harrison DA, Rowan K, Lucas DN, Kurinczuk JJ, Knight M. Maternal morbidity and mortality from severe sepsis: a national cohort study. BMJ Open. 2016 Aug 23;6(8):e012323. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012323.
11. Грипп и беременность / Т.Е. Белокриницкая, К.Г. Шаповалов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 144 с.
12. Bone R.C., Balk R.A., Cerra F.B. et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. Chest.-1992;101 P.1644-1655
13. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E et al. SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med. 2003 Apr;31(4):1250-6
14. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10.
15. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including The Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive Care Med. 2013 Feb;39(2):165-228
16. Kaukonen KM, Bailey M, Pilcher D, et al. Systemic inflammatory response syndrome criteria in defining severe sepsis. N Engl J Med 2015;372:1629-38.
17. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство/под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. 2-е изд. доп. и перер. М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2011.-352 с.
18. Olvera L, Dutra D. Early Recognition and Management of Maternal Sepsis. Nurs Womens Health. 2016 Apr-May;20(2):182-96.
19. Nguyen HB, Jaehne AK, Jayaprakash N, Semler MW, Hegab S et al. Early goal-directed therapy in severe sepsis and septic shock: insights and comparisons to ProCESS, ProMISe, and ARISE. Crit Care. 2016 Jul 1;20(1):160.
20. Jiang LB, Zhang M, Jiang SY, Ma YF. Early goal-

directed resuscitation for patients with severe sepsis and septic shock: a meta-analysis and trial sequential analysis. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016 Mar 5;24:23.
21. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J et al. Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med. 2001 Nov 8;345(19):1368-77
22. Arulkumaran N, Singer M. Puerperal sepsis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec;27(6):893-902.
23. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, et al; Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG. 2011 Mar;118 Suppl 1:1-203. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02847.x.
24. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE), BJOG 2011; 118 (Suppl. 1), 1-203.
25. Management of Puerperal Sepsis, SLCOG National Guidelines, 2009. P.64-81.
26. Haas DM et al. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. Cochrane Database Syst. Rev. 2014.
27. Hadiati D.R. et al. Skin preparation for preventing infection following caesarean section. Cochrane Database Syst. Rev. 2014 Sep 17.
28. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
29. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность". Утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 8 мая 2010 г. № 58. Зарегистрировано в Минюсте РФ 9 августа 2010 г. № 18094.
30. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде. Клинические рекомендации (протокол), утвержден МЗ РФ 27 мая 2014 №15-4\10\2-3185. - Москва, 2014. - 27с.

УДК:618.291:618.4-036

Долгова Н.С., Яворская С.Д.

МАЛОВЕСНЫЙ ПЛОД: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Введение. Главная задача акушерства - здоровая мать и здоровый ребенок. Одним из неблагоприятных для жизни и здоровья ребенка в будущем является такое осложнение беременности как задержка роста развития плода (ЗРП). ЗРП характеризуется замедлением, остановкой или отрицательной динамикой размеров плода. При данном осложнении высок риск мертворождения, неонатальной заболеваемости и смертности [6]. Экономические затраты на комплексное лечение, связанные с рождением детей с ЗРП, причиняют значительный социальный и экономический груз обществу [4]. На сегодняшний день единственным способом решения этой проблемы является выбор оптимального срока и способа родоразрешения, когда риск рождения незрелого новорожденного будет меньше, чем риск развития тяжелых гипоксических поражений плода [3].

Американские неонатологи считают, что срок родоразрешения, даже при доношенной беременности, оказывает значимое влияние на будущее здоровье ребенка [7]. В их работах показано, что рано доношенные новорожденные (37 0/7 до 38 6/7 недель гестации) в сравнении с поздними доношенными(39 0/7 до 41 6/7 недель) чаще испытывают респираторные нарушения в виде переходного тахипноэ, персистирующей легочной гипертензии и нуждаются в более длительном стационарном уходе [8,9,10].

Цель работы. Оценить частоту и степень выраженности перинатальных поражений ЦНС у новорожденных, рожденных с низкой массой тела к сроку гестации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 историй родов и 100 карт новорожденных, родившихся в срок 37 0/7 - 41 6/7 недель, при рождении которым был поставлен диагноз ЗРП.

Критерии включения: доношенная беременность, новорожденный с ЗРП, срочные роды одним плодом, родители европейской расы.

Критерии исключения: преждевременные роды, роды двойней, родители не европейской расы.

Срок гестации на момент родов установлен по дате последней менструации и данных УЗИ в срок 11-14 недель [5]. Диагноз ЗРП поставлен после оценки физического развития новорожденного по таблице Г.М. Дементьевой, с учетом срока гестации [1].

В зависимости от срока родоразрешения основная группа (100 новорожденных) была разделена на 2 подгруппы: первая подгруппа - 50 новорожденных, рожденных при сроке гестации 37 0/7 до 38 6/7 недель, вторая подгруппа - 50 новорожденных, рожденных при сроке 39 0/7 - 41 6/7 недель.

Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладной статистики MicrosoftExcel 2010, Statistica 6.1. Были использованы параметрический метод (t-критерий Стьюдента), непараметрические методы (критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность). Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы считали соответствующим $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. При оценке социального, соматического и акушерско-гинекологического анамнезов матерей, родивших маловесных новорожденных, в группах сравнения, значимых различий не установлено. Такие соматические заболевания как ожирение (8% и 8%; p=1), гипертензионный синдром (10% и 8%; p=0,7), нарушение углеводного обмена (4% и 10%; p=0,2), наличие которых предполагает развитие первичной плацентарной дисфункции и ЗРП, у них регистрировались не чаще, чем в популяции [2]. Матери, родившие детей в срок 37 0/7 - 38 6/7 недель, значимо чаще имели варикозную болезнь нижних конечностей (30% и 14%; p=0,05), а родившие в срок 39 0/7 - 41 6/7 недель - чаще страдали хронической анемией (8% и 26%; p=0,01).

Беременность у большинства матерей, новорожденных двух групп сравнения, протекала осложненно, без значимых различий в подгруппах. Первый триместр беременности у каждой четвертой осложнился угрозой само-

произвольного выкидыша (8% и 12%; p=0,5), у каждой восьмой был ранний токсикоз, требующий стационарного лечения (16% и 12%; p=0,4), в 23% зафиксированы осложнения инфекционного генеза, в виде острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и неспецифических вульвовагинитов (26% и 20%; p=0,4). Второй триместр беременности протекал на фоне угрозы прерывания беременности у каждой третьей пациентки (32% и 31%; p=0,9). Ультразвуковые маркеры ВУИ имели место в 38% и 50% случаев (p=0,2), у 4 пациенток, родивших детей в срок 39 0/7 - 41 6/7 недель, выявлено многоводие (0% и 8%; p=0,04). Ультразвуковые признаки ЗРП во втором триместре установлены в 6% и 8% случаев соответственно (p=0,7).

Наиболее значимыми осложнениями течения третьего триместра беременности у матерей новорожденных групп сравнения были: угроза преждевременных родов (16% и 18%; p=0,7), преэклампсия (14% и 6%; p=0,1), каждая третья мать новорожденных 2 группы сравнения имела отеки, обусловленные беременностью (10% и 34%; p=0,004). Инфекционные осложнения (ОРВИ и вагиниты), более часто имели матери новорожденных 2 группы сравнения (26% и 40%; p=0,1). Диагноз задержка роста плода во время беременности имел место у каждой второй женщины двух групп сравнения (50% и 48%; p=0,8). Вопрос о досрочном родоразрешении не ставился. Однако, все беременные были направлены на дородовую госпитализацию, и на момент срочных родов у каждой второй (48% и 54%; p=0,5) беременной установлены нарушения маточно-плацентарного кровообращения, что по сумме сочетанных показаний и явилось поводом для оперативных родов (48% и 50%; p=0,8). После родов было установлено, что в 90% случаев новорожденные родились без признаков асфиксии с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов (86% и 94%; p=0,1). Всем новорожденным поставлен диагноз ЗРП, в 79% по гипотрофическому (84% и 74%; p=0,2), в 21% по гипопластическому типу (16% и 26%; p=0,2). Средний вес при рождении в группах сравнения статистически не различался (медиана 2343,8 г. и 2626,9 г.; p=0,4).

В первые трое суток после рождения каждому третьему новорожденному (36%) был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС, без значимых различий в сравниваемых подгруппах (30% и 42%; p=0,2). Наиболее часто встречающиеся клинические проявления перинатального поражения ЦНС: мышечная гипотония (16% и 20%; p=0,6) и нервно-рефлекторное возбуждение (10% и 14%; p=0,5), церебральная ишемия имели место только у трех новорожденных, рожденных в срок 39-40 недель (0% и 6%; p=0,08). У детей, рожденных в срок 37 0/7 - 38 6/7 недель, значимо чаще имела место морфофункциональная незрелость (12% и 0%; p=0,01). Из-за различных осложнений периода адаптации каждый второй новорожденный, вне зависимости от срока рождения, был переведен на второй этап выхаживания (58% и 44%; p=0,1).

Выводы

1. Диагноз задержки роста плода ставится пренатально только в 50% случаев.
2. У каждой второй матери, родившей ребенка с ЗРП, в сроках доношенной беременности имеются признаки внутриутробного страдания плода, чем и обусловлена высокая частота оперативных родов.
3. В нашем исследовании не установлена прямая зависимость частоты и выраженности перинатальных осложнений ЦНС от гестационного возраста доношенных новорожденных с ЗРП.
4. Установлено, что у новорожденных с ЗРП, рожденных в сроки ранней доношенности, чаще встречается морфофункциональная незрелость, что может дополнительно осложнить течение их постнатального периода жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дементьева Г.М. Клинико-патогенетическая характеристика и критерии диагностики задержки роста и развития новорожденных: автореф. дис. … д-ра мед.наук. - М., 1984. - С. 42.
2. Стрельченко О.В. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского Федерального округа в 2014 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Выпуск 14 / О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов : под общ.редакцией О.В. Стрельченко. - АНФПО "Новосибирский академический центр человека". 2015. - 270 с.
3. Плацентарная недостаточность: профилактика, диагностика, подходы к родоразрешению, перинатальнве исходы / Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская // Барнаул, 2011. - 120 с.
4. Хурасева А.Б. Современный взгляд на проблему синдрома задержки внутриутробного развития плода (обзор литературы) / А.Б. Хурасева // Гинекология. -2007. - № 5. - С. 40-45.

5. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н (ред. от 17.01.2014) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960).
6. Breeze A.C. Prediction and perinatal outcomes of fetal growth restriction/ A.C. Breeze, C.C. Lees // Semin Fetal Neonatal Med. - 2007. - 12 (5). - P. 383-397.
7. Madar J. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at 'term'/ J. Madar, S. Richmond, E. Hey // Acta Paediatr. - 1999. - 88 (11). - P. 1244-48.
8. McIntire D.D. Neonatal mortality and morbidity rates in late-preterm births compared with births at term/ D.D. McIntire, K.J. Leveno// Obstet Gynecol. - 2008. - 111 (1). - P. 35-41.
9. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among 'healthy', late-preterm newborns / C.K. Shapiro-Mendoza [et al.] // Semin Perinatol. - 2006. - 30 (2). - P. 54-60.
10. Do very sick neonates born at term have antenatal risks? 2. Infants ventilated primarily for lung disease / L. Sutton [et al.] // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2001. - 80 (10). - P. 917-25.

УДК 618.14-002-07-08:612.663.5

Загородняя Э.Д., Баркан Т.М., Вершинин О.В., Кобозева Е.В., Бышина Н.Н., Муртузалиева С.В.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
НУЗ Дорожная клиническая больница, Чита, Россия

Частота бесплодных браков в РФ составляет около 15%. В структуре бесплодного брака женское бесплодие занимает до 40-60%. Наиболее распространенной его формой является трубно-перитониальный фактор, на долю которого отводится от 35 % до 60 % . Наиболее частая причина окклюзии маточных труб - воспалительный процесс, вызванный генитальной инфекцией. В основном она имеет характер микст-инфекции микроорганизмами, передающимися половым путем (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гонококки, трихомонады, а также грам(+) и грамм(-) аэробами и анаэробами). Воспалительный процесс диагностируется у пациенток с первичным бесплодием в 60%, при вторичном бесплодии - в 40% случаев. Особенностью течения хронических воспалительных заболеваний придатков матки является их стертый характер, с последующим развитием тяжелого деформирующего процесса в маточных трубах и трубно-перитонеального бесплодия.

Эта группа пациенток чаще других нуждается в применении методов вспомогательной репродукции. При этом важным фактором, определяющим результативность метода, является состояние эндометрия. Частота хронического эндометрита варьирует от 6 до 66,3%. В настоящее время хронический эндометрит относится к одной из актуальных проблем гинекологии в связи с влиянием этой патологии на репродуктивную функцию женщины - нарушение менструального цикла, невынашивание беременности, бесплодие, неудовлетворительные результаты вспомогательных репродуктивных технологий. Нерезультативность ЭКО с переносом эмбрионов при наличии хронического эндометрита составляет 37,2 - 59,2%. Основная причина связана с морфологическими и функциональными изменениями органов репродуктивной системы.

Цель исследования. Изучить морфофункциональное состояние эндометрия у больных с трубно-перитонеальным бесплодием, провести анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, сравнить их эффективность в диагностике хронического эндометрита.

Методы исследования. Ретроспективное изучение анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Специальные методы исследования: эхография органов малого таза, гистероскопия, морфогистологическое исследование эндометрия, полученного при пайпель-биопсии эндометрия или при раздельном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала (по показаниям), комплексное бактериологическое и бактериоскопическое исследование материала из цервикального канала и влагалища.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования. Проведен анализ 80 амбулаторных карт, историй болезни, протоколов операций, результатов морфогистологического исследования биопсии эндометрия, УЗИ, гистероскопии, лабораторных обследований. Все пациентки оперированы лапароскопическим методом. Показания к оперативному вмешательству: гидросальпинкс - 27, пиосальпинкс - 10, повторная внематочная беременность - 9, тубоовариальное воспалительное образование - 6, наружный и внутренний эндометриоз - 12, перекрут кисты яичника - 8, двухсторонний хронический сальпингит с сактосальпинксом - 8.

Средний возраст больных составил 31,7 ± 3,6 лет: до 25 лет - 16 (20%), 25-30 лет - 28 (35%), 30-35 лет - 26 (32,5%), старше 35 лет - 10 (12,5%). Нарушение менструальной функции с менархе (позднее начало, олигоменорея) отмечено у 15 (18,7%) пациенток, в репродуктивном возрасте: меноррагия - у 12 (15%), олигоменорея - у 8 (10%). До планируемой беременности барьерная контрацепция использовалась у 28, гормональная у 12, ВМК - у 8 (10%) женщин. Экстрагенитальная патология: вредные

привычки (табакокурение) - 18,7%, хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы - 13,7%, хронические воспалительные заболевания ЛОР - органов - 11,2%, хронические воспалительные заболевания дыхательной системы - 11,2% , хронические воспалительные заболевания органов пищеварения - 8,7%.

Все пациентки до поступления на оперативное лечение обследованы по поводу бесплодия по стандартной схеме. При лабораторном обследовании выявлено и проведено лечение: грамм (+) и грамм (-) флоры (20%), хламидии (18,3%), вирус герпеса (16,0%), цитомегаловирус (9%), микоплазмы (16,1%) и дрожжевые грибы рода Candida albicans (31,1%). Перенесенные гинекологические заболевания: хронический цервицит с деструктивным методом лечения - 8, воспаление придатков матки - у 23, в сочетании с эндометритом - у 10, миома матки у 8, из них миомэктомия у 4, наружный и внутренний эндометриоз - у 12 пациенток. Репродуктивная функция: роды у 8 женщин, из них у 5 - кесарево сечение, медицинские аборты - у 16, самопроизвольные выкидыши - у 12 (из них неразвивающаяся беременнось - 8, трубная беременность - у 8, брюшная - у 1.Длительность бесплодия: от 1 до 3 лет - у 22 (27,5%), от 4 до 7 лет - у 38 (47,5%), от 8 до 15 лет - у 20 (25%) пациенток. Первичное бесплодие у 44 пациенток (55%). Неудачная попытка ЭКО однократно в 5 и дважды - в 2 случаях. Таким образом, причинами трубно-перитонеального бесплодия явились:

1) перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза - 57 (71,2%): гидросальпинкс, пиосальпинкс, тубоовариальное воспалительное образование, двухсторонний хронический сальпингит с сактосальпинксом.
2) внутриматочные вмешательства (35%): инструментальное удаление плодного яйца (выкидыши), лечебно-диагностическое выскабливание матки, медицинские аборты, внутриматочная контрацепция.
3) перенесенные оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости (23,7%): внематочная беременность, перекрут кисты яичника, кесарево сечение.
4) наружный и внутренний эндометриоз (12,5%).

На момент оперативного лечения у всех пациенток были исключены гормональный и мужской факторы бесплодия. Гормональный фон изначально или после коррекции был в норме, менструальные циклы овуляторные.

УЗИ матки и придатков - патология эндометрия в различном сочетании (от 2 до 4 признаков): атрофия (при длительном бесплодии), неровный контур, неоднородная эхоструктура, неровность линии смыкания эндометрия передней и задней стенок матки, неравномерное расширение полости матки в пролиферативную фазу, газообразные пузырьки в полости матки, гиперэхогенные включения в проекции базального слоя, синехии в полости матки, диффузно-очаговые и кистозные изменения в субдэндометриальной зоне миометрия. Только у 40 (50%) неоднократно обследованных пациенток были выявлены некоторые из перечисленных признаков. В большинстве случаев это гипотрофичный и/или атрофичный эндометрий, неровный контур, неровность линии смыкания стенок эндометрия и только в единичных случаях определяли остальные признаки хронического эндометрита.

Гистероскопия проведена на 7-10 день менструального цикла у 35 (43,7%) пациенток. Из них признаки ХЭ выявлены только в 15 (42,8%) случаях: неоднородная толщина эндометрия, неравномерная окраска, очаговая гиперемия, полиповидные нарастания, очаговая гипертрофия слизистой оболочки, точечные кровоизлияния, повышенная кровоточивость.

Результаты гистологического исследования биопсии эндометрия, полученного с помощью аспирационной кюретки Pipellede Cornier или традиционного диагностического выскабливания при патологии эндометрия, выявленной при гистероскопии. Патологии не выявлено у 15 (18,8%) больных с перекрутом кисты яичника, эндометриозом, внематочной беременностью. У 65 (81,2%) пациенток диагностированы различные признаки хронического эндометрита: инфильтраты, состоящие из лимфоцитов и плазмоцитов с примесью лейкоцитов и гистиоцитов, наличие лимфоидных фолликулов не только вблизи базального слоя слизистой тела матки, но и в поверхностных отделах функционального слоя эндометрия, повышение содержания в последнем эндометриальных гранулоцитов, разрастание соединительной ткани, немногочисленные сосуды с суженным просветом.Строма эндометрия плотная, цитогенного характера, местами с отеком, железистый эпителий индифферентный и с признаками функциональной активности разной степени выраженности. Наблюдаются очаги распада с эозинофильно-клеточными и папиллярны-

ми изменениями. У 48 (73,8%) пациенток выявлен "полный симптомокомплекс хронического эндометрита": наличие в строме эндометрия плазматических клеток, очаговый фиброз стромы, возникающий при длительном течении хронического воспаления, склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия. У 17 (26,2%) наблюдалась "неполная морфологическая картина хронического эндометрита" - выявлен только один из перечисленных признаков.

Таким образом, ретроспективным анализом оперированных пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием установлен высокий процент инфицирования как вследствие экстрагенитальной патологии - у 44,8% , так и гинекологической - 71%. Различные внутриматочные вмешательства в 35% случаев также могли сыграть определенную роль в причине бесплодия вследствие хронического эндометрита. У каждой третьей женщины (35%) были перенесенные медицинские аборты или самопроизвольные выкидыши и только у 6 (17%) из них не проводилось инструментальное вмешательство. Известно, что длительность бесплодия является важным фактором в прогнозе лечения бесплодия. Только в 27,5% случаев обращение больных было до 3 лет бесплодия, а в 72,5% бесплодие наблюдалось более 3 лет. Комплексным обследованим больных с бесплодием было установлено наличие различной инфекции, в том числе у каждой четвертой пациентки (25%) - вирусной, при которой гинекологические воспалительные заболевания протекают со стертой клиникой и низкой эффективностью проводимой терапии. Основными методами исследования при хроническом эндометрите являются гистероскопия, УЗИ и морфогистология. В проведенном исследовании результативность их была соответственно: 42,8%, 50%, 81,2%.

Выводы.

1. Воспалительные заболевания являются основной причиной трубно-перитонеального бесплодия.
2. Частое сочетание (81,2%) трубно-перитонеаьного бесплодия и хронического эндометрита.
3. В диагностике хронического эндометрита УЗИ и гистероскопия дают возможность только предполагать наличие заболевания, наиболее достоверно морфогистологическое исследование биоптата эндометрия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горин В.С. Принципы диагностики и терапии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Горин В.С., СагинорМ.Е., Мальтинская Н.А. //Рос.вест.акуш.-гин. - 2008. - т.8.№ 5. - С.30-37
2. Плужникова Т.А. Диагностика и лечение хронического эндометрита у женщин с невынашиванием беременности в анамнезе / Плужникова Т.А., Комаров Е.К. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2012. - Вып. 2. - С. 52-55.
3. Унанян А.Л. Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Роль антифиброзирующей терапии / Унанян А.Л., Коссович Ю.М. // Лечащий врач. - 2012. - № 11. - С. 35-40.
4. Уткин Е.В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии. - Кемерово: Кузбасс, 2010. - 186 с.
5. Хоржевский В.А. Морфо-функциональная характеристика эндометрия женщин с бесплодием при гидросальпинксе /Хоржевский В.А., Кириченко А.К. Игошина С.А. // Сибирский мед.журн. 2007. - №4. - С. 12-16.
6. Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: современные взгляды на проблему // Consilium Medicum (женское здоровье). - 2011. - Т. 13 № 6. - С. 36-39.
7. Gleicher N. Successful treatment of unresponsive thin endometrium /Gleicher N., Vidali A., Barad D.H. // Fertil. Steril. 2011. - T. 95. - № 2123. - P. 13-17.
8. Kitaya K. Prevalence of chronic endometritis in recurrent miscarriages // Fertil. Steril. - 2011. - Vol. 95, № 3. - P. 1156-1158.

УДК 618.1 - 022.1 - 07-84

Ихтиярова Г.А., Шаропова М.С., Гуламов М.Х.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАЛОГО ТАЗА

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

В структуре гинекологических заболеваний воспалительные процессы женских половых органов занимают первое место, составляя 60-65% от всей гинекологической патологии [1,2]. Несмотря на значительные успехи в организации лечебного процесса и медицинского наблюдения женщин репродуктивного возраста, во всем мире сохраняется высокая частота острых и хронических заболеваний гениталий воспалительного генеза. Воспалительные заболевания органов репродуктивной системы являются частой причиной бесплодия, невынашивания беременности, занимают значительный удельный вес в структуре материнской и перинатальной смертности, вопросы их профилактики и терапевтической коррекции продолжают оставаться чрезвычайно актуальными и представляют значительную проблему для здравоохранения [1,3-5]. Вопросы лечения и реабилитации пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий весьма актуальны, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является важной социальной и экономической проблемой.

Цель исследования. Провести комплексную оценку и обосновать лечебно-профилактические мероприятия при проведении предгравидарной подготовки и при ведении беременности у женщин, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования. В основные клинические исследования были включены 187 беременных женщин, относящихся к группе высокого перинатального риска (степень перинатального риска более 10 баллов), имевших в анамнезе преждевременные роды (ПР), мертворождения, гибель плода. В зависимости от тактики ведения нами были выделены следующие группы: основная группа (ОГ) включала 50 женщин, которые получали лечение, направленное на профилактику первичной и вторичной плацентарной недостаточности (ПН) (предгравидарная подготовка); в 1 группу вошли 67 женщин, которым проводились лечебные мероприятия, направленные на профилактику экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ), в сроке гестации до 16 нед.; во 2 группу были включены 70 женщин, которым проводились лечебные мероприятия, направленные на профилактику ЭГЗ в сроке гестации после 16 нед. Для сравнения (группа сравнения - ГС) мы проанализировали данные клинического обследования 50 женщин, у которых беременность завершилась нормальными срочными родами (родились живые доношенные дети), а по данным морфологического исследования последов признаков воспаления зафиксировано не было. Средний возраст женщин ОГ составил 27,49±1,91 лет; 1 группа - 28,00±2,05 лет; 2 группа - 28,36±2,24 лет; ГС - 26,78±1,98 лет. Достоверной разницы между возрастными данными обследуемых групп не было. Алгоритм обследования женщин высокой группы перинатального риска включал следующие этапы:

I этап - проведение анализа причин перинатальной смертности по данным клинического течения беременности, родов: выявление ведущей причины перинатальной смертности.

II этап - проведение диагностики при установлении диагноза с оценкой дифференциального диагноза: оценка клинических данных (жалобы, бимануальное исследование); изучение характера вагинального и цервикального содержимого; изучение микробного спектра цервикального канала и эндометрия; оценка pH влагалищных выделений, проведение УЗИ органов малого таза в динамике; анализ данных патоморфологического исследования (аспираты и биоптаты из цервикального канала и полости матки); изучение гемостазиограммы в динамике; гормональное обследование (по показаниям).

III этап - диагностика в процессе проведения лечения с целью контроля за эффективностью лечения: определение продолжительности курса лечебной и реабилитационной терапии; нормализация психоэмоциональной обстановки; коррекция имеющейся гинекологической патологии; оценка в динамике результатов проведенного лечения; реабилитационные мероприятия.

IV этап - планирование беременности, ведение беременности.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 6.0. Достоверным принимался уровень значимости p<0,05.

Результаты и обсуждение. Лабораторно-диагностическое и клиническое обследование женщин основной группы, гестационный период у которых завершился ПР и перинатальной смертностью (ПС), проводилось через 6-8 нед. после родов. Проведение мероприятий, направленных на выявление возбудителей инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), в цервикальном канале, показало, что у пациенток ОГ представители класса Mollicutes (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalis) были выявлены в 80,00±5,66%. На втором месте по частоте были Candida albicans (40,00±6,93%), на третьем месте - Gardnerella vaginalis (34,00±7,00%). Моноинфекция была диагностирована в 20,00±5,66%, в остальных случаях (80,00±5,66%) были выявлены ассоциации микробов (p<0,001). Частота обнаружения представителей класса Mollicutes (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalis) в эндометрии у женщин ОГ соответствовала 34,00±7,00%. На втором месте по частоте распространения была Gardnerella vaginalis (17,91±4,68), на третьем месте - Cytomegalovirus (12,00±4,60%). Частота выявленной нами гинекологической патологии свидетельствует о том, что у женщин ОГ (n=50) преобладали заболевания воспалительного генеза. Поскольку для проведения дальнейших диагностических и лечебных мероприятий у женщин ОГ необходимо было нормализовать биоценоз влагалища, нами были использованы схемы лечения бактериального вагиноза (БВ), вагинита кандидозного (ВК) и сочетания БВ с ВК (метостил №7 вагинальные суппозитории, которые оказывают антибактериальное, бактерицидное и противогрибковое действие в сочетании с препаратом Оргил по 1 таб 3 раза в течение 10 дней). Контроль за эффективностью лечения проводился на основе клинических, бактериоскопических методов исследования. Результаты, полученные через 1 мес., свидетельствовали об эффективности предложенной терапии и нормализации биоценоза влагалища у пациенток ОГ и ГС. Дальнейшая тактика ведения пациенток ОГ была направлена на лечение воспалительных процессов женских половых органов (эндометрит, сальпингоофорит, цервицит). С этой целью женщинам ОГ и их половым партнерам были назначены курсы антимикробной, этиотропной терапии препаратами тетрациклинового ряда, макролидами (доксилан 100 мг, Азит 250 мг). Одновременно проводился курс иммуномодулирующей терапии (генферон 100000 вагинально 10 дней). Вышеуказанные курсы антимикробной терапии назначались с первого дня менструального цикла, в течение 14 дней. Лечение проводилось на протяжении трех менструальных циклов. Контроль излеченности осуществлялся через 4 нед. после окончания курса лечения. Проведения повторного курса антимикробной терапии не потребовалось, поскольку отсутствие микробного возбудителя было зафиксировано у всех 50 пациенток ОГ. При проведении повторного бимануального исследования и УЗИ (после курса антимикробной терапии) у женщин ОГ было подтверждено наличие патологических образований в области придатков в 14,00±4,91% (7 жен.). Проведение предгравидарной подготовки, по нашему протоколу, было направлено на профилактику всех ЭГЗ заболеваний. Так как у женщин 1 и 2 группы предгравидарная подготовка не проводилась, мы изучили у них структуру воспалительных заболеваний гениталий и особенности микробного пейзажа. Беременным женщинам 1 группы курс этиотропной, антимикробной терапии проводился с 12-14 нед. гестационного периода, а пациентки 2 группы этиотропную, антимикробную терапию получали после 22-24 нед. беременности и в более поздние сроки. Обоснованием для проведения антимикробной терапии было наличие воспалительных заболеваний гениталий и мочеполовой системы. Первое место в структуре микробного пейзажа занимали представители класса Mollicutes: 1 группа - 44,78±6,08%; 2 группа - 47,14±5,97%. Второе место составили Candida albicans (1 группа - 23,88±5,21%; 2 группа - 25,71±5,22%). Третье место по частоте распространения занимала Gardnerella vaginalis (1 группа - 17,91±4,68% и 2 группа - 18,57±4,65%). Микробные ассоциации встречались у 49 (73,13±5,42%) женщин 1 группы и у 52 (74,29±5,22%) пациенток 2 группы.

Таким образом, результатом проведения первичной и вторичной профилактики ПН является отсутствие клинических проявлений

невынашивания беременности в сроке до 16 нед. гестационного периода у женщин ОГ. Проведение вторичной профилактики ПН у женщин 1 группы показало, что в сроке беременности до 16 нед. угроза прерывания беременности была диагностирована у 6 (8,96±3,49%) женщин. Отсутствие профилактических мероприятий первичной и вторичной ПН у женщин 2 группы свидетельствовало о наличии угрозы прерывания беременности в сроке 10-16 нед. в 15 (21,43±4,90%) случаях, что явилось статистически достоверным (p<0,05). При проведении профилактики первичной и вторичной ПН у женщин высокой группы перинатального риска (ОГ), имеющих воспалительные заболевания гениталий, случаев ПС зарегистрировано не было. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 40,0‰. При проведении вторичной профилактики ПН у женщин высокой группы перинатального риска (1 группа) случаев ПС зарегистрировано не было. Хроническая ПН (компенсированная форма) была в 8,96±3,49% случаев. Наличие воспалительного компонента было отмечено в 2,98%. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 29,9‰. Во 2 группе (группа высокого перинатального риска) с воспалительными заболеваниями гениталий профилактика первичной и вторичной ПН не проводилась. В данной группе выполнялись лечебные мероприятия при уже имеющейся ПН. Хроническая ПН была диагностирована, по данным морфологического исследования, в 100,0% случаев (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная форма). Случаев ПС зарегистрировано не было. Частота воспалительного компонента в плаценте составила 62,86±5,78%. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 657,14‰. Однако частота декомпенсированной формы ПН встречалась достоверно реже (p<0,001), чем в случаях завершения беременности и родов перинатальными потерями. Анализ морфологической ситуации последов в ГС (низкая группа перинатального риска) свидетельствовал о том, что наличие хронической ПН (компенсированная форма) зарегистрировано в 7,69±4,27% случаев. Наличие воспалительного компонента в последе было в 5,12±3,53% случаев. В данной группе случаев ПС отмечено не было. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 76,9‰.

Следовательно, проведение профилактики первичной и вторичной ПН у женщин ОГ и 1 группы привело к отсутствию перинатальных потерь и достоверному снижению (p<0,001) ранней неонатальной заболеваемости. Частота воспалительного компонента в последах (у данной категории женщин) была достоверно (p<0,001) ниже, чем в случаях, завершившихся ПС.

Проведение лечебных мероприятий во 2 группе (относящейся к высокой степени перинатального риска) также привело к отсутствию случаев ПС. Частота воспалительного компонента в последах была достоверно более низкой (p<0,001) во 2 группе, по сравнению с группой, в которой беременность и роды завершились ПС. Однако показатель ранней неонатальной смертности оставался высоким (14‰). Случаев развития инфекционных болезней новорожденных в данной группе не было, хотя имели место признаки внутриутробного инфицирования, зафиксированные лабораторно-диагностическими методами.

Выводы

1. В структуре заболеваний органов репродуктивной системы у женщин, беременность у которых завершилась перинатальными потерями, преобладали воспалительные процессы (вагиниты, цервициты, эндометриты, сальпингоофориты).
2. Доказана эффективность лечебно-профилактических мероприятий с использованием антимикробных препаратов (в предгравидарном периоде и в сроке гестации до 16 нед.) у женщин групп высокого перинатального риска, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы.
3. Применение предлагаемого алгоритма позволило снизить частоту ранней неонатальной заболеваемости, а также предупредить развитие преждевременных родов и случаев перинатальной смертности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гинекология: национальное руководство [под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
2. Практическая гинекология: клинические лекции [под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской]. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакарова П.Р. и др. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство для практикующих врачей. - М.: Литтерра, 2005. - 1152 с.

4. Сидорова И.С., Макаров О.В., Манухин И.Б. и др. Профилактика и лечение внутриутробных инфекций: методические рекомендации. - М., 2007. - 80 с.
5. Сильвия К. Роузвиа. Гинекология [под ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна]. - М.: МЕД-пресс-информ, 2004. - 520 с.
6. Алиева, Х.Г. Результаты эндоскопических операций при трубно-перитонеальном бесплодии / Х.Г. Алиева, М.А. Гасанова // Проблемы репродукции. - 2011. - №1. - С. 50-53.
7. Байрамова, Г.Р. Оценка эффективности и приемлемости комбинированной терапии неспецифического вагинита и цервицита / Г.Р. Байрамова, М.Н. Костава // Гинекология. - 2011. - Т. 13, № 1. - С. 4-7.
8. Бухарин, О.В. От персистенции к симбиозу микроорганизмов / О.В. Бухарин // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2012. - № 4. - С. 4-9.
9. Гомберг, М. А. Ведение пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза / М. А. Гомберг // Гинекология. - 2013. - Т. 15, № 6. - С. 46-49.
10. The role of tysyl oxidase in SRC-dependent proliferation and metastasisof colorectal cancer / A.M. Baker, T. R. Cox, D. Bird [et al.] // J. Natl. Cancer Inst. - 2011. - Vol. 103 (5). - P. 407-424.
11. The tysyl oxidase propeptide interacts with the receptor-type protein tyrosine phosphatase kappa and inhibits β-catenin transcriptional activity in lung cancer cells / N. Sbuchez-Morgan, K.N. Kirsch, P.G. Trackman, G.E. Sonenshein // Mol. Cell. Biol. - 2011. - Vol. 31 (16). - P. 3286-3297.

УДК 618.2.3:612.12

Марупова С.И., Кенжаева Д.Х.

РОЛЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ МНОГОВОДИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Многоводие (hydramnion, polyhydramnion) - форма акушерской патологии, характеризующаяся увеличением объема амниотической жидкости более 1500 мл [1,4]. Частота данной патологии колеблется от 0,13% до 3% [2, 3]. Многоводие полиэтиологично и является ранним симптомом целого ряда патологических процессов в организме матери и плода. Многоводие осложняет течение беременности (невынашивание, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, хроническая гипоксия и антенатальная смерть плода и др.), родов (дородовое и раннее излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, гипоксия и интранатальная смерть плода, кровотечения и др.) и послеродового периода (субинволюция матки, эндометрит и др.), создает угрозу для внутриутробного пациента [1,4].

Многоводие - независимый фактор риска перинатальной заболеваемости и смертности. При этом перинатальная смертность колеблется от 13,7% до 28,6% [5]. В периоде новорожденности у 26% детей, родившихся у матерей с многоводием, выявляется пневмония [3], у 26,7% - пороки развития [6].

Многоводие у беременных является полиэтиологическим состоянием. Проблема заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Исследования функции сердца при многоводии у беременных немногочисленны. Однако неуточненными остаются факторы риска, особенности развития многоводия и течения беременности при сердечно-сосудистой патологии у беременных.

Целью данной работы явился анализ функционального состояния сердечно-сосудистой системы у беременных и роли в развитии многоводия.

Материалы и методы исследования. Обследованы беременные 3 групп:

1-я группа (контрольная) - 20 условно здоровых пациенток с неосложненным течением беременности;

2-я группа (сравнения) - 32 женщины с многоводием без сердечно-сосудистой патологии;

3-я группа (основная) - 22 беременные с многоводием и сердечно-сосудистой патологией.

У всех женщин анализировали особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояние плода и новорожденного. Помимо оценки жалоб, изучения в динамике особенностей тонуса матки при пальпации с измерением высоты ее дна и окружности живота, УЗИ (в т.ч. ультразвуковой допплерометрии), у всех пациенток дополнительно проводили ЭКГ, ЭхоКГ, консультацию кардиолога. Результаты последнего сравнивали с аналогичными параметрами у 20 практически здоровых женщин (контрольная группа). Анализ исходов родов для плода, особенностей течения раннего неонатального периода был проведен у 71 новорожденных. Также анализировали результаты патоморфологического исследования 4 плодов с множественными врожденными пороками развития (ВПР).

Изучение анамнестических данных основывалось на анализе особенностей преморбидного фона, перенесенных, сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Особое внимание уделялось изучению специфических функций организма: менструальной, половой, репродуктивной, а также течению и исходу предыдущих беременностей (наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей, многоводия, внутриутробной инфекции, рождение детей-инвалидов, с пороками развития, перинатальные потери), проведение или отсутствие предгравидарной подготовки.

Помимо общеклинического обследования проводили типирование вируса простого герпеса (ВПГ), цитомегаловируса (ЦМВ), хламидий, уреа- и микоплазм методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в цервикальном секрете. Наличие в крови специфических антител к ВПГ, ЦМВ классов IgG и IgM определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Полученные данные обработаны статис-

тически с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 6.0. Достоверным принимался уровень значимости $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался от 19 до 38 лет. Первобеременных было 9 в 1-й группе, 8 во 2-й группе и 9 в 3-й группе, повторнобеременных было соответственно 11, 24, 13, перво- и повторнородящих 6,10,14 и 14, 22, 8. В анамнезе детские инфекции были у 4 (20%) беременных 1-й группы, у 16 (50%) во 2-й группе и у 12 (54,5%) - в 3-й группе. Тщательное изучение анамнеза показало, что клиническая картина патологии сердечно-сосудистой системы появлялась у беременных во втором триместре. Однако, необходимо отметить, что во втором триместре к 26 неделям беременности объем циркулирующей крови увеличивается в два раза при физиологическом течении беременности, которое патологически не отражается на здоровье беременных. Заболевания сердца в основном имели место в анамнезе до беременности. Миокардиты чаще встречались в 3-группе беременных, составляя 33,3%, в 1-й группе и во 2-й, соответственно, 5,0 и 6,2%. Пролапсымитрального клапана выявлены в анамнезе только в 3-группе с частотой (22,2%). Вегетососудистая дистония по кардиальному типу и миокардиодистрофии были выявлены у половины беременных 3-группы. Недостаточность митрального клапана 1 степени была выявлена в 3-группе по одному случаю. Острые респираторные вирусные заболевания и хронический тонзиллит отмечались соответственно у 2 (10%), 14 (43,8%), 6 (33,3%) и 1 (5%), 8 (25%), 7 (38,9%). Заболевания мочевыводящей системы - у 1 (5%), 14 (43,7%), 2 (10%) женщин. Инфекции органов мочевыделительной системы (циститы, пиелонефрит) выявлены чаще у беременных 2-й и 3-ей групп. Указания на самопроизвольный выкидыш были у 2 (10%), 9 (28,1%), и 3 (16,6%) женщин соответственно, на неразвивающуюся беременность - у 1 (5%), 3 (9.4%), 1 (4,5%). Из указанных выше наибольший процент составляет 2 группа. Течение данной беременности осложнилось угрозой прерывания беременности во 2-м и 3-триместрах чаще у беременных 2-группы с многоводием без сердечно-сосудистой патологии (28%). Во время беременности ОРВИ чаще переносили беременные 2-группы (43,8%) и 3-группы (33,3%). Инфекции органов мочевыделительной системы осложняли течение 2-триместра у беременных 2-ой и 3-ей групп. Заключение ЭКГ показало дистрофические изменение в миокарде чаще в 3-группе, которое составило 38,9%. Синусовая тахиаритмия наблюдалось у 27,8% в 3 группе и 6,3% во 2 группе. Желудочковая экстрасистолия и неполная блокада левой ножки пучки Гиса превышали в 3-группе, составляя 33,3% и 22,2% соответственно. По данным ЭхоКГ, пролапс митрального клапана и расширение полости левого желудочка составили 44,4% и 22,2% в 3 группе. Беременные 3 группы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы были разделены на две подгруппы, 3-а и 3-б подгруппы. 3-а группа - 11 беременных, получавших лечение с включением аспаркама, кардиотоник оказывающий антиаритмическое и мочегонное действие, а также рибоксин улучшающий деятельность сердечно-сосудистой системы. Беременные 3-б подгруппы получали традиционное лечение, включающее антибактериальную терапию. Последующее течение беременности и ее исход изучены у всех обследованных пациенток. Результаты показали, что у беременных 3-а подгруппы, получавших кардиотоническую терапию, состояние улучшилось: жалобы на одышку не предъявляли и по УЗИ данным ИАЖ снизился до нормы у всех беременных кроме одной с недостаточностью митрального клапана 1 степени. У беременных, не получавших кардиотоническую терапию, многоводие сохранилось до конца беременности. Изучение исходов родов: преждевременные роды у 1 (9,1%) беременной в 3-а подгруппе и 2 (18,2%) в 3-б подгруппе. Преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 2 (18,2%) и 5 (45,5%) беременных в 3-а и 3-б подгруппах соответственно. Полученные результаты указывают на связь многоводия с сердечно-сосудистой патологией. В некоторых случаях осложненные формы могут привести к летальному исходу матери. В этой связи при взятии на учет по беременности требуется обращать внимание на анамнез, перенесенные и имеющиеся в настоящий момент заболевания сердечно-сосудистой системы. Наиболее частыми клиническими проявлениями данной патологии у беременных являются одышка, сердцебиение и другие. На наш взгляд, улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы во время беременности путем назначения кардиотропных и кардиометаболических средств может профилактировать развитие многоводия.

Выводы

1. Одним из факторов риска развития многоводия у беременных является патология сердечно-сосудистой системы.
2. Назначение специфической кардиотропной терапии способствует улучшению течения беременности, снижает риск многоводия и его осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверко Н.Н. Функциональная сердечно-сосудистая патология //Патология кровообращения и кардиохирургия. 2010. №2. С.62-67.
2. Аверко Н.Н., Чернявский А.М., Кузнецова Т.В. Количественная оценка гипервентиляционного синдрома и ишемическая болезнь сердца (Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения). Новосибирск, 2008. С. 6.
3. Виноградова И.В., Краснов М.В., Иванова Н.Н. Особенности состояния сердечно-сосудистой системы у новорожденных с экстремально низкой массой тела //Современные технологии в медицине. 2009. №2. С.82-86.
4. Гафарова Ф.М., Гафарова К.А. Патогенетические звенья дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных и проспективный анализ катамнестических данных // Вестник современной клинической медицины. 2015. Т.8, №5. С.27-31.
5. Костенко И.В., Рогожина И.Е., Ведищев С.И. Функциональное состояние организма и его адаптационная возможность у беременных с гестозом //Вестник Тамбовского университета. 2013. Т.17, №5. С.1452-1455.
6. Марупова С.И. Роль патологии сердечно-сосудистой системы в развитии многоводия у беременных // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2014. №2. С.18-19.
7. Su B.H., Peng C.T., Tsai C.H. Persistent pulmonary hypertension of the newborn: echocardiographic fssessment. Acta Pediatr Taiwan 2001 Jul-Aug; 42(4): 218-223.
8. Aggarwal R, Bajpai A, Deorari A.K., Paul V.K. Patent ductus arteriosus in preterm neonates. Indian J Pediatr 2001 Oct; 68(10): 981-984.

УДК 618.179

Моргунов Р. А., Кравченко Е.Н.

МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЖЕНЩИНАМИ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Омский Государственный Медицинский Университет, Омск, Россия

Введение. Согласно данным ВОЗ, более 20% женщин в мире прибегают к искусственному прерыванию беременности. При этом ежегодно от последствий аборта погибает около 70 тысяч женщин, а каждая пятая на всю жизнь остается бесплодной. Российская Федерация занимает одно из первых мест по уровню абортов в мире. На территории нашей страны все еще сохраняется большое число абортов. Каждый день в мире более 2,5 тысяч женщин элиминируют нежелательную беременность. При том, что любой паре доступны все возможные средства контрацепции, 57% беременностей все равно заканчивается абортом. Таким образом, в Российской Федерации число абортов более чем в 2 раза выше числа рождаемости. Источники литературы свидетельствуют о том, что аборт - одна из наиболее частых причин обращений в женскую консультацию молодых женщин [4], впоследствии 15% россиянок, прибегнувших к искусственному прерыванию беременности, сталкиваются с серьезными осложнениями, при этом 8% остаются бесплодными [1,3].

Известно, что прерывание первой беременности увеличивает риск возникновения онкопатологии молочной железы и женских половых органов [2,5]. Согласно статистическим данным, в мире 40% женщин делают аборт по собственному желанию, 23% по социально-экономическим причинам, а оставшиеся 37% приходятся на пороки развития плода и угрозу здоровья матери. И если достоверно заранее предугадать генетические аномалии и реакцию организма женщины на беременность медицина пока еще не в состоянии, то избежать нежелательного зачатия женщина может до периода имплантации. Чтобы изменить такую печальную статистику, хочется еще раз сделать акцент на многообразии средств контрацепции и необходимости рационального применения.

Цель работы: проанализировать методы контрацепции, наиболее часто применяемые женщинами фертильного возраста в Омской области, а так же причины их отказа от предупреждения нежелательной беременности.

Методы исследования: в 2016-2017 гг. в рамках профилактического осмотра было проведено анкетирование 321 пациентки в ООО "Центр современной медицины "Клиника Доктор Саш". При сборе анамнеза особое внимание уделено возрасту, половой функции (возрасту начала половой жизни), особенностям репродуктивной функции (течению и исходам предыдущих беременностей), используемым методам контрацепции, информированности о методах контрацепции, также оценивали эффективность и приемлемость различных видов контрацепции, наличие в анамнезе заболеваний органов малого таза, в том числе заболеваний шейки матки, вредные привычки (курение, алкоголь). Все пациентки, после анкетирования были распределены на основную группу и группу сравнения, каждая из которых была разделена согласно возрасту на три подгруппы. Основную группу составили женщины репродуктивного возраста (n=89), применяющие комбинированные оральные контрацептивы (КОК).- Критерии включения в основную группу: женщины фертильного возраста (18-49 лет), принимающие КОК. Критерии исключения из основной группы: женщины фертильного возраста, применяющие другие методы контрацепции; возраст моложе 18 и старше 49 лет; женщины, имеющие противопоказания к приему КОК. В подгруппу IA были включены женщины в возрасте 18-30 лет; в подгруппу IB - 31-45 лет, в подгруппу IC - 46-49 лет.

Группу сравнения составили женщины репродуктивного возраста (n=232), применяющие другие методы контрацепции либо имеющие противопоказания к приему КОК. В подгруппу сравнения IIA были включены женщины в возрасте 18-30 лет; в подгруппу IIB - 31-45 лет; в подгруппу IIC - 46-49 лет.

Анкета для женщин состояла из 30 вопросов, где наибольшее внимание уделялось акушерско-гинекологическому анамнезу. Каждая анкетируемая была извещена о том, что обследование анонимное, будут анализироваться результаты обследования и ответы на вопро-

сы, фамилия и другие персональные данные не будут разглашены.

Выполненная работа не ущемляла права, не подвергала опасности обследованных пациентов и осуществлялась с их информированного предварительного согласия на использование медицинской документации в научно-исследовательской работе. Для статистической оценки полученных результатов рассчитывали средние и относительные (%) величины.

Результаты и их обсуждение. Анализируя полученные данные в основной группе по возрастному критерию, мы выяснили, что в возрасте 18-30 лет было 25 женщин (28,1%), 31-45 лет - 48 (53,9), 46-49 лет - 16 (18%). Анализируя данные об образовании, выяснено, что в группе IA высшее образование имеют 6 человек (24%), среднее специальное - 19 (76%); в группе IB высшее образование имели 39 женщин (81,2%), среднее специальное - 9 (18,8%) и в группе IC высшее образование - 10 (62,5%), среднее специальное - 4 (25%), общее среднее - 2 (12,5%). В группе сравнения IIA высшее образование- 47 исследуемых (48%), среднее специальное - 44 (45%), общее среднее - 7 (7%), в группе IIB: высшее образование имели 93 женщины - (79,5%), среднее специальное - 24 (20,5%) и в группе сравнения IIC: высшее образование - 12 (70,6%), среднее специальное - 4 (23,5%), общее среднее - 1 (5,9%).

Важным фактором состояния репродуктивного потенциала женщин фертильного возраста являются вредные привычки. В подгруппе IA - курение 8 (32%), алкоголь - 1 (4%), нет вредных привычек 16 (64%), в подгруппе IB: курение 11 (22,9%), нет вредных привычек 37 (77,1%); в подгруппе IC: курение 5 (31,3%), нет вредных привычек 11 (68,7%). Анализируя группы сравнения, были получены следующие данные. В подгруппе IIA: курение 42 (42,9%), алкоголь 5 (5,1%), нет вредных привычек 51 (52%), в подгруппе IIB: курение 36 (30,7%), алкоголь 7 (6%), не вредных привычек 74 (63,3%), в подгруппе IIC: курение 9 (53%), нет вредных привычек 8 (47%). Анализируя, семейное положение установлено, что в разных возрастных категориях показатели разнятся. В подгруппе IA: замужем было 7 женщин (28%), незамужем 18 (72%); в подгруппе IB: замужем 31 (64,6%), незамужем 17 (35,4%); в подгруппе IC: замужем 14 (87,5%), незамужем 2 (12,5%); в группе сравнения IIA: замужем 57 (58,2%), незамужем 41 (41,8%); в группе IIB: замужем 23 (19,7%), незамужем 94 (80,3%); в подгруппе IIC: замужем 14 (82,4%), незамужем 3 (17,6%). Так же проведен анализ посещаемости акушера-гинеколога женщинами по критериям 1 раз в 6 месяцев, 1 раз в год и более года. В основной подгруппе IA: 1 раз в 6 месяцев 2 (8%), 1 раз в год 21 (84%) и более года 2 (8%); в подгруппе IB: 1 раз в 6 месяцев 5 (10,4%), 1 раз в год 31 (64,6%), более года 12 (25%); в подгруппе IC: 1 раз в 6 месяцев 1 (6,2%), 1 раз в год 3 (18,8%) и более года 12 (75%); в группе сравнения IIA: 1 раз в 6 месяцев 12 (12,2%), 1 раз в год 72 (73,5%) и более года 14 (14,3%);в группе IIB: 1 раз в 6 месяцев 14 (12%), 1 раз в год 81 (69,2%) и более года 22 (18,8%);в группе IIC: 1 раз в 6 месяцев 1 (5,8%), 1 раз в год 8 (47,1%) и более года 8 (47,1%). Важным моментом обследования является определение ИМТ (индекса массы тела). В подгруппе IA женщины распредилились в зависимости от возраста следующим образом: 19-24 лет - 18 человек (72%), 25-30 - 4 (16%), и более 30 - 3 (12%); в группе IB 19-24 лет - 31 человек (64,6%), 25-30 - 12 (25%), и более 30 - 5 (10,4%); в подгруппе IC: 19-24 - 6 человек (37,5%), 25-30 - 8 (50%), и более 30 - 2 (12,5%);в подгруппах сравнения IIA 19-24 лет - 45 человек (45,9%), 25-30 - 41 (41,8%), и более 30 - 12 (12,3%); подгруппе IIB в возрасте 19-24 лет - 71 человек (60,7%), 25-30 - 21 (18%), и более 30 - 25 (21,3%); в подгруппе IIC в возрасте 19-24 - 6 человек (35,3%), 25-30 - 8 (47,1%), и более 30 - 3 (17,6%). Чаще всего как в основной, так и в группе сравнения, женщины перенесли ранее ветряную оспу IA: 21 исследуемая (84%), IB - 29 (60,4%), IC - 12 (75%), IIA - 54 (55,1%), IIB - 71 (60,7%), IIC - 14 (82,4%). На втором месте - ангина: IA - 3 (12%), IB - 11 (22,9%), IC - 4 (25%), IIA - 37 (37,8%), IIB - 43 (36,7%), IIC - 3 (17,6%). Более реже наблюдался гепатит А; в подгруппе IA - 1 (4%), IB: 8 (16,7%), IIA: 7 (7,1%), IIB: 3 (2,6%).

Средний возраст начала менструаций в основной группе составил 13-13,5 лет, в группе сравнения: 13-15 лет. Было так же прослежено время установления менструального цикла по следующим параметрам: сразу, в течение 1 года, неустановленный менструальный цикл. В подгруппе IA: сразу - 17 (68%), в течение 1 года - 7 (28%), нерегулярный менструальный цикл - 1 (4%); в подгруппе IB: сразу - 34 (70,8%), в течение 1 года - 9 (18,8%), нерегулярный менструальный цикл - 5 (10,4%); в подгруппе IC:

сразу - 11 (68,8%), в течение 1 года - 5 (31,2%), нерегулярный менструальный цикл - 0 (0%);в подгруппе сравнения IIA: сразу - 34 (34,7%), в течение 1 года - 51 (52%), нерегулярный менструальный цикл - 13 (13,3%); в подгруппе IIB: сразу - 84 (71,8%), в течение 1 года - 29 (24,8%), нерегулярный менструальный цикл - 4 (3,4%); в подгруппе IIC: сразу - 6 (35,3%), в течение 1 года - 11 (64,7%), нерегулярный менструальный цикл - 0 (0%). Начало половой жизни в основной группе варьировало от 18 до 20 лет, в группе сравнения - от 16 до 19 лет.

Был проведен анализ видов КОК, применяемых женщинами репродуктивного возраста: в подгруппе IA: этинилэстрадиол в комбинации с дроспиреноном 3 (12%), этинилэстрадиол с хлормадиноном 2 (8%), этинилэстрадиол с гестоденом 19 (76%), этинилэстрадиол с ципротероном 1 (4%); в подгруппе IB: этинилэстрадиол в комбинации с дроспиреноном 17 (35,4%), этинилэстрадиол с хлормадиноном 4 (8,3%), этинилэстрадиол с гестоденом 27 (56,3%), этинилэстрадиол с ципротероном не отмечалось; в подгруппе IC: этинилэстрадиол в комбинации с дроспиреноном 7 (43,8%), этинилэстрадиол с гестоденом 9 (56,2%), этинилэстрадиол с ципротероном и с хлормадиноном не применяли.

В группе сравнения были проанализированы все другие методы контрацепции, применяемые женщинами фертильного возраста. В подгруппе IIA: естественный метод - 17 (14,5%), барьерный - 24 (20,5%), прерванный половой акт - 41 (35%), ВМС (внутриматочная спираль) - 11 (9,4%), влагалищное кольцо - 4 (3,4%), спермициды - 12 (10,3%), пластырь - 2 (1,7%), хирургическая стерилизация - 6 (5,2%); в подгруппе IIB: естественный метод - 12 (12,2%), барьерный - 31 (31,6%), прерванный половой акт - 6 (6,1%), ВМС - 4 (4,1%), имплант - 2 (2,0%), влагалищное кольцо - 23 (23,5%), спермициды - 13 (13,4%), пластырь - 6 (6,1%), хирургическая стерилизация - 1 (1%); в подгруппе IIC: естественный метод - 3 (17,6%), барьерный - 4 (23,5%), прерванный половой акт - 2 (11,7%), влагалищное кольцо - 1 (6,0%), спермициды - 7 (41,2%); ВМС, имплант, пластырь, хирургическая стерилизация не применялись.

По длительности применяемой контрацепции был проведен анализ по критериям: менее 1 года, от 1до 5 лет, более 5 лет применения. В подгруппе IA: менее 1 года - 1 (4%), от 1до 5 лет - 21 (84%), более 5 лет - 3 (12%), в подгруппе IB: менее 1 года - 6 (12,5%), от 1до 5 лет - 37 (77,1%), более 5 лет - 5 (10,4%); в подгруппе IC: менее 1 года - 0%, от 1 до 5 лет - 7 (43,8%), более 5 лет - 9 (56,2%);в группах сравнения: подгруппа IIA: менее 1 года - 4 (4,1%), от 1до 5 лет - 53 (54,1%), более 5 лет - 41 (41,8%); в подгруппе IIB: менее 1 года - 12 (10,3%), от 1до 5 лет - 87 (74,4%), более 5 лет - 18 (15,3%); в подгруппе IIC: менее 1 года - 2 (11,7%), от 1 до 5 лет - 6 (35,3%), более 5 лет - 9 (53%).

Было проанализировано, через какое время после отмены контрацепции наступила желанная беременность: в подгруппе IA: до 3 месяцев: 18 (85,7%), 4-6 месяцев: 2 (9,5%), 7 месяцев - 1 год: 1 (4,8%); в подгруппе IB: до 3 месяцев: 32 (78%), 4-6 месяцев: 7 (17%), 7 месяцев - 1 год: 2 (5%); в подгруппе IC: до 3 месяцев: 5 (31,2%), 4-6 месяцев: 9 (56,3%), 7 месяцев - 1 год: 2 (12,5%); в подгруппе сравнения IIA: до 3 месяцев: 72 (73,5%), 4-6 месяцев: 14 (14,3%), 7 месяцев - 1 год: 12 (12,2%); в подгруппе IIB: до 3 месяцев: 48 (41,0%), 4-6 месяцев: 64 (54,7%), 7 месяцев - 1 год: 5 (4,3%); в подгруппе IIC: до 3 месяцев: 12 (70,6%), 4-6 месяцев: 5 (29,4%), 7 месяцев - 1 год: 0%.

У всех женщин был тщательно собран акушерско-гинекологический анамнез: проанализировано количество родов, абортов, выкидышей. В подгруппе IA: нерожавшие - 4 (16%), 1 роды - 18 (72%), 2 и более - 3 (12%); аборты - не было 5 (20%), 1 аборт - 17 (68%), 2 и более - 3 (12%); выкидыш - не было 18 (72%), 1 выкидыш - 5 (20%), 2 и более - 2 (8%); в подгруппе IB: нерожавшие - 7 (14,6%), 1 роды - 17 (35,4%), 2 и более - 24 (50%); аборты - не было 3 (6,3%), 1 аборт - 31 (64,6%), 2 и более - 14 (29,1%); выкидыш - не было 32 (66,7%), 1 выкидыш - 13 (27,1%), 2 и более - 3 (6,2%); в подгруппе IC: нерожавшие - 0%, 1 роды - 7 (43,8%), 2 и более - 9 (56,2%); аборты - не было 2 (12,5%), 1 аборт - 11 (68,8%), 2 и более - 3 (18,7%); выкидыш - не было 3 (18,7%), 1 выкидыш - 2 (12,5%), 2 и более - 11 (68,8%); в подгруппе сравнения IIA: нерожавшие - 23 (23,5%), 1 роды - 59 (60,2%), 2 и более - 16 (16,3%); аборты - не было 54 (55,1%), 1 аборт - 41 (41,8%), 2 и более - 3 (3,1%); выкидыш - не было 71 (72,4%), 1 выкидыш - 24 (24,5%), 2 и более - 3 (3,1%); в подгруппе IIB: нерожавшие - 7 (60%), 1 роды - 52 (44,4%), 2 и более - 58 (49,6%); аборты - не было 21 (17,9%), 1 аборт - 56 (47,9%), 2 и более - 40 (34,2%); выкидыш - не было 71 (72,4%), 1 выкидыш - 24 (24,5%), 2 и более - 3 (3,1%); в подгруппе IIC: нерожавшие

- 1 (5,8%), 1 роды - 2 (11,8%), 2 и более - 14 (82,4%); аборты - не было 4 (23,5%), 1 аборт - 1 (5,9%), 2 и более - 12 (70,6%); выкидыш - не было 12 (70,6%), 1 выкидыш - 4 (23,5%), 2 и более - 1 (5,9%).

В связи с большим количеством абортов в анамнезе были проанализированы методы контрацепции, применяемые после прерывания беременности. В подгруппе IA: ВМС - 1 (5%), влагалищное кольцо - 16 (80%), этинилэстрадиол с дезогестрелом - 1 (5%), этинилэстрадиол с диеногестом - 2 (10%); в подгруппе IB: ВМС - 27 (60%), влагалищное кольцо - 11 (24,4%), этинилэстрадиол с дезогестрелом - 7 (15,6%); в подгруппе IC: влагалищное кольцо - 2 (14,3%), барьерный - 12 (85,7%); в подгруппе IIA: ВМС - 5 (11,4%), влагалищное кольцо - 26 (59,1%), этинилэстрадиол с дезогестрелом - 11 (25%); в подгруппе IIB: ВМС - 51 (53,1%), влагалищное кольцо - 12 (12,5%), этинилэстрадиол с дезогестрелом - 28 (29,2%), барьерный - 5 (5,2%); в подгруппе IIC: ВМС - 2 (15,4%), влагалищное кольцо - 1 (7,7%), этинилэстрадиол с дезогестрелом - 2 (15,4%), барьерный - 8 (61,5%).

Был проведен ретроспективный анализ течения родов у женщин репродуктивного возраста: в подгруппе IA: без осложнений - 1 (4%), отеки - 17 (68%), угроза прерывания - 1 (4%), крупный плод - 2 (8%), ПРПО (преждевременный разрыв плодных оболочек) - 4 (16%), в подгруппе IB: отеки - 27 (56,2%), артериальная гипертензия - 2 (4,2%), угроза прерывания - 3 (6,3%), крупный плод - 5 (10,4%), ПРПО - 11 (22,9%), в группе IC: без осложнений - 2 (12,5%), отеки - 1 (6,3%), артериальная гипертензия - 6 (37,5%), угроза прерывания - 1 (6,3%), крупный плод - 2 (12,5%), ПРПО - 4 (25%), в подгруппе IIA: отеки - 25 (25,5%), артериальная гипертензия - 21 (21,4%), угроза прерывания - 3 (3,1%), крупный плод - 5 (5,1%), ПРПО - 44 (44,9%), в подгруппе IIB: без осложнений - 4 (3,4%), отеки - 81 (69,2%), артериальная гипертензия - 6 (5,1%), угроза прерывания - 5 (4,4%), крупный плод - 8 (6,8%), ПРПО - 13 (11,1%), в подгруппе IIC: отеки - 5 (29,4%), крупный плод - 4 (23,5%), ПРПО - 8 (47,1%).

Детально рассмотрен гинекологический анамнез. В подгруппе IA: воспалительные заболевания органов малого таза - 18 (72%), миома матки - 2 (8%), киста яичника - 2 (8%), патология шейки матки без лечения - 3 (12%), с лечением - 0%; в подгруппе IB: воспалительные заболевания органов малого таза - 7 (14,6%), миома матки - 5 (10,4%), киста яичника - 3 (6,2%), патология шейки матки без лечения - 2 (4,2%), с лечением - 31 (64,6%);в подгруппе IC: воспалительные заболевания органов малого таза - 2 (12,5%), миома матки - 7 (43,8%), киста яичника - 1 (6,2%), патология шейки матки без лечения - 0%, с лечением - 6 (37,5%); в подгруппе IIA: воспалительные заболевания органов малого таза - 20 (20,4%), миома матки - 3 (3,1%), киста яичника - 5 (5,1%), патология шейки матки без лечения - 47 (47,9%), с лечением - 23 (23,5%);в подгруппе IIB: воспалительные заболевания органов малого таза - 8 (6,8%), миома матки - 12 (10,3%), киста яичника - 0%, патология шейки матки без лечения - 4 (3,4%), с лечением - 93 (79,5%); в подгруппе IIC: воспалительные заболевания органов малого таза - 4 (23,5%), миома матки - 8 (47,1%), киста яичника - 0%, патология шейки матки без лечения - 2 (11,8%), с лечением - 3 (17,6%).

Среди женщин групп сравнения, применяющих другие методы контрацепции, был проведен анализ причин отказа от КОК: в 75% наблюдений - боль в молочных железах, в 13% - головная боль, повышение артериального давления, в 7% - межменструальные выделения, в 5% - увеличение массы тела. Наиболее распространенными противопоказаниями к приему КОК были курение - 23%, беременность - 3%, сахарный диабет с ангиопатией - 1%.

Выводы

1. Большинство женщин фертильного возраста (64,8%) посещают акушера-гинеколога с периодичностью один раз в год; каждая пятая - более года (21,8%).
2. Женщины фертильного возраста чаще использует негормональные методы контрацепции (ВМС, барьерные, спермициды) (72,3%), значительно реже - гормональную контрацепцию (27,7%).
3. Длительность контрацепции в среднем составила от одного года до пяти лет.
4. Время, в течение которого наступила желанная беременность после отмены контрацептивов, в среднем составило до трех месяцев.
5. После аборта используют чаще всего ВМС (26,8%), вагинальное кольцо (21,2%), этинилэстрадиол в комбинации с дезогестрелом (12,1%).
6. В анамнезе у женщин репродуктивного возраста в среднем был один аборт.

7. Из методов гормональной контрацепции наиболее часто женщины используют комбинированные оральные контрацептивы с содержанием этинилэстрадиола и гестодена (61,8%), а из других методов - барьерный метод (25,8%), прерванный половой акт (21,5%).
8. Предыдущие беременности чаще всего осложнялись отеками.
9. Превалирующее большинство женщин имеет в анамнезе патологию шейки матки (49,5%) и воспалительные заболевания органов малого таза (19%).

Таким образом, методы контрацепции, применяемые женщинами фертильного возраста Омской области, являются не самыми надежными и эффективными для предупреждения нежеланной беременности. Необходимо усиление информационной работы по применению более современных методов контрацепции, индекс Перля которых приближен к нулю. Правильное и своевременное назначение комбинированных оральных контрацептивов не только исключает риск возникновения нежелательной беременности, но и позволяет планировать выполнение репродуктивной функции, сохраняя овариальный резерв женщин фертильного возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Денисов Б., Сакевич В. Внутрисемейное регулирование рождаемости в Белоруссии, России и Украине в постсоветский период //Экономический журнал Высшей школы экономики. 2011. Т15, №4. С. 543-546.
2. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Экстренная контрацепция: необходимо развеять мифы и заблуждения/ Elizabeth Westley, Anna Glasier/2010;88:243-243.doi:10.2471/BLT.10.077446.
3. Репродуктивное здоровье населения России 2011. Резюме отчета. Информационно-издательский центр "Статистика России".-2012. С.56.
4. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Наджаф-Заде А.С., Тугаринова А.М. Репродуктивные проблемы женщин молодого фертильного возраста разных социальных групп при первичной обращаемости в женскую консультацию //Дальневосточный медицинский журнал.- 2012.- N4.-С.55-59.
5. Shah I., Ahman E. " Unsafe abortion: global und regional incidence, trends, conseguences, and challenges//Jonnal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 31(12):1149-58.

УДК 613.81:618.2

Тарбаева Д.А., Плотникова В.Ю., Соловьева А.С.,
Терентьева Л.В., Цырендоржиева О.Б.

СКРИНИНГ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Уровень потребления алкоголя в России является одним из самых высоких в мире (15,8 литров в год на душу населения) и представляет серьезный риск для здоровья, как для отдельного человека, так и для популяции в целом. Уровень употребления алкоголя женщинами детородного возраста в России также является высоким [1]. Многие женщины продолжают употреблять алкоголь в первом триместре, не зная о своей беременности. Этот период особенно уязвим для развивающихся систем и органов эмбриона, так как пренатальное воздействие алкоголя нарушает нормальное течение беременности и ведет к формированию фетального алкогольного синдрома (ФАС). ФАС - серьезная медико-социальная проблема, способов излечения которого на сегодняшний день не существует, используется симптоматическая терапия и помощь в решение проблем социального и юридического характера [4, 5, 6, 7]. Согласно Концепции развития здравоохранения Российской федерации до 2020 года одной из целей ее является снижение потребления алкоголя [6, 7]. Основой предотвращения ФАС является скрининг всех женщин детородного возраста, в том числе подростков, который позволяет выявить тех, кто находится в группе риска, а затем использовать соответствующие методы консультирования для уменьшения или прекращения употребления алкоголя до зачатия и во время беременности. Ведь именно подростки определяют интеллектуальный, культурный, производственный и репродуктивный потенциал на ближайшие десятилетия.

Целью нашего исследования явилось выявление группы риска по развитию ФАС среди юных первородящих.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Забайкальского краевого перинатального центра г. Читы. Для оценки основных показателей течения беременности и родов проведен анализ медицинской документации 17 юных первородящих женщин в возрасте от 13 до 18 лет. Параллельно проведено анонимное анкетирование в условиях информированного согласия. В работе использовался скрининговый опросник AUDIT [4].В здравоохранении введено понятие универсальной меры алкоголя - одна доза. Стандартная доза - это любой напиток, который содержит около 14 г чистого алкоголя. Основанием для отнесения к группе риска для всех женщин является употребление 4 и более стандартных доз за один день (вечер) или более 7-ми стандартных доз в неделю [1].

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 15,7±1,2 лет, среди них преобладали 17-летние матери-подростки - 41,2%, 16-летние - 35,2%, 15-летние - 11,8%, 14-летние - 5,9%, 15-летние - 5,9%. Жительниц города и села среди юных беременных было примерно одинаковым: 47,1% и 52,9% соответственно. Средний возраст отцов оставил - 21,3±3,8, при этом минимальный возраст отцов составил 15 лет, максимальный возраст - 29 лет. Мы разделили отцов на следующие возрастные категории: 1-я группа - 18 лет и младше, 2-я группа - 19-25 лет, 3-я группа - 26 лет и старше. Преобладающей оказалась средняя возрастная группа - 64,7%. В то же время отцов-ровесников оказалось 23,5%, а 3-я группа составила - 11,8%. Сексуальный дебют юных матерей состоялся в 13,7±0,9 лет. У всех подростков половая жизнь была без предохранения от беременности. У большинства матерей-подростков беременность оказалась незапланированной (70,6%), "планировавших" беременность - 29,4%. При этом ранняя постановка на учет отмечена у 23,5% подростков. Из полных семей оказались 70,5% подростков, из неполных семей (только мамы) - 29,5%. 76,4% родителей у юных первородящих были трудоустроены, у остальных (23,5%) являлись безработными. Первая реакция у родителей подростков на факт беременности оказалась положительной у 35,2%, отрицательной - у 64,7%. Доверительные отношения в семье указывают всего

41,1% юных матерей. Неудовлетворительные социально-бытовые условия отмечены у 35,2% подростков. К моменту родов число подростков находившихся в зарегистрированном браке составило 37,2%. Планы на продолжение обучения в школе, ВУЗах и СУЗах имеют 88,2% матерей-подростков, на отсутствие планов указывают 11,8% девушек. Вредные привычки в виде курения имели 11,8% юных матерей, от которой близкие отказались во время беременности. Соматически здоровыми признаны 19,6% подростков. У 29,4% выявлены заболевания мочевыделительной системы, в 25,4% случаев отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, 21,5% имели вегетососудистую дистонию, 17,6% - миопию. Наиболее частыми осложнениями беременности у несовершеннолетних оказались следующие - анемия беременной (52%), плацентарные нарушения - 29,4%, инфекции мочевыделительной системы - 13,7%, маловодие - 6,3%, гестационная артериальная гипертензия - 2%. В большинстве случаев беременность завершилась срочными родами. Средний срок родов составил при этом 38,9±1,3 нед. Частота преждевременных родов составила 5,8%. Родоразрешены через естественные родовые пути 88,2% юных мам, 11,8% - путем кесарева сечения. Все прооперированы в срочном порядке. Показаниями явились клинический узкий таз - 5,9 %, прогрессирующая гипоксия плода - 5,9%, аномалии родовой деятельности - 5,9%. Из осложнений в родах наиболее частыми оказалось дородовое излитие околоплодных вод. Средний вес новорожденных составил - 2911±360 г. В неонатальном периоде наиболее частыми осложнениями явились перинатальное поражение ЦНС, желтуха новорожденных, кефалогематома. Типичных ранних проявлений ФАС в раннем неонатальном периоде не выявлено. Большинство младенцев (82,6%) выписаны домой с мамами, 17,4% новорожденных переведены на 2 этап выхаживания. Перинатальной смертности в данной выборке не было зарегистрировано ни 1 случая.

В результате использования скринингового опросника AUDIT было выявлено, что среди опрошенных матерей-подростков 23,5% (4/17) попали в группу риска развития ФАС, которые за последние три месяца хотя бы раз употребляли 4 или более стандартных доз алкоголя за один раз/вечер.

Большая часть респондентов, входящая в группу риска, отмечают: неспособность контролировать дозу употребляемого алкоголя - 50% (2/4) девушек; не характерное для них поведение - 100% (4/4); потерю памяти -25% (1/4) девушек; чувство вины или раскаяния - 25% (1/4).

Заключение. Анализ акушерских и перинатальных исходов у несовершеннолетних пациенток подтвердили данные литературы по частоте осложнений в данной возрастной категории женщин [1, 2]. Проведенное исследование показало, что почти каждая четвертая юная мать (26,1%) входит в группу риска по развитию ФАС. Основа предотвращения фетального алкогольного синдрома - это полное воздержание от употребления алкоголя женщинами, которые беременны или только планируют беременность, а также женщинами репродуктивного возраста и подростками, не использующими контрацепцию. Все это диктует включение вопросов употребления алкоголя и его необратимых последствий в воспитательную работу средних общеобразовательных школ и краткосрочных вмешательств, направленных на профилактику ФАС среди подростков.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кох Л.И., Егоркина Ю.В. Течение беременности и родов у юных женщин // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2016. - №1. - С.40-43.
2. Михайлин Е.С. Беременность в подростковом возрасте: психологические особенности и акушерские осложнения // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2016. - № 3. - С.80-84.
3. Особенности употребления алкоголя женщинами детородного возраста в современной России / Т.Н. Балашова, Е.Н. Волкова, Е. А. Косых, Л.В. Скитневская // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. - 2012. - № 1(105). - С. 152-157.
4. Профилактика фетального алкогольного синдрома в работе акушера-гинеколога / Т.Н. Балашова, Г.Б. Дикке, Г.Л. Исурина и др. - М., 2012. - 37 с.
5. Фетальный алкогольный синдром: риск развития и эффективность профилактики / Т.Н. Балашова, Варавикова Е.А., Волкова Е.Н. и др. // Материалы Форума “Мать и Дитя”. - М., 2011. - С. 105-108.
6. http: //www.Mednet.ru
7. http: // www.Netfas.net

УДК 618.146-022.6:616.988

Фролова Н.И.[1], Белокриницкая Т.Е.[1], Туранова О.В.[1], Тарбаева Д.А.[1], Анохова Л.И.[1], Пальцева Т.В.[2], Низелькаева Л.Ю.[2], Плетнёва В.А.[1], Шемякина К.Н.[1]

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО И ВРАЧЕБНОГО ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ДЛЯ ВПЧ-ТЕСТА У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

[1]Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
[2]Городская поликлиника № 4, г. Чита

Рак шейки матки (РШМ) занимает 2-е место в мире в общей структуре смертности женщин от 15 до 44 лет (HPVInformationCentre, 2016) [6]. Согласно сведениям экспертов, неблагоприятной тенденцией является омоложение возраста пациенток с цервикальными дисплазиями и неоплазиями [2, 3, 5]. Эффективными мерами по снижению заболеваемости РШМ являются государственные скрининговые программы, основанные на регулярном цитологическом обследовании с вовлечением максимально большого количества женщин (не менее 80%) [2, 3, 7, 13, 14]. После установления роли вируса папилломы человека (ВПЧ) в цервикальном канцерогенезе во многих странах стали активно включить выявление ВПЧ высокого онкогенного риска в программы скрининга РШМ [1-3, 7, 10-15].

Цель исследования - сравнить эффективность и приемлемость обследования на вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ-ВР) при самостоятельном и врачебном заборе вагинального отделяемого у пациенток раннего фертильного возраста.

Материал и методы. Кросс-секционное исследование с участием 126 женщин в возрасте 18-35 лет, обратившихся в поликлинику медосмотров для получения допуска к работе. Забор вагинального отделяемого для исследовани на ВПЧ-ВР методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) проведен дважды: самостоятельно с помощью прибора Qvintip и врачом из цервикального канала. Оба образца исследовались в одинаковых условиях и одним методом - в лаборатории ЗАО "Сиблабсервис" г. Новосибирска.

Всем исследуемым проведено письменное анонимное интервьюирование по специально составленной анкете, включающей вопросы о социальном статусе, возрасте, времени начала менархе и коитархе, паритете, методах контрацепции, вредных привычках, имеющихся гинекологических и экстрагенитальных заболеваниях и т.п. Анкеты были пронумерованы в соответствии с номером на пробирках с взятыми образцами биологических проб и полностью обезличены.

Приемлемость самостоятельного взятия образцов оценена по результатам опроса пациенток об удобстве, болезненности, конфиденциальности, смущении при заборе материала для ПЦР-исследования.

При статистической обработке результатов использовали пакет программ "StatisticaVersion 10". Определяли среднее арифметическое, Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивали с помощью парного t-теста Стьюдента. Для проверки статистических гипотез о различиях долей и отношений в двух независимых выборках использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Результативность сравниваемых методов выявления ВПЧ инфекции оценивали по отношению шансов (ОШ). Доверительные интервалы строились для доверительной вероятности p=95%. Значения считали статистически достоверными при величине $p<0,05$.

Результаты исследования. Частота выявления ВПЧ-ВР в целом составила 46,0% (58/126); отрицательный результат получен в 54,0% (68/126) случаях. Распространенность ВПЧ-ВР-инфекции среди жительниц Забайкалья раннего фертильного возраста представлена на рисунке 1.

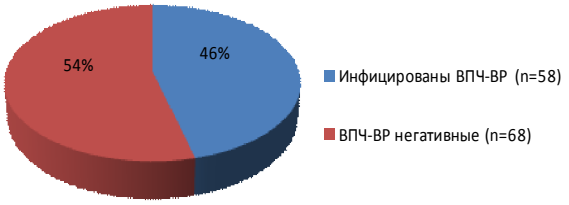


Рисунок 1. Распространенность ВПЧ-ВР-инфекции среди женщин раннего фертильного возраста (n=126).

Средний возраст женщин был сопоставимым и составил в группе с выявленной ВПЧ-ВР инфекцией 30,63±2,45 года, у неинфицированных - 30,84±2,93 года ($p>0,05$). В обеих груп-

пах также не выявлено статистически значимых различий в медикосоциальной характеристике пациенток: возрасте менархе и коитархе, показателях, характеризующих менструальную функцию, численности табакокурящих, методах контрацепции, количестве беременностей и их исходах, частоте соматических заболеваний и генитальных инфекций в анамнезе, индексах массы тела.

Результативность обследования только с помощью устройства Qvintip была выше в 3,6 раза, чем при заборе материала врачом: 14,3% (18/126) vs 4,0% (5/126) (χ^2=8,1; p=0,005). ВПЧ-ВР выявлен одновременно обоими методами у 27,7% (35/126) пациенток.

В целом в группе ВПЧ-ВР-позитивных позитивных пациенток эффективность выявления инфекции сравниваемыми методами составила: 31% (18/58) для прибора Qvintip и 8,6% (5/58) - для забора при помощи урогенитального зонда (χ^2=9,2; p=0,003); 91,4% (53/58) - самозабор + врачебное приготовление образца и 69% (40/58) - забор материала специалистом урогенитальным зондом (χ^2=9,2; p=0,003).

Относительный шанс выявления ВПЧ-ВР при использовании прибора Qvintip в сравнении с забором материала урогенитальным зондом был максимален в группе женщин 25-35 лет (ОШ=7,1; 95% ДИ 1,96-9,04), в возрастной группе 18-25 лет он был так же, статистически значим, но несколько меньше (ОШ=2,2; 95% ДИ 0,79-7,07).

Второй задачей исследования было изучить удобство и приемлемость двух сравниваемых методов взятия материала для ВПЧ-теста по данным анкетного опроса пациенток. В целом 77,7% (98/126) пациенток отдали предпочтение методу самозабора материала для ВПЧ-теста, число женщин, предпочитающих врачебное взятие образцов, было значительно меньше - 22,3% (28/126, χ^2=77,8; p=0,000) (рисунок 2).

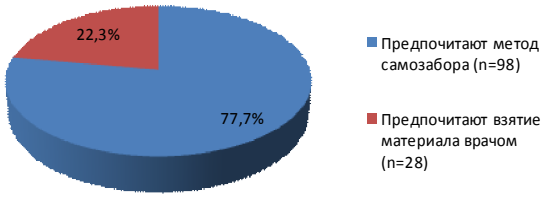
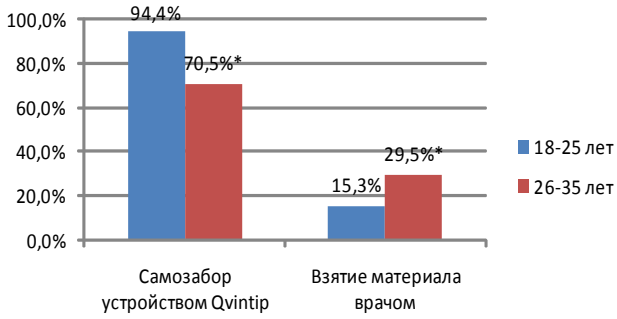


Рисунок 2. Комплаентность женщин к методу самостоятельного взятия материала для ВПЧ-теста (n=126).

Отметим, что подавляющее большинство пациенток, предпочитающих методику самозабора, было в возрасте 18-25 лет - 94,7% (36/38), в группе женщин 26-35 лет их удельный вес значительно снизился, составив 70,5% (62/88, 2=9,1, p=0,003) (рисунок 3). Основными причинами, по которым пациентки выбрали метод самостоятельного приготовления образца, были ощущение большего комфорта, меньшей болезненности и меньшего смущения. Единственной причиной предпочтения взятия образца ДНК ВПЧ врачом является большая уверенность, что материал взят правильно. В будущем 88,9% (112/126) участниц исследования предпочтут самостоятельный забор материала для ВПЧ-теста, поскольку это просто и не требует визита к врачу.



Примечание. * Различия статистически значимы (p<0,05)

Рисунок 3. Комплаентность женщин к методу самостоятельного vs врачебного взятия материала для ВПЧ-теста в зависимости от возраста (n=126).

Полученные нами данные полностью совпадают с результатами исследования Y. Delere и соавт. (2011), показавшими, что самозабор материала для ВПЧ-теста не только надежный способ определить распространенность ВПЧ-ВР, но и хорошо воспринимается женщинами в возрасте 20-30 лет [8].

Согласно сведениям современной литературы, метод самостоятельного забора материала для ВПЧ-теста обладает высокой экономической эффективностью, основанной на снижении стоимости такого варианта обследования в связи с отсутствием затрат на визит к врачу, расходов при заборе и транспортировке материала, рассылки приглашений пациенткам на осмотр [4, 9].

Заключение. Среди организованных женщин раннего репродуктивного возраста высокий показатель инфицирования ВПЧ-ВР (46%). Устройство Qvintip для самостоятельного взятия образца ДНК ВПЧ является простым и удобным в использовании, обладает высокой

диагностической эффективностью и может быть альтернативным методом скрининга на рак шейки матки у пациенток раннего фертильного возраста. Высокая комплаентность этих пациенток к самостоятельному взятию образцов ДНК ВПЧ может увеличить численность женщин, участвующих в программах цервикального скрининга, что является доказанной мерой повышения эффективности работы программ по профилактике рака шейки матки [2, 3, 7, 13, 14].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белокриницкая Т.Е., Фролова И.И., Тарбаева Д.А., Глотова Е.Ю., Золотарёва А.А., Мальцева Т.В. Конфаундинг-факторы папилломавирусной инфекции и цервикальной дисплазии у молодых женщин. Доктор.Ру. 2015; 14 (115): 7-12.
2. Шейка матки, влагалище, вульва: физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция / Под ред. С.И. Роговской, Е.В. Липовой. Руководство для практикующих врачей. М.: Status Praesens, 2014. 832 с.
3. Профилактика рака шейки матки / под ред. Г.Т. Сухих и В.Н. Прилепской. Руководство для врачей. М.: "МЕДпресс-информ", 2012. 192 с.
4. Bansil P., Wittet S., Lim J.L, Winkler J. L., Paul P., Jeronimo J. Acceptability of self-collection sampling for HPV-DNA testing in low-resource settings: a mixed methods approach. BMC PublicHealth. 2014; 14: 596.
5. Bosch F.X., Broker T.R., Forman D., Moscicki A.B., Gillison M.L., Doorbar J. et al. Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases. Vaccine. 2013; 31(Suppl. 7): H1-31.
6. Bruni L., Barrionuevo-Rosas L., Albero G., Serrano B., Mena M., G?mez D. , et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 15 December 2016. 310 p.
7. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice Second edition. WorldHealthOrganization, 2014. - 408 p.
8. Deler?Y., Schuster M., Vartazarowa E., H?nsel T., Hagemann I., Borchardt S. et al. Cervicovaginal Self-Sampling Is a Reliable Method for Determination of Prevalence of Human Papillomavirus Genotypes in Women Aged 20 to 30 Years. J ClinMicrobiol. 2011 Oct; 49(10): 3519-22.
9. Haguenoer K., Sengchanh S., Gaudy-Graffin C., Boyard J., Fontenay R., Marret H. et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. Br J Cancer. 2014 Nov 25;111(11):2187-96. doi: 10.1038/bjc.2014.510. Epub 2014 Sep 23.
10. Lorincz A., Castanon A., Wey Wey Lim A., Sasieni P. New Strategies for HPV-based Cervical Screening. Womens Health (Lond Engl). 2013 Sep; 9(5): 10.2217/whe.13.48.doi: 10.2217/whe.13.48https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880859/
11. Martins T.R., de Oliveira C. M., Rosa L. R., de Campos C.C., Rodrigues C. L.R., Villa L.L., Levi J.E. HPV genotype distribution in Brazilian women with and without cervical lesions: correlation to cytological data. Virol J. 2016; 13: 138.
12. RogovskayaS.I., ShabalovaI.P., MikheevaI.V., Minkina G.N., Podzolkova N.M., Shipulina O.Y. etal. Human papillomavirus prevalence and type-distribution, cervical cancer screening practices and current status of vaccination implementation in Russian Federation, the Western countries of the former Soviet Union, Caucasus region and Central Asia. Vaccine. 2013 Dec 31;31 Suppl 7:H46-58. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.06.043.
13. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. World Health Organization, 2013. - 13 p.
14. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. World Health Organization, 2013. - 60 p.
15. Wright T.C., Stoler M.H., Behrens C.M., Sharma A., Zhang G., Wright T.L. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: end of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. Gynecol. Oncol. 2015; 136(2): 189-97.

УДК 618.396.618.146 - 007.63:618.34:616 - 053.31

Цхай В.Б., Дудина А.Ю., Кочетова Е.Э., Реодько С.В., Лобанова Т.Т., Журкина А.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого", Красноярск, Россия

Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства", Красноярск, Россия

Введение. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из самых частых причин, вызывающих ранние и сверхранние преждевременные роды, доля которых в структуре причин преждевременных родов составляет 15 - 25% [5, 8]. Актуальность проблемы ранних и сверхранних преждевременных родов, связанных с ИЦН, для отечественных акушеров за последние годы многократно увеличилась в связи с регистрацией перинатальной смертности согласно новым критериям живорожденности с 22 недель гестации.

Ситуация, когда происходит выраженная дилятация внутреннего зева цервикального канала с пролабированием плодного пузыря, является очень сложной проблемой в плане дальнейшего сохранения беременности и перинатального исхода для плода [1,2]. Тем не менее, многие специалисты считают очень важным, чтобы для профилактики преждевременных родов, особенно сверхранних, были предприняты максимальные усилия для выполнения цервикального серкляжа до 26 недель беременности, у беременных с ИЦН даже с выраженным пролабированием плодного пузыря [3,6,7].

За последнее десятилетие проведено большое количество исследований, посвященных сравнительному анализу эффективности активной (хирургическая коррекция - серкляж) и выжидательной (постельный режим) тактике ведения беременных с ИЦН и пролабированием плодного пузыря [6,7]. При этом большинство специалистов придерживается мнения, что активная тактика ведения беременных с ИЦН и пролабированием плодного пузыря, имеет преимущества по сравнению с выжидательной тактикой в отношении длительности пролонгирования беременности, а также перинатальной заболеваемости и смертности [3,4,9,10].

Цель работы. Провести сравнительный анализ перинатальных исходов у беременных с ИЦН с пролабированием плодного пузыря при активной и выжидательной тактике ведения.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства (КККБ ЦОМД). В исследование вошли 77 пациенток, с ИЦН и пролабированием плодного пузыря в сроке гестации 20-26 недель беременности. Первую группу составили 45 пациенток, которым проводилась хирургическая коррекция ИЦН по методике Mac-Donald с предварительной амниоредукцией и тугим наполнением мочевого пузыря, а также с использованием катетера Фолея с целью мобилизации вверх истмического отдела матки и соответственно нижнего полюса плодного пузыря. Вторую группу (сравнения) составили 32 беременные в сроке гестации 22-26 недель с ИЦН и пролабированием плодного пузыря, которым была выбрана консервативная тактика ведения (постельный режим, медикаментозная сохраняющая терапия). Пациентки обеих групп получали идентичную антибактериальную терапию, курс антенатальной профилактики РДС глюкокортикоидами.

Статистический анализ полученной информации осуществлялся с использованием абсолютных и относительных величин (экстенсивные соотношения, расчёт средних величин, среднего линейного отклонения), оценки значимости различий качественных показателей по t-критерию Стьюдента. С помощью t-критерия Стьюдента оценивали статистическую значимость различий между тремя группами сравнения. Критический уровень значимости определен при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Пациентки в обеих группах сравнения были сопоставимы по возрасту, сроку гестации, количеству беременностей и родов в анамнезе. Средний возраст пациенток первой группы составил

31,1±4,8 лет, второй группы - 30,2±4,6 лет.

В большинстве случаев в обеих группах пациенток настоящей беременности предшествовали медицинские (инструментальные) аборты, самопроизвольные выкидыши и неразвивающиеся беременности. Среднее количество беременностей в общей когорте беременных составило 4,1±2,5, их них среднее число родов - всего 0,9±0,8. У 37% беременных в анамнезе были медицинские аборты, у 21,4% беременных - самопроизвольные выкидыши, у 14% пациенток - неразвивающиеся беременности.

Достоверных различий в сроке выявления пролабировния плодного пузыря у беременных с ИЦН в группах сравнения не отмечалось: в первой группе - в 21,5± 2,6 недель беременности, во второй группе - в 23,6± 1,9 недель беременности. Следует отметить, что в 23,3% (n = 18) случаев беременным, вошедшим в наше исследование, до момента пролабирования плодного пузыря ранее уже проводилась коррекция ИЦН на сроке гестации 15-19 недель, которая в дальнейшем оказалась не эффективной (рис.1). Доля таких женщин была примерно равной в первой и второй группах сравнения, соответственно - 24,4% (n = 11) и 21,8% (n = 7).

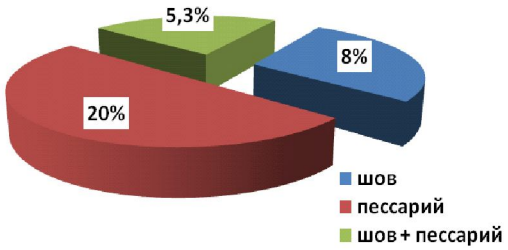


Рис.1. Частота различных способов коррекции ИЦН у пациенток с пролабирующим плодным пузырем до поступления в КККБ ЦОМД.

Проведение хирургической коррекции ИЦН при пролабировании плодного пузыря предусматривало проведение целого комплекса мероприятий, направленных, в первую очередь, на сохранение целостности плодного пузыря в момент ушивания. Комплекс этих мероприятий включал в себя следующее: 1) проведение трансабдоминальной амниоредукции (для снятия напряжения с нижнего полюса плодного пузыря); 2) тугое наполнение мочевого пузыря (с целью смещения вверх пролабирующего плодного пузыря, тем самым способствуя его смещению выше внутреннего зева - методика Шерера); 3) применение катетера Фоллея с целью устойчивого и бережного давления на передние околоплодные воды и смещения нижнего полюса плодного пузыря выше внутреннего зева; 4) использование в качестве шовного материала мононити (суполен, мерсиленовая лента); 5) адекватную анестезию (преимущественно региональная анестезия); 6) последующую медикаментозную поддержку (токолиз гинипралом в течение 48 часов, интравагинально микронизированный прогестерон, антибактериальная терапия 7-10 дней, курс профилактики РДС дексаметазоном).

Следует отметить, что в 13,3% случаев у пациенток (6 из 45), которым была выбрана активная хирургическая тактика, послеоперационный период осложнился несостоятельностью лигатур на шейке матки.

Длительность пролонгирования беременности и, соответственно, количество проведенных дней в акушерском стационаре было достоверно больше в первой группе пациенток - в среднем 19,0±12,1 дней, чем во второй группе - в среднем 9,1±11,9 (p<0,05). При этом в первой группе пациенток средний срок гестации, в котором произошли роды, составил 31,8 ±5,1 недель, а во второй группе всего лишь 25±1,7 недель (p<0,01).

Таблица 1

Структура родов в зависимости от срока гестации (абс./ %)

Срок гестации (нед.)	**Группы сравнения**		**Достоверность различий (при p<0,05)**
	Первая группа (n = 45)	Вторая группа (n = 32)	
до 27	11 (24,4%)	27 (84,4%)	p<0,001
28 - 32	9 (20,0%)	5 (15,6%)	p<0,05
32 - 33	5 (11,1%)	0	p<0,05
34 - 36	8 (17,7%)	0	p<0,05
37 и более	12 (26,6%)	0	p<0,05

Отличительной особенностью явилось то, что во второй группе преобладали очень ранние и ранние преждевременные роды с рождением новорожденных с экстримально низкой и очень низкой массой тела, а доношенных новорожденных не было.

В первой группе в 31 % случаев были роды с рождением новорожденного с экстримально низкой массой тела, в 26% случаев удалось

пролонгировать беременность до доношенного срока.

Таким образом, сроки пролонгации беременности в первой группе составили в среднем 6,2 ± 3,7 недель, во второй группе всего 1,5 ± 0,9 недель.

Способ родоразрешения в группах сравнения не мог влиять на перинатальные результаты, так как достоверных различий по этому показателю в нашем исследовании не было. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения в первой группе составила 17,7% (8 из 45), во второй группе - 15,62% (5 из 32).

В соответствии с целью исследования нами был проведен сравнительный анализ средней массы тела новорожденных, их оценки по Апгар, ближайших и отдаленных неонатальных осложнений.

В соответствии с более длительным периодом времени пролонгирования беременности и большим гестационным сроком на момент родоразрешения средняя масса новорожденных в первой группе была достоверно больше и составляла 1984,8 ±1056,4 грамм,чем во второй группе-793,5±231,6 грамм (p<0,05). Аналогичные достоверные различия были получены при сравнении роста новорожденных в первой и второй группах сравнения, соответственно - 43,9 ± 4,7 см и 33,2 ± 3,6 см (p<0,01). Средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте после рождения в первой группе составляла 5,9±2,3 балла, во второй группе - 1,9±0,9 балла (p<0,05).

Частота перинатальных потерь у пациенток первой группы была достоверно меньшей, чем во второй группе, соответственно - 6,6% и 57,2% (p<0,001). Если в первой группе во всех случаях смерть новорожденных произошла в неонатальном периоде (n = 3), то во второй группе 31,25% (n = 10) детей погибли в интранатальном периоде, а 25% (n = 8) в раннем неонатальном периоде.

Очень часто недоношенные дети в первые минуты и дни жизни нуждаются в дополнительной респираторной поддержке в связи с незрелостью легочной ткани. При этом имеется прямая корреляционная зависимость между частотой РДС- синдрома и степенью недоношенности новорожденного. В нашем исследовании новорожденные от матерей первой группы в 28% случаев нуждались в респираторной поддержке с использованием аппаратной искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), в тоже время все новорожденные от матерей второй груп-

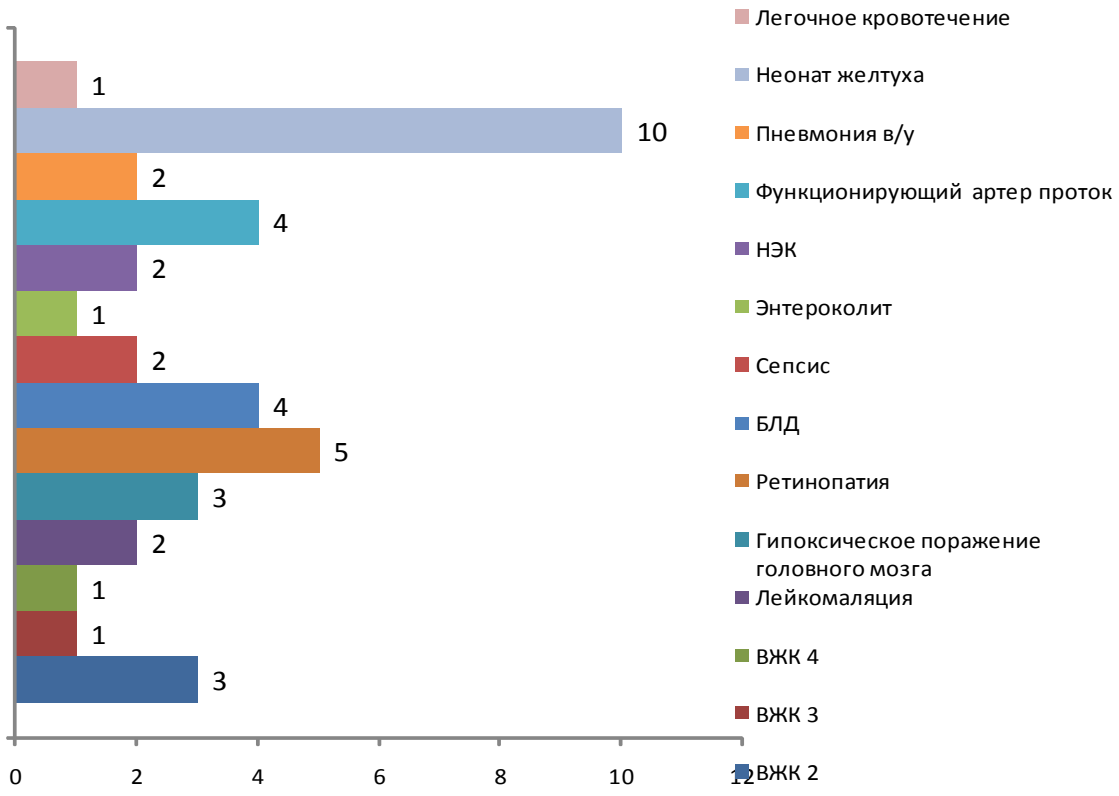


Рис.2. Частота различных неонатальных осложнений у новорожденных от матерей первой группы исследования (абс.).

пы в 100% случаев не обошлись от перевода на ИВЛ (p<0,001).

Во второй группе пациенток, у которых была избрана выжидательная тактика, преобладали глубоко недоношенные новорожденные, поэтому продолжительность пребывания этих детей на втором этапе выхаживания была достоверно большей, по сравнению с аналогичным показателем в первой группе, соответственно - 81,6 ± 8,4 дней и 29,5 ± 6,7 дней (p<0,01). В связи с этим, финансовые затраты лечебного учреждения на лечение новорожденных второй группы кратно превосходили затраты в первой группе.

В дальнейшем все новорожденные наблюдались в специализированном кабинете катамнеза КККЦОМД. Самыми частыми осложнениями у новорожденных в неонатальном периоде являлись: неонатальная желтуха - в 22,2% случаев, ретинопатия - в 11,1% случаев, внутрижелудочковое кровоизлияние 2-й степени - в 6,6% случаев и гипоксическое поражение головного мозга - в 6,6% случаев. Следует отметить, что все эти осложнения при своевременной диагностике и адекватном лечении в настоящее время являются курабельными с относительно благоприятным дальнейшим прогнозом.

Выводы

Активная тактика ведения пациенток с ИЦН и пролабированием плодного пузыря при проведении серкляжа по представленной в этой статье комплексной методике, имеет существенные преимущества в сравнении с консервативной тактикой. Активная тактика ведения таких беременных позволяет на более длительный срок пролонгировать беременность (в среднем на 6 недель), тем самым улучшая показатели перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных. К тому же, преимущества активной тактики заключаются и в уменьшении финансовых затрат на реабилитацию и лечение недоношенных новорожденных, ввиду значительного снижения частоты неонатальных осложнений и сокращения сроков их пребывания в отделении выхаживания новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Хамадьянов У.Р., Саубанова Т.В., Потемкина Е.В. Профилактика невынашивания беременности при истмико-цервикальной недостаточности путем хирургической коррекции методом серкляжа. Российский вестник акушера-гинеколога 2014; 3: 43-46.
2. Alfirevic Z., Stampalija T, Roberts D, Jorgensen AL. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2012. 18;4: CD008991.
3. Aoki S., Ohnuma E., Kurasawa K., Okuda M., Takahashi T., Hirahara F. Emergency cerclage versus expectant management for prolapsed fetal membranes: a retrospective, comparative study.J Obstet Gynaecol Res. 2014;40(2):381-6.
4. Curti A., Simonazzi G., Farina A., Mehmeti H., Facchinetti F., Rizzo N. Exam-indicated cerclage in patients with fetal membranes at or beyond external os: a retrospective evaluation. J Obstet Gynaecol Res. 2012; 38(12):1352-7.
5. Debbs R.H., Chen J. Contemporary use of cerclage in pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2009; 52(4): 597-610.
6. KuonR.J., HudallaH., SeitzC., HertlerS., GawlikS., FluhrH., GausepohlH.J., SohnC., P?schlJ., MaulH. Impaired neonatal outcome after emergency cerclage adds controversy to prolongation of pregnancy. PLoS One. 2015; 10(6): e0129104.
7. Makino Y., Makino I., Tsujioka H., Kawarabayashi T. Amnioreduction in patients with bulging prolapsed membranes out of the cervix and vaginal orifice in cervical cerclage.J Perinat Med. 2004;32(2):140-8.
8. Park J.C., Kim D.J., Kwak-kim J. Upregulated amniotic fluid cytokines and chemokines in emergency cerclage with protruding membranes. American Journal of Reproductive Immunology. 2011; 66(4): 310-19.
9. Stupin J.H., David M., Siedentopf J.P., Dudenhausen J.W. Emergency cerclage versus bed rest for amniotic sac prolapse before 27 gestational weeks. A retrospective, comparative study of 161 women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 139(1): 32-7.
10. Vetr M. Cervical cerclage. Results of the last ten year period (1997-2008) in Faculty Hospital Olomouc.CeskaGynekol. 2008; 73(4): 209-13.

УДК 618.5 - 089.888.61 - 06.618.14 - 003.92 - 07

Цхай В.Б., Леванович Е.В., Ростовцева Е.С., Андреева А.А., Лобанова Т.Т., Молгачев А.А., Сбродова А.Г., Журкина А.А., Петров В.С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия
Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск, Россия

Введение. Повсеместный рост частоты операции кесарева сечения (КС) привел к появлению новой проблемы - феномена "ниши" в области послеоперационного рубца. По результатам ультразвукового исследования этот феномен описывают как наличие гипоэхогенного участка в миометрии нижнего сегмента матки, что свидетельствует о дефекте миометрия в месте предыдущего КС [5,13]. По данным A. Vervoort с соавт. (2015), при использовании метода соногистерографии "ниша" в области рубца на матке определялась более чем у половины женщин, которые имели в анамнезе операцию КС, при этом наиболее часто у женщин с однорядным швом и отсутствием перитонизации [13].

Частота симптоматических или клинически значимых дефектов рубца на матке после кесарева сечения колеблется от 19,4% до 88% [11,12]. Возможными факторами риска, которые могут играть роль в развитии "ниши" являются: очень низкий разрез через ткани шейки матки, недостаточная техники оператора при наложении швов во время зашивания раны на матке, воспалительные осложнения в послеоперационном периоде, которые ухудшают процессы заживления [2,11,13].

Отдаленными последствиями неполноценности рубца на матке после кесарева сечения часто являются такие гинекологические осложнения как аномальные маточные кровотечения, хронические тазовые боли, дисменорея, диспареуния и бесплодие [8,10, 11,13], а также грозные акушерские осложнение - эктопическая беременность в рубце, предлежание и врастание плаценты, разрыв матки [4,6,9].

В какой то мере возросшие возможности современных диагностических технологий, применяемых в повседневной клинической практике (эхография, магнитно-резонансная томография, гистеро- и лапароскопия), расширили вероятность выявления дефектов послеоперационного рубца на матке [1,3,7]. Тем не менее, проблема достоверной диагностики несостоятельности рубца на матке представляют немалые трудности вследствие неоднозначной трактовки результатов различными специалистами, а также вследствие того, что только проведение комплексной диагностики позволяет врачу акушеру-гинекологу принять верное тактическое решения по вопросам возможности планирования беременности или целесообразности проведения реконструктивной операции на матке.

Проведение хирургической реконструкции матки может купировать клинические симптомы несостоятельности рубца на матке, а также существенно повышает шансы благополучного завершения последующей беременности.

Цель работы. Целью нашего исследования явилось установление надежных методов диагностики несостоятельности рубца на матке после операции кесарева сечения по данным различных инструментальных методов исследования (эхографии, гистероскопии, магнитно-резонансной томографии).

Материалы и методы исследования. За период времени с ноября 2012 года до января 2017 года в гинекологическом отделении ЦОМД была произведена хирургическая реконструкция рубца на матке у 31 пациентки по поводу его несостоятельности. Всем этим пациенткам на этапе предоперационного обследования был проведен комплекс диагностических мероприятий, включающих эхографию, гистероскопию и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Ретроспективно мы провели сравнительный анализ диагностической точности этих методов, произведя расчет специфичности, чувствительности, частоты ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Оценка эффективности диагностических

методов проводилась путем вычисления их чувствительности, специфичности, прогностической ценности положительного результата, прогностической ценности отрицательного результата и диагностической точности.

Чувствительность метода - доля истинно положительных результатов среди больных:

$$\text{Чувствительность} = \frac{a}{a+c}.$$

Специфичность метода - доля истинно отрицательных результатов среди здоровых:

$$\text{Специфичность} = \frac{d}{d+b}.$$

Диагностическая точность метода - доля истинных результатов среди всех результатов:

$$\text{Диагностическая точность метода} = \frac{a+d}{a+b+c+d}.$$

где: a - истинно положительные результаты, b -ложноположительные результаты, c - ложноотрицательные результаты, d - истинно отрицательные результаты.

Результаты и их обсуждение. Первоначально все пациентки были направлены к нам на консультативный прием с диагнозом "несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения", который был выставлен по результатам ультразвукового исследования (УЗИ). Несомненно, что в настоящее время эхография является основным методом диагностики у пациенток с различной гинекологической патологией, вследствие многих своих преимуществ: диагностическая точность, относительная простата, исследование в режиме реального времени, неинвазивность. Поэтому, на первом этапе у всех пациенток диагностика несостоятельности рубца на матке осуществлялась с помощью УЗ метода, что в дальнейшем служило поводом для направления пациентки в наш консультативный центр для более углубленного исследования.

По данным результатов проведенного УЗИ, у всех пациенток отмечался эхографический симптом "ниши", при этом толщина неизмененного миометрия над "нишей" колебалась в пределах от 1 до 6 мм. Следует отметить, что многие пациентки проводили УЗИ у разных специалистов, при этом очень часто эти данные были противоречивые - размеры толщины миметрия у одной и той же пациентки при исследовании различными специалистами были различными. У некоторых пациенток различия в измерении толщины миометрия в области рубца при обследовании разными специалистами были очень существенными - до 6 - 8 мм. С учетом выше изложенного, всем пациенткам в нашем центре было проведено УЗ исследование на аппарате экспертного класса врачом высшей категории (обязательно выполнялось трансвагинальное и трансабдоминальное сканирование).

На последующем этапе исследования была сформирована группа пациенток с высокой вероятностью несостоятельности рубца, у которых по результатам УЗИ глубина "ниши" в области рубца на матке превышала 50% толщины миометрия или размеры неизмененного миометрия над "нишей" были менее 3 мм.

Анализ результатов УЗ исследования в диагностике несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения показал, что метод эхографии при этой патологии обладает чувствительностью - 84,8%, специфичностью - 82,3%, диагностической точностью метода - 83,5%. При этом частота ложноположительных результатов составила - 12,8%, а ложноотрицательных результатов - 15,3%.

Рис. 1. Эхограмма матки (дефект передней стенки матки в области рубца, симптом "ниши").

Гистероскопическое исследование (ГС) выполнялась в условиях нашего стационара по общепринятой методике. Исследование проводили в первую фазу менструального цикла, обычно на 8 - 9-й день от первого дня менструации. По результатам гистероскопии дефект миометрия на передней стенки матки в пришеечной области в виде "ниши" был подтвержден у 24 из 31 пациентки. У части пациенток при обследовании полости матки просматривался неизмененный рубец, а у 7 пациенток - не отмечено наличие какой либо патологии в

полости матки и послеоперационный рубец совсем не просматривался. Таким образом, при проведении гистероскопии у пациенток с несостоятельным рубцом на матке отмечалась высокая частота ложноотрицательных результатов - в 20,51% случаев.

По результатам проведенных гистероскопических исследований нами было установлено, что метод гистероскопии при диагностике несостоятельности рубца на матке обладает высокой специфичностью - 93,75%, но недостаточно высокой чувствительностью - 81,0%. Диагностическая точность метода гистероскопии составила 86,95%.

В дальнейшем всем этим пациенткам для уточнения диагноза была проведена гистероскопия и МРТ матки.

Метод МРТ в настоящее время широко применяется в практической медицине, в частности, у гинекологических пациенток с подозрением на несостоятельность рубца на матке, так как этот метод позволяет детально изучить состояние передней стенки матки, включая область послеоперационных изменений, определить не только наличие дефекта стенки - "ниши", но и представить размеры этого дефекта (переднезадний, поперечный и вертикальный).

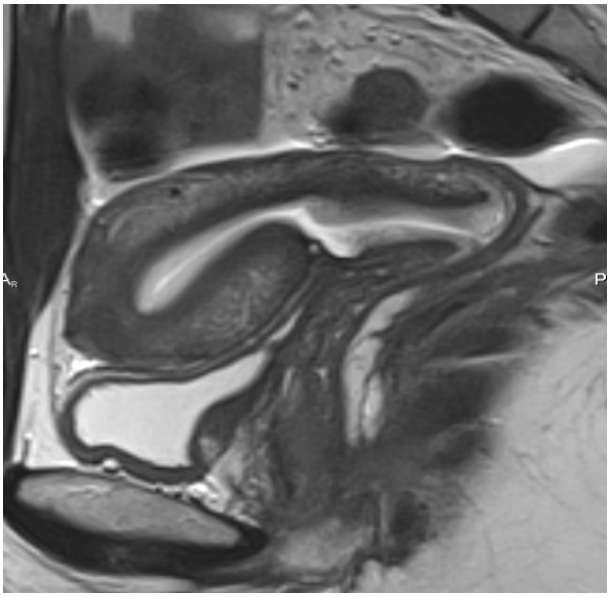


Рис. 2. Результаты МРТ органов малого таза. Т2-взвешенные сагиттальные изображения. Определяется обширный послеоперационный дефект в передней стенке тела матки, полость её на данном уровне расширена, деформирована.

По результатам МРТ исследования у пациенток с ультразвуковыми признаками "ниши" в области рубца на матке практически во всех случаях было подтверждено наличие дефекта миометрия. При описании результатов МРТ были подробно представлены размеры дефекта - длина, ширина и глубина, а также его локализация. У 2-х пациенток миометрий полностью отсутствовал, то есть дефект доходил до серозы матки, у 4-х пациенток толщина миометрия была равна 1 мм, у 9-ти пациенток - 2 мм, у 16-ти пациенток - от 2,1 до 2,5 мм. Нами было установлено, что метод магнитно-резонансной томографии при диагностике несостоятельности рубца на матке обладает высокой специфичностью - 94,5%, чувствительностью - 94,5% и диагностической точностью метода - 94,5%.

Окончательное подтверждение диагноза несостоятельности рубца на матке было осуществлено в ходе оперативного вмешательства. У всех пациенток, вошедших в наше исследование, диагноз подтвердился, вследствие чего была выполнена операция - иссечение неполноценного рубца в пределах здоровых тканей с последующим ушиванием раны двумя рядами швов (первый ряд - отдельные узловые швы, второй ряд - непрерывный шов).

Выводы

1. С целью повышения точности диагностики несостоятельности рубца на матке после операции кесарева сечения следует проводить комплексное обследование пациенток с использованием эхографии, магнитно-резонансной томографии и гистероскопии.
2. Метод ультразвуковой диагностики следует рассматривать как скрининговый, при этом само наличие "ниши" в области рубца на матке после операции кесарева сечения во многих случаях не является признаком его несостоятельности, но требует проведения дополнительного обследования (МРТ и ГС), особенно у женщин с наличием клинической симптоматики и планирующих в последующем беременность.
3. Метод гистероскопии не обладает высокой чувствительностью и диагностической точностью, вследствие чего не может быть рекомендован для окончательной диагностики несостоятельности рубца на матке.
4. Метод магнитно-резонансной томографии при диагностике несостоятельности рубца на матке обладает высокой специфичностью

чувствительностью и диагностической точностью метода, вследствие чего может метод МРТ быть рекомендован для окончательной диагностики несостоятельности рубца на матке.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А., Мгелиашвили М.В., Титченко Ю.П., Пучкова Н.В., Барто Р.А. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013; 1: 73-77.
2. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: причины формирования и лечебная тактика. Акушерство и гинекология. 2013; 12: 28-33.
3. Allornuvor G.F., Xue M., Zhu X., Xu D. The definition, aetiology, presentation, diagnosis and management of previous caesarean scar defects. J Obstet Gynaecol. 2013; 33(8): 759-63.
4. Birch Petersen K, Hoffmann E, Rifbjerg Larsen C, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies.Fertil Steril. 2016;105(4):958-67.
5. Bij de Vaate AJ, van der Voet LF, Naji O, Witmer M, Veersema S, Brolmann HA, Bourne T, Huirne JA. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;43(4):372-82.
6. Cheng KK, Lee MM. Rising incidence of morbidly adherent placenta and its association with previous caesarean section: a 15-year analysis in a tertiary hospital in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2015;21(6):511-7.
7. Fornazari VA, Szejnfeld D, Elito Junior J, Goldman SM. Interventional radiology and endovascular surgery in the treatment of ectopic pregnancies.Einstein (Sao Paulo). 2015;13(1):167-9.
8. Phupong V., Triratanachat S. Cesarean section scar endometriosis: a case report and review of the literature. JMedAssocThai. 2002; 85(6):733-8.
9. Roberge S, Boutin A, Chaillet N, Moore L, Jastrow N, Demers S, Bujold E. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect. Am J Perinatol. 2012;29(6):465-71.
10. Schepker N., Garcia-Rocha G.J., von Versen-H?ynck F., Hillemanns P., Schippert C. Clinical diagnosis and therapy of uterine scar defects after caesarean section in non-pregnant women.Arch Gynecol Obstet. 2015; 291(6): 1417-23.
11. Tower A.M., Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications.JMinimInvasiveGynecol. 2013; 20(5): 562-72.
12. van der Voet L.F., Bij de Vaate A.M., Veersema S., Brolmann H.A., Huirne J.A. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding.BJOG. 2014; 121(2): 236-44.
13. Vervoort A.J., Uittenbogaard L.B., Hehenkamp W.J.K., Brolmann H.A.M., Mol B.W.J., Huirne J.A.F. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. Hum Reprod. 2015; 30(12): 2695-2702.

Анохова Л.И.[1], Белокриницкая Т.Е.[1], Тарбаева Д.А.[1], Фролова Н.И.[1],
Клементьева Л.В.[2], Дашкевич О.Ю.[2], Ли О.А.[2]

ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА: АНТЕНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ В СРОКИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

[1]Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
[2]Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита, Россия

Введение. Проблема хронических плацентарных нарушений с задержкой роста плода не теряет своей актуальности в современном акушерстве и обусловлена тем, что остается ведущей причиной неблагоприятных перинатальных исходов.

В настоящее время частота преждевременных родов составляет 5-10% и не имеет тенденции к снижению. Хроническая плацентарная недостаточность с задержкой роста плода отягощает течение беременности в 3-5% случаев. Безусловно, объективным критерием плацентарных нарушений является задержка роста плода. Одним из ведущих звеньев патогенеза преждевременных родов является инфекционный фактор, так как при реализации инфекции в 30% случаев отмечаются спонтанные преждевременные роды, в половине случаев осложненные хориоамнионитом. В клинической практике плацентарные нарушения, задержка роста плода чаще развиваются на фоне преэклампсии или эклампсии, которые характеризуются нарушением транспортной функции плаценты, вазоконстрикцией, метаболическими изменениями, эндотелиальной дисфункцией, активацией коагуляции и гемостазиологическими нарушениями.

Цель исследования - оценка результатов антенатального мониторинга в зависимости от степени задержки роста плода (ЗРП) при преждевременных родах.

Материалы и методы. В зависимости от степени ЗРП пациенток разделили на 3 группы: 1-ая - 16 беременных с ЗРП 1-й степени, 2-ая - 14 беременных с ЗРП 2-й степени; 3-я - 10 беременных с ЗРП 3-ей степени. Сроки гестации варьировали от 32 до 35 недель. Антенатальный мониторинг плода включал кардиотокографию (КТГ) и ультразвуковую допплерографию (УЗДГ) маточно-плацентарного и плодового кровотока.

Результаты исследования. Все женщины наблюдались у врача женской консультации, и были госпитализированы в стационар высокой степени риска по поводу хронической плацентарной недостаточности с ЗРП. Во 2-й и 3-й группах течение беременности осложнилось преэклампсией. Жительницы города Читы 11 человек (27,5%), городских поселений Забайкальского края 5 (12,5%), остальные - жительницы села 24 (60%). В 1-й группе у беременных с ЗРП 1-й степени по УЗДГ определено время изоволемического расслабления (мс), этот показатель в данной группе составил 60,2±7 мс, что превышало нормальные значения (47±6 мс), при не нарушенном маточно-плацентарном и плодово-плацентарном кровотоке. При этом параметры КТГ находились в пределах нормы. Во 2-й группе регистрировалось уменьшение пульсационного индекса в бассейне средней мозговой артерии, что сопровождалось снижением реактивности сердечного ритма. Критических изменений КТГ и УЗДГ в эту стадию мы не регистрировали. В 3-й группе с задержкой роста плода 3-ей степени определяли резкое уменьшение максимальных скоростей кровотока в аорте плода, и регистрировали "нулевой" и / или ретроградный кровоток в артерии пуповины, что являлось абсолютным показанием к экстренному родоразрешению. На КТГ регистрировалось резкое снижение вариабельности сердечного ритма плода, свидетельствующее о тяжелой гипоксии. Пролонгирование беременности предпринято в случаях плацентарных нарушений с задержкой роста плода 1 степени. Согласно клиническому протоколу, выполнена профилактика РДС-синдрома плода. Досрочно родоразрешены операцией кесарева сечения 25 беременных, из них 1 женщина из первой группы, и 24 пациентки из 2 и 3 групп. Показаниями к оперативным родам были: перинатальные - 62,6% (15/24), материнские - 37,4% (9/24). Во всех случаях применены современные перинатальные технологии: извлечение в целом плодном пузыре, отсроченное пережатие пуповины. Случаев перинатальной смертности не зарегистрировано. Среди новорожденных с задержкой роста 2-й и 3-ей степени показатель перинатальной заболеваемости составил 98%, при ЗРП 1-й степени - 45%.

Заключение. Проспективный антенатальный мониторинг при задержке роста плода позволяет в динамике оставить его состояние и адаптационные возможности. При ЗРП важную роль в перинатальных исходах играет своевременное и бережное родоразрешение.

Анохова Л.И.[1],. Белокриницкая Т.Е.[1], Фролова Н.И.[1], Тарбаева Д.А.[1], Ли О.А.[2]

СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЯХ: ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ

[1]Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
[2]Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита, Россия

Введение. С позиций выявления факторов патогенеза осложнений гестационного периода особое значение имеет состояние иммунного гомеостаза.

В современном понимании патогенеза осложнений беременности значимая роль отводится системному воспалительному ответу. В клинической практике оценка иммунного статуса беременных чаще осуществляется по результатам исследования гуморального и клеточного звеньев иммунитета. Известно, что в исходе беременности важную роль играют иммунные взаимоотношения между матерью и плодом. Отметим, что причины нарушения цитокинопосредованных механизмов, обеспечивающих физиологическое течение беременности и приводящих к акушерской патологии, до настоящего времени остаются недостаточно изученными. Перспективным направлением считается идентификация провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в качестве маркеров регуляции иммунного и воспалительного ответа у беременных с хронической плацентарной недостаточностью (ХПН) и задержкой роста плода.

Цель работы - изучение и поиск иммунных маркеров задержки роста плода.

Материалы и методы. С помощью иммуноферментного анализа определяли цитокины в периферической и пуповинной крови, околоплодных водах в контрольной группе (n=30), у небеременных (n=30), при физиологически протекающей беременности (n=30) и различных клинических проявлениях хронической плацентарной недостаточности (n=10) и задержке роста плода (n=11). При статистической обработке рассчитывали средние величины, дисперсию, 95% доверительный интервал. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. У здоровых беременных, по сравнению с небеременными женщинами, отмечается повышение концентрации ИЛ-1α на 216% с 12±3 до 26±4 пкг/мл, ($p<0,05$); ФНОα на 575% с 16±3 до 92±6 пкг/мл ($p<0,001$) и уменьшение содержания ИЛ-8 на 41% с 98±6 до 54±7 пкг/мл ($p<0,001$). По сравнению с показателями здоровых беременных при ХПН в периферической крови пациенток резко возросло содержание ИЛ-1α и ИЛ-8 - в 3 раза ($p<0,001$), ФНОα - в 12 раз ($p<0,001$). В пуповинной крови при хронических плацентарных нарушениях обнаружено резкое возрастание содержания всех исследуемых цитокинов по сравнению с показателями у здоровых беременных: ИЛ-1α - в 8 раз ($p<0,001$), ИЛ-8 - в 2 раза ($p<0,001$), ФНОα - в 51 раз ($p<0,001$) . Концентрация ИЛ-1β пуповинной крови увеличилась в 16 раз ($p<0,001$), чего не отмечалось при исследовании периферической крови матери. При ХПН в околоплодных водах концентрации заявленных цитокинов значительно превышали уровни здоровых беременных: ИЛ-1α - в 2,4 раза, ИЛ-1β- в 253 раза, ИЛ-8 - в 9,5 раза, ФНОα в 5,7 раза ($p<0,001$). При ХПН содержание ИЛ-1β в околоплодных водах в 50 раз было больше, чем в крови матери и плода, а ИЛ-8 - в 5 раз.

При оценке уровней цитокинов в периферической крови женщин с различными клиническими проявлениями ХПН выявлена принципиально сходная динамика. Так, у пациенток с хронической гипоксией плода отмечалось увеличение значений ИЛ-1α - в 3 раза ($p<0,001$), ИЛ-8 - в 2,7 раза ($p<0,001$), ФНОα - в 12 раз ($p<0,001$) в сравнении со здоровыми беременными. Задержка роста плода сопровождалась более выраженными изменениями: уровень ИЛ-1α возрастал в 3,8 раза ($p<0,001$), ИЛ-8 - в 3 раза ($p<0,001$), а ФНОα - в 15 раз.

Заключение. Полученные данные позволяют сделать вывод, что в формирование плацентарной недостаточности существенный вклад вносят реакции системного воспалительного ответа. ИЛ-1α, ИЛ-8, ФНОα могут претендовать на роль предикторов и маркеров плацентарных нарушений.

Ахметова Е.С., Казанцева Е.В., Алиева А.Р.К, Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З.

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) являются одной из серьезных проблем современной медицины. По данным литературы, применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в 3 раза увеличивает риск ВТЭО даже у здоровых женщин, а в случаях, когда изначально имеют место гиперкоагуляционные нарушения, данный риск может возрастать в 20 и более раз.

Цель работы. Выявить факторы риска развития ВТЭО у женщин, использующих КОК, а также установить предикторы, увеличивающие вероятность реализации тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 80 историй болезни пациенток с ВТЭО, имеющих прямую связь с приемом КОК и проходивших лечение в ГУЗ "Городская клиническая больница №1" за 2012-2014 гг. Пациентки были разделены на 2 исследуемые группы: 1 группа - 10 человек с ТЭЛА, 2 группа - 70 женщин с флеботромбозами. Дополнительно в исследуемых группах проведено анкетирование по телефону с использованием специально составленной карты-анкеты с выяснением подробностей приема КОК (названия препарата, длительности приема и развития осложнений). Из 1-й группы - только у 2 пациенток и из 2-й группы - у 8 пациенток был проведен генетический анализ крови на тромбофилии в диагностической поликлинике ЧГМА.

Результаты исследования. Средний возраст женщин 1 группы составил 36+2,2 лет, 2-й - 31+3,4 года. Большинство пациенток были курящими - 70% (7) и 50% (35) соответственно. Из анамнеза выяснено, что 100% женщин из первой группы и 87% (70) из 2 принимали КОК без предварительного обследования.- Только у 12,5% (10) пациенток предварительно исследовалась коагулограмма, в которой изменений не было выявлено. ТЭЛА возникла уже через 4-6 месяцев от начала использования КОК, флеботромбозы - через 4-6 мес. у 71,4% (50) женщин, через 7-9 мес. - у 28,6% (20) опрошенных. На отягощенный семейный анамнез (ВТЭО, инфаркты, инсульты) при анкетировании указали 87,5% (70) исследуемых женщин. ТЭЛА возникла на фоне приема препаратов: Новинет - 30% (3), Джес - 40% (4), Линдинет-30 - 30% (3) женщин. Пациентки 2 группы в качестве контрацепции использовали: Линдинет-20 - 17% (12), Линдинет-30 - 20% (14), Регулон - 21,5% (15), Джес - 14,3% (10), Ригевидон - 25,8% (18), Минизистон - 1,4% (1) женщин. Установлено, что в группе с ТЭЛА 80% (8) женщин имели 2 и 3 ст. ожирения, во 2 группе избыток массы тела был выявлен только у 21,5% (15) пациенток ($p<0,05$). Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) была диагностирована у 70% (7) женщин 1 группы, во 2 группе - в 51,4% (36) случаев ($p<0,05$). У 50% (5) женщин с ТЭЛА имела место хроническая железодефицитная анемия (ХЖДА) легкой и средней степени, против 12,9% (9) во 2 группе ($p<0,05$). Гинекологическая патология, связанная с возможной гиперэстрогенией (миома матки интерстицио-субсерозной локализации), а также кисты яичников в анамнезе имели место у 60% (6) и 70% (7) женщин 1 группы, 24,3% (17) и 34,3% (34) пациенток 2-й группы ($p<0,05$). В результате генетического обследования в 1-й группе у 1 женщины выявлена Лейденская мутация V фактора (G1691A) гетерозиготная, повышающая риск тромбоза в 8 раз, у 2-ой пациентки - мутация гена протромбина (G20210A) в сочетании с мутацией PAI-1 (гомозиготный генотип), увеличивающие риск ВТЭО в 6-8 раз. Во 2 группе у каждой пациентки обнаружено сочетание от 2 до 4 генных полиморфизмов (PAI-1, ITGA2, ITGB3, FGB), что не является тромбофилией, но при наличии факторов риска увеличивает риск тромбозов в 4-6 раз.

Выводы. 1. ТЭЛА чаще возникает у женщин с характерным преморбидным фоном: отягощенным семейным анамнезом, выраженным АКО, ХАГ, курение, а также при наличии ХЖДА. 2. Большинство пациенток с ВТЭО (87%), имея исходные факторы риска, не проходили необходимое предварительное обследование перед назначением КОК. 3. Тромботические осложнения на фоне приема КОК в 90% случаев возникают в первые 6 месяцев их приема.

Белозерцева Е.П., Белокриницкая Т.Е.,
Тарбаева Д.А., Фролова Н.И., Анохова Л.И.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОК

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

По определению ВОЗ, репродуктивное здоровье подразумевает состояние полного физического, психического и социального благополучия, характеризующее способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, гарантию безопасности беременности, родов, выживание и здоровье ребенка, благополучие матери, возможность планирования следующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательной. Соответственно, важнейшим аспектом в демографической политике государства является охрана репродуктивного здоровья. Многочисленные исследования показывают низкий уровень здоровья студенток. Интенсивные нагрузки, отсутствие времени и, как следствие, низкая обращаемость за медицинской помощью. Всё это ведёт к хронизации заболеваний репродуктивной системы, которые в последующем негативно влияют на репродуктивный потенциал.

Цель работы - определить частоту и структуру гинекологических заболеваний у студенток.

Материалы и методы. В рамках ежегодного медицинского осмотра проведено гинекологическое обследование 1631 студентки ФГБОУ ВО ЧГМА, из которых 284 обучались на 1-м, 324 - на 2-м, 291 на 3-м, 238- на 4-м, 269 - на 5-м, 225 - на 6-м курсах. Оно включало пальпацию молочных желез, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование, ректальное исследование. Анализ данных проводился с использованием статистического пакета программы "BioStat 2008".

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных колебался от 17 до 30 лет. Средний возраст девушек 1 курса составил 18,1± 1,2, 2 курса - 19,1 ± 2,1, 3 курса - 20,6 ± 1,6, 4 курса - 21,6 ± 1,7, 5 курса - 22,4± 1,7, 6 курса - 23,4 ± 1,6. При оценке распространенности заболеваний репродуктивной системы выявлено, что большинство из них были гинекологически здоровыми (75,1%,1225/1631). Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 3,9 % студенток (64/1631), который был обусловлен медицинскими и самопроизвольными абортами в 1 триместре у 1,7% (29/1631), при этом количество абортов возрастало от 1-го к 6 курсу. В то же время количество студенток, выполнивших репродуктивную функцию - 5,3% (88/1631) и находящихся в состоянии беременности 0,9% (15/1631) также возрастало с 1-го по 6-ой курс. Для выявления факторов риска гинекологической заболеваемости студенток при профилактическом осмотре нами дана оценка сексуальной активности студенток в зависимости от курса обучения. Установлено, что число обследованных, сексуальный дебют которых состоялся, на 1-ом курсе было 24,6% (70/284). На 2-ом курсе их доля оставалась практически на том же уровне 23,1% (75/324). На 3-ем курсе этот показатель увеличивался вдвое 56,1% (163/291), на 4 курсе 61,7% (147/238), на 5 курсе 57,2% (154/269). К 6 курсу число сексуально активных респонденток возрастает в 3 раза по сравнению с 1-м курсом, и показатель стал равен 75,5% (170/225). При активном выявлении гинекологических заболеваний у студенток разных курсов нами установлено, что патологические процессы в органах репродуктивной системы отмечены только у 48,2% (376/779) девушек, живущих половой жизнью. В этой когорте удельный вес студенток с гинекологическими заболеваниями на 1 курсе составил 42,8% (30/70), на 2 курсе 53,3% (40/75), на 3 курсе 52,4% (86/163), на 4 курсе 44,2% (65/147), на 5 курсе 48,7% (75/154), на 6 курсе 47,0% (80/170). Наиболее распространенным гинекологическим заболеванием в группе сексуально активных студенток оказался хронический цервицит - 28,7% (224/779). Частота патологии шейки матки неуклонно возрастала от 14, 2% на 1 курсе до 38,8% на 5 курсе, на 6 курсе этот показатель уменьшался вдвое (19,4%). Доля воспалительных заболеваний гениталий составила 15,9% (124/779) и заняла второе место в общей структуре гинекологической заболеваемости. Третье место принадлежит кистам яичников 1,6% (13/779). Изложенное позволяет заключить, что основным фактором, предоп-

ределяющим структуру и распространенность гинекологических заболеваний у студенток, является характер их гендерного поведения.

Выводы

1. Удельный вес здоровых студенток-медиков составил 75,1%.
2. Патологические процессы в органах репродуктивной системы отмечены у 48,8% студенток, живущих половой жизнью.
3. В структуре гинекологических заболеваний 1 место занимает хронический цервицит - (28,7%), 2 место - воспалительные заболевания гениталий (15,9%), 3 место - кисты яичников (1,6%).

Иозефсон С.А.[1], Хавень Т.В.[2], Голыгин Е.В.[2], Куклин С.И.[2], Шальнёва Е.В.[2], Епифанцева И.П.[2], Ванчикова С.Б.[2]

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

[1]Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
[2]ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия

Воспалительные заболевания органов малого таза составляют в структуре гинекологической патологии не менее 60%, из них до 15-20% случаев осложняются гнойными тубоовариальными абсцессами на фоне пельвиоперитонита, требующими оперативного лечения.

Цель работы. Анализ случаев оперативного лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) в многопрофильном стационаре - Краевой клинической больнице за 2016 год.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 64 историй болезни пациенток с ГВЗПМ, пролеченных в отделении оперативной гинекологии Краевой клинической больницы за 2016 год. Материал обработан с применением методов вариационной описательной статистики на ПК с использованием MicrosoftExcel 2010.

Средний возраст пациенток составил 29±1,6 лет: 18-22 года - 17% (11/64), 23-27 лет - 27% (17/64), 28-32 года - 33% (21/64), > 33 лет - 23% (15/64). Возраст начала половой жизни составил 17,8±2,01 лет. При этом её раннее начало (15-17 лет) отмечено в 42 (65,6%) наблюдениях.

Анализ репродуктивной функции показал, что одну и более беременностей имели 28 (43,7%) пациенток. Наличие в анамнезе родов установлено у 16 (25%) обследованных, абортов - у 24 (37,5%), среди которых 4,6% составили самопроизвольные выкидыши. Внематочная беременность в анамнезе отмечена у 5 (7,8%) пациенток, у 4 (6,3%) имела место неразвивающаяся беременность. От нежелательной беременности регулярно предохранялись менее половины женщин 45,3% (29/64), среди которых 10 (15,6%) использовали барьерный метод, 14 (22%) - внутриматочную контрацепцию и лишь 5 (7,8%) - оральные контрацептивы. Длительное ношение ВМК - более 7 лет отмечено у 8 пациенток (12,5%). Первичное бесплодие отмечено у 7 (10,9%) больных. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали воспалительные процессы придатков матки (51,6%), по поводу которых ранее проводилось стационарное медикаментозное лечение (22%). До обращения за медицинской помощью длительность симптомов острого воспаления варьировала от 4 до 16 суток (со слов пациенток). Основными жалобами при поступлении были: боли различной интенсивности, локализованные в нижних отделах живота (100%); субфебрильная и фебрильная лихорадка (100%); нарушения менструальной функции по типу мено- и метроррагии (67,1%); дизурические расстройства (18,7%). Жалобы на обильные гнойные выделения из половых путей предъявляли 14 (22%) женщин, умеренные - 16 (25%), скудные - 19 (29,6%).

Нозологические формы ГВЗПМ у пролеченных пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Нозологические формы ГВЗПМ	Частота (абс.) (n=64)	Частота (%)
Абсцесс маточной трубы односторонний	8	12,5
Абсцесс маточной трубы двусторонний	6	9,4
Тубоовариальный абсцесс односторонний	30	46,9
Тубоовариальный абсцесс двусторонний	20	31,2

В отделении оперативной гинекологии пациентки получали комплексную терапию: антибактериальную, противовоспалительную, инфузионную, антианемическую, иммуностимулирующую, эфферентные методы лечения, оперативное лечение (100%).

Виды оперативных вмешательств, проведенные пациенткам, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Нозологические формы ГВЗПМ	Частота (абс.) (n=64)	Частота (%)
Лапароскопическая тубэктомия	8	12,5
Лапароскопическая аднексэктомия односторонняя	6	9,4
Лапаротомная аднексэктомия односторонняя	30	46,9
Лапаротомная аднексэктомия односторонняя с экстирпацией матки	16	25
Лапаротомная аднексэктомия двусторонняя с экстирпацией матки	4	6,25

Оперативные вмешательства заканчивались дренированием брюшной полости через переднюю брюшную стенку в 100% случаев, у 28% (18/64) пациенток - дополнительно через культю влагалища. Четверым пациенткам (6,25%) после оперативного вмешательства в первые двое суток проводилось лечение в условиях реанимационного отделения.

Средняя продолжительность лечения составила 11±1,8 дня. Все пациентки были выписаны домой с рекомендациями послеоперационной реабилитации в амбулаторных условиях.

Заключения. Особенностью многопрофильного стационара является то, что пациентки, зачастую, поступают с запущенными формами ГВЗПМ.

Своевременное, квалифицированное, комплексное лечение пациенток, включая оперативное с ГВЗПМ в условиях многопрофильной клинической больницы, позволило сохранить последующую репродуктивную функцию в 59% случаев.

Мочалова М.Н.[1], Казанцев А.П.[2], Пономарева Ю.Н.[3], Мудров В.А.[1], Чацкис Е.М.[4]

РОЛЬ ДИСТАНЦИОННОГО КАРДИОФЕТОМОНИТОРИРОВАНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

[1]Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
[2]Институт биологического приборостроения РАН, Пущино, Россия
[3]Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия
[4]Дорожная клиническая больница ст. Чита-2, Чита, Россия

Актуальность проблемы. Рациональное ведение родов у беременных с плацентарной недостаточностью относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, поскольку плацентарная недостаточность остается ведущей причиной перинатальной смертности и детской заболеваемости. Антенатальные мероприятия, направленные на диагностику и лечение плацентарной недостаточности, особенно суб- и декомпенсированных ее форм, реализующихся в гипоксии и задержке роста плода, требуют инновационных подходов. Новый метод дистанционного кардиофетомониторирования позволяет устранить субъективность оценки и повысить точность диагностики нарушений сердечной деятельности плода, что в итоге определяет эффективность принимаемых клинических решений.

Цель исследования. Определить роль дистанционного кардиофетомониторирования в прогнозировании исхода родов через естественные родовые пути.

Материалы и методы исследования. Клинический набор беременных в исследуемые группы проводился в женских консультациях г. Читы. Для проспективного исследования (2013-2015 гг.) были выбраны 180 беременных со сроком гестации 30 недель различной степени перинатального риска. После предварительного обучения пациентки в домашних условиях проводили ежедневный двукратный дистанционный кардиофетомониторинг (КФМ) портативным фетальным допплером Ultrasonic Pocket Dopler по 10 минут. Полученная информация с помощью гаджета направлялась на единый сервер для расшифровки. Для контро-

ля за пилотным исследованием использовалась стандартная КТГ (1 раз в 2 недели) в условиях ГУЗ "Городской родильный дом" на аппарате Oxford Medical (30 мин). Вторым этапом исследования на базе ГУЗ "Городской родильный дом" и ГУЗ ККБ "Перинатальный центр" г. Читы за 2013-2015 гг. проведен ретроспективный анализ 180 историй родов, которые были разделены на 3 равные группы: 1 группа - 45 беременных с ИМТ по Кетле менее 20, 2 группа - 83 беременных с ИМТ = 20-25, 3 группа - 52 беременных с ИМТ = более 25. Группы сопоставимы по возрасту, паритету родов и сроку гестации.

Оценка состояния плода в системе дистанционного кардиофетомониторинга проводилась путем комплексного компьютерного анализа трех процессов: ЧССП, апостериорной энтропии ЧССП и кратковременной вариабельности сердечного ритма (STV) по Рэдману [2]. В качестве основного критерия оценки состояния плода использовался средний за время сеанса записи минутный показатель STV. Протокол наблюдения в виде тройной диаграммы с одним числовым критерием, несколькими сопутствующими параметрами без второстепенных деталей и с данными самонаблюдения беременной лаконично выражал состояние плода. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования: В 1 группе в 74% случаев роды произошли на сроке 39-40 недель, во 2 группе - в 81% и в 3 группе - в 79% . Число перворожающих женщин составило 53%, повторнорожающих - 47% женщин. Средняя масса плодов при рождении в 1 группе составила 3143±315 г, во 2 группе - 3460±322 г ($p>0,05$), в 3 группе - 3540±302 г ($p>0,05$).

Первичная родовая слабость наблюдалась у 7% рожениц 1 группы, вторичная - не зарегистрирована, дискоординированная родовая деятельность - у 10 %. Во 2 группе - 17% ($p<0,05$), 3% ($p>0,05$) и 7% ($p>0,05$); в 3 группе - 14% ($p<0,05$), 3% ($p>0,05$) и 10% ($p<0,05$) соответственно.

В 27% случаев в 1 группе во время беременности были выявлены признаки внутриутробной гипоксии плода, что в 2 раза чаще, чем в 3 группе - 13% ($p<0,05$), и сопоставимо с показателями 2 группы - 24% ($p>0,05$). Рождение детей в состоянии асфиксии различной степени отмечалось у 13% женщин 1 группы, во 2 группе - у 17% ($p>0,05$), в 3 группе - у 10% ($p<0,05$). У детей 1 группы преобладала асфиксия легкой степени (75%), случаев асфиксии тяжелой степени не отмечалось.

Задержка роста плода в 1 группе сопровождалась признаками гипоксии плода по данным дистанционного кардиофетомониторирования в 37,5%, во 2 группе - в 85,7%, в 3 группе - в 100% случаев. По данным анамнеза маловесные при рождении дети без признаков гипоксии плода рождались в 1 группе преимущественно у родителей с ИМТ менее 20, ростом менее 162 см.

В неонатальном периоде частота церебральной ишемии в 1 группе составила 13%, во 2 группе - 17%, в 3 группе - 10%.

Путем операции кесарева сечения родоразрешено 26% женщин 1 группы, что в первую очередь опосредовано сочетанием задержки роста и хронической гипоксии плода, во 2 группе - 17%, в 3 группе - 20%.

Выводы. Дистанционное кардиофетомониторирование является надежным методом динамической оценки реактивности сердечно-сосудистой системы плода. При наличии задержки роста плода без признаков гипоксии по данным дистанционного КФМ у беременных с ИМТ менее 20 и ростом менее 162 см возможно ведение родов через естественные родовые пути с одинаково благоприятным исходом, как для матери, так и для плода.

На современном этапе развития телемедицинских технологий дистанционное мониторирование состояния плода позволяет не только адекватно оценить риск осложнений для плода, но и спланировать рациональный метод родоразрешения с учетом других методов исследования.

Мудров В.А., Кузьмина Л.А., Фалько Е.В., Камкина Л.Э., Мисайлов Д.П., Целюба Е.А.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ПРИ РОДАХ КРУПНЫМ ПЛОДОМ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

При прохождении головкой плода родового канала возникают преходящие компенсаторно-приспособительные изменения, направленные на преодоление сопротивления (конфигурация головки). Они становятся патологическими в 3 ситуациях: при чрезмерной, быстрой и асимметричной конфигурации. Непосредственное повреждающее действие на плод оказывают механический фактор, обусловленный препятствием со стороны таза матери и интранатальная гипоксия, связанная с локальными и системными нарушениями кровообращения. Патологическая конфигурация в сочетании с синдромом сдавления головки в родах является критерием абсолютного клинического несоответствия и требует родоразрешения путем операции кесарево сечение.

Цель работы: оптимизация методов диагностики патологической конфигурации головки при родах крупным плодом с использованием данных влагалищного исследования, кардиотокографии, ультразвуковой пельвио- и фетометрии.

Материалы и методы. На базе ГУЗ ККБ Перинатальный центр г. Читы за 2013-2015 гг. проведен ретроспективный анализ 90 случаев родов крупным плодом (свыше 4 кг), которые в зависимости от степени конфигурации головки плода были разделены на 3 равные группы: 1 группа - конфигурация головки плода отсутствовала, 2 группа - имелась физиологическая конфигурация головки плода, 3 группа - патологическая конфигурация головки плода. Группы сопоставимы по возрасту и паритету родов. С целью исключения "стертых" форм анатомически узкого таза в исследуемых группах проводилась ультразвуковая пельвиометрия. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. В 1 группе в 57% (17) случаев роды произошли на сроке более 40 недель, во 2 группе - в 20% (6), в 3 группе - в 13% (4). Роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод у 63% (19) женщин 1 группы: преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) - 23% (7), ранним излитием околоплодных вод (РИОВ) - 40% (12). Во 2 группе несвоевременное излитие вод было зарегистрировано в 47% (14) случаев: ПИОВ - 27% (8), РИОВ - 20% (6). В 3 группе несвоевременное излитие околоплодных вод встречалось в 70% (21) случаев: ПИОВ - 43% (13), РИОВ - 27% (8).

Первичная родовая слабость наблюдалась у 53% (16) рожениц 1 группы, вторичная - у 7% (2), дискоординированная родовая деятельность - у 10% (3). Во 2 группе - 23% (7), 13% (4) и 7% (2); в 3 группе - 30% (9), 3% (1) и 10% (3) соответственно. В 60% (18) случаев в 1 группе в родах были выявлены признаки внутриутробной гипоксии плода, что в 2 раза чаще, чем во 2 группе - 30% (9), и сопоставимо с показателями 3 группы - 53% (16). Рождение детей в состоянии асфиксии различной степени отмечалось у 13% (4) женщин 1 группы, у 3% (1) - 2 группы, у 17% (5) - 3 группы. Роды женщин 1 группы не сопровождались ранними децелерациями (по данным КТГ). Во 2 группе - отмечалась легкая степень конфигурации, заключающаяся в захождении костей свода черепа по одному из швов: по ламбдовидному - 83% (25), по стреловидному - 17% (5). Роды женщин 2 группы в 30% (9) случаев сопровождались появлением ранних децелераций (по данным КТГ) при раскрытии маточного зева 9,0 см и более. В 3 группе отмечалась умеренная (89%) и выраженная (11%) степени конфигурации головки плода. Роды женщин 3 группы в 87% (26) случаев сопровождались появлением ранних и спорадических децелераций (по данным КТГ) при раскрытии маточного зева 5,0 см и более. Чрезмерная конфигурация головки плода была отмечена при разгибательных вставлениях (10%), заднем виде затылочного предлежания (17%) и патологическом асинклитизме (13%). Клинически узкий таз выявлен у 77% (23) рожениц 1 группы, у 10% (3) рожениц 2 группы, у 83% (25) рожениц 3 группы. В неонатальном периоде частота церебральной ишемии в 1 группе составила 33% (10), во 2 группе - 17% (5), в 3 группе - 63% (19).

Выводы. Неоспоримыми критериями абсолютного клинического несоответствия при родах крупным плодом являются отсутствие конфигурации и патологическая конфигурация головки. Своевременная диагностика клинически узкого таза позволяет снизить уровень травматизма плода, а также интранатального повреждения центральной нервной системы.

Новопашина Г.Н., Мудров В.А.

СТУДЕНЧЕСКОМУ НАУЧНОМУ ОБЩЕСТВУ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ЧГМА - 60 ЛЕТ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Днем рождения кафедры акушерства и гинекологии ЧГМИ является 1 сентября 1956 года, ее основателем считается представитель московской школы акушер-гинекологов профессор Юрьевский С.Г., ученик академика Малиновского М.С. Уже в 1957 г. на кафедре организован научный студенческий кружок, у истоков стояли профессор Юрьевский С.Г, Дубовая Л.Е., доценты Немировская С.А., Клинова Н.И., Кушнир И.М., к.м.н. Болтунова Г.М., Козлова Г.С., Загородняя Э.Д. Студенческое научное общество (СНО) является основной структурной единицей организации научно- исследовательской работы студентов.

Цель СНО - привлечение студентов к научно-исследовательской работе, углубленное изучение и освоение будущей профессии и специальности, отбор наиболее способных студентов в ординатуру и аспирантуру для обеспечения пополнения молодыми квалифицированными кадрами научно-педагогический состав кафедр. Задачами СНО является формирование мотивации к исследовательской работе и содействие студентам в овладении практическими навыками, углубленном освоении материала, воспитание творческого отношения к своей профессии через исследовательскую деятельность, обучение студентов методикам самостоятельного решения поставленных задач.

Первыми кружковцами были Глушкова Г.М. (главный врач роддома №2 г. Читы), врачи Крымова Г.К., Милосердова В.М., Загородняя Э.Д. (профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии). С 1961г работа студентов идет по двум направлениям: практическому - приобретение навыков работы на дежурствах в родильном доме и научному - по проблемам охраны здоровья матери и плода. Сотрудниками кафедры стали из числа бывших студентов - кружковцев профессор Загородняя Э.Д., врач Глушкова Г.М., к.м.н. Малапура Л.И., доценты Тиханова Л.А., Новопашина Г.Н., профессор Белокриницкая Т.Е., к.м.н. Анохова Л.И., доценты Белозерцева Е.П., Мочалова М.Н., Казанцева Е.В., Ахметова Е.С., ассистент Мудров В.А.

Руководителями научного студенческого кружка в разные годы были доцент Немировская С.А.(1957 -1972г.), профессор Загородняя Э.Д. (1973-1981г.), доцент Новопашина Г.Н. (1982-1988г), профессор Иозефсон С.А. (1989-1990г.), профессор Белокриницкая Т.Е. (1991-2000г.), д.м.н. Пономарева Ю.Н. (2001-2003г.), к.м.н. Матвеева Н.Е. (2004-2006г), к.м.н. Мочалова М.Н. (2007- 2013г.), ассистент Мудров В.А. (с 2014г). Приказом министерства образования РФ от 2000г на кафедре открыта аспирантура по специальности "Акушерства и гинекология". Бывшие кружковцы продолжили научные исследования и после защиты диссертаций стали ассистентами родной кафедры. Студенты СНО кафедры всегда принимали участие в ежегодных научных студенческих конференциях не только в Чите, но и в других вузах страны: в г. Куйбышеве (1984г.), г. Красноярске (2011г.), г. Новосибирске (2014г. - 2016г), г. Москве (2013г.), г. Санкт- Петербурге (2016г.). Многие врачи акушеры - гинекологи были членами студенческого научного общества, закончили клиническую ординатуру: Гительман Н.А. (зав. отделением), Василевская Л.А. (врач Центра профилактики ВИЧ), Ерофеев Б.Б. (врач, к.м.н.), Дашкевич О.Ю. (зав. отд. Перинатального центра), Федорова Т.В. (зав. отд. Перинатального центра), Раднаева Н.М. (врач, Москва) и многие другие.

Научные исследования членов СНО затрагивали многие проблемные темы акушерства и гинекологии как "Физиология и патология механизмов адаптации человека к природно - климатическим условиям Восточной Сибири", "Изучение причин невынашивания", Иммунологические взаимоотношения в системе мать - плацента-плод", "Новые механизмы канцерогенеза органов репродуктивной системы", "Экстрагенитальная патология и беременность", "Гестационный сахарный диабет" и другие проблемы. Студенческое научное общество обеих кафедр акушерства и гинекологии ЧГМА продолжает привлекать студентов лечебного и педиатрического факультетов к научно-исследовательской работе и освоению будущей специальности. Студенты СНО ежегодно участвуют во Внутривузовской и Паназиатской Олимпиадах по акушерству и гинекологии. Неоднократно

побеждали в конкурсе "Научно-техническое творчество молодежи Забайкальского края" под руководством ассистента В.А. Мудрова. Знаменательным событием отмечен 2016г., когда получен грант "Умник", утвержденный фондом "Содействия инновациям". В настоящее время на кафедре ведется работа по созданию 3D модели вероятного биомеханизма родов и др. Аналогов подобной работы не существует в РФ. Следующими ступенями образования для "олимпийцев" являются клиническая ординатура и аспирантура, где формируются личности, способные выполнять научные открытия.

Таким образом, студенческое научное общество активно привлекает студентов к научно-исследовательскому поиску и помогает практическому освоению сложной, но интересной специальности "акушерство и гинекология".

Новопашина Г.Н., Ахметова Е.С.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: РИСКИ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ И ПЛОДА

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последние годы возрос интерес к проблеме сахарного диабета у беременных (ГСД). Это связано с ростом числа женщин с нарушением углеводного обмена, увеличением числа беременных с проявлениями сахарного диабета и с улучшением качества диагностики.

Цель исследования: выявление особенностей течения беременности, родов и раннего неонатального периода детей, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 33 историй родов и историй развития новорожденных, родившихся от матерей с гестационным сахарным диабетом в городском родильном доме.

Результаты. Средний возраст пациенток составил до 18 лет - 0%, до 25 лет- 30,3%, до 35 лет 51,5%, старше 35 лет 18,1%. Из всех женщин первобеременных - 18,1%, повторнобеременных- 81,8%. По месту жительства беременных: город - 66,6%, район - 33,3%. Наличие вредных привычек - курение женщин - 36,3%, курение мужа - 30,3%. Наличие татуировки у женщин - 3,0%. В зарегистрированном браке были 90,9%, в гражданском браке 9,0%. Начало половой жизни у женщин 19,3±2,7 лет, количество партнеров 1,5±1,4 человек. Методы контрацепции: применяли КОК (Линдинет, Джес) - 12,1%, презерватив - 78,0%, прерванный половой акт у 9,0%. Перенесенные заболевания в детстве: ОРВИ - 27,2%, краснуха 18,1%, ветряная оспа 24,2%, псориаз 3,0%. Особенности питания: 93,9% пациенток употребляли разнообразную пищу, а 6,1% были на диетах. Сладкое употребляли часто 6,1%, редко - 93,9%. Пациентки росли в полной семье 93,9%, в неполной семье - 6,1% .

Оценка роста беременных: 167,9±5,1 см., вес беременных перед родами: 84,4±10,6 кг, ИМТ - 31,2±2,8.

Менархе с 13,2±0,8 лет, длительность менструаций 4,3±0,9 дней, продолжительность между менструациями 32,1±0,7 дней. Из соматических заболеваний женщины имели патологию сердечно - сосудистой системы: гипертоническая болезнь 1 ст. - 9%, нейро-циркуляторная дистония -18,1%, варикозное расширение вен - 12,1%, хроническая железодефицитная анемия - 33%; заболевания желудочно - кишечного тракта: панкреатит - 6,1%, холецистит - 18,1%, хронический гастрит - 3%; заболевания мочевыводящих путей: хронический пиелонефрит - 24,2%; нейроэндокринные нарушения: патология щитовидной железы - 6,1%, ожирение - 48,5%; патология органов зрения: миопия 12,1%, макулодистрофия - 3,0%; патология молочной железы 3,0% .

Гестационный сахарный диабет диагностирован в первой половине беременности у 18,1% женщин. В первом триместре беременности в 11,8±1,2 недель и при уровне сахара 5,76±0,19. Во второй половине беременности ГСД диагностирован у 81,8% , при этом средний срок беременности 25,7±3,2 недель и уровень сахара 5,69±1,04.

Из гинекологической патологии: хронический цервицит - 30,3%, сальпингоофорит - 6,1%, хронический эндометрит - 3,0%, поликистоз яичников - 3,0%. В анамнезе пациентки имели выкидыши -18,1%, ПОНРП - 6,1%, операцию по поводу трубной беременности - 3,0%, несостоявшийся выкидыш - 6,1%. Инфекции во время данной беременности: кандидоз - 24,2%, ЦМВИ - 21,2% , ОРВИ в 16-18 недель - 9,0%, бактериальный вагиноз - 9,0% , герпес - 9,0%, токсоплазмоз - 3,0%, ВПЧ - 3,0%.

Настоящая беременность осложнилась: угрозой выкидыша - 21,2%, анемией легкой степени - 36,3%, анемией средней степени - 3,0%, гестационным пиелонефритом на сроке 20-24 недели - 9,0%, рвотой до 14 недель - 6,1%, отеками - 24,2%, умеренной преэклампсией - 12,1%, плацентарной недостаточностью -24,2%, задержкой роста плода - 3,0%, маловодием - 9%, многоводием - 12,1%, ПИОВ - 18,1%, ПОНРП - 3,0%, врожденной аномалией развития плода - 6,1%, антенатальной гибелью плодов при двойне - 3,0%.

Родоразрешены в срок 37 и более недель - 97,0%, до 30 недель - 3,0%. Роды самостоятельные были в 75,8% случаев. Осложнения в родах: раннее излитие околоплодных вод - 12,0%, разрыв шейки матки - 16,0%, разрыв промежности - 8,0% , тугое обвитие пуповиной - 8,0 %, слабость родовой деятельности - 4,0%, короткая пуповина - 4,0% , гипотоническое кровотечение 4,0%. Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) проведено у 24,2%. Показаниями для кесарева сечения явились: несостоятельный рубец на матке - 50,0%, острая гипоксия плода - 12,5%, аномалии родовой деятельности - 12,5%, после ЭКО - 12,5 %, ПОНРП с ДВС синдромом и гистерэктомией - 12,5%.

Средняя масса новорожденных в предыдущих родах составила 3453±363,5 г., из них 2 женщины с крупным плодом 4105±249 г. Средняя масса новорожденных в настоящих родах-3157±154,3 г., из них уже 3 женщины с более крупным плодом 4246±204 г. Средний рост новорожденных в настоящих родах 49,5±2,4см, из них у крупных детей рост 53,6±0,5.см. Оценка по шкале Апгар составила в среднем 9-10 баллов.

Из заболеваний новорожденных имели место (18,1%): гипоксические поражения ЦНС, врожденная пневмония средней степени тяжести, эмбриофетопатия неуточненной этиологии, кефалогематома правой теменной кости, кардиопатия, асфиксия новорожденного, врожденный двусторонний дакриоцистит. Случай мертворождения двойней (3,0%) с ПОНРП, ДВС - синдромом.

Послеродовой период у женщин осложнился гематометрой - 6,1%. Выписка из родильного дома домой проведена на 4 сутки -15,1% , на 5 сутки - 63,6%, на 6 сутки - 9,0%, на 7 сутки 9,0%.

Выводы. Таким образом, на осложненное течение беременности и родов, а также на состояние новорожденного влияет комплекс факторов риска, в том числе и наличие гестационного сахарного диабета.

Полстяной А.М., Цхай В.Б., Грицан Г.В., Грицан А.И.

АНАЛИЗ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОРДС НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярс, Россия

Введение. Острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) представляет собой один из ведущих патологических механизмов, определяющих риск неблагоприятного течения инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания у беременных.ОРДС у беременных и у родильниц диагностируется сравнительно редко (0,016-0,035% ко всем родам), но может быть непосредственной и сопутствующей причиной смерти женщин (20-98%) и их детей (20-50%). Поэтому исследования, направленные на оптимизацию тактики лечения ОРДС, являются важными для современной практической медицины.

Цель: изучить параметры газообмена и механических свойств легких в процессе интенсивного лечения беременных с тяжелыми формами ОРДС, как осложнений инфекционных заболеваний дыхательной системы.

Материалы и методы. Проведен проспективный и ретроспективный анализ 79 клинических случаев у беременных и родильниц страдавших тяжелыми формами ОРДС, развившегося на фоне инфекционных заболеваний дыхательной системы, таких как туберкулез легких, внебольничная пневмония и грипп А (H1N1), пролеченных в условиях ОРИТ Красноярского краевого противотуберкулезного диспансера №1, Красноярской краевой клинической больницы №1 за период с 2010 по 2015 годы с использованием респираторной поддержки. Средний возраст пациенток составил 29,42±4,7 лет; срок гестации - 33,8±8,1 недель.

Интенсивная терапия проводилась по сле-

дующим направлениям: 1) этиотропная терапия; 2) антибактериальная терапия макролидами, фторхинолонами, карбопенемами в случае неспецифического бактериального очага; 3) гемодинамическая поддержка в сочетании с вазоактивными и инотропными препаратами до достижения следующих целевых показателей гемодинамики: ЦВД=12-15 мм рт. ст. на фоне искусственной вентиляции легких (ИВЛ), АДср ≥65 мм рт.ст., диурез - 0,5 мл/кг/час, гематокрит - 30%); 4) респираторная поддержка; 5) коррекция изменений в системе гемостаза, 6) другая симптоматическая терапия.

"Традиционная" искусственная вентиляция легких (ИВЛ) осуществлялась в 69 (87,34%) случаях, а в 10 (12,65%) наблюдениях использовалась неинвазивная вентиляция легких. При выборе режимов и параметров респираторной поддержки следовали концепции "безопасной" ИВЛ.

Динамическая оценка механических свойств легких проводилась на основании следующих параметров: дыхательный объем (Vt), положительное давление конца выдоха (PEEP), пиковое давление вдоха (PIP), динамический легочно-торакальный комплайнс (Clt,d).

Динамическая оценка газообмена проводилась путем постоянного мониторинга FiO2, SpO2 и PetCO2 с помощью многофункциональных мониторов (ViridiaM4 Agilent Technologies, США) и по данным газового анализа (газоанализатор ABL 700, Radiometer, Дания), и последующим расчетом некоторых показателей: парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (PaO2), парциальное напряжение углекислого газа в артериальной крови (PaCO2), альвеолярно-артериальный градиент по кислороду (AaDO2), респираторный индекс (PaO2/FiO2). Исследование механических свойств

Динамика параметров механических свойств легких и газообмена у беременных и родильниц с ОРДС, M±m

Параметры	Этапы исследования, n=79				
	1 сутки	3 сутки	5 сутки	7 сутки	10 сутки
Vt, мл	625,9±4,9 $p_{1-2,1-3,1-5}$	637,4±6,3	641,2±6,03 p_{3-5}	629,7±5,6	640,8±5,9
F, дых/мин	14,1±0,2 $p_{1-2,1-4,1-5}$	12,9±0,2 p_{2-3}	14,6±0,3	15,5±0,4	15,9±0,4
PIP, см вод.ст.	25,6± 0,4 $p_{1-3,1-4,1-5}$	25,4±0,7	23,8±0,7 p_{3-4}	20,6±0,5	19,4±0,6
PEEP, см вод.ст.	10,9±0,2 $p_{1-3,1-4,1-5}$	9,8±0,3	8,5±0,3	7,9 ±0,3 p_{4-5}	5,9±0,3
Clt,d мл/см вод.ст.	30,8±1,35 $p_{1-3,1-4,1-5}$	34,8±1,6 p_{2-3}	42,3±1,7 p_{3-4}	49,7±2,3	55,2±2,1
FiO2, 0,21-1,0	0,71±0,04 $p_{1-3,1-4,1-5}$	0,63±0,03 p_{2-3}	0,49±0,03 p_{3-4}	-	0,36±0,06
SpO2, %	94,1±0,5 $p_{1-3,1-4,1-5}$	95,5±0,4	96,5±0,4 p_{3-4}	97,9±0,3	98,6±0,3
PaO2, мм рт. ст.	81,2±3,6 $p_{1-3,1-4,1-5}$	92,2±4,2 p_{2-3}	103,9±11,4 p_{3-4}	96,2±1,5	90,7±1,1
PaCO2, мм рт. ст.	35,8±2,7	34,6±2,7	33,4±1,4	35,0±1,8	32,3±2,3
pH, ед	7,30±0,02 $p_{1-2,1-3,1-4,1-5}$	7,42±0,01	7,41±0,02	7,42±0,01	7,43±0,01
AaDO2, мм рт. ст.	374,1±21,2 p_{1-2}, $p_{1-3,1-4,1-5}$	276,4±18,6	231,6±16,3 p_{3-4}	175,2±16,9	136,6±14,7
PaO2/FiO2, мм рт. ст.	150,1±18,5 $p_{1-3,1-4,1-5}$	184,7±11,5 p_{2-3}	223,5±12,6 p_{3-4}	298,1±15,6	335,5±14,6
Qs/Qt, %	39,8±2,2 $p_{1-3,1-4,1-5}$	34,6±2,4 p_{2-3}	20,3±3,1	13,2±1,9	9,2±5,3

Примечание: p_{1-2}, p_{1-3}, p_{1-4}, p_{1-5} - статистически значимые различия между 1,2, 3,4 и 5-м этапами исследования соответственно; p_{2-3} - статистически значимые различие между 2 и 3 этапами исследования; p_{3-4} - статистически значимые различия между 3 и 4 этапами исследования; p_{4-5} - статистически значимые различия между 4 и 5 этапами исследования; $p<0,05$

легких и газообмена проводились при начале респираторной поддержки, на 1-е (1этап), 3-е (2 этап), 5-е (3 этап), 7-е (4 этап), 10-е (5 этап) сутки ее проведения.

Результаты. После перевода на ИВЛ для поддержания PaO2=81,2±3,6мм рт. ст. требовались следующие параметры респираторной поддержки в режиме вентиляции по давлению (PC): PIP=25,6± 0,4 см вод ст., PEEP= 10,9±0,2 см вод. ст., F=14,1±0,2дых/мин, Vt=625,9±4,9 мл. При этом респираторный индекс (PaO2/FiO2) в среднем равнялся 150,1±18,5 мм рт. ст., AaDO2 = 374,1±21,2 мм рт. ст., а динамический легочно-торакальный комплайнс (Clt,d) - 30,8±1,35 мл/см вод.ст., что характерно для ОРДС II и III стадий. Нарушение диффузии кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану сопровождалось увеличением внутрилегочного шунтирования крови (Qs/Qt), и достигало в среднем 39,8±2,2%.

При проведении ИВЛ сдвиги газообмена претерпевали следующие изменения: в течение первых трех суток AaDO2 уменьшался лишь на 26,3%, а к 5-м суткам проведения ИВЛ - на 38,3% ($p<0,05$). К 7-м суткам интенсивной терапии уровень AaDO2 составлял в среднем 175,2 мм рт.ст., а на 10-е сутки снижался до 136,6±14,7 мм рт.ст. Респираторный индекс (PaO2/FiO2) к пятым суткам возрастал до 223,5±12,6 мм рт.ст., что на 32,8% ($p<0,05$) выше исходного уровня, и лишь к 10-м суткам он был выше 300 мм рт.ст.

Заключение. Проведение респираторной поддержки позволило провести коррекцию изменений механических свойств легких и газообмена при разной степени тяжести острого респираторного дистресс синдрома, развившегося на фоне инфекционных заболеваний дыхательной системы.

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П.,
Анохова Л.И., Фролова Н.И., Папкина Т.И.

РОЛЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Показателем адаптационного резерва организма человека для компенсации неблагоприятных воздействий является масса тела. Проблема дефицита веса не менее важна, чем проблема избыточного веса. Выраженные изменения массы тела, как правило, сочетаются с разнообразными вегетативными нарушениями, дисменореей, нарушением функции системы репродукции, развившимися задолго до гестации. Число таких лиц достигает более 25 % в популяции (Закревский А.А., 1989; Артымук Н.В., 2003). Соотношение массы тела и роста является базовым показателем при оценке состояния здоровья беременных женщин.

Целью нашего исследования явилось изучение течения беременности и родов у женщин с дефицитом массы тела (ДМТ) по сравнению с беременными с нормальным весом (НМТ) и алиментарно-конституциональным ожирением (АКО).

Материалы и методы. Критерием включения в исследование явился возраст от 18 до 30 лет. Из 3415 женщин, родоразрешенных в Забайкальском краевом перинатальном центре г. Читы в 2013 году, 41 женщина имела дефицит массы тела (ИМТ<18 кг/м^2) (1 группа), 175 пациенток, имели избыточную массу тела и ожирение (ИМТ>25 кг/м^2) (2 группа). Сплошным методом отобрано 98 пациенток, имевших нормальный индекс массы тела (ИМТ 18-25 кг/м^2), которые составили 3 группу. Статистическую обработку проводили вычислением отношения шансов (ОШ). Значения ОШ от 0 до 1 соответствовали снижению риска, более 1 - его увеличению. ОШ равное 1 означало отсутствие эффекта (разницы).

Результаты и обсуждение. При изучении места жительства женщин выяснено, что 70% (124/175) женщин с избыточным весом и ожирением, проживает в сельской местности, в отличие от пациенток с нормальным весом 25,5% (25/98) и имеющими дефицит массы тела - 9,7% (4/37), среди которых, напротив, большая часть проживала в городе. Шанс избыточного веса у женщин, проживающих в селе в 7 раз превышает таковой среди беременных с нормальным весом и в 22,5 раза чаще по сравнению с лицами, имеющими дефицит массы тела. Наиболее распространенной фоновой патологией, осложняющей беременность, являются заболевания почек, которые чаще всего отмечены в группе с ДМТ 28% (9/41), вероятность выявления таковых был в 1,8 раз выше,

чем в группе с НМТ (13,2%), и в 1,4 раза больше по сравнению с АКО (16,5%). Миопия сопровождала в 21,5% случае женщин с ДМТ, риск обнаружения которой был в 1,4 раза больше в отличие от пациенток с АКО (16,5%), и в 2,2 раза больше, чем среди рожениц с нормальным весом (11,2%). Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу также отмечена у 22% родильниц с ДМТ, шансы встречаемости которой в 9 - 12 раз были больше, чем у женщин с НМТ (4%) и АКО (2,2%). Риск цервицита у беременных с дефицитом веса в 4,9 - 6,5 раз оказался больше, чем в группе с АКО и НМТ. Отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке, аборты, выкидыши, перинатальные потери) отмечен практически у каждой четвертой женщины с недостатком веса (27%), напротив, в группах с нормальным весом (12,2%) и АКО (6,8%), где соответственно риск выявления таковых в 2,6 - 4,9 раз был меньше. Беременность осложнилась преэклампсией в 45% случаев у женщин с АКО, и шанс развития данного осложнения в 6,5 превышает таковой у рожениц с нормальным весом (11,2%), что подтверждено сведениями литературы. Однако ни в одном случае преэклампсия не осложнила течение беременности в группе с ДМТ. Удельный вес срочных родов наибольшим оказался среди женщин с дефицитом веса (90,3%), при этом шанс своевременного родоразрешения в группе с АКО был в 2,8 раз реже (76,6%), и в 3,7 раз меньше с НМТ (71,5%). Соответственно наибольшее количество преждевременных родов зарегистрировано среди женщин с нормальным весом (28,5%), затем с АКО (23,4%), и ДМТ (9,7%). Роды осложнились слабостью родовых сил в 14,5% случаев у женщин с ДМТ, в отличие от рожениц АКО (9,7%) и НМТ (9,1%), где таковые риски в 1,5-1,6 раз реже. Быстрыми роды были у 5,1-5,7% женщин с НМТ и АКО, что в 2,2-2,5 раз чаще, чем у пациенток с ДМТ (12,1%). Чаще родоразрешены операцией кесарева сечения пациентки с АКО (74%), затем с дефицитом веса 39%, среди женщин с нормальной массой этот показатель был равен 10,2%.

Выводы. Женщины с ДМТ и НМТ в основном проживают в городе, в то время как с АКО в сельских поселениях. Миопия, заболевания почек, НЦД по гипотоническому типу, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез чаще всего сопровождали женщин с недостаточным весом. Наибольший удельный вес преждевременных родов зарегистрировано среди женщин с нормальным весом, затем с АКО и ДМТ. Шанс оперативных родов наибольшим оказался у женщин с АКО и превышал таковой у беременных с НМТ и ДМТ.

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Батодалаева С.Б.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВАЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Согласно рекомендациям ВОЗ, оценка качества жизни (КЖ) зависит от физического и психоэмоционального состояния индивидуума, а также от уровня его независимости, общественного положения, личных представлений и состояния окружающей среды. Роды, являясь стрессовой ситуацией для организма женщины, сопровождаются значительным напряжением функционального состояния различных физиологических систем, что может приводить к нарушению адаптации организма в целом. В то же время качество жизни родильницы наряду с состоянием ее здоровья определяет качество материнского ухода и психологический контакт с младенцем и зависит от многих факторов: возраста, способа родоразрешения, суток после произошедших родов и др. Считается, что идеальным возрастом для первых родов является возраст от 20 до 30 лет. В литературе не освещены проблемы качества жизни женщины после родов с учетом оптимального возраста для деторождения.

Целью исследования явилась оценка качества жизни родильниц после первых родов в зависимости от возраста женщины.

Материалы и методы. Проведена оценка качества жизни у 101 первородящей женщины (выборка была случайной) в первые трое суток после своевременных естественных и оперативных родов во время пребывания в ГБУЗ ЗКПЦ. В первую группу вошли 46 родильниц в возрасте от 20 до 25 лет, во вторую

группу - 55 матерей в возрасте от 26 до 30 лет. Для изучения КЖ родильниц использовали анкету, содержащую стандартный опросник SF-36. Данная методика включает в себя 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал, отражающих физический и психологический компоненты здоровья. Анкета заполнялась пациентками собственноручно при информированном согласии. При этом состояние родильниц набравших 90 и более баллов обозначалось как "хорошее", менее 90 - как "неудовлетворительное". Статистическая обработка проведена с помощью пакетов прикладных программ "Statistica 6".

Результаты исследования. Средний возраст пациенток - 21,9±1,8 лет в I группе, во II - 28,7±2,4 лет. Более трети обследуемых из I группы (44%) не состояли в браке, во II группе 78% были замужем ($p<0,05$). Отягощённый акушерский анамнез отмечен у 15,2% родильниц в возрасте 20 - 25 лет, в то время как у женщин 26 - 30 лет данный показатель был вдвое больше - 36,4% ($p<0,05$). Из экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались патология почек и анемия: по 19,5 % случаев в I группе и в 22% и 32,7% во II группе соответственно. Заболевания сердечно-сосудистой системы регистрировались у 8,7% пациенток в возрасте 20-25 лет, и в 2 раза чаще в возрастной категории 26-30 лет (18%). Уровень КЖ расцениваемый как "хороший" отмечен в возрасте 20-25 лет и составил 73±1,5, а "неудовлетворительный" в группе женщин 26-30 лет - 92,5±1,1. Показатель "физического функционирования" у родильниц II группы был достоверно ниже после кесарева сечения (18,2±0,9 балла), в сравнении с женщинами, родившими самостоятельно (23,6±0,8), в I группе значимой разницы не выявлено. Данный показатель отражает уровень физического состояния организма и способность к выполнению физических нагрузок в течение обычного дня. Отмечено увеличение показателя "интенсивность боли" в группе 20-25 лет после оперативного родоразрешения (7,4±0,7, против 5,8±0,2 после естественных родов). Во II группе, значимой разницы по этому параметру не выявлено. Показатель "общее состояние здоровья" выражает оценку пациентом своего состояния здоровья, который был выше только в подгруппе женщин после кесарева сечения в возрасте 26-30 лет. Исследование показателя "психическое здоровье" является общим показателем положительных эмоций, характеризует настроение, наличие депрессии показало его достоверное снижение в I группе, не зависящее от способа родоразрешения.

Заключение. Таким образом, оптимальным возрастом для первых родов с позиций общей оценки качества жизни в пуэрперии является возраст от 20-25 лет. Компоненты "физического функционирования", "психического здоровья" у пациенток в возрасте от 20-25 лет не зависело от способа родоразрешения, при этом отмечено увеличение показателя "интенсивность боли" в группе 20-25 лет после оперативного родоразрешения.

Фролова Н.И.[1], Белокриницкая Т.Е.[1], Туранова О.В.[1],
Ли О.А.[2], Карасева А.Ш.[2], Старицына О.А.[2]

ПЕРИКОНЦЕПЦИОННЫЙ ПРИЕМ ФОЛАТОВ И ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ

[1]Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
[2]Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита, Россия

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) составляют почти треть всех основных врожденных аномалий развития плода (van der Linde D. и соавт., 2011). За последние годы в мире отмечается существенное увеличение численности новорожденных с ВПС, что связано как с улучшением диагностики, так и влиянием многочисленных этиологических факторов их развития - алиментарных, конституциональных, инфекционных, наследственных, токсических, экологических и др. (Сафиуллина А.Р., Яковлева, Л.В., 2012; Шарыкин А.С., 2012; Lee L.J., Lupo P.J., 2013; Feng Y. И соавт., 2015; Sullivan P.M. и соавт., 2015 и др.).

Цель исследования - провести сравнительную оценку частоты развития ВПС у новорожденных от матерей, получавших и не получавших препараты фолиевой кислоты в периконцепционном периоде.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 152 историй родов и историй новорожденных в Забайкальском краевом пе-

ринатальном центре, отобранных сплошным методом. Критериями исключения из исследования были: возраст матери старше 35 лет, ожирение, прием алкоголя, профессиональные вредности, ИППП, острые (обострения хронических) инфекционных заболеваний в 1-2 триместрах гестации, экстрагенитальные заболевания. Основным группирующим признаком был прием фолатов в периконцепционном периоде. В результате были сформированы 2 клинические группы: в 1-ю группу вошли 75 пациенток, не принимавших препараты фолиевой кислоты; во 2-ю (сравнения) - 77 женщин, принимавших фолаты с этапа прегравидарной подготовки. При статистической обработке результатов определяли среднее арифметическое, критерий Стъюдента (t), хи-квадрат (χ^2). Значения считали статистическими достоверными при $p \leq 0,05$, $\chi^2>3,84$.

Результаты исследования. Пациентки сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту (средний возраст в 1-ой группе 27,3±2,8 лет, во 2-ой - контрольной 28,7±3,4 лет, $p>0,05$) и не имели отличий в индексе массы тела (22,6±3,8 vs 22,4±2,9, $p>0,05$); паритете (первородящих 30,7% (23/75) vs 29,9% (23/77), $p\chi^2>0,05$; многорожавших не было). Обращает внимание, что женщины, не принимавшие препараты фолиевой кислоты, чаще курили 33,3% (25/75) vs 9,1% (7/77, $p\chi^2<0,05$). Удельный вес младенцев с ВПС у матерей, не получавших нутриционную поддержку в периконцепционном периоде, был в 3,8 раза больше: 84,0% (63/75) vs 22,1% (17/77, $p\chi^2<0,05$). Частота встречаемости задержки роста плода была в 4,1 раза выше у беременных 1-ой группы: 21,3% (16/75) vs 5,2% (16/77, $p\chi^2<0,05$). Среди детей, рожденных с ВПС, чаще встречались ДМЖП (75,4%), реже - сочетанные пороки (12,3%), ДМПП (4,6%) и в равных долях (1,25%) стеноз легочной артерии, аневризма межпредсердной перегородки, аортальный стеноз, двухстворчатый и трехстворчатый аортальный клапан.

Выводы. Прием фолатов в периконцепционном периоде снижает частоту развития врожденных пороков сердца у плода. Курение матери следует рассматривать не только как доказанный фактор риска задержки роста плода, но и как значимый конфаундер формирования врожденных пороков сердца.

ИНФОРМАЦИЯ О КОНФЕРЕНЦИИ

Конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Три периода жизни женщины: медицинские проблемы и современные пути решения", 21-22 марта 2017 г.

21-22 марта 2017 года в Читинской государственной медицинской академии состоялась Конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Три периода жизни женщины: медицинские проблемы и современные пути решения", организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация "Забайкальское общество акушеров-гинекологов (ЗОАГ)", Министерство Здравоохранения Забайкальского края, некоммерческое партнерство "Забайкальская медицинская палата". Конференция была аккредитована в системе непрерывного медицинского образования Минздрава России. Участники, прошедшие обучение, получили 12 зачетных единиц (кредитов) и свидетельство об обучении в системе НМО.

Основной задачей данного масштабного учебного мероприятия было формирование знаний и умений оказания персонализированной акушерско-гинекологической помощи пациенткам разных возрастных групп на основе современных клинических практик и сведений доказательной медицины. Лектора конференции - ведущие специалисты России в области детской и подростковой гинекологии, репродуктивной медицины, гинекологической эндокринологии, генетики, дерматовенерологии. В конференции приняли участие 293 участника: врачи акушеры-гинекологи медицинских организаций г. Читы и Забайкальского края, преподаватели Читинской медицинской академии и Читинского медицинского колледжа, клинические ординаторы, интерны ЧГМА, члены Молодежного Научного общества ЧГМА.

Открыл конференцию ректор Читинской государственной медицинской академии, заслуженный врач России, профессор А.В. Говорин, который поприветствовал участников и подчеркнул огромную демографическую и медико-социальную значимость проблем здоровья россиянок всех возрастных групп, озвучил современные тенденции в реформе высшего медицинского образования в России и отметил высокий рейтинг Читинской государственной медицинской академии среди медицинских вузов России.

Министр здравоохранения Забайкальского края, заслуженный врач России, доктор медицинских наук С.О. Давыдов в приветственном слове участникам конференции отметил достижения и перспективы развития службы материнства и детства региона, и особо подчеркнул проблемы обеспеченности врачебными кадрами в районах края.

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России по Сибирскому Федеральному Округу профессор Н.В. Артымук представила глубокий аналитический доклад "Перинатология в Сибири: достижения и проблемы", в котором озвучила и прокомментировала динамику основных показателей службы, проблемы различных субъектов СФО и Сибири в целом, а также пути их решения с позиций современных клинических практик.

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Забайкальского края В.Ф. Лига выступила с докладом "Демографические тенденции и проблемы службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае", основными позициями которого были: прогрессивное снижение репродуктивного потенциала жителей Забайкалья (уменьшение числа детей в возрасте 15-17 лет и женщин фертильного возраста), ухудшение общего уровня здоровья девочек-подростков и женщин детородного возраста и приоритетные задачи, стоящие перед акушерско-гинекологической службой региона в свете государственной и демографической политики Президента и Правительства России.

Научная программа конференции включала лекции: "Генетические детерминанты бесплодного брака" и "Неразвивающаяся беременность и полиморфизмы генов фолатного цикла: варианты коррекции фолатного дефицита" (профессор Петрин А.П., г. Москва); "Современные подходы к преконцепционному уходу", "Эндометриоз: доказанное и сомнительное", "Онкологические и кардиоваскулярные риски МГТ: мифы и реальность" (профессор Артымук Н.В., г. Кемерово); "Воспалительные заболевания органов малого таза и репродукция" (профессор Белокриницкая Т.Е., г. Чита);"Инфекции, передаваемые половым путём: современный подход к диагностике и лечению" (профессор Малова И.О., г. Иркутск); "Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: клинические рекомендации по диагностике и лечению" (профессор

Загородняя Э.Д., г. Чита); "Прегравидарная подготовка: пациенториентированные подходы в группах риска", " Проблемы тонкого эндометрия в репродукции", "Возможности сохранения фертильности у онкобольных" (д.м.н. доцент Базина М.И., г. Красноярск);"Гиперпролактинемия в практике акушера-гинеколога" (д.м.н. доцент Яворская С.Д., г. Барнаул); "СПКЯ у подростков: особенности диагностики и лечения", "Особенности состояния микробиоценоза и шейки матки у девушек-подростков с нарушениями менструального цикла", "Беременности у молодых: проблемы и пути решения" (Храмова Е.Е. - к.м.н. главный внештатный специалист по вопросам детской и подростковой гинекологии Министерства здравоохранения Иркутской области, г. Иркутск); "Актуальные проблемы репродуктивного здоровья девочек и девушек" (Морицан Н.Н. - главный специалист по гинекологии детского и подросткового возраста Детского Краевого Медицинского Центра, г. Чита); "Функциональные кисты яичников: алгоритмы ведения больных от пубертата до менопаузы" (к.м.н. Белозерцева Е.П., г. Чита);"Современная тактика ведения пациенток с доброкачественными заболеваниями и CIN шейки матки в разные возрастные периоды" (к.м.н. Мочалова М.Н., г. Чита); " Миома матки: персонализированные подходы к лечению" (к.м.н. Казанцева Е.В., г. Чита); "Эндометриомы яичника: лечебная тактика в возрастном аспекте" (Баркан Т.М., г. Чита).

По завершении учебного мероприятия 22 марта 2017 года состоялась очередная Конференция Краевой общественной организации "Забайкальское общество акушеров-гинекологов" - высшего органа ЗОАГ. При наличии кворума (присутствовали 166 членов ЗОАГ) согласно п. 5.2., п. 5.4. "Устава ЗОАГ" состоялось обсуждение и утверждение итогов деятельности ЗОАГ за отчетный период.

С отчётным докладом о реализации целей, задач и основных направлениях работы организации в 2016 году выступила президент ЗОАГ профессор Т.Е. Белокриницкая. Отмечено, что в 2016 году существенно выросло представительство акушеров-гинекологов края в ЗОАГ: в 2014 состояло 145 врачей (48,5% от общей численности), в 2015 году - 192 акушера-гинеколога края (75,9% от общей численности), в 2016 году членами ЗОАГ были 229 членов (94,6% от общей численности акушеров-гинекологов края).

Члены ЗОАГ участвовали в аудите случаев "near miss", материнской и перинатальной смертности, аттестации врачей, организации и проведении научно-практических конференций, семинаров, тренингов, в независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями, судебно-медицинской экспертизе, профориентационной и санитарно-просветительной работе. Совет ЗОАГ регулярно обеспечивал информационно-образовательную поддержку членов ЗОАГ в виде рассылки материалов по e-mail и через веб-сайты ЗОАГ и Забайкальской Медицинской палаты. Все члены ЗОАГ получили на руки сборники клинических рекомендаций (протоколов лечения) по акушерству и гинекологии (под ред.проф. Т.Е. Белокриницкой. Чита, 2016), изданные за счёт членских взносов организации.Члены Совета и лидеры ЗОАГ участвовали в разработке и рецензировании федеральных и региональных клинических протоколов, региональных порядков маршрутизации беременных, родильниц и гинекологических больных, показаний для пребывания на койках акушерского ухода, стандартов оформления медицинской документации, оказывали правовую поддержку врачам по специальности, осуществляли многоцелевые и всесторонние связи с Российским обществом акушеров-гинекологов, с профессиональными ассоциациями (обществами) акушеров-гинекологов округов и субъектов Российской Федерации, а также с зарубежными.

Председатель ревизионной комиссии ЗОАГ Л.И. Анохова представила Конференции отчёт о проверке финансово-хозяйственной деятельности организации за 2016 год. Оба отчета утверждены Конференцией ЗОАГ.

В рамках полномочий конференции состоялись перевыборы в Совет и КРО ЗОАГ. З.Х. Томашова на основании личного заявления выведена из состава Совета ЗОАГ; Е.Ю. Глотова выведена из ревизионной комиссии в связи с переездом за пределы региона на новое постоянное место жительство. Путем открытого голосования единогласно в состав Совета ЗОАГ введена Е.Н. Агафонова (главный врач ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр"), в состав ревизионной комиссии ЗОАГ - Е.И. Дмитриева (врач акушер-гинеколог поликлинического отделения ГБУЗ ЗКПЦ).

Президент КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", заслуженный врач России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., профессор Т.Е. Белокриницкая

Секретарь КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, к.м.н. Д.А. Тарбаева