

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ»**

Сборник материалов
Республиканской научно-практической-конференции
с международным участием, посвящённой 60-летию создания
кафедры акушерства и гинекологии
Гродненского государственного медицинского университета

3 декабря 2021 года

Гродно
ГРГМУ
2021

УДК 618(06)
ББК 57.1я431
А 437

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ
(протокол № 14 от 18.11.2021 г.).

Редакционный совет: зав. каф. акушерства и гинекологии, проф. д-р
мед. наук Л. В. Гутикова.

Рецензенты: зав. 1-й каф. детских болезней, проф., д-р мед. наук
Н. А. Максимович;
зав. 2-й каф. детских болезней, проф., д-р мед. наук
Н. С. Пармонова;
доц. каф. детской хирургии, канд. мед. наук В. В. Новосад.

А 437 **Актуальные** вопросы акушерства и гинекологии :
сборник материалов республиканской научно-
практической-конференции с международным участием,
посвящённой 60-летию создания кафедры акушерства и
гинекологии гродненского государственного медицинского
университета (3 декабря 2021) [Электронный ресурс] /
отв. ред. Л. В. Гутикова. – Электрон. текстовые дан. и
прогр. (объем 3,2 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2021. –
1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
ISBN 978-985-595-668-7.

В материалах Республиканской научно-практической онлайн-конференции с международным участием «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» представлены работы сотрудников научных и клинических учреждений Республики Беларусь по следующим направлениям: акушерство, гинекология, неонатология, организация оказания медицинской помощи матерям и детям. Содержащаяся в издании информация будет полезна широкому кругу читателей: научным сотрудникам, аспирантам, преподавателям вузов, работникам практического здравоохранения.

УДК 618(06)
ББК 57.1я431

ISBN 978-985-595-668-7

© Гродненский государственный
медицинский университет, 2021

Уважаемые коллеги, читатели!

Перед вами сборник, посвящённый 60-летию создания кафедры акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета.

Пройден большой путь становления акушерско-гинекологической помощи в Гродненской области. В те далекие годы он начинался в условиях высокой материнской и младенческой смертности, эпидемий детских болезней, бедности и низкой санитарной культуры населения, которые ухудшали здоровье и матери, и ребенка.

В настоящее время созданная в Беларуси система оказания медицинской помощи матерям и детям во многом является образцом для других государств. Внедрены и используются различные высокотехнологичные методы и эффективные технологии в перинатологии. По показателям материнской и младенческой смертности Беларусь действительно достигла высоких результатов.

Вместе с тем проблемы здоровья женщин и детей сохраняют свою актуальность. Современное развитие и внедрение медицинских технологий требуют постоянного совершенствования. Основные перспективные направления научной деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка: разработка новых технологий, направленных на снижение первичной детской инвалидности; разработка комплексных программ пренатальной диагностики; разработка и внедрение новых технологий, направленных на сохранение и реализацию репродуктивной функции.

Научные исследования, представленные в сборнике, основаны на принципах научной обоснованности, преемственности, системности, мобилизации ресурсов и ориентированы на укрепление демографической безопасности в государстве путем стабилизации показателей перинатальной и младенческой смертности, снижения частоты осложнений беременности и родов, детской заболеваемости и инвалидности, своевременной диагностики наследственных и врожденных заболеваний, а также улучшения качества медицинской помощи матерям и детям, увеличения рождаемости.

Искренне надеемся, что представленные в сборнике публикации будут полезны врачам-специалистам и позволят улучшить качество оказания медицинской помощи женщинам и детям.

ПРАФЕСАР МАГІЛЁЎ – ЗАСНАВАЛЬНІК КАФЕДРЫ АКУШЭРСТВА І ГІНЕКАЛОГІІ ГРОДЗЕНСКАГА ДЗЯРЖАЎНАГА МЕДЫЦЫНСКАГА ІНСТЫТУТА

Плоцкі А. Р.

УА «Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт», г. Гродна, Беларусь

Інфармацыя, што тычыцца прафесара М. В. Магілёва – першага загадчыка кафедры акушэрства і гінекалогіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута – надзвычай нешматлікая. У розных выданнях, практычна заўсёды прысвечаных рознага кшталту юбілейным падзеям у жыцці кафедры альбо ўніверсітэта, звычайна ўзгадваюцца станоўчыя якасці прафесара з традыцыйным пералікам яго працоўных месцаў, колькасці публікацый і падрыхтаваных паслядоўнікаў. Старанна перапісваецца з артыкула ў артыкул інфармацыя аб «шырока эрудіраваным профессоре довоенной школы, обладающем высокой культурой, прекрасном специалисте и педагоге, исключительно виртуозном хирурге». Насамрэч жыццё прафесара Магілёва было насычаным і наўрад ці вельмі простым, і нават хуткі прагляд яго афіцыйнай біяграфіі дазваляе ўпэўніцца ў гэтым.

Міхал Венямінавіч Магілёў нарадзіўся ў Кіеўскай губерніі ў мястэчку Звянігародка (ў цяперашні час – Чэркасская вобласць) 1 чэрвеня 1898 г. Будучы прафесар з’явіўся на свет у сям’і служачых – як паведамлена ім самім у аўтабіяграфіі, бацька быў урачом, маці – настаўніцай. Іншых звестак пра сям’ю прафесара Магілёва папросту няма. У 1918 г. Міхал Венямінавіч распачаў навучанне ў Кіеўскім медыцынскім інстытуце, а пасля паспяховага яго заканчэння працаваў ў мястэчку Манастырышча ў якасці павятовага лекара. У 1925 г. ён атрымаў магчымасць займацца на курсах па акушэрству і гінекалогіі ў Дзяржаўным інстытуце ўдасканалення ўрачэй імя С. М. Кірава ў Ленінградзе, дзе і застаўся працаваць на пасадах навуковага супрацоўніка, а пазней – асістэнта і дацэнта. У 1937 г. М. В. Магілёў атрымаў званне прыват-дацэнта пасля публічнай лекцыі «Кансерватыўная хірургія ў гінекалогіі».

Працу выкладчыка і клініцыста Міхал Венямінавіч заўсёды спалучаў з дзейнасцю навуковай, адначасова з’яўляючыся супрацоўнікам Усесаюзнага інстытута эксперыментальнай медыцыны імя М. Горкага. Ён працаваў пад кіраўніцтвам прафесара Я. С. Лондана, вынікам чаго з’явілася паспяховая абарона дысертацыі «Аварыяльны інкрэт і яго ўзаемаадносіны з ганадатропнымі гармонамі цяжарных – праланам А і В», што мела месца ў 1938 г. У наступным годзе М. В. Магілёў атрымаў навуковую ступень доктара медыцынскіх навук, а ў ліпені 1941 г. – званне прафесара. Зразумела, што дыплом прафесара М. В. Магілёў здолеў атрымаць толькі пасля заканчэння Вялікай Айчыннай вайны.

З 1940 па 1945 г. прафесар Магілёў працаваў на пасадзе загадчыка кафедры акушэрства і гінекалогіі Сярэднеазіяцкага (ў цяперашні час –

Ташкентскага) інстытута ўдасканалення ўрачэй. Ужо ў той няпросты час яго характарызавалі як таленавітага выкладчыка, дасведчанага клініцыста, высокаадукаванага хірурга з вялікай схільнасцю да наватарскіх падыходаў лячэння захворванняў органаў жаночай палавой сферы. Прафесар М. В. Магілёў быў старшынёй Ташкентскага навуковага таварыства акушэраў-гінеколагаў, а таксама працаваў кансультантам у паліклініках і эвакуацыйных гаспіталях Ташкента.

З 1945 г. прафесара Магілёва накіравалі ў Кішынёўскі дзяржаўны медыцынскі інстытут дзеля стварэння кафедры акушэрства і гінекалогіі. У якасці загадчыка ён быў вымушаны самастойна распрацаваць тэматыкі заняткаў і арганізаваць эфектыўную клінічную дзейнасць. Кафедра займала ў шпіталі толькі адзін пакой – уласна кабінет прафесара. У гэтым пакоі і праводзіліся заняткі. У радзільным аддзяленні на 25 ложкаў не было ўласнай аперацыйнай, і пры неабходнасці выканання акушэрскіх аперацый лекары былі вымушаны ледзь не на руках пераносіць парадзіх у суседні корпус шпіталя. Практычна адсутнасць прыстойнай матэрыяльнай базы ў пасляваенны час не перашкодзіла прадэманстраваць прафесару Магілёву высокі ўзровень клініцыста і выкладчыка. Ён ніколі не нерваваўся, нават выконваючы самыя складаныя аперацыі, пазбягаў непатрэбных крыкаў і дэманстратыўнасці. Здавалася, што толькі сам факт прысутнасці прафесара садзейнічаў паспяховаму навучанню студэнтаў і супрацоўнікаў шпіталя. Акрамя тэхнікі аперацый, прафесар пільную ўвагу звяртаў на неабходнасць якаснай анэстэзіі і адэкватнага маніторынгу ў пасляоперацыйным перыядзе.

З нагоды частых абвастрэнняў трапічнай малярыі прафесар Магілёў быў вызвалены ад працы ў Малдове, два гады загадваў курсам акушэрства і гінекалогіі стаматалагічнага інстытута ў Ленінградзе, а з 1951 г. ачольваў кафедру акушэрства і гінекалогіі Сталінскага (Новакузнецкага) інстытута ўдасканалення ўрачэй. Скажаць, што гэта быў няпросты перыяд працы – напэўна, не сказаць нічога. Па-першае, гэта была велізарная адказнасць – інстытут быў вельмі буйной установай (трэцяй па рангу пасля Ленінградскага і Казанскага інстытутаў), па-другое – гэта быў палітычна няўстойлівы перыяд у краіне, калі дастаткова ўзгадаць толькі сумна вядомае «дело врачей». Нарэшце, па-трэцяе – раней інстытут лакалізаваўся ў Новасібірску, аднак з былых супрацоўнікаў у Новакузнецк прыехала менш за чвэрць. І зноў ва ўмовах першапачатковай адсутнасці матэрыяльнай базы прафесар М. В. Магілёў паспяхова аднавіў усе неабходныя напрамкі дзейнасці кафедры з дапамогай сваіх калег (дацэнт Р. І. Маўшовіч, асістэнты Н. М. Гетман-Сычова, В. Н. Гранат).

З 1955 г. да моманту распачатку працы ў Гародні прафесар Магілёў паспяхова здолеў арганізаваць працу яшчэ адной профільнай кафедры Благавешчанскага медыцынскага інстытута (цяпер – Амурская дзяржаўная медыцынская акадэмія). Больш таго, прафесар лічыцца стваральнікам клінічнай акушэрска-гінекалагічнай службы Амурскага рэгіёна. Пры яго непасрэдным удзеле была створана навуковая лабараторыя па даследаванні функцыі нырак у

цяжарных з гіпэртэнзіўнымі парушэннямі, вывучаліся асаблівасці цяжарнасці пры гіпатаніі, таксама высьвятляліся магчымасці электрофонаграфіі дзеля ацэнкі стану плада.

З 25 жніўня 1961 г. прафесар М. В. Магілёў узначаліў кафедру акушэрства і гінекалогіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута. Ён рацыянальна карыстаўся велізарным досведам, атрыманым падчас працы ў розных рэгіёнах краіны. Прафесар без цяжкасцяў знаходзіў узаемаразуменне з кіруючымі асобамі Міністэрства аховы здароўя па пытаннях арганізацыі дзейнасці кафедры, неаднаразова выпраўляўся ў Ленінград дзеля асабістага ўдзелу і атрымання вучэбных матэр'ялаў для паляпшэння заняткаў студэнтаў. Яго кансультацыі ў Гродзенскім і Брэсцкім рэгіёнах былі запатрабаваныя між калег. Аднак былі і канфліктныя сітуацыі, што, прыкладам, адлюстравана ў сцэнаграме паседжання Гродзенскага таварыства акушэраў-гінеколагаў у 1963 г., на якім даволі палка абмяркоўвалі пытанні ўзаемадзеяння супрацоўнікаў кафедры і працаўнікоў радзільнага стацыянара. Высьвятляецца, што цяперашнія, так бы мовіць, «непаразуменні» не такія ўжо і арыгінальныя па сутнасці сваёй: узгадваюцца пытанні размеркавання аперацый, праца ў начны час, нават асабістыя адносіны. Прадстаўнікі кіраўніцтва радзільнага дома скардзіліся на паблажлівае, нават высакамернае стаўленне да іх супрацоўнікаў кафедры на чале з прафесарам, адзначаліся нават некарэктныя адносіны да калег з боку Міхала Веніямінавіча. Хоць медыцынскія работнікі, што працавалі разам з прафесарам, наадворт адзначалі яго сціпласць, ветлівасць, і гэта ён, дарэчы, імкнуўся бачыць у іншых.

Колькі словаў аб навуковых працах М. В. Магілёва – яны тычыліся розных аспектаў фізіялогіі жаночага арганізма, сілкавання пры цяжарнасці, тэхнікі аперацый, што былі апублікаваныя ў вядучым часопісе «Акушэрство и гинекология». Ужо ў Гародні прафесар атрымаў кнігі, выдадзеныя ў Благавешчанску і Кішынёве: «Гігіена жанчыны» і «Неадкладныя мерапрыемствы пры атанічным крывацёке ў паследавам і пасля родавым перыядзе (дапаможнік сельскага акушэра)», у якім, дарэчы, ён прапанаваў арыгінальныя методзікі аказання дапамогі.

Прафесар М. В. Магілёў цяжка хварэў – злаякасная пухліна страваводу. З-за гэтага ён і пайшоў з жыцця 14 сакавіка 1967 г., пахаваны ў Гародні на старых могілках. За ўвесь час сваёй няпростай працы Міхал Веніямінавіч Магілёў атрымаў Ганаровую грамату Прэзідыума Вярхоўнага Савета Узбекскай ССР, медаль «За доблестный труд» і ўдзячнасць Міністра аховы здароўя Беларускай ССР.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОГО МНОГОВОДИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Зверко В. Л., Воронцовская Ю. В., Новосад Е. А., Добрук Е. Е.,
Полудень Н. Б.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Ведение беременности у женщин с многоводием – актуальная проблема современного акушерства, так как многоводие относится к одному из серьезных осложнений беременности, нарушающих фетоплацентарный гемостаз и обуславливающих высокий риск перинатальной патологии и смертности. Многоводие (polyhydramnion) – универсальный интегрированный ответ женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии здоровья беременной или плода, связанное с перенесенными инфекциями, эндокринной патологией и другими неблагоприятными факторами внешней и внутренней среды. Частота встречаемости многоводия в разные сроки беременности составляет от 0,12 до 3% и колеблется в больших пределах в разные сроки гестации (16-19 недель – 1,5%; 20-23 недели – 8,9%; 24-27 недель – 12,2%; 28-32 недели – 28,4%; 33-38 недель – 19,6%). Многоводие имеет разную этиологию, причины могут быть связаны с заболеваниями матери и/или патологией плода и плаценты. Идиопатическое многоводие, когда не выявляется какая-либо патология матери и плода, встречается в 20,1-66,7% случаев. Многоводие – ранний симптом разных патологических процессов в организме матери и плода.

Цель – изучить перинатальный исход беременности с выраженным многоводием после перенесенной инфекции SARS-CoV-2 в раннем сроке беременности.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторного и стационарного наблюдения беременности в УЗ «Щучинская ЦРБ» и УЗ «ГОКПЦ», а также проанализированы выписные эпикризы из ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

Результаты и их обсуждение. Беременная М, 1982 года рождения. Беременность IV, планируемая, прегравидарную подготовку прошла. В анамнезе 2 родов (2001 г. – срочные роды, вес плода при рождении 3200 г; 2011 г. – срочные роды, вес плода при рождении 3750 г, у ребенка ВПС: ДМПП, хирургическая коррекция) и самопроизвольный выкидыш в 2011 г. в сроке 6-7 недель беременности в предыдущем браке. Миома матки с субсерозным ростом узла впервые диагностирована на прегравидарном этапе. ИМТ при постановке на учет 27.68 (избыточная масса тела), клинико-лабораторные показатели при постановке на учет в пределах нормы. В сроке 6-7 недель беременности перенесла коронавирусную инфекцию в легкой форме (субфебрильная температура в течение 3-4 дней, катаральные проявления,

аносмия). Ведение и наблюдение беременности осуществлялось с учетом материнских и перинатальных факторов риска в соответствии с клиническим протоколом МЗ РБ № 17 от 19 февраля 2018 г. «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии». Группа риска по синдрому Дауна по возрасту (1:129) и по результатам УЗИ-скрининга первого триместра беременности (1:255). УЗИ плода в сроке 12-13, 16-17, 19-20, 24-25, 27-28 недель беременности выполнялось в поликлинике УЗ «ГОКПЦ». В сроке беременности 24-25 недель впервые диагностировано многоводие по УЗИ плода (АИ 264), анемия легкой степени (гемоглобин 109 г/л), повышение уровня глюкозы в крови (5.7 ммоль/л), прибавка в весе к данному сроку беременности составила 5 кг, ИМТ 29.41 (избыточная масса тела). Пройден курс антибиотикотерапии (азитромицин 500 мг № 6). Выполнены контроль количества околоплодных вод и доплерометрия через 14 дней в сроке 27-28 недель беременности в поликлинике УЗ «ГОКПЦ». По заключению УЗИ – многоводие (АИ 287). Госпитализирована для дальнейшего стационарного лечения на третий технологический уровень оказания акушерской помощи в УЗ «ГОКПЦ». В сроке 28 недель беременности выставлен диагноз: гестационный сахарный диабет. Прошла курс антибиотикотерапии (цефатоксим 1.0 внутривенно 2 раза в сутки 7 дней), коррекции плацентарных нарушений и профилактики СДР плода. Контроль АИ околоплодных вод – отрицательная динамика. Направлена на четвертый технологический уровень оказания перинатальной помощи в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

С 29 недели беременности до родоразрешения находилась на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя». Проведено 6 процедур амниодренирования с интервалом 8-10 дней и суммарным объемом дренированной жидкости 56 л.

В сроке беременности 254 дня – естественные роды в головном предлежании, вес плода при рождении 2920 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8/8. Выписана М. на пятые сутки после родов в удовлетворительном состоянии.

Осложнения во время беременности у М.: Выраженное многоводие (состояние после 6 процедур амниодренирования). Гестационный сахарный диабет, класс А1 (с 28 недели беременности). Гестационный пиелонефрит (с 35 недели беременности).

Сопутствующие заболевания: Миома матки. Миопия слабой степени ОИ. Анемия легкой степени.

Перенесенные заболевания во время беременности: коронавирусная инфекция, легкая форма в сроке 6-7 недель беременности.

Выводы. В современных условиях рост частоты случаев беременности, осложненных многоводием, связан с увеличением числа инфицированных женщин репродуктивного возраста, с иммунодефицитом и гормональными нарушениями. Вспышка нового коронавирусного заболевания 2019 г. (COVID-19), вызванного тяжелым острым респираторным синдромом

SARS-CoV-2, продолжается и сейчас. Ряд публикаций из Китая, Италии и США свидетельствует о том, что беременные женщины имеют равноценное с общей популяцией взрослых людей течение COVID-19. Установлено, что из-за своих уникальных иммунных характеристик и восприимчивости к респираторным патогенам беременные, инфицированные SARS-CoV-2, должны рассматриваться как группа высокого риска тяжелой заболеваемости и смертности. По данным литературы, в 1/4 случаев женщины, перенесшие COVID-19 во время беременности, имеют сопутствующие хронические соматические заболевания, наиболее частые из которых – ожирение (18,4%), хронические заболевания лёгких (16,6%), сахарный диабет (11,3%) и сердечно-сосудистые заболевания (11,1%). Вакцинация – специфическая профилактика коронавирусной инфекции. В связи с высокой вероятностью инфицирования SARS-CoV-2 во время беременности при отсутствии достаточного титра противовирусных антител рекомендовано проведение вакцинации от COVID-19 мужчинам и женщинам репродуктивного возраста на этапе планирования беременности. В пользу этого свидетельствует то, что на сегодняшний день нет данных о негативном влиянии вакцин от COVID-19 на репродуктивную функцию мужчин и женщин. Нет сведений и о том, что вакцины могут снизить овариальный резерв у женщин или вызвать нарушение сперматогенеза у мужчин. В то же время влияние перенесенной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, на репродуктивную функцию человека, может быть негативной.

Литература

1. Встречаемость врожденных пороков развития плода при патологическом содержании околоплодных вод у матери во время беременности / А. Н. Прытков, Л. В. Захаров, А. В. Каркусова [и др.]. // Медицинская генетика. – 2004. – № 11. – С. 529-532.
2. Клинико-морфологическая характеристика фетоплацентарного комплекса при много- и маловодии инфекционного генеза / О. А. Пустотина, Н. И. Бубнова, Л. С. Ежова [др.] // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 3. – С.42-46.
3. Ушинская, Е. К. Современное представление о многоводии инфекционного генеза: автореф. канд. мед. наук. – М., 2004. – 19 с.
4. Poon, L. C., Yang H., Lee J. C., et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020.doi 10.1002/uog.22013/
5. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-COVID-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>.

PLACENTA PRAEVIA – ИСХОДЫ РОДОВ

Ганчар Е. П.¹, Зверко В. Л.², Демина О. В.², Колола Л. Ф.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Массивная кровопотеря и геморрагический шок – одна из ведущих причин материнской смертности [1]. Предлежание плаценты (placenta praevia) встречается в 1-2% беременностей и относится к условно немодифицируемым факторам, приводящим к кровотечениям. Предлежание характеризуется расположением плаценты, которая частично или полностью перекрывает внутренний зев. Данная патология достаточно успешно диагностируется при ультразвуковом исследовании уже на ранних сроках, приращение плаценты в современном акушерстве подтверждается на магнитно-резонансной томографии [2]. Этиология предлежания плаценты достаточно изучена, среди основных причин выделяют возраст беременной и число родов, кесарево сечение в анамнезе, атрофические изменения эндометрия вследствие перенесенных воспалительных заболеваний и аборт, сосудистые изменения в области прикрепления плаценты, многоплодную беременность и др. [3]. Однако достаточно сложно объяснить этиологические факторы предлежания плаценты у первобеременных женщин. Данная проблема актуальна для современного акушерства.

Цель исследования – оценить динамику частоты родов, осложненных placenta praevia, в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (УЗ «ГОКПЦ») за период 2010-2020 гг. Провести ретроспективный анализ течения беременности и родов у 64 женщин, гестация у которых осложнилась предлежанием плаценты.

Материалы и методы. Для достижения поставленных целей проведен анализ родов за 2010-2020 гг. в УЗ «ГОКПЦ», изучены 64 индивидуальные карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных пациенток с placenta praevia. Данные обработаны методами математической статистики с использованием программного обеспечения MS Excel 2010.

Результаты и их обсуждение

Анализ частоты родов с placenta praevia за период 2010-2020 гг. показал рост данного осложнения за 11 лет на 0,9% (с 0,2 до 1,1%) (рисунок).



Рисунок – Динамика частоты родов, осложненных предлежанием плаценты, за период 2010 -2020 гг. в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Анализ индивидуальных карт, историй родов показал, что средний возраст женщин, беременность которых осложнилась placenta praevia, был 35 ± 2 года. Средний срок гестации на момент родоразрешения составил 254 ± 8 дней.

При изучении социального статуса выявлено, что 42 (68,7%) пациентки с предлежанием плаценты имели среднее специальное образование, 20 (31,3%) – высшее образование, 58 (90,6%) – состояли в зарегистрированном браке. При анализе акушерского анамнеза пациенток с предлежанием плаценты выявлено: 10 (15,6%) первобеременных, 54 (84,4%) повторобеременных. У повторобеременных в 12 (18,8%) случаях отмечались аборт (1 и более), самопроизвольные выкидыши – 16 (25%), операция кесарево сечение в анамнезе наблюдалась у 13 (20,3%). При оценке акушерского анамнеза обследуемых нами беременных выяснилось, что риск формирования предлежания плаценты высок у повторобеременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом по аборт, выкидышам и операционным вмешательствам на матке.

При анализе гинекологического анамнеза пациенток с placenta praevia выявлено: эктопия шейки матки у 28 (43,8%), инфекции, передающиеся половым путем у 8 (12,5%), миомы матки у 6 (9,4%), полипы эндометрия у 4 (6,3%), первичное бесплодие у 2 (3,1%).

Анализ течения гестации у женщин с предлежанием плаценты показал высокую частоту осложнений беременности. Угроза преждевременных родов наблюдалась у 46 (71,9 %) пациенток (сопровождалась кровотечением у каждой шестой пациентки, госпитализация от одного до семи раз), анемия беременных – у 22 (34,4%) пациенток, плацентарные нарушения – у 8 (12,5%), отеки беременных – у 4 (6,25%), холестатический гепатоз – у 2 (3,1%), протеинурия беременных – у 1 (1,6%). Важно также отметить, что, по нашим данным, практически во всех случаях – 58 (90,6%) – у женщин с placenta praevia наблюдалась разная экстрагенитальная патология. Заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены у 16 (25%) пациенток, заболевания органов

зрения у 14 (21,9%), заболевания эндокринной системы у 12 (18,8%), заболевания почек у 8 (12,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта у 6 (9,4%), ожирение у 3 (4,7%).

Все пациентки с предлежанием плаценты в 100% случаев родоразрешены путем операции кесарева сечения (до решения вопроса о родоразрешении все женщины находились под динамическим контролем в отделении патологии беременных). Операция кесарева сечения выполнена в экстренном порядке (в связи с кровотечением) – в 26 (40,6%) случаях, в плановом порядке – 38 (59,4%), при доношенном сроке родоразрешались 46 (71,9%) женщин, преждевременно – 18 (28,1%). Очень ранние преждевременные роды наблюдались у 1 (1,6%) пациентки (срок гестации 176 дней), ранние преждевременные роды – у 1 (1,6%) пациентки (срок гестации 208 дней).

В 2 (3,1%) случаях наблюдалось вращение плаценты, в связи с чем выполнена экстирпация матки с маточными трубами. Средняя кровопотеря составила 820 ± 120 мл. Вращение плаценты было диагностировано на этапе гестации по данным ультразвукового исследования, подтверждено данными магнитно-резонансной томографией. Эти пациентки были родоразрешены в условиях нашего стационара (перинатального центра 3 уровня) в связи с начавшимся кровотечением.

При анализе перинатальных исходов выявлено: гендерное распределение свидетельствует о практически равном количестве мальчиков и девочек (31 (48,4%) и 33 (51,6%)). Масса тела новорожденных варьировала от 500 до 3950 г. Родились дети с очень низкой массой тела – 1 (1,6%), с низкой – 14 (21,9%), с массой тела более 2500 г – 49 (76,6%). Состояние при рождении зависело главным образом от срока гестации. Так, среди доношенных: 34 (73,9%) ребенка родились в удовлетворительном состоянии, 11 (23,9%) – в состоянии средней степени тяжести, 1 (2,2%) – в тяжелом состоянии.

Послеоперационный период у всех женщин протекал без осложнений (100%). Все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. В УЗ «ГОКПЦ» наблюдается рост частоты родов, осложненных placenta praevia, с 2010 по 2020 гг. на 0,9%.

2. Средний возраст женщин с предлежанием плаценты составляет 35 ± 2 года.

3. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборты, самопроизвольные выкидыши, внутриматочные вмешательства, хронические воспалительные заболевания женских половых органов: миомы матки; полипы эндометрия; эктопия шейки матки; заболевания, передающиеся половым путем) выявлен у 85,9% женщин с placenta praevia.

4. У 81,3% пациенток выявлены осложнения гестации (угроза прерывания беременности, анемия, плацентарные нарушения, отеки беременных). У 90,6% женщин с предлежанием плаценты выявлена

экстрагенитальная патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания эндокринной системы, заболевания почек).

Литература

1. Abnormal placentation: evidence-based diagnosis and management of placenta previa, placenta accreta, and vasa previa / K. P. Rao, V. Belogolovkin., J. Yankowitz, J. A. Spinnato // Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 67, no 8. – P. 503-519.
2. Epidemiology of placenta previa accreta: a systematic review and meta-analysis / E. Jauniaux, L. Grønbeck, C. Bunce, J. Langhoff-Roos, S.L. Collins // BMJ Open. – 2019. – Vol.12, no 9. – doi: 10.1136/bmjopen-2019-031193.
3. Silver, R. M. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta / R.M. Silver // Obstet Gynecol. – 2015. – Vol. 126, no 3. – P. 654–668.

АМИНОКИСЛОТЫ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ганчар Е. П.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно,
Беларусь*

Актуальность. Метаболический синдром (МС) – комплекс патологических состояний, медико-социальная значимость которого ставит его в разряд важных проблем XXI в. Существенную роль в распространении МС сыграла модификация образа жизни, связанная с ограничением физической активности, увеличением калорийности пищевых продуктов и неуклонным ростом эмоционально-стрессовых нагрузок. Диагностика МС имеет большое клиническое значение. Это состояние – обратимое, т. е. при соответствующем своевременном лечении можно добиться исчезновения основных его симптомов и осложнений [1].

Одно из актуальных направлений в диагностике заболеваний – метаболомика. Метаболомика – наука, изучающая конечные и промежуточные продукты обмена веществ в биологической системе, будь то клетка, орган или организм в целом [2, 3]. Таким образом, исследование метаболомического профиля у пациентов с МС даст возможность создать новые диагностические критерии данного синдрома.

Цель исследования – создать метод диагностики МС у женщин репродуктивного возраста на основе изучения концентрации свободных аминокислот, их производных и метаболитов.

Материалы и методы. Основную группу составили 75 пациентов с МС репродуктивного возраста (15-49 лет). Группу сравнения составили 29 пациентов репродуктивного возраста без МС. Диагноз МС выставлялся

согласно критериям International Diabetes Federation (2005), а именно: основной критерий – центральное ожирение (окружность талии у пациентов ≥ 80 см); дополнительные критерии: повышенный уровень триглицеридов ($>1,7$ ммоль/л или 150 мг/дл); сниженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности ($<1,1$ ммоль/л), повышенное артериальное давление (систолическое АД ≥ 130 мм рт. ст. или диастолическое АД ≥ 85 мм рт. ст.) или проведение лечения в связи с ранее диагностированной артериальной гипертензией, повышенный уровень глюкозы в плазме натощак ($>5,6$ ммоль/л). Критерии исключения: наличие органического поражения гипоталамо-гипофизарной области, надпочечников.

Концентрацию свободных аминокислот, их производных и метаболитов исследовали в плазме крови. Определялась концентрация 1-метилгистидина (1MHis), 3-метилгистидина (3MHis), α -амино-адипиновой кислоты (α AAA), α -аминомасляной кислоты (α ABA), β -аминомасляной кислоты (β ABA), β -аланина (β Ala), γ -аминомасляной кислоты (GABA), аланина (Ala), аргинина (Arg), аспарагина (Asn), аспартата (Asp), валина (Val), гистидина (His), глицина (Gly), глутамина (Gln), глутамата (Glu), изолейцина (Ile), лейцина (Leu), лизина (Lys), метионина (Met), орнитина (Orn), серина (Ser), таурина (Tau), тирозина (Tyr), треонина (Thr), триптофана (Trp), фенилаланина (Phe), фосфоэтанолamina (PEA), цистеиновой кислоты (CA), цистеинсульфиновой кислоты (CSA), цитруллина (Citr), этаноламина (EA), фосфосерина (PSer), цистеина (Cys), гомоцистеина (Hcy), цистеинглицина (CysGly), глутатиона (GSH) методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографической системе Agilint 1100 с детектированием флуоресценции. Идентификация определяемых соединений и количественная обработка хроматограмм проводилась с использованием метода внутреннего стандарта (ванилиновой кислоты) с помощью программы Agilint ChemStation A 10.01.

Статистические расчеты сделаны с помощью программы STATISTICA 10.0 (SN – AXAR207F394425FA-Q) и Boruta. Статистически значимым считали результат при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ 43 параметров. В результате анализа аминокислотного спектра выявили, что в плазме крови женщин с МС наблюдается статистически достоверное ($p < 0,05$) изменение уровней 16 из 43 исследуемых параметров. У пациентов с МС выявлено статистически значимое повышение концентрации аспартата, глутамата, α -аминоадипиновой кислоты, α -аминомасляной кислоты, γ -аминомасляной кислоты, β -аминомасляной кислоты, этаноламина, лизина по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). У женщин основной группы обнаружено снижение уровня аспарагина, серина, глутамина, глицина, фосфоэтанолamina, цитруллина, таурина, триптофана по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Не выявлено достоверных различий в концентрации цистеина, гомоцистеина, цистеинглицина, цистеиновой кислоты, фосфосерина, цистеинсульфиновой кислоты, гистидина, 3-метилгистидина, треонина,

1-метилгистидина, аргинина, β -аланина, аланина, тирозина, этаноламина, метионина, валина, фенилаланина, изолейцина, орнитина ($p > 0,05$).

С целью уменьшения количества переменных, выявления наиболее значимых в диагностике МС проведена процедура Boruta.

В модель были включены следующие переменные: аспарагин (Asp), глицин (Gly).

На основе полученных данных построено регрессионное уравнение:

$$z = 0,174544 \times \text{Asp} - 0,033369 \times \text{Gly},$$

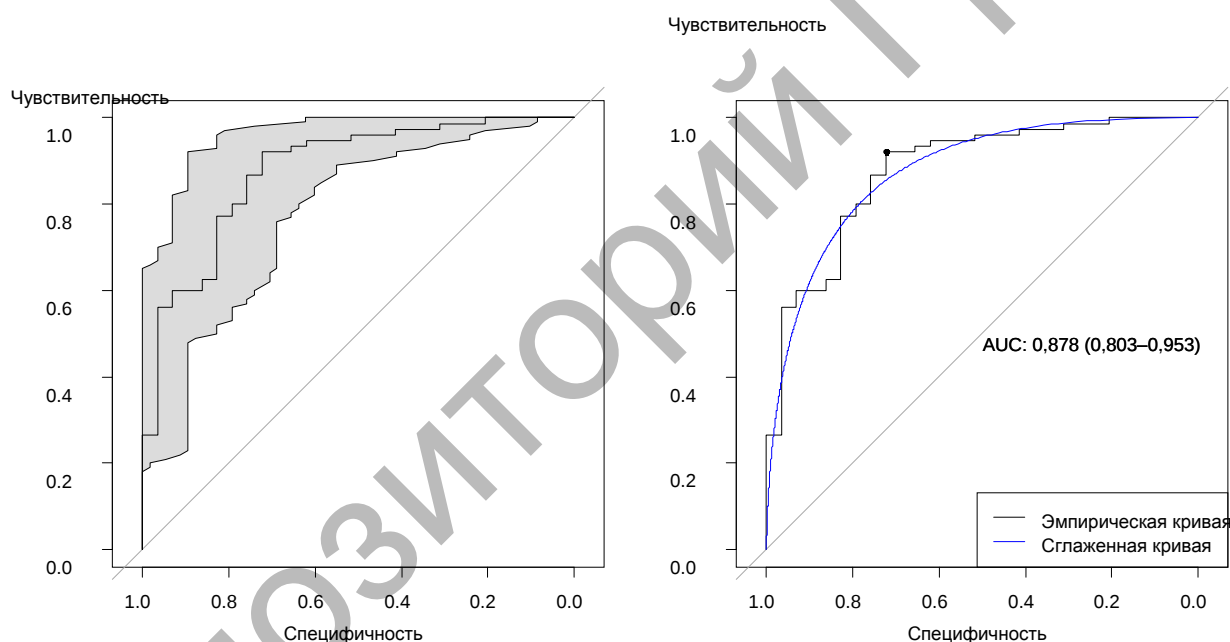
где

Asp – аспарагин, нмоль/мл;

Gly – глицин, нмоль/мл.

Построена (ROC-кривая) характеристическая кривая (зависимость чувствительности и специфичности от точки разделения (рисунок)).

Рисунок – ROC-кривая полученных данных для диагностики метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста.



Получена точка разделения – 0,878 (0,803-0,953).

При получении результата уравнения $\geq 0,878$ диагностируют МС у женщин репродуктивного возраста, при $< 0,878$ – исключают МС.

Чувствительность данного диагностического метода составила 91,0%, специфичность – 78,1%.

Таким образом, нами получены новые диагностические критерии МС у женщин репродуктивного возраста на основе изучения концентрации свободных аминокислот, их производных и метаболитов у женщин с МС. Выделены наиболее значимые аминокислоты в диагностике МС у женщин репродуктивного возраста – аспарагин, глицин.

Выводы:

1. У женщин репродуктивного возраста, страдающих МС, выявлены качественные и количественные изменения аминокислотного спектра в плазме крови по сравнению с женщинами контрольной группы.
2. Создана математическая формула, включающая аминокислоты (аспарагин, глицин), позволяющая диагностировать МС у женщин репродуктивного возраста с высокой чувствительностью (91,0%) и специфичностью (78,1%).

Литература

1. Метаболический синдром – нерешённая проблема медицины и современного общества / О. М. Урясьев, Д. Ю. Горбунова, О. Н. Щербакова и др. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т.16, № 1. – С. 160–164.
2. Metabolomic profiles delineate potential role for sarcosine in prostate cancer progression / A. Sreekumar [et al.] // Nature. – 2009. – Vol. 457. – P. 910–914.
3. Metabolomics: a revolution for novel cancer marker identification / Q. Bu [et al.] // Comb.Chem.High.Thoroug.Screen. – 2012. – Vol. 15, № 3. – P.266–275.

АНАЛИЗ МЕТАБОЛОМА БЕРЕМЕННЫХ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Ганчар Е. П., Гутикова Л. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Синдром задержки роста плода (СЗРП) остается одной из ведущих проблем современного акушерства. Анализ эпидемиологических данных показывает, что, помимо высокой заболеваемости и смертности в перинатальном периоде, дети с СЗРП входят в группу риска по развитию сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний при достижении ими зрелого возраста. В связи с этим поиск высокочувствительных и специфичных диагностических тестов не теряет актуальности. Изучение механизмов развития СЗРП – основополагающий фактор разработки эффективных методов профилактики и лечения данного осложнения.

В настоящий момент большой интерес представляет уточнение механизмов развития СЗРП, связанных с состоянием матери, изучение метаболомических изменений плода, которые носят компенсаторный характер и возникают в ответ на неблагоприятные внутриутробные факторы. Анализ литературы указывает на трудности выделения определенного метаболита, связанного с СЗРП, который можно было бы предложить в качестве

потенциального маркера, в связи с чем все большее значение отводится изучению метаболома. Метаболомика как наука, включающая количественное определение и идентификацию низкомолекулярных метаболитов, позволяет оценить состояние организма и выявить взаимосвязь между процессами, лежащими в основе формирования метаболических нарушений. Полученные знания в будущем могут помочь в разработке методов, направленных на коррекцию этих нарушений.

Цель исследования – провести анализ метаболома беременных с репродуктивными потерями в анамнезе при СЗРП.

Материалы и методы. В исследование включены 50 пациенток, родоразрешенных в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»: 1 группу (основную) составили 29 пациенток с подтвержденным диагнозом СЗРП, имеющих в анамнезе репродуктивные потери (один или более самопроизвольных выкидышей при сроке 10 недель и более (включая неразвивающуюся беременность); мертворождение; неонатальную смерть как осложнение преждевременных родов, тяжелой преэклампсии и плацентарной недостаточности; три и более самопроизвольных выкидыша на презембрионической или ранней эмбрионической стадии, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины невынашивания); 2 группу (контрольную), составила 21 соматически здоровая женщина с беременностью без осложнений, без отягощенного акушерского анамнеза. Диагноз СЗРП был подтвержден постнатально, согласно центильным таблицам ВОЗ для детей. У пациенток в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографической системе Agilent 1100 с детектированием флуоресценции определяли содержание свободных аминокислот, их производных и метаболитов в плазме крови. Определялась концентрация цистеиновой кислоты (CA), фосфосерина (PSer), цистеинсульфината (CSA), аспартата (Asp), глутатиона (GSH), гомоцистеата (HCA), глутамата (Glu), аспарагина (Asn), серина (Ser), α -аминоадипиновой кислоты (α AAA), глутамина (Gln), гистидина (His), треонина (Thr), 1-метилгистидина (1MHis), 3-метилгистидина (3MHis), глицина (Gly), фосфоэтаноламина (PEA), цитруллина (Citr), аргинина (Arg), ансерина (Ans), аланина (Ala), β -аланина (β Ala), карнозина (Car), таурина (Tau), асимметричного диметиларгинина (ADMA), симметричного диметиларгинина (SDMA), α -аминомасляной кислоты (α ABA), β -аминомасляной кислоты (β ABA), γ -аминомасляной кислоты (GABA), тирозина (Tyr), этаноламина (EA), валина (Val), метионина (Met), цистатионина (Ctn), триптофана (Trp), фенилаланина (Phe), изолейцина (Ile), лейцина (Leu), лизина (Lys), орнитина (Orn).

Статистические расчеты сделаны с помощью программы STATISTICA 10.0 (SN-AXAR207F394425FA-Q). В качестве описательной статистики указывались медиана, 25% и 75% процентиля. Различия считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Пациентки, включенные в исследование, не имели значимых различий по возрасту, соматической заболеваемости

($p>0,05$). Гестационный срок при родоразрешении в группе с СЗРП составил 38,4 (37,5-39,2) недели.

В результате анализа аминокислотного спектра выявили, что в плазме крови женщин с репродуктивными потерями в анамнезе при СЗРП наблюдается статистически достоверное ($p<0,05$) изменение уровней 17 из 40 исследуемых параметров (таблица).

Таблица – Аминокислоты и их производные в сравниваемых группах, нмоль/мл

Показатель	Основная группа, n=29	Контрольная группа, n=21	p
CA	0,61 [0,49-0,74]*	0,45 [0,41-0,56]	<0,05
PSer	0,92 [0,73-1,29]*	0,74 [0,66-0,9]	<0,05
CSA	0,64 [0,46-0,79]*	0,46 [0,36-0,56]	<0,05
Asp	68,64 [42,52-119,83]*	49,56 [34,65-76,26]	<0,05
GSH	1,53 [0,97-2,5]	1,61 [0,87-1,98]	>0,05
HCA	0,07 [0,046-0,11]	0,08 [0,04-0,1]	>0,05
Glu	203,19 [144,92-247,68]	192,41 [165,95-201,83]	>0,05
Asn	82,65 [73,96-91,99]*	66,1 [59,54-68,35]	<0,001
Ser	102,9 [90,08-136,69]*	84,68 [68,54-104,12]	<0,01
aAAA	0,39 [0,33-0,46]	0,4 [0,29-0,50]	>0,05
Gln	726,05 [622,32-819,94]	644,31 [606,89-720,39]	>0,05
His	140,08 [131,22-151,23]*	133,76 [115,43-143,62]	<0,05
Thr	523,31 [424,25-568,87]*	408,16 [379,41-456,16]	<0,01
1MHis	3,42 [2,76-4,04]*	2,95 [2,66-3,2]	<0,05
3MHis	2,99 [2,06-4,38]	2,54 [1,28-3,37]	>0,05
Gly	52,4 [44,83-71,29]	54,41 [43,04-59,35]	>0,05
PEA	5,68 [4,52-6,7]	5,16 [4,08-7,0]	>0,05
Ctr	20,76 [18,02-24,16]	20,0 [17,81-23,24]	>0,05
Arg	106,13 [81,64-117,9]*	80,56 [72,19-93,94]	<0,01
Ans	0,16 [0,11-0,24]	0,21 [0,16-0,27]	>0,05
Ala	586,87 [523,18-695,57]	540,83 [494,02-648,38]	>0,05
bAla	0,92 [0,99-1,44]	1,11 [0,95-1,47]	>0,05
Car	0,19 [0,17-0,30]	0,18 [0,15-0,26]	>0,05
Tau	24,44 [20,94-29,94]*	31,24 [27,48-38,71]	<0,01

ADMA	7,6 [6,09-9,22]	6,97 [6,40-7,59]	>0,05
SDMA	0,5 [0,43-0,72]*	0,44 [0,37-0,5]	<0,01
α ABA	21,75 [15,58-29,25]*	15,35 [12,52-18,53]	<0,01
β ABA	0,92 [0,67-1,05]*	0,58 [0,47-0,81]	<0,001
GABA	0,2 [0,15-0,33]	0,17 [0,13-0,26]	>0,05
Tyr	71,87 [62,35-80,23]	67,21 [62,82-75,12]	>0,05
EA	4,74 [3,93-5,74]	4,64 [3,6-5,42]	>0,05
Val	365,83 [296,22-382,48]	304,84 [283,69-332,58]	>0,05
Met	33,65 [29,75-35,25]*	28,68 [25,81-32,21]	<0,05
Ctn	1,44 [0,95-1,9]	1,37 [0,74-2,06]	>0,05
Trp	138,11 [125,88-154,27]*	127,92 [106,98-140,82]	<0,05
Phe	97,26 [80,26-126,84]	88,68 [77,8-99,96]	>0,05
Ile	108,8 [97,88-125,85]	96,81 [93,03-115,52]	>0,05
Leu	176,7 [154,18-190,24]*	150,13 [137,39-168,15]	<0,05
Lys	16,86 [14,5-18,64]	14,66 [12,97-18,35]	>0,05
Om	83,1 [72,22-122,95]	78,5 [67,32-91,00]	>0,05

Примечание: * – статистически значимые различия

У пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе при СЗРП выявлено статистически значимое повышение концентрации цистеиновой кислоты, фосфосерина, цистеинсульфината, аспартата, аспарагина, серина, гистидина, треонина, 1-метилгистидина, аргинина, симметричного диметиларгинина, α -аминомасляной кислоты, β -аминомасляной кислоты, метионина, триптофана, лейцина по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). У женщин основной группы обнаружено снижение уровня таурина по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Как известно, для полноценного роста плода необходим активный и пассивный плацентарный транспорт питательных веществ и баланс между анаболическими и катаболическими процессами, обеспечивающими клеточный метаболизм и нормальную усвояемость питательных веществ. Во время беременности аминокислоты имеют решающее значение для роста плода, их дефицит может приводить к разным осложнениям. Необходимо принимать во внимание, что рост плода зависит как от количественного, так и от качественного состава аминокислот. Несомненно, основную роль в обеспечении транспорта аминокислот к плоду играет плацента. Ведущая причина СЗРП – нарушение функции плаценты, чем объясняется повышение концентрации ряда аминокислот в плазме крови беременных с СЗРП.

Изучение метаболомического профиля беременных с СЗРП представляет большой интерес в связи с перспективностью выявления потенциальных прогностических маркеров и диагностики данного осложнения беременности.

Выводы:

1. У пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе при СЗРП выявлены статистически значимые различия метаболома: повышение концентрации цистеиновой кислоты, фосфосерина, цистеинсульфината, аспартата, аспарагина, серина, гистидина, треонина, 1-метилгистидина, аргинина, симметричного диметиларгинина, α -аминомасляной кислоты, β -аминомасляной кислоты, метионина, триптофана, лейцина по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$), снижение уровня таурина по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

2. Особенности метаболома могут быть использованы для диагностики и прогноза СЗРП.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛОМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ АНОВУЛЯЦИЕЙ

Ганчар Е. П., Кажина М. В., Наумов А. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Распространенность метаболического синдрома (МС) составляет 20-40%. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) охарактеризовали МС как пандемию XXI века, охватывающую индустриально развитые страны, которая также может оказаться демографической катастрофой для развивающихся стран [1]. МС – одна из самых частых причин нарушения репродуктивного здоровья женщин. Роль инсулинорезистентности в генезе репродуктивной дисфункции была доказана во многих исследованиях [2]. Однако известно, что не у всех пациентов с МС, с инсулинорезистентностью развивается дисфункция репродуктивной системы. Объяснить это с научной точки зрения сложно. В современной медицине создается принципиально новая стратегия, основанная на определении биомаркеров патологии. Данная стратегия реализуется благодаря использованию таких научных направлений, как геномика, транскриптомика, протеомика и метаболомика. Метаболомика – наука, изучающая конечные и промежуточные продукты обмена веществ в биологической системе. Метаболический профиль представляет собой совокупность низкомолекулярных метаболитов биологического образца, являясь уникальным «отпечатком пальцев», специфичным для процессов, протекающих в живых клетках [3, 4]. В связи с этим изучение метаболомического профиля женщин, страдающих МС и имеющих низкий репродуктивный потенциал, поиск

предиктивных биомаркеров, которые могли бы с достаточной степенью доказательности определить тактику ведения женщин с МС с целью успешной реализации репродуктивной функции, – актуальная задача здравоохранения Республики Беларусь.

Цель – на основании изучения особенностей метаболомического профиля разработать и оценить эффективность прогностической математической модели хронической ановуляции у женщин с МС.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели нами была выделена основная группа – 45 пациентов с МС и с хронической ановуляцией. Основная группа пациентов с МС выделена методом случайной выборки из когорты женщин, состоящих на учете у гинеколога-эндокринолога. Группу сравнения составили 30 женщин репродуктивного возраста с МС и реализованной репродуктивной функцией, нормальным менструальным циклом.

У пациентов в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографической системе Agilent 1100 с детектированием флуоресценции определяли содержание триптофана (Trp), цистеина (Cys), треонина (Thr), глицина (Gly), валина (Val), α -аминомасляной кислоты (aABA).

Липидный спектр сыворотки крови определяли на биохимическом анализаторе «Konelab 30i» (Финляндия). Содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов определяли энзиматическим методом. Уровни холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) определяли методом химической преципитации без осаждения. Коэффициент атерогенности (КА) определяли по формуле: $КА = (ХС - ХСЛПВП) / ХСЛПВП$ (Климов А. Н., 1977).

Концентрацию магния в плазме крови определяли фотометрическим методом с липидпросветляющим фактором на биохимическом анализаторе «Konelab 30i».

Статистические расчеты сделаны с помощью программы STATISTICA 10.0 (SN - AXAR207F394425FA-Q).

Результаты и их обсуждение. Проведен линейный дискриминантный, канонический анализ, анализ сопряженности с пошаговой процедурой включения и выведена прогностическая формула:

$$F_1 = -0,049 \times \text{Trp} - 0,0054 \times \text{Cys} + 0,025 \times \text{Thr} - 0,02 \times \text{Gly} - 0,016 \times \text{Val} + 0,05 \times \text{aABA} - 0,435 \times \text{КА} + 0,62 \times \text{ТГ} - 5,14 \times \text{Mg} + 1,5 \times \text{ЛПНП},$$

где Trp – триптофан (нмоль/мл), Cys – цистеин (нмоль/мл), Thr – треонин (нмоль/мл), Gly – глицин (нмоль/мл), Val – валин (нмоль/мл), КА – коэффициент атерогенности, ТГ – триглицериды (ммоль/л), Mg – магний (ммоль/л), ЛПНП – липопротеиды низкой плотности (ммоль/л).

Выведено значение линейной дискриминантной функции $F_1 = -6$.

При $F_1 < -6$ прогнозируют высокий риск эндокринного бесплодия, при $F_1 \geq -6$ – низкий.

Нами выполнен расчет точности, чувствительности и специфичности предложенной прогностической формулы эндокринного бесплодия (F_1) у

женщин с МС. Точность предложенной нами формулы составила 94,67%, чувствительность формулы прогнозирования эндокринного бесплодия – 97,78%, специфичность – 90,00%.

Приводим примеры, подтверждающие возможность применения формулы в практическом здравоохранении.

Пример 1. Пациентка К., 33 года. Планирует беременность. Менархе в 15 лет через 28-45 дней. В настоящее время менструации редкие (через 66-122 дня). Задержки менструации начали прогрессировать с 30 лет. Половая жизнь с 19 лет, беременности не было. Масса тела увеличилась с 30 лет после перенесенного стресса на 30 кг за 3 года. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Объективный статус: рост 163 см, вес 102 кг, ИМТ – 38,4 кг/м². Белые стрии на молочных железах, ягодицах, бедрах. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. АД 120/80 мм рт. ст. Генитальный статус: наружные половые органы сформированы правильно, шейка матки чистая, матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка размерами 51×37×46 мм нормальной эхоструктуры, М-эхо – 2 мм, яичники: левый 39×35мм, правый 41×35 мм, оба более 10 см³ в объеме, кистозно изменены с утолщенной капсулой.

Диагноз: Метаболический синдром: Ожирение II ст. Нарушение менструальной функции по типу опсоменореи. Синдром поликистозных яичников. Хроническая ановуляция.

Трубы проходимы (гистеросальпингография). Спермограмма мужа в норме. Концентрация триптофана – 49,71 нмоль/мл, цистеина – 271,07 нмоль/мл, треонина – 143,68 нмоль/мл, глицина – 117,73 нмоль/мл, α-аминомасляной кислоты – 18,64 нмоль/мл, валина – 300,05 нмоль/мл, липопротеидов низкой плотности – 1,46 ммоль/л, триглицеридов – 2,45 ммоль/л, магния – 0,86 ммоль/л, коэффициента атерогенности – 2,5.

При решении дискриминантного уравнения получили результат: – 8,33, что соответствует высокому риску хронической ановуляции.

В течение последующих полутора лет беременность не наступила.

Пример 2. Пациентка С., 26 лет. Планирует беременность. Менструации с 13 лет, регулярные. Половая жизнь с 20 лет. Масса тела увеличилась с 15 лет после перенесенного стресса. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Объективный статус: рост 162 см, вес 99 кг, ИМТ – 37,7 кг/м². АД – 120/80 мм рт. ст. Генитальный статус: наружные половые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка 57×35×50 мм с ровными, нечеткими контурами, однородной эхоструктуры. М-эхо – 2 мм. Яичники: левый 30×22 мм, правый 31×25 мм, без изменений.

Диагноз: Метаболический синдром: Ожирение II ст.

Концентрация триптофана – 21,37 нмоль/мл, цистеина – 182,08 нмоль/мл, треонина – 108,51 нмоль/мл, глицина – 56,03 нмоль/мл, α-аминомасляной

кислоты – 10,29 нмоль/мл, валина – 129,32 нмоль/мл, липопротеидов низкой плотности – 2,18 ммоль/л, триглицеридов – 2,96 ммоль/л, магния – 0,81 ммоль/л, коэффициента атерогенности – 2,27.

При решении дискриминантного уравнения получили результат: -2,039, что соответствует низкому риску хронической ановуляции. Женщина забеременела в течение 3 месяцев.

Приведенные примеры подтверждают высокую эффективность предлагаемой математической модели, при этом достаточно однократного обследования пациентов с МС.

Выводы. На основании показателей метаболомического профиля создана математическая формула, позволяющая прогнозировать хроническую ановуляцию у пациентов с МС с высокой степенью достоверности (95%), и диагностической эффективностью (точность предложенного метода составляет 92%) для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

Литература

1. Хакунов, Р. Н. Метаболический синдром. Актуальные вопросы. Обзор литературы / Р. Н. Хакунов // Новые технологии. – 2012. – № 4. – С. 1-9.
2. Этиология и патогенез бесплодия при ожирении как компонент метаболического синдрома / М. В. Ткачева, А. Ю. Гордеева, А. В. Белостоцкий и др. // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 5. – С. 75-79.
3. Daviss, B. Growing pains for metabolomics / B. Daviss // The Scientist. – 2005. – Vol.19(8)/ – P. 25–28.
4. Nordstrom, A., Metabolomics: moving to the clinic / A. Nordstrom, R. Lewensohn / J. Neuroimmune Pharm – 2010. – Vol.5 (1). – P. 4–17.

МИОМА МАТКИ С СУБМУКОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ УЗЛА – ТАКТИКА

Гурин А. Л.¹, Демина О. В.², Ганчар Е. П.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Миома матки – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов, которая занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы, – около 25% женщин старше 30 лет страдают этим заболеванием. Субмукозная локализация узлов опухоли составляет 20-32% случаев миомы матки. Субмукозные узлы, как правило, сопровождаются достаточно выраженной клинической картиной: длительные, обильные менструации со сгустками, анемизирующие пациента,

болевой синдром, бесплодие и невынашивание беременности. Консервативное лечение подслизистых узлов миомы оказывается безуспешным. Практически всегда приходится прибегать к оперативному лечению. Оптимальный и наименее инвазивный способ лечения субмукозной миомы матки – гистероскопическое удаление. Taylor и соавт. в 1993 г. предложили тактику ведения пациентов с субмукозными узлами: торможение менструальной функции, направленное на уменьшение размеров миоматозного узла, истончение эндо- и миометрия с целью уменьшения кровоснабжения. Подобная подготовка способствует истончению миометрия и как следствие – большому взбуханию узла в полость матки. Уменьшение кровоснабжения эндо- и миометрия приводит к уменьшению интравазации жидкости, расширяющей полости матки. Предоперационное лечение гормонами приводит к атрофии эндометрия, что улучшает условия проведения операции за счет хорошей видимости и уменьшает кровопотерю во время операции.

С целью предоперационной подготовки женщин с субмукозной миомой нами используется агонист гонадотропин-рилизинг гормона – Леупролид ацетат: 3,75 мг 1 раз в месяц в течение 3 месяцев.

Цель исследования – оценить эффективность лечения субмукозной миомы матки с применением в предоперационном периоде агониста гонадотропин-рилизинг гормона Леупролид ацетат 3,75 мг.

Материалы исследования и методы. Для решения поставленной задачи 65 пациентам с субмукозной миомой матки в возрасте от 23 до 48 лет (средний возраст $41,4 \pm 6,1$ года) была назначена предоперационная терапия агонистами гонадотропин-рилизинг гормона – Леупролид ацетат 3,75 мг в течение 3 месяцев; выполнена гистероскопическая миомэктомия. В соответствии с классификацией, предложенной К. Wamsteker (1993), узлы 0 типа выявлены у 21 (32,3%) пациента, узлы I типа – у 32 (49,2 %), у 12 (18,5 %) диагностированы узлы миомы II типа.

Пациенты предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота в 89,2% случаев, ациклические кровянистые выделения из нижних половых путей – 76,9%, обильные и длительные менструации – 92,3%. Менструальная функция у обследованных пациентов характеризовалась следующим: период менархе в среднем наступил в возрасте $13,2 \pm 1,1$ года; менструальный цикл установился сразу у 49 (75,4%) пациентов, у 16 (24,6%) в течение года и более. Средняя продолжительность менструального цикла составила $27,7 \pm 2,1$ дня, длительность менструаций – $5,8 \pm 1,9$ дня. В репродуктивном периоде находились 59 (90,8%) прооперированных пациентов и 6 (9,2%) – в менопаузе.

При анализе гинекологического анамнеза отмечено, что пациенты из данной выборки начали половую жизнь в среднем в $20,0 \pm 3,1$ года, имели 3,6-4,0 беременности, $1,1 \pm 0,8$ родов и 2,5-3,7 аборт. Беременностей не было у 22 (33,8%). Бесплодие диагностировано у 12 (18,5%) женщин.

Перенесенные оперативные вмешательства у обследуемых пациентов составили: аппендэктомия – 11 (16,9%), тонзиллэктомия – 5 (7,7%), холецистэктомия – 3 (4,6%), резекция молочной железы – 1 (1,5%),

герниопластика – 1 (1,5%), кесарево сечение – 6 (9,2%), тубэктомия – 1 (1,5%), резекция/удаление яичников – 3 (4,6%).

Результаты исследования и их обсуждение. Резекция узлов 0 типа произведена нами 21 пациенту, во всех случаях узлы удавалось удалить в течение одного вмешательства, интраоперационное и послеоперационное кровотечения были минимальными. Ультразвуковой и гистероскопический контроль, произведенный через 3 месяца, показал отсутствие внутриматочных синехий. У 2 пациентов, обследованных по поводу бесплодия, в течение года наступили беременности, закончившиеся срочными неосложненными родами. У 2 женщин, которым произведено удаление субмукозных узлов с резекцией эндометрия, достигнута стойкая аменорея. У остальных пациентов достигнута нормализация менструальной функции, что стало критерием эффективности проведенного вмешательства.

При резекции узлов I и II типа, предпринятой у 44 пациентов, в полном объеме удалось резецировать узлы во время первого вмешательства в 28 (63,6%) случаях, из них у 20 были узлы I типа, у 8 – II типа.

У 16 пациентов операция была прекращена ввиду высокого риска перфорации стенки матки и/или интравазации жидкости в объеме более 1,5 литра. Из них у 6 пациентов диагностирован узел II типа диаметром более 4 см. Продолжительность операций в среднем составила 30 ± 12 минут. Кровопотеря при неполном удалении узла во время операции в раннем послеоперационном периоде ни в одном случае не превышала 150 мл. В послеоперационном периоде с профилактической целью проводилась антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия и метронидазолом. Воспалительные осложнения не отмечены. Пациенты выписаны на вторые-третьи сутки после операции.

При электрохирургической миомэктомии легче удалялись узлы, располагавшиеся по передней или задней стенках матки, более сложно технически и длительнее по времени удалялись субмукозные узлы, располагавшиеся в дне и в области углов матки.

При диагностированной субмукозной миоме II типа более 4 см нами предложено радикальное хирургическое лечение (ампутация/экстирпация матки).

Гладкое течение раннего послеоперационного периода, отсутствие кровотечения и воспалительных осложнений у 10 пациентов с неполной резекцией узла, а также литературные данные о возможности осуществления отсроченного удаления оставшейся части узла позволили нам не расширять объем хирургической помощи. В последующие два месяца пациентам проводилась гормональная терапия агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов, направленная на торможение менструальной функции, с последующей контрольной гистероскопией и трансвагинальным ультразвуковым исследованием.

Второй этап лечения произведен 10 пациентам. Гистерорезекция оставшейся части узла характеризовалась меньшей продолжительностью

операции – не более 20 минут, меньшей кровопотерей – не более 50 мл, меньшей интравазацией раствора глюкозы – не более 500 мл и отсутствием необходимости осуществления интраоперационного лапароскопического и ультразвукового контроля, так как резецируемую структуру можно было расценивать как узлы 0 и I типов. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Менструальная функция нормализовалась в течение года наблюдения у всех 9 пациенток, которым планировалось сохранение менструальной функции. У одной женщины после абляции эндометрия отмечена стойкая аменорея.

Таким образом, этапная резекция субмукозных миоматозных узлов глубокого залегания позволяет безопасно и эффективно проводить их полное удаление. Развивая этапный метод резекции узлов, мы пришли к выводу о возможности проведения II этапа резекции через 2 месяца после I этапа на фоне проводимой гормональной терапии. Условия для осуществления II этапа – данные ультразвукового исследования, свидетельствующие о «рождении» оставшейся части узла в полость матки, а также гладкое течение послеоперационного периода.

Выводы:

1. Трансвагинальная миомэктомия – альтернативный, малоинвазивный метод лечения субмукозной миомы матки.
2. Для повышения эффективности оперативного лечения субмукозной миомы в предоперационном периоде назначать агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов.
3. При субмукозной миоме матки II типа более 4 см показано радикальное хирургическое вмешательство.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ПАРТНЕРСКИМ РОДАМ

Гимпель О. В., Зверко В. Л., Новосад Е. А., Добрук Е. Е., Полудень Н. Б.

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Многие годы считалось, что рождение ребенка – это чисто женское дело, кто-то даже до сих пор придерживается такого мнения. Однако в перинатальном центре уже давно приветствуются партнерские роды, так как они имеют преимущество перед традиционными родами.

Участие мужа в процессе беременности и в родах считается не только естественным, но и необходимым, ведь между отцом и ребенком устанавливаются очень прочные отношения и нежная привязанность. Считается, что такие отцы отличаются исключительной заботливостью, искренней горячей заинтересованностью во всем, что касается ребенка. Если мужчина и женщина, зачавшие в любви ребенка, не хотят разлучаться и во

время родов, то этот шаг заслуживает глубокого уважения и всяческой поддержки.

Цель – изучение влияния присутствия партнера во время родов на психологическое состояние роженицы.

Материалы и методы. В поликлинике учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» все пары, пожелавшие рожать вместе, проходят совместные курсы подготовки к партнерским родам, которые включают, кроме консультации у врача-акушера-гинеколога и неонатолога, обязательно консультацию у врача-психотерапевта. В доступной форме врач-психотерапевт объясняет, что партнерские роды – это не только физическое присутствие мужа, а сохранение в них внутренней атмосферы семьи, когда нет сторонних наблюдателей, каждый сознает важность собственной роли и активно участвует в процессе появления малыша. Психологическая поддержка роженицы и понимание не менее важны, чем практическая помощь, которую обеспечивает медицинский персонал.

Результаты и обсуждение. Роды – это стресс для женщины. Каждый человек, попадая в незнакомую обстановку, окруженный незнакомыми людьми, будет испытывать дискомфорт и страх, а тем более, если это рожаящая женщина, да еще если это первые роды! Так устроен организм человека, что испытывая чувство тревоги и страха, автоматически происходит мышечное напряжение, которое сопровождается болевыми ощущениями. И обратная ситуация, мышечное расслабление способствует подавлению всех эмоций, в том числе и страха. Поэтому первоочередная задача при подготовке к родам – научиться сознательно вызывать состояние релаксации.

Релаксация – это состояние организма, когда мышечный тонус всего тела снижен до минимума. Если женщина пребывает в напряжении, то в напряжении пребывают и мышцы промежности. Мать сама закрывает «двери» своему рождающемуся ребенку, он как через щелочку в дверях, проходит по родовым путям: и маме больно, и ему некомфортно. И наоборот, если роженица способна расслабиться в промежутках между схватками, можно обнаружить значительное уменьшение болевых ощущений. Присутствие родного человека обеспечивает сохранение внутреннего спокойствия и вселяет уверенность в собственных силах. Партнер позволяет в промежутках между схватками отвлечься и расслабиться роженице, вместе погружаясь в приятные и яркие воспоминания из жизни или фантазии, мысленно перенестись в приятную обстановку и «подпитаться» там положительной энергетикой. Телесный контакт в виде поглаживания живота, конечностей, спины, особенно поясницы роженицы и надавливание на биологически активные точки способствует релаксации и уменьшает болезненность схватки.

Выводы. Таким образом, психологическая подготовка к партнерским родам – это комплексный метод подготовки беременной женщины и партнера к родам с целью предоставления в доступной форме разносторонней информации о предстоящих родах и, как следствие, уменьшение страха, дискомфорта, неуверенности в себе и облегчение родов. Адекватная родовая подготовка

изменяет сознание беременной женщины и устраняет физиологические недомогания.

Готовиться к родам – значит, находить время для еще нерожденного ребенка, прислушиваться к своему организму и собственным ощущениям, подготовиться к сильным эмоциям, которые связаны с предстоящим родоразрешением и материнством.

Литература

1. Сидоренко В. Н., Гомон Е. С., Пушкарев А. Л. Инструкция по психопрофилактической подготовке беременных женщин к родам / Минск, 2004.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология. — СПб.: Питер, 2010. — 272 с.
3. Филиппова, Г. Г. От перинатальной психотерапии – к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности. Г. Г. Филиппова, Е. Ю. Печников // Психотерапия. – № 9 (141). – Выпуск № 1. – 2014. – С. 36-41.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ВКЛЮЧАЮЩЕГО АНОМАЛАД ПЬЕРА РОБЕНА

Главацкая Е. Н.¹, Зверко В. Л.¹, Прибушня О. В.², Мотюк И. Н.¹, Новосад Е. А.¹, Добрук Е. Е.¹

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

²ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Аномалад Пьера Робена (OMIM 261800), впервые описанный в 1923 г. французским стоматологом Пьером Робеном, возникает из-за нарушения формирования нижней челюсти, что вызывает смещение языка кзади и в свою очередь препятствует смыканию небных пластинок и приводит к формированию расщелины неба [1]. Симптомокомплекс включает триаду признаков: гипоплазию нижней челюсти (микрогению), дугообразную расщелину неба, или готическое небо, западение языка (глоссоптоз). Западение языка является причиной нарушения функции дыхания сразу после рождения.

Популяционная частота аномалада Пьера Робена – 1:8500-14000, соотношение полов – М1:Ж1. Аномалад Пьера Робена может быть как изолированной патологией, так и составной частью большого количества генетических заболеваний. Изолированные случаи в основном спорадические, развиваются в результате дизрупции/деформации на этапе эмбриогенеза [1]. В 36% случаев сочетается с пороками развития других органов и систем. Наиболее часто встречаются сочетания с аномалиями ушной раковины и внутреннего уха, с аномалиями глаз, с врожденными пороками сердца, с

патологией опорно-двигательного аппарата, с мочеполовыми мальформациями. У ряда пациентов отмечается умственная отсталость.

Цель – продемонстрировать возможности использования ультразвуковой пренатальной диагностики в выявлении генетических синдромов, включающих аномалии лица плода.

Материалы и методы. Ультразвуковые исследования (УЗИ) выполнены на аппаратах Voluson E8 Expert (GE, США) с использованием трансабдоминального датчика (4-8 МГц). Цитогенетические и биохимические исследования выполнялись в генетической лаборатории Республиканского научно-практического центра (РНПЦ) «Мать и дитя», г. Минск. Кариотип записывался в соответствии с правилами международной номенклатуры ISCN, 2016.

Клинический случай. Пациентка М. 25 лет, здорова. Обратилась в РНПЦ «Мать и дитя» в сроке беременности 20 недель в связи с ВПР лица у плода, выявленном в 19-20 недель гестации. Помимо того, в I триместре беременности плод попал в группу высокого риска по синдрому Дауна – 1:50 (ТВП 2,7 мм). Беременность шестая. В анамнезе 5 родов, брак 2 неродственный. Супруги этнические цыгане.

Мальчик от первой беременности в первом браке здоров. Во втором браке первая и вторая беременности завершились рождением двух здоровых девочек. Девочка от 3 беременности родилась с гипоплазией нижней челюсти, расщелиной неба, деформацией грудной клетки (со слов мамы). В возрасте 6 месяцев ребенок был прооперирован по поводу расщелины неба и умер в возрасте 1 года 2 месяцев. Патологоанатомический диагноз – аномалад Пьера-Робена. При исследовании кариотипа родителей патологии не выявлено.

Девочка, родившаяся от четвертой беременности в этом же браке, умерла в возрасте 2 месяцев с клиническим диагнозом «Спинальная мышечная атрофия», однако молекулярно-генетическое исследование диагноз не подтвердило.

Пробанд – плод от шестой беременности (пятая во втором браке). УЗИ в РНПЦ «Мать и дитя» проведено по направлению регионального учреждения здравоохранения. Срок беременности по результатам осмотра составил 20 недель 5 дней, пол плода мужской. Выявлен ряд изменений со стороны лицевых структур плода: микрогения, лицевые дисморфии, низко расположенные уши.

С учетом группы высокого риска по хромосомной патологии в I триместре беременности и по данным УЗИ во II триместре беременности проведена процедура амниоцентеза, установлен кариотип плода 46, XY. Предварительный диагноз – аномалад Пьера Робена, учитывая благоприятный прогноз для жизни плода, семья приняла решение о продолжении беременности.

Мальчик родился в РНПЦ «Мать и дитя» в сроке беременности 37-38 недель. Вес ребенка при рождении составил 2850 г, оценка по шкале Апгар 8 баллов. В первые сутки новорожденный переведен в отделение

интенсивной терапии и реанимации в связи с врожденной пневмонией и обструкцией верхних дыхательных путей, развившейся вследствие ВПР (аномалада Пьера Робена). Ребенок был осмотрен консилиумом врачей-генетиков. Помимо выраженной микрогении у ребенка диагностирована расщелина мягкого неба и задней трети твердого неба, черепно-лицевые МАР: долихоцефалическая форма головы, широкий лоб с низкой линией роста волос, широкое плоское переносье, легкий экзофтальм, крупные, ротированные кзади ушные раковины. Из изменений опорно-двигательного аппарата наблюдались варусная деформация стоп, клинодактилия 2 пальцев кистей, а также проксимальное смещение и противопоставление 1 пальцев кистей.

Учитывая результаты осмотра и данные дополнительных исследований, ребенку выставлен диагноз: аномалад Пьера Робена. С учетом повторения данного заболевания в семье был сделан вывод о том, что синдром имеет аутосомно-рецессивный тип наследования.

Ребенок умер в возрасте 5 месяцев. Непосредственной причиной смерти ребенка, по результатам патологоанатомического исследования, стала прогрессивно нарастающая дыхательная недостаточность, обусловленная патологическими процессами в лёгких (хронический обструктивный слизистогнойный бронхит, крупноочаговая двусторонняя серозно-гнойная пневмония).

Седьмая беременность наступила через год. По результатам проведенного в РНПЦ «Мать и дитя» УЗ-скрининга I триместра беременность в сроке 11 недель 2 дня, риск рождения ребенка с синдромом Дауна низкий.

При ультразвуковом исследовании в сроке беременности 15 недель 6 дней обнаружена умеренная микрогения у плода. При исследовании клеток амниотической жидкости кариотип плода 46,XY. От предложенного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода семья отказалась.

Мальчик родился в РНПЦ «Мать и дитя» в сроке беременности 38 недель путем операции кесарева сечения, в связи с поперечным положением плода и предлежанием петель пуповины. Вес ребенка при рождении 3250 гр. Оценка по шкале Апгар 8 баллов.

При осмотре новорожденного выявлена умеренная микрогения, расщелина мягкого неба, множественные черепно-лицевые дисморфии. С учетом фенотипа ребенка, а также данных семейного анамнеза новорожденному выставлен клинический диагноз: аномалад Пьера Робена. Тип наследования заболевания – аутосомно-рецессивный. В возрасте 1 года ребенок был жив. Дальнейшая судьба ребенка неизвестна, так как семья сменила место проживания.

Обсуждение. Аномалад Пьера Робена описан в составе более 300 синдромов (синдрома Стиклера, кампомелического синдрома, синдрома Ханхарта, трисомии 18 и пр.) [2, 3]. Наследуется заболевание как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному типу [3].

По мнению ряда авторов, микрогения может быть выявлена пренатально в 93% случаев, в семьях с отягощенным генетическим анамнезом частота пренатального выявления аномалада Пьера Робена составляет 100% [3].

Многоводие, возникающее вследствие нарушения функции глотания у плодов с данной патологией, осложняет течение беременности в 60% случаев наблюдений [4].

Заключение. По нашему мнению, достаточно сложно оценить прогноз для жизни и здоровья плода с аномалией Пьера Робена, так как микрогения может быть выражена незначительно, а диагностика расщелин мягкого неба и небольших расщелин твердого неба пренатально вызывает затруднения, даже в семьях с высоким генетическим риском и при прицельном экспертном УЗИ.

Литература

1. Л. Ф. Вахитова, Л. К. Фазлеева / Клинический случай синдрома Пьера Робена у новорожденного ребенка // «Практическая медицина» – 2013. – 6 (75) ноябрь. – С. 172-174.
2. Evans K. N., Sie K. C., Hopper R. A. / Robin Sequence: From Diagnosis to Development of an Effective Management Plan / // Pediatrics. – 2011. – Vol. 127. – № 5. – P. 936-948.
3. Teresa Cruse et al/ Prenatal Diagnosis of Robin Sequence: Sensitivity, Specificity, and Clinical Relevance of an Index for Micrognathia// Cleft palate craniofac J. – 2021 Aug;58(8):1012-1019. doi: 10.1177/1055665620972297. Epub 2020 Nov 24.
4. Katia Lind et al/ Prenatal diagnosis of Pierre Robin Sequence: accuracy and ability to predict phenotype and functional severity// Prenat Diagn. – 2015 Sep;35 (9):853-8. doi:10.1002/pd. 4619. Epub 2015 Jun15. PMID:25982360.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С COVID-19 В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Гутикова Л. В.¹, Зверко В. Л.², Новосад Е. А.², Левин В. И.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Беременность – это физиологическое состояние, создающее предрасположенность к респираторным вирусным инфекциям. В связи с физиологическими изменениями в иммунной и сердечно-лёгочной системе, у беременных женщин повышена вероятность тяжелого течения респираторных вирусных инфекций. В то же время имеющиеся данные не свидетельствуют о более тяжелом течении COVID-19 у беременных женщин по сравнению с общей популяцией взрослых людей [1, 2].

В связи с осложнением эпидемиологической обстановки, вызванной увеличением количества случаев инфекции COVID-19 с целью недопущения

распространения и своевременного оказания помощи данным пациентам главным управлением здравоохранения Гродненского облисполкома был принят приказ № 695 от 13.07.2020 «О госпитализации беременных женщин с признаками респираторной инфекции в Гродненской области», которым утвержден перечень организаций и порядок оказания помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам с акушерской патологией с вероятным или подтвержденным диагнозом COVID-19. В настоящее время имеется мало сведений о влиянии COVID-19 на беременных женщин и детей грудного возраста, не существует конкретных рекомендаций для беременных относительно диагностики и лечения COVID-19 [1].

Цель – оценить опыт ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с COVID-19 в условиях регионального перинатального центра в течение 9 месяцев 2020-2021 г.

Материалы и методы. В ходе работы нами проведен отбор историй родов женщин с подтвержденным диагнозом COVID-19 за временной промежуток с июля 2020 г. по март 2021 г., которые родоразрешались в Гродненском областном клиническом перинатальном центре. Анализу были подвергнуты истории родов 302 женщин. На каждую обследованную пациентку заполнялась специально разработанная анкета. У всех женщин изучены следующие данные: возраст, место жительства, срок беременности, метод родоразрешения, основной диагноз, наличие экстрагенитальной патологии, количество беременностей и родов в анамнезе, течение родов и послеродового периода.

Результаты и их обсуждение. Поступление пациенток с подтвержденным диагнозом началось в июле 2020 г. За период июль 2020 г. по март 2021 г. в УЗ «ГОКПЦ» родоразрешены 302 пациентки с инфекцией COVID-19 (июль – 4; август – 8; сентябрь – 16; октябрь – 37, ноябрь – 52, декабрь – 80, январь – 73, февраль – 16, март – 16).

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации. В целях определения степени тяжести пациентки, методов стабилизации ее состояния, оценки состояния плода, проведения дополнительных методов обследования, целесообразности досрочного родоразрешения и выбора метода родоразрешения необходимо проведение междисциплинарного консилиума [1].

Рекомендуется при оценке состояния у беременных, рожениц и родильниц учитывать физиологические изменения со стороны органов дыхания и газообмена, иммунного статуса и состояния системы гемостаза для правильной интерпретации диагностических исследований и построения лечебной и анестезиологической тактики [3].

Наличие инфекции COVID-19 не является показанием для родоразрешения, за исключением случаев, требующих улучшения уровня оксигенации крови беременной. Родоразрешение через естественные родовые пути снижают риск инфицирования новорожденного [1].

Партнерские роды должны быть запрещены при вероятных/подтвержденных случаях COVID-19 для снижения риска инфицирования. Следует также максимально уменьшить количество присутствующего медперсонала [1].

Основные жалобы у женщин при поступлении в стационар: кашель – 76% случаев, аносмия – 54%, общая слабость – 72%, гипертермия – 35%, одышка – 15%. Kontakтами первого уровня были 38% заболевших пациенток.

У пациенток бессимптомное течение заболевания наблюдалось в 52,6% случаев, легкое – 40,4%, среднетяжелое (пневмонии) – 6%, тяжелое (пневмонии) – 1%. Замечено, что до октября 2020 г. преобладали пациентки с бессимптомным течением (92% от случаев, выявленных до октября 2020 г.), с ноября 2020 г. значительно увеличилось число пациенток с клиническими проявлениями инфекции.

Через естественные родовые пути были родоразрешены 59,3% пациенток. Путем операции кесарева сечения родоразрешались 40,7% пациенток, из них в плановом порядке выполнено 70,7% операций, в экстренном – 29,3%. Данное соотношение методов родоразрешения соответствует средним статистическим показателям в учреждении.

Основное показание для планового оперативного родоразрешения – рубец на матке (39% случаев). Из-за тяжелого течения COVID-19 экстренно родоразрешены 2,4% пациенток.

Беременность закончилась преждевременными родами в 5,2% случаях. Через естественные родовые пути при преждевременных родах родоразрешены 23,5% пациенток, в 76,5% случаев выполнялось кесарево сечение.

На третьи сутки выписаны 12% женщин после естественных родов, на четвертые сутки – 24% родильниц, 64% родильниц выписаны на пятые сутки и более. В одном случае в связи с крайне тяжелым течением инфекции COVID-19 родильница через сутки после родоразрешения была переведена в профильный стационар. Акушерских осложнений в послеродовом периоде не зарегистрировано.

Выводы. Полученные при анализе данные свидетельствуют о том, что течение новой коронавирусной инфекции у женщин чаще протекает легко, либо бессимптомно. Инфекция COVID-19 не оказала влияния на выбор метода родоразрешения, доля оперативного родоразрешения и показания соответствуют среднестатистическим данным в стационаре. Особенности и осложнений в течении послеродового периода при COVID-19 не выявлено.

Литература

1. Временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции 2019-nCoV. Минздрав России. – Версия 5 от 08.04.2020. – 112 с.
2. Wong, S. F. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome / S. F. Wong, K. M. Chow, T. N. Leung // J Obstet Gynecol. – 2004. – Т. 191, № 1. – С. 292-297.

3. Liu, H. Clinical and CT imaging features of the COVID-19 pneumonia: Focus on pregnant women and children. / H.Liu [et al] // J Infect. – 2020. – . С. 118.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Захарко А. Ю., Подгорная А. С., Мурашко О. В., Бронская К. В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Согласно исследованию, проведенному в 2015 г. в 195 странах, 604 млн взрослых и 108 млн детей в мире страдают ожирением, причем среди женщин ожирение регистрируется чаще. Абдоминальное ожирение (АО) увеличивает риск развития макросомии плода, асфиксии новорожденного, синдрома внезапной смерти плода и младенческой смертности [1, 2, 3].

Цель – оценить течение раннего неонатального периода у детей, рожденных женщинами с абдоминальным ожирением.

Материалы и методы. Обследованы 156 новорожденных, в основную группу вошли 90 детей, рожденных женщинами с АО, группу сравнения составили 66 детей, рожденных женщинами с нормальным индексом массы тела (ИМТ). Оценка по шкале Апгар проведена на первой и пятой минутах после рождения. Умеренная асфиксия при рождении соответствовала оценке 4-7 баллов, тяжелой степени – 0-3 балла. Оценивали состояние новорожденного, его кожных покровов и слизистых, наличие врожденных пороков развития, доступных визуальной диагностике, родовых травм. Для уточнения гестационного возраста недоношенных детей использовали шкалу Петруссо.

Всем новорожденным выполнены общий анализ крови, измерение уровня гликемии, электрокардиографическое исследование. Недоношенным новорожденным и доношенным детям, родившимся в состоянии асфиксии, все исследования выполнены согласно клиническим протоколам диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты и их обсуждение. Все дети в основной группе и группе сравнения были рождены живыми. Среднее количество баллов по шкале Апгар на первой и пятой минутах после рождения у новорожденных основной группы и группы сравнения статистически значимо не различалось: 8,0 (8,0-8,0) и 8,0 (8,0-8,0) баллов, соответственно, $U=2741$; $Z=-0,8$; $p>0,05$ на первой минуте; 8,0 (8,0-8,0) и 8,0 (8,0-9,0) баллов, соответственно, $U=2449$; $Z=-1,9$; $p>0,05$ на пятой минуте. В состоянии асфиксии разной степени тяжести родились 19 (21,1%; 95% ДИ: 13,2-31%) детей от матерей с АО и 11 (16,7%; 95% ДИ:

8,6-27,9%) детей группы сравнения. Из них умеренная асфиксия наблюдалась у 18 новорожденных, тяжелая – диагностирована у 1 ребенка основной группы. Среди детей, рожденных в состоянии асфиксии у матерей группы сравнения, у 10 новорожденных диагностирована умеренная степень, у 1 – тяжелая степень асфиксии. Следует отметить, что в основной группе только у 3 детей состояние асфиксии было связано с недоношенностью, против 8 новорожденных в группе сравнения, ТКФ=0,004; $p<0,05$. В остальных случаях у пациенток с АО ведущей причиной рождения детей в состоянии асфиксии была декомпенсация плацентарной недостаточности.

В основной группе 12 (13,3%; 95% ДИ: 7,1-22,1%) новорожденных нуждались в лечении в условиях ОАРИТ. Показаниями для интенсивной терапии послужили: внутриутробная инфекция (ВУИ), в том числе врожденная пневмония ($n=6$), недоношенность с развитием респираторного дистресс-синдрома (РДС), болезнь гиалиновых мембран ($n=3$), неврологические нарушения ($n=3$). В группе сравнения 10 (15,2%; 95% ДИ: 7,5-26,1%) новорожденных получали интенсивную терапию в ОАРИТ, $\chi^2=0,1$; $p>0,05$, из них у 8 детей основными показаниями были причины, связанные с недоношенностью, возникшие вследствие досрочного родоразрешения по поводу тяжелой преэклампсии: РДС, болезнь гиалиновых мембран, геморрагический синдром, синдром церебральной депрессии. У 2 новорожденных группы сравнения причиной пребывания в ОАРИТ послужило развитие пневмонии.

Осложненное течение раннего неонатального периода наблюдали у 46 (51,1%; 95% ДИ: 40,4-61,8%) новорожденных в группе женщин с АО и у 28 (42,4%; 95% ДИ: 30,3-55,2%) новорожденных в группе сравнения. У детей в основной группе чаще диагностировались родовые травмы (кефалогематомы, перелом ключицы) – у 10 (11,1%; 95% ДИ: 5,5-19,5%) новорожденных, чем у детей группы сравнения – у 1 (1,5%; 95% ДИ: 0,04-8,2%) ребенка (ТКФ=0,03; $p<0,05$), а также гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы (ГИП ЦНС): 18 (20,0%; 95% ДИ: 12,3-29,8%) человек против 4 (6,1%; 95% ДИ: 1,7-14,8%) новорожденных, соответственно (ТКФ=0,02; $p<0,05$). Удельный вес осложнений раннего неонатального периода представлен на рисунке.

В группе сравнения у 8 (12,1%; 95% ДИ: 5,4-22,5) новорожденных наблюдалось развитие РДС, что статистически значимо чаще, чем в основной группе – у 2 (2,2%; 95% ДИ: 0,3-7,8%) детей (ТКФ=0,02; $p<0,05$). Достоверных различий в распространенности неонатальной желтухи, гемолитической болезни новорожденных, ВУИ среди новорожденных исследуемых групп не выявлено. Среди других заболеваний у детей, рожденных женщинами с АО, был диагностирован дефект межжелудочковой перегородки (1 случай), токсическая эритема (1 случай), вентрикуломегалия (1 случай), в группе сравнения – анемия тяжелой степени (1 случай), открытый артериальный проток (1 случай).



* - статистически значимое различие с группой сравнения, $p < 0,05$

Рисунок – Удельный вес патологии раннего неонатального периода у новорожденных исследуемых групп

Для анализа антропометрических характеристик новорожденных нами использовались такие показатели, как масса тела, ИМТ, сопоставление полученных данных с перцентильными номограммами, учитывающими пол и гестационный возраст ребенка. Значения ИМТ, соответствующие показателям от 90 до 97 перцентиля для данного возраста и пола, указывали на наличие избыточной массы тела, более 97 – на наличие ожирения. Средние значения массы тела новорожденных основной группы (3495 (3160-3920) г) и группы сравнения (3405 (3130-3760) г) были сопоставимы ($U=2627$, $Z=1,19$, $p>0,05$), тогда как медиана ИМТ детей, рожденных в группе женщин с АО, была статистически значимо выше – $12,2$ ($11,6-12,9$) $\text{кг}/\text{м}^2$, чем в группе сравнения – $11,9$ ($11,1-12,4$) $\text{кг}/\text{м}^2$, $U=2310$, $Z=2,4$, $p=0,02$. В группе женщин с АО риск рождения детей с избыточной массой тела был в 10 раз выше, чем в группе сравнения: 13 (14,4%; 95% ДИ: 7,9-23,4%) против 1 (1,5%; 95% ДИ: 0,04-8,2%), ОШ=10,9; 95% ДИ 1,4; 86,1, $p<0,05$.

Выводы. Состояние новорожденных у матерей с АО было сопоставимо с новорожденными в группе сравнения, что подтверждалось отсутствием статистической разницы в среднегрупповых значениях баллов по шкале Апгар на первой и пятой минутах рождения и в удельном весе детей, рожденных в состоянии асфиксии разной степени тяжести. Среди причин асфиксии у детей основной группы преобладали состояния, связанные с декомпенсацией плацентарной недостаточности ($p<0,05$). Родовой травматизм ($p<0,05$) и ГИП ЦНС ($p<0,05$) были ведущими патологическими состояниями, отягощающими течение раннего неонатального периода у новорожденных из группы пациенток с АО. Дети, рожденные у матерей с АО, имели более высокий ИМТ ($p=0,02$).

В группе женщин с АО риск рождения детей с избыточной массой тела был в 10 раз выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Литература

1. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years / A. Afshin [et al.] // The N. Engl. J. of Med. – 2017. – Vol. 377, № 1. – P. 13–27.
2. IDF diabetes atlas: global estimates for the prevalence of the diabetes for 2015 and 2040 / K. Ogurtsova [et al.] // Diabetes Res. and Clin. Pract. – 2017. – Vol. 128. – P. 40–50.
3. Saklayen, M. G. The global epidemic of the metabolic syndrome / M. G. Saklayen // Curr. Hypertens. Rep. – 2018. – Vol. 20, № 2. – DOI: 10.1007/s11906-018-0812-z.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Зверко В. Л.¹, Пальцева А. И.², Синица Л. Н.², Дырман Т. В.¹, Ковш Д. С.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Сахарный диабет – распространенная болезнь цивилизации. Частота его в популяции достигла уровня эпидемических заболеваний, составляя 1,0-8,6%. По данным статистических исследований, каждые 10-15 лет число людей, болеющих диабетом, увеличивается в 2 раза, таким образом данное заболевание становится медико-социальной проблемой [1]. Среди всех эндокринных заболеваний сахарный диабет оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на течение беременности, отрицательно воздействует на внутриутробное развитие плода и адаптационные возможности новорождённого [2].

Цель – на основании анализа особенностей ранней постнатальной адаптации новорождённых от матерей, страдающих сахарным диабетом, оптимизировать методику их выхаживания в современных условиях.

Материалы и методы. Проведено клиническое наблюдение за 60 новорождёнными от матерей с сахарным диабетом в УЗ «ГОКПЦ» в 2020 г. Под наблюдением находились 60 новорождённых от матерей с сахарным диабетом. Группу наблюдения составили 58 новорождённых от матерей с гестационным сахарным диабетом, 2 – с сахарным диабетом I типа. Среди наблюдаемых пациентов доношенных было 55, недоношенных – 5 детей. Проведено клиничко-лабораторное обследование в соответствии с клиническими протоколами [3].

Полученные результаты анализировались с помощью Microsoft Excel, Statistica 10.

Результаты и их обсуждение. Возраст матерей обследованных детей составил 29,1 года, минимальный – 21 год, максимальный – 39 лет.

В структуре соматической патологии у беременных преобладали: миопия разной степени (37,0%), ожирение разной степени (19,0%), хронический пиелонефрит (18,0%), хронический холецистит, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия (по 15,0%), варикозная болезнь вен (6,4%), реже (4,3%) – гипотиреоз. Из акушерского анамнеза установлено, что у 11 (18,3%) беременность была первой, у 39 (65,0%) – второй-четвертой, у 10 (16,7%) от пятой и более, протекала с угрозой прерывания у 48%, осложненная гестозом и плацентарной недостаточностью у 18,3%. У 50,0% беременных помимо сахарного диабета течение настоящей беременности сопровождалось отягощенным акушерским анамнезом.

В связи с тяжелым течением сахарного диабета и отягощенным акушерским анамнезом путем операции кесарева сечения родились 5 детей, срочные роды были у 91,6%, преждевременные – 8,4%. Оценка по шкале Апгар на первой минуте составила 8 баллов, на пятой – 9 баллов у 61% новорожденных.

Средний гестационный возраст новорождённых составил 272 дня. В обследованной группе детей преобладали доношенные новорождённые. При оценке физического развития новорождённых установлено, что среди доношенных 16,6% были крупными к сроку гестации. Наименьшая масса – 2500,0 г, наибольшая – 4450,0 г. С массой тела более 4000,0 г родились 16,6% детей, менее 2500,0 г – 6,7%. По росту: наибольший рост 57 см, наименьший 48 см. Установлено, что среди крупных к сроку гестации детей у 29% разница между окружностью грудной клетки и головы была более 2 см.

Фенотипические признаки диабетической фетопатии (ДФ) выявлены у 33 (56,4%) детей и были выражены умеренно, у 20 (33,2%) детей полностью отсутствовали, однако морфофункциональная незрелость отмечалась в 85,0% случаев.

Наиболее часто отмечались такие клинические признаки, как общая пастозность, лунообразное лицо, короткая шея, избыточная масса тела, выраженный плечевой пояс, длинное туловище, относительно короткие конечности, гепатомегалия, спленомегалия.

Анализ особенностей течения раннего неонатального периода у детей от матерей с сахарным диабетом показал, что ведущим клиническим симптомом, определяющим тяжесть состояния новорождённых в раннем постнатальном периоде, был РДС (25%). Проявления РДС были транзиторными, отмечались только в первые сутки жизни и не требовали респираторной поддержки у 5 новорождённых, у 10 причиной дыхательных расстройств стала тяжелая форма внутриутробной инфекции. Кроме РДС, на тяжесть состояния новорождённых оказывали влияние нарушения функции ЦНС. Проведение специальных исследований (НСГ с доплерометрией) выявило ишемическое нарушение ЦНС у 10%, внутрижелудочковое кровоизлияние I-II у 1,8% детей, которые показали взаимосвязь с клиническими симптомами перинатального

поражения ЦНС. Указанные нарушения со стороны ЦНС были следствием гипоксически-ишемического поражения ЦНС, клинически манифестировали в первые часы и первые сутки жизни, что свидетельствовало об антенатальном их происхождении.

Нарушений со стороны ЦНС и РДС, которые бы сопровождались нарушениями центральной гемодинамики, у наших пациентов не было. Гипертрофическая кардиомиопатия при проведении эхокардиографии выявлена у 0,5% новорождённых, отличалась более длительным сохранением функционирования артериального протока.

Лабораторное исследование уровня глюкозы в крови показало, что у 40,0% новорождённых детей от матерей с сахарным диабетом наблюдалась гипогликемия ($\leq 2,6$ ммоль/л), которая носила транзиторный характер. Клинических проявлений гипогликемии в виде тремора, цианоза, повышенной возбудимости, гипотермии не выявлено.

ВУИ осложнила течение раннего неонатального периода у 3,3%, в основном это были малые формы ВУИ. При лабораторном обследовании у 17,0% отмечалось высокое содержание гемоглобина (≥ 220 г/л), у 14,5% полицитемия, однако на фоне инфузионной терапии данные показатели крови нормализовались в течение первых суток жизни. Полицитемия на фоне морфофункциональной незрелости была причиной развития гипербилирубинемии у 73,3% новорождённых, что потребовало ранней консервативной терапии (фототерапия, инфузионная терапия, гепатопротекторы).

В биохимическом статусе большинства наблюдаемых нами пациентов выявлены гипопроотеинемия, гипокальциемия, гипомагниемия, ацидоз (17,0%).

Выявленные особенности ранней постнатальной адаптации новорождённых от матерей с сахарным диабетом диктуют необходимость определения особой тактики лечебно-профилактических мероприятий:

1. Раннее (на 30-35 секунде) пересечение пуповины с целью профилактики полицитемии.

2. Сохранение оптимальных условий окружающей среды.

3. Рассматривать новорождённых от матерей с сахарным диабетом как недоношенных.

4. В родильном блоке новорождённому проводилось обязательное орофарингеальное введение молозивного молока, под язык капали 1-2 мл 20% раствора глюкозы, далее в течение 2 часов ребёнок выпаивался 5% раствором глюкозы. После чего определяли уровень глюкозы в крови в течение 30-60 минут после рождения. Если через 2 часа после рождения уровень гликемии $< 2,6$ ммоль/л, проводилось внутривенное введение 10% раствора глюкозы 1-2 мл на 1 кг массы тела, при необходимости инфузионная терапия, коррекция гипокальциемии, гипомагниемии.

5. Энтеральное вскармливание каждые 2 часа.

6. Выявление и лечение респираторных расстройств и сердечно-сосудистых нарушений.

7. Терапия инфекционных осложнений.

8. Рациональное вскармливание, прикладывание к груди матери в соответствии с их клиническим состоянием.

Применение данного алгоритма выхаживания в УЗ «ГОКПЦ» значительно уменьшило частоту тяжелых нарушений постнатальной адаптации. Из числа всех наблюдаемых домой выписаны в удовлетворительном состоянии 91,7%. На 2 этап выхаживания переведен 1 ребёнок, 3 – в отделение реанимации, 0 – в хирургическое отделение, 1 – в педиатрическое отделение для дальнейшего лечения и выхаживания.

У детей, не имевших осложнений течения раннего постнатального периода и находившихся на общем режиме, проводился тщательный контроль массы тела, определение уровня глюкозы в крови через 2 часа после рождения, 2 раза в день в последующие двое суток жизни, далее 1 раз в день до шестых суток жизни (нормогликемия 2,8-4,4 ммоль/л).

Выводы:

1. Адаптацию новорождённых от матерей с сахарным диабетом осложняют расстройства дыхания, гемодинамики и нарушения со стороны ЦНС, гипогликемия, гипербилирубинемия и другие нарушения.

2. Все новорождённые от матерей с сахарным диабетом нуждаются в особых условиях выхаживания и ранней коррекции выявленных нарушений. Применение алгоритма обследования и выхаживания новорождённых с ДФ принятого в УЗ «ГОКПЦ» способствует профилактики возможных осложнений адаптации на доклинической стадии их проявлений.

Литература

1. Состояние здоровья детей, рождённых от матерей с сахарным диабетом / Л. А. Харитоновна [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – № 3. – С. 26-31.

2. Неонатология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.

3. Клинические протоколы диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.01.2011 № 81.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Кардаш Ю. Г., Кухарчик Ю. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Изучение плаценты имеет многовековую историю, за это время пройден путь от макроскопического описания до современных молекулярно-биохимических исследований. Однако, несмотря на достижения в

ранней диагностике и лечении нарушений взаимосвязи функциональной системы мать-плацента-плод, в практическом акушерстве остаются проблемы, связанные с развитием плаценты, актуальность которых не утрачивается из-за большого количества осложнений беременности и родов. Ситуация усугубляется тем, что предлежание сочетается с разнообразными вариациями аномального (глубокого) прикрепления плаценты к стенке матки (placenta adhaerens, accreta, increta, percreta). В этом случае особое значение приобретает своевременная диагностика данной патологии, позволяющая оптимально подготовиться к родоразрешению. Аномалии плацентации – ведущая причина материнской заболеваемости и смертности во всем мире. Предлежание плаценты – сложная проблема, актуальность которой увеличивается в последние годы и часто ассоциируется с операциями на матке в прошлом [1]. К факторам, предрасполагающим к предлежанию плаценты, относятся разнообразные патологические изменения матки, к ним относятся травмы и заболевания, сопровождающиеся атрофическими и дистрофическими изменениями эндометрия. Подобные изменения нередко являются следствием многократных родов, осложнений в послеродовом периоде. Поэтому предлежание плаценты чаще возникает у повторнородящих – 75%, у первородящих 25%, имея тенденцию к учащению с увеличением возраста женщины. Дистрофические и атрофические процессы в эндометрии могут возникать в результате воспалительных процессов и выскабливаний матки в связи с самопроизвольными и искусственными абортами. Несомненной причиной также признана истмико-цервикальная недостаточность [3]. Частота возникновения предлежания плаценты также коррелирует с количеством операций кесарева сечения в анамнезе. В основе механизма возникновения предлежания плаценты лежит особенность роста нижнего сегмента матки, что приводит к меньшему смещению положения плаценты вверх при прогрессировании беременности [4]. При предлежании плаценты отмечаются 5-кратное возрастание недоношенности, высокий риск поступления новорожденных в отделение интенсивной терапии и перинатальной смертности по сравнению с пациентками без предлежания плаценты [2]. Лучший способ диагностики данного осложнения – ультразвуковое исследование, а магнитнорезонансное исследование помогает в уточнении диагноза [1].

Цель работы – изучить течение беременности и родов у женщин с предлежанием плаценты.

Материалы и методы. Проведен анализ 70 историй родов, по данным Гродненского областного клинического перинатального центра за 2016-2020 гг. Использовалась статистическая программа Excel.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток с предлежанием плаценты $33 \pm 4,8$ года, 78,7% старше 30 лет, из которых 45,9% старше 35 лет. Средний возраст пациенток без предлежания $30 \pm 4,2$ года, 55% старше 30 лет, из которых 10% старше 35 лет.

Среднее значение срока беременности в днях при беременности с предлежанием плаценты составило $244 \pm 106,8$ дня, 63,8% женщин были

прооперированы в сроке беременности до 259 дней. Среднее значение срока беременности в днях, при котором проводилось кесарево сечение: $272 \pm 5,8$ дня, все были прооперированы после 259 дня беременности.

Менструация у женщин с предлежанием плаценты наступила в возрасте: до 12 (включительно) – 25, 4%, 13-15 лет – 65,9%, после 16 лет – 8,5%. У женщин с кесаревым сечением менструация наступила в возрасте: до 12 (включительно) – 15%, 13-15 лет – 75%, после 16 лет – 10%.

У 21,3% женщин беременность с предлежанием плаценты была первой, у 19,1% – второй, 59,6% – 3 и более (из которых 60,7% – 4 и более беременностей), (12,6% делали аборт, из которых 50% более 1 раза делали аборт; у 36,1% женщин были выкидыши, 95,7% имеют здоровых детей). У 10% женщин беременность без предлежания плаценты была первой, у 45% – второй, 45% – 3 и более (из которых 55,6% имели 4 и более беременностей), (10% делали аборт, из которых 50% более 1 раза делали аборт; у 45% женщин были выкидыши).

Среднее значение окружности живота при предлежании плаценты составило $98 \pm 8,2$ см, d. Spinarum $25 \pm 1,1$ см, d. Trochanterica $30 \pm 3,7$ см, d. Cristarum – $27 \pm 1,8$ см Con. Externa – $20 \pm 1,2$ см; высота стояния дна матки – $34 \pm 3,7$ см. Среднее значение окружности живота у женщин с кесаревым сечением составило 101 ± 20 см, d. Spinarum $25 \pm 1,2$ см, d. Trochanterica $38 \pm 1,8$ см, d. Cristarum – $21 \pm 1,1$ см Con. Externa – $28 \pm 1,5$ см; высота стояния дна матки – $37 \pm 1,2$ см.

У всех женщин без предлежания плаценты плод находился в поперечном положении, головное предлежание плода. У 14,6% женщин с предлежанием плаценты плод находился в поперечном положении, 2,1% – в косом, 83,3% – в продольном; у всех женщин – головное предлежание плода.

Слизистые умеренные выделения у 68,1% женщин при предлежании плаценты, 12,7% – скудные кровянистые выделения, 14,9% с обильными (150-300 мл) кровянистыми выделениями. Слизистые умеренные выделения у всех рожениц без предлежания плаценты. 17,02% женщин – краевое предлежание плаценты, 2,12% – боковое предлежание и 80,9% – центральное предлежание плаценты.

Среднее значение массы плода с предлежанием плаценты составило $2616 \pm 764,8$ г, 51,1% детей родились доношенными, 48,9% недоношенными. Средняя длина тела родившихся детей 47 ± 6 см, 44,7% – более 50 см. Среднее значение окружности головы $32 \pm 3,7$ см, окружности груди – $31 \pm 3,8$ см. Средний вес плаценты – $555 \pm 177,7$ г, средняя длина плаценты – $56 \pm 7,5$ см.

Среднее значение массы плода у женщин без предлежания плаценты составило $3392 \pm 329,2$ г, все дети родились доношенными. Средняя длина тела родившихся детей $51 \pm 4,3$ см. Среднее значение окружности головы $35 \pm 1,6$ см, окружности груди – $34 \pm 1,3$ см. Средний вес плаценты – $676 \pm 125,5$ г, средняя длина плаценты $61 \pm 7,2$ см.

У 14,9% рожениц с предлежанием плаценты наблюдалось обвитие пуповины, 4,3% – приращение плаценты. У 10% рожениц без предлежания

плаценты наблюдалось обвитие пуповины. Среднее кол-во кровопотери в родах без предлежания плаценты составило $596 \pm 254,5$ мл. Среднее кол-во кровопотери в родах с предлежанием плаценты – 916 ± 48 мл.

Сопутствующие заболевания: 25,3% рожениц с предлежанием имеют миопию слабой и средней степени, 10% рожениц без предлежания плаценты имеют миопию слабой степени.

Среди женщин с предлежанием плаценты 4,2% имеют хронический гастрит и язву 12-перстной кишки, 2,1% – хронический спастический колит, 2,1% – хронический гепатоз, 2,1% – полипы желчного пузыря, ЖКБ, 2,1% – ЖДВП, хр. гастродуоденит; без предлежания 5% – хр. холецистит, ЖКБ. 29,7% женщин с предлежанием плаценты имеют малые аномалии сердца, 14,9% – анемию легкой степени. 40% женщин без предлежания имеют малые аномалии сердца, 20% – анемию легкой степени.

Среди женщин с предлежанием плаценты: у 6,3% – субклинический гипотиреоз, 4,2% – эутиреоидный узловой зоб, 2,1% – объемные образования обеих долей щитовидной железы. 17,2% – нефроптоз 1-2 ст., 4,2% – уретерогидронефроз, 4,2% – кисты в почках, 6,3% – мочекаменная болезнь, 2,1% – хр. пиелонефрит, 2,1% – пиелозктазия, 17,02% – мед. аллергия, 4,2% – ожирение 1 ст., 2,1% – вертеброгенная радикулопатия, 2,1% – остеоартроз 1 ст. Без предлежания: 10% – субклинический гипотиреоз, 5% – аутоиммунный тиреоидит; 5% – нефроптоз 1-2 ст., 5% – уретерогидронефроз, 5% – кисты в почках, 5% – мочекаменная болезнь; 25% – мед. аллергия, 5% – ожирение 1 ст.; 5% – ювенильный остеохондроз поясничного отдела.

Гинекологические заболевания у женщин с предлежанием плаценты: эрозия шейки матки – 8,5%, кисты яичников – 4,2%, эндометриоз – 2,1%, миома матки – 4,2%, бесплодие – 6,4%, аденома молочной железы – 2,1%, варикозное расширение вен наружных половых органов – 2,1%.

Гинекологические заболевания женщин без предлежания плаценты: эрозия шейки матки – 15%, кисты яичников – 5%, миома матки – 20%.

Выводы. Средний возраст женщин с предлежанием плаценты на 3 года выше, чем у женщин с кесаревым сечением без предлежания плаценты, при этом женщин старше 30 лет больше на 28,7%, из которых старше 35 лет на 35,7% больше. У рожениц с предлежанием плаценты чаще встречаются женщины с тремя и более беременностями (на 14,6%), из которых на 5,1% больше четырех беременностей.

У 27,6% женщин наблюдались кровянистые выделения, в то время как у женщин без предлежания плаценты только слизистые умеренные выделения. Среднее значение кровопотери при родах на 34,9% больше у женщин с предлежанием плаценты.

Патологическое положение плода чаще выявлялось у женщин с предлежанием плаценты, чаще всего (более 80%) выявляется центральное предлежание плаценты. Средний вес плаценты с предлежанием на 17,9% меньше и на 8,6% короче плаценты без предлежания. Почти половина детей родильниц с предлежанием плаценты группы родились недоношенными.

Около половины женщин с предлежанием плаценты имеют хронические заболевания ЖКТ и заболевания почек, в то время как у женщин без предлежания плаценты данные заболевания встречается реже.

Литература

1. Белоцерковцева, Л. Д. Современные техники снижения массивных кровотечений при предлежании плаценты, аномалии плацентации / Л. Д. Белоцерковцева, Л. В. Коваленко В. В. Панкратов, П. А. Пастернак, Т. Г. Петрова, Д. Ш. Бакурадзе, С. Е. Иванников // Вестник Новгородского государственного университета. – 2017. – № 3. – С.45-50.

2. Девятова, Е. А. Аномалии расположения и прикрепления плаценты – факторы риска недонашивания беременности, кесарева сечения и неблагоприятных перинатальных исходов / Е. А. Девятова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 3. – С. 17-24.

3. Балмагаметова, Г. Н. Операционные исходы при предлежании плаценты. Г.Н. Балмагаметова, А. Б. Айдымбекова, М. И. Мимитниязова, А. Джакипова, А. Дуйсенова, А. Джакипова // Вестник. – 2016. – № 1. – С. 18-20.

4. Оппенхаймер, Л. Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады: диагностика и ведение предлежания плаценты / Л. Оппенхаймер // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 1. – С. 77-84.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ

Кириллова Е. Н., Павлюкова С. А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Актуальность. В крупных современных популяционных исследованиях, изучающих содержание витамина Д в сыворотке крови, было показано, что от 20 до 80% женщин имеют дефицит витамина Д. Большой разброс данных обусловлен этнической принадлежностью, местом проживания, возрастом обследованных [1]. В то же время в странах Восточной Европы проведено ограниченное количество исследований распространенности дефицита витамина Д в разных возрастных группах.

Необходимо отметить, что все больше внимания уделяется внескелетным эффектам витамина Д, включая иммунные заболевания, сахарный диабет 2 типа, кардиоваскулярные нарушения, инфекционную и онкологическую патологию. В том числе обсуждается его возможная роль в патогенезе

репродуктивных нарушений, формировании гинекологических заболеваний, так как рецепторы к витамину Д обнаружены в гипофизе, матке и яичниках [2].

Взаимосвязь дефицита витамина Д с синдромом поликистозных яичников и возможными метаболическими нарушениями широко обсуждается, однако остается недостаточно изученной и спорной.

Цель – изучить статус витамина Д у пациенток репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и у девочек-подростков с риском его формирования.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование уровня витамина Д у 68 женщин репродуктивного возраста (19-35 лет) с диагнозом СПКЯ и 24 здоровых женщин, а также у 54 девочек-подростков (12-18 лет): 34 из них имели риск формирования СПКЯ, 20 – гинекологически здоровые. Женщины с диагнозом СПКЯ и здоровые пациентки были сопоставимы по возрасту – $25,3 \pm 2,1$ года против $24,9 \pm 2,2$ года. В группе СПКЯ у 12 пациенток (17,6%) отмечена избыточная масса тела (ИМТ $25,1-29,9$ кг/м²), 14 (20,5%) пациенток – ожирение 1 степени, 9 (13,2%) пациенток – ожирение 2 степени и у 1 (1,5%) женщины – ожирение 2 степени, в то время как у здоровых женщин у 2 (8,3%) избыточная масса тела, и у 2 (8,3%) – ожирение 1 степени.

Для подтверждения диагноза СПКЯ у женщин репродуктивного возраста использованы критерии Роттердамского консенсуса.

Менструальный возраст девочек-подростков на момент обследования составлял 2 года, половое развитие оценивалось по Таннеру, особое внимание уделялось срокам и последовательности появления вторичных половых признаков, наличию избыточной массы тела.

Оценка репродуктивной системы включала ультразвуковое исследование органов малого таза, определение гормонального профиля: лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), пролактина (Прл), 17-гидроксипрогестерона (17-ОП), эстрадиола (Е2), тестостерона (Т), дегидроэпиандростерон сульфата (ДГЭА-с), дигидротестостерона (ДГТ), а также глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС). Для выявления нарушений углеводного обмена у девушек исследованы уровень С-пептида, гликозилированного гемоглобина, базальные уровни глюкозы венозной крови и инсулина. Для оценки степени инсулинорезистентности (ИР) использовался гомеостатический индекс ИР (IR-HOMA).

Учитывая то, что критерии Роттердамского консенсуса, используемые для постановки диагноза у взрослых, не могут быть напрямую применены к подростковому возрасту, нами в качестве диагностических критериев СПЯ в пубертатном возрасте использовались критерии, предложенные С. Sultan [3], которые отличаются большей требовательностью:

- олиго- или аменорея;
- клиническая гиперандрогения (дермопатия, гирсутизм);
- биохимическая гиперандрогения;
- поликистоз яичников (по данным УЗИ);

- инсулинорезистентность/гиперинсулинемия.

Наличие 3 признаков из 5 нами учитывалось как риск формирования СПКЯ и рассматривалось как необходимость дальнейшего диспансерного наблюдения у гинеколога.

Содержание витамина Д учитывали по уровню его промежуточного метаболита 25(ОН)D в сыворотке крови. Уровень 25(ОН)D в диапазоне от 30 до 50 нг/мл принимали за адекватный, от 20 до 30 нг/мл расценивали как недостаточность витамина Д, ниже 20 нг/мл – как дефицит витамина Д.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам нашего исследования, средний уровень 25(ОН)D в сыворотке крови обследованных девочек-подростков в группе риска по формированию СПКЯ составил 24,01 нг/мл (от 9,06 до 41,30 нг/мл), в группе здоровых девочек-подростков – 38,52 нг/мл (от 17,04 до 49,08 нг/мл) ($p < 0,05$). При этом нами отмечено, что у большинства девочек в группе риска по формированию СПКЯ уровень витамина Д находился в пределах ниже минимальных нормальных значений (30 нг/мл): у 13 (38,2%) выявлен дефицит, у 16 (47%) – недостаточность витамина Д. В группе здоровых девочек гиповитаминоз Д выявлялся у 6 (30%) девочек, у 4 (20%) – недостаточность и только у 2 (5%) – дефицит витамина Д.

Анализ зависимости обеспеченности витамином Д от массы тела показал, что наиболее часто Д-гиповитаминоз встречался у пациенток с повышенной массой тела. Так, из 34 девочек-подростков с риском формирования СПКЯ 21 (61,7%) имела повышенную массу тела, у 13 (38,2%) – нормальный вес. При этом недостаточность и дефицит витамина Д выявлен чаще при избыточной массе тела – в 19 (90,5%) случаях при повышенной массе тела и в 9 (69,2%) случаях при нормальной массе тела.

В группе пациенток репродуктивного возраста с подтвержденным диагнозом СПКЯ средний уровень витамина Д был также снижен по сравнению со здоровыми пациентками, составив $18,6 \pm 3,4$ нг/мл против $27,4 \pm 2,2$ нг/мл ($p < 0,05$). При этом отмечено значительное превалирование недостаточности и дефицита витамина Д при СПКЯ по сравнению с контролем (51,4% против 25,0%, $p < 0,05$, и 30,9% против 16,6%, $p < 0,05$, соответственно).

При анализе показателей витамина Д у пациенток с СПКЯ в зависимости от ИМТ установлено значительное снижение данного параметра при избыточной массе тела и ожирении по сравнению с нормальной массой тела – $12,3 \pm 5,9$ нг/мл против $25,2 \pm 4,2$ нг/мл ($p < 0,05$). При этом частота дефицита витамина Д при наличии избыточной массы тела и ожирения была значительно выше, чем у пациенток с СПКЯ и нормальной массой тела – 52,7% против 21,9%, $p < 0,01$.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что как у пациенток с установленным диагнозом СПКЯ, так и у девочек-подростков с риском его формирования отмечается высокий уровень распространенности недостаточности и дефицита витамина Д. В пубертатном периоде у девочек с риском формирования СПКЯ недостаточность витамина Д выявляется в 47%

случаев, дефицит витамина Д – в 38%. У здоровых подростков недостаточность и дефицит витамина Д нами были выявлены только в 20 и 5% случаев, соответственно. При этом отмечена зависимость недостаточности витамина Д и массы тела со значительным повышением частоты данных нарушений при избыточной массе тела и ожирении как у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ, так и у девочек-подростков с риском формирования овуляторных нарушений, что указывает на возможную зависимость дефицита витамина Д, овуляторной дисфункции и метаболических нарушений, обусловленных ожирением.

Полученные данные указывают на необходимость обследования пациенток с СПКЯ и девочек-подростков с риском его формирования на наличие гиповитаминоза Д, своевременной и адекватной его коррекции, что может способствовать улучшению репродуктивного прогноза у этих пациенток.

Литература

1. Ganji, V. Serum 25-hydroxyvitamin D concentrations and prevalence estimates of hypovitaminosis D in the U.S. population based on assay-adjusted data/ V. Ganji, X. Zhang, V. Tangpricha // J. Nutr. – 2021.- Vol. 142, N 3. – P. 498-507.
2. Зайдиева, Я. З. Витамин Д и репродуктивное здоровье женщин / Я. З. Зайдиева, В. Е. Балан // Медицинский совет. – 2018. - № 12. - С. 164-172.
3. Sultan, C. Clinical expression of polycystic ovary syndrome in adolescent girls / C. Sultan, F. Paris // Fertil. Steril. – 2006. – Vol. 86, Suppl. 1. – P. 6. (16).

ВЛИЯНИЕ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

**Колесникова Т. А.¹, Сайковская В. Э.¹, Корончик Ю. В.¹, Кутас С. Н.¹,
Ганчар Е. П.²**

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Основная задача современного акушерства – разработка эффективных мер по профилактике перинатальной и материнской смертности. В связи с этим особую ценность представляют современные методы исследования, позволяющие оценить состояние фетоплацентарного комплекса и выбрать оптимальную тактику ведения беременности и родов [1, 2]. Внедрение в акушерскую практику высокоинформативных технологий (ультразвуковое исследование, доплерометрия) позволило расширить диагностические возможности в изучении состояния плода и плаценты во время беременности [3]. Среди причин, оказывающих отрицательное влияние на течение беременности и состояние фетоплацентарной системы, немаловажную роль играют аномалии прикрепления плодного яйца [1, 4].

Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса о сохранении или пролонгировании беременности при кровотечениях, возникающих вследствие аномалий расположения плаценты. В процессе гестации в части случаев происходит миграция плаценты от внутреннего зева вплоть до полного удаления ее из зоны низкой плацентации. Предполагается, что изменение положения плаценты происходит вследствие растяжения нижнего сегмента матки, недостаточности его кровоснабжения, регресса плацентарной ткани [5]. Многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорождённого при аномалиях прикрепления плодного яйца остаются недостаточно изученными.

Цель исследования – изучить течение беременности и родов у женщин с низкой плацентацией.

Материалы и методы. Нами обследованы 63 беременных, у которых низкая плацентация была выявлена при проведении ультразвукового исследования в сроке беременности 22-24 недели, родоразрешившихся в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Изучены амбулаторный карты, истории родов, истории новорождённых.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследуемых женщин 22 (33,3%) были первородящими, 41 (66,7%) – повторнородящие, 12 (19%) имели 2 родов и более в анамнезе.

Анализ экстрагенитальной патологии показал, что преобладают заболевания мочевыводящих путей (25,4%) и сердечно-сосудистой системы (23,8%). Характерно значительное число инфекционных заболеваний в анамнезе (пневмония, хронический бронхит, пиелонефрит). Среди гинекологических заболеваний преобладали хронические воспалительные заболевания придатков матки (27 женщин, 42,9%), патология шейки матки (22 случая, 34,9%). У 5 обследуемых (7,9%) диагностирована миома матки. У 15 женщин (23,8%) в прошлом было произведено 3 выскабливания полости матки и более, у 25 (39,7%) 1-2 выскабливания. У 23 женщин (36,5%) внутриматочные вмешательства не производились. Среди обследуемых у 12 беременных (19%) имелись рубцы на матке.

Среди осложнений настоящей беременности преобладали угроза прерывания беременности, неправильные положения плода, фетоплацентарная недостаточность. Клиника угрозы прерывания беременности в первом триместре наблюдалась у 27 пациенток (42,9%). Сочетание болей и выделений из половых путей отмечали 11 (17,5%) беременных, изолированный болевой синдром – 6 (9,5%), выделения из половых путей 8 (17,7%). Только 5 (7,9%) женщин жалоб не предъявляли, угроза прерывания беременности была диагностирована с помощью ультразвукового метода исследования. Все они проходили стационарное лечение, где получали терапию, направленную на пролонгирование беременности. Всем беременным производилось ультразвуковое исследование в скрининговые сроки. При проведении эхографии осуществлялись плацентография, фетометрия, обследовались внутренние органы плода, определялось количество околоплодных вод.

В отделении проводилась кардиотокография по общепринятой методике. Всем пациентам проведены общеклинические методы исследования. Комплексному обследованию подвергались новорожденные.

При проведении УЗИ в сроке 10-13 недель у 8 женщин (12,7%) хорион перекрывал внутренний зев, у 16 беременных (25,4%) находился на расстоянии 10-30 мм от внутреннего зева. У всех обследуемых женщин низкая плацентация выявлялась при сроке 21-24 недели. Причем у 22 беременных (34,9%) нижний край плаценты находился на расстоянии 3 см и менее от внутреннего зева. Эхографическими критериями низкого прикрепления плаценты принято считать обнаружение ее нижнего края на расстоянии менее 5 см от внутреннего зева во втором триместре и менее 7 см в третьем триместре беременности. Однако, как правило, клинически значимыми оказываются случаи расположения нижнего края плаценты на расстоянии от внутреннего зева менее 3 и 5 см, соответственно, во втором и третьем триместрах беременности. При проведении УЗИ в 32-34 недели низкое расположение плаценты сохранилось у 16 женщин (25,4%), а к доношенному сроку у 6 (9,5%).

При исследовании сердечной деятельности плода патологические типы кардиотокограмм выявились у 8 женщин (12,7%). При проведении доплерометрии нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод были обнаружены в 12 случаях (19%).

Роды через естественные родовые пути произошли у 43 женщин (68,3%). Родоразрешены операцией кесарева сечения 20 пациенток (31,7%), причем в 7 случаях (11,1%) в связи с неправильным положением плода, в 9 (14,3%) – в связи с нарастанием признаков плацентарной недостаточности. В остальных случаях показанием к оперативному родоразрешению были рубец на матке, слабость родовых сил, сопутствующая соматическая патология.

В 3 (4,8%) случаях послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением.

Среди заболеваемости новорожденных встречались: морфо-функциональная незрелость (у 8 детей – 12,7%), синдромы гипервозбудимости (5 – 7,9%), угнетения ЦНС (4 – 6,3%). Задержка внутриутробного развития наблюдалась у 6 новорожденных (9,5%).

При гистологическом исследовании последа в 35 (55,6%) случаях выявлены изменения, характерные для хронической плацентарной недостаточности. Преобладали реологические нарушения материнского кровотока в межворсинчатом пространстве. В 24 (38%) случаях в плаценте выявлены воспалительные изменения в виде децидуита, villuzита, мембранита.

Выводы:

1. Факторы риска низкой плацентации: высокий паритет родов, выскабливания полости матки в анамнезе, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, рубцы на матке, миома матки.

2. Беременность при низком расположении плаценты часто сопровождается такими осложнениями, как угроза прерывания беременности,

плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития, неправильные положения плода.

3. Пациентки с низкой плацентацией входят в группу риска оперативного родоразрешения, послеродового кровотечения.

Литература

1. Азарова, Л. В. Взаимосвязь аномалий расположения плаценты с факторами инфекционного генеза / Л. В. Азарова, В. В. Колчина // Фундаментальные исследования. – 2014 – № 6 (6). – С. 1149-1153.

2. Коротких, И. Н. Низкая плацентация в ранние сроки гестации: особенности течения родов и состояния новорожденного / И. Н. Коротких, В. В. Колчина, Л. В. Азарова // Врач-аспирант. – 2018. – № 3, 1(64). – С. 192–195.

3. Митьков, В. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. II том // В. В. Митьков, М. В. Медведев. М.: Видар, 1996. – 408 с.

4. Placenta increta complicating a first trimester abortion: A case report / H. J. Roh, S. K. Park, J. Y. Hwang et al. // Korean J Obstet Gynecol. – 2018. – № 47. – P. 1828–1832.

5. Young, B. C. Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa / B.C. Young, A. Nadel, A. Kaimal // J Perinatol. – 2019. – № 34. – P. 264–267.

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ ВАРИАНТАХ КАРДИОТОКОГРАММЫ

Колесникова Т. А.¹, Сайковская В. Э.¹, Кутас С. Н.¹, Ганчар Е. П.²

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода – одна из важных проблем акушерства. Это связано со значительной частотой гипоксических состояний у новорожденных (20-43%) и тяжестью их последствий – около 40% детей, перенесших тяжелую асфиксию, в дальнейшем страдают органическими заболеваниями центральной нервной системы и отстают в психофизическом развитии от своих сверстников [1].

Несмотря на интенсивную разработку и совершенствование методов исследований, диагностика гипоксии плода – затруднительна и является сложной задачей практического акушерства. В последние десятилетия кардиотокография (КТГ) стала «золотым стандартом» слежения за функциональным состоянием плода во время беременности. Будучи доступным и безопасным, метод демонстрирует высочайшую, достигающую 100%, чувствительность при достаточно низкой специфичности, составляющей

50-75%. При сомнительных вариантах КТГ общая частота ошибочного диагноза варьирует от 34 до 75%. Обнаружение этих ритмов может быть результатом сна плода, следствием медикаментозной терапии, нарушения методики исследования. Во многих ситуациях они – предвестники или симптомы гипоксии плода. По данным FIGO, к антенатальным сомнительным вариантам КТГ относят: тахикардию 160-170 уд/мин, брадикардию 100-110 уд/мин, вариабельность меньше 5 ударов в минуту или более 25 в течение 40-60 минут, отсутствие акцелераций в течение 60 минут наблюдения [2, 3].

Сомнительные варианты КТГ не являются самостоятельным показанием к экстренному родоразрешению. Они отражают состояния плода, которые на основании одной единственной записи не могут быть однозначно отнесены ни к нормальным, ни к патологическим. Сомнительные варианты КТГ – мотив к динамической оценке состояния плода, к повторной кардиотокографии, доплерометрическому исследованию. В то же время проведение динамической КТГ, доплерометрии не гарантирует правильную оценку адаптационно-компенсаторных возможностей плода, прогнозирования гипоксии плода для выбора акушерской тактики.

Цель исследования – разработать метод диагностики гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

Материалы и методы. Нами предлагается метод диагностики гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ (при тахикардии 160-170 уд/мин, а также при брадикардии 100-110 уд/мин, при сниженной или повышенной вариабельности меньше 5 и больше 25 уд/мин в течение 40-60 минут, при отсутствии акцелераций в течение 60 минут).

Суть метода в следующем: назначаем внутривенно раствор пирацетама 20% – 10 мл, затем проводим повторную запись КТГ в течение 60 минут с трехкратной задержкой дыхания беременной на вдохе продолжительностью 15-20 секунд с интервалами не менее 5 минут. При отсутствии изменения частоты сердцебиения плода, при уменьшении частоты сердцебиения плода не более чем на 10 уд/мин на фоне задержки дыхания с последующим восстановлением частоты сердцебиения до первоначального ритма или появления учащения частоты сердцебиения плода на 15 и более уд/мин после восстановления дыхания определяем нормальное состояние плода, при уменьшении сердцебиения плода более чем на 10 уд/мин и сохранении или появлении брадикардии после восстановления дыхания диагностируем гипоксию плода.

Предлагаемый метод был применен у 236 пациентов с сомнительным вариантом КТГ. Кардиотокографическое исследование выполнялось с помощью фетальных мониторов «Philips-50А» и балльной оценки по шкале Фишера.

Результаты и их обсуждение. По возрасту беременные распределились следующим образом: до 20 лет – 48 пациентов (20,3%); 20-35 лет – 121 (51,3%); старше 35 лет – 37 (28,4%). Первородящих – 145 (61,4%), из них отягощенный

акушерский анамнез (выкидыши, аборты) имели 89 женщин (61,4%). Повторнородящих – 91 (38,6%), с отягощенным акушерским анамнезом – 67 (73,6%). Срок беременности составил 249 ± 8 дней.

Анализ историй родов показал, что все женщины относились к группе среднего и высокого риска по развитию плацентарной недостаточности.

Факторами риска по развитию плацентарной недостаточности во время беременности были следующие причины: гестационный пиелонефрит выявлен у 24 пациентов (10,2%); длительная угроза прерывания беременности – 156 (66,1%); перенесли ОРВИ во время беременности – 173 (73,3%); экстрагенитальная патология отмечена в 206 случаях (87,3%); преэклампсией осложнилось течение беременности в 34 случаях (14,4%).

В среднем каждая беременная имела по 2,55 фактора риска по развитию плацентарной недостаточности.

У 32 (13,6%) женщин после применения предлагаемой пробы была выявлена отрицательная динамика изменений кардиотокографических показателей, что потребовало дополнительного доплерометрического исследования и досрочного родоразрешения в интересах плода.

У 112 (86,4%) женщин гипоксия плода не подтвердилась, КТГ – нормализовалось. В данной группе не было случаев антенатальной гибели плодов.

При наличии гипоксии плода на фоне задержки дыхания наблюдалось снижение базальной частоты сердцебиения плода более чем на 10 уд/мин, которое не восстанавливалось после введения пираретама и задержки дыхания. При этом вариабельность не изменялась.

Известно, что снижение базальной частоты сердцебиения плода относится к начальным признакам гипоксии плода, которое требует адекватной акушерской реакции на изменения клинической ситуации. Прогрессирующая реакция сердцебиения плода, выражавшаяся в снижении базальной частоты сердцебиения плода на задержку дыхания матери, свидетельствовала о наличии гипоксии плода [4].

Пираретам стимулирует передачу возбуждения в центральных нейронах, облегчает обмен информации между полушариями головного мозга, повышает устойчивость головного мозга к гипоксии. Антигипоксическая активность – наиболее важное свойство пираретама. Лечебное действие пираретама определяется способностью восстанавливать и стабилизировать нарушенные функции мозга [5].

В период задержки дыхания состояние плода может оставаться компенсированным и он может адекватно реагировать на искусственно созданную кратковременную гипоксию. При отсутствии гипоксии плода на фоне пробы с задержкой дыхания и после возобновления дыхания беременными женщинами, параметры КТГ плода не изменялись или наблюдалось уменьшение частоты сердцебиения плода не более чем на 10 уд/мин на фоне задержки дыхания с последующим восстановлением частоты сердцебиения до первоначального ритма. Кроме того, в ряде случаев после

кратковременной задержки дыхания наблюдалось повышение базальной частоты сердцебиения плода на 15 и более уд/мин в течение 15 секунд (появление акцелераций). При этом вариабельность не изменялась. Появление акцелераций свидетельствовало о том, что плод здоров и адекватно реагирует на стресс.

При появлении, тем более сохранении отрицательной динамики изменений кардиотокографических показателей целесообразно досрочное родоразрешение в интересах плода.

Выводы:

1. Применение раствора парацетама с задержкой дыхания беременной на вдохе позволяет выявить начальные признаки гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

2. Преимущество указанного метода диагностики гипоксии плода – простота, доступность, неинвазивность.

Литература

1. Кузнецов, П. А. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного / П. А. Кузнецов, П. В. Козлов // Лечебное дело . – 2017. – № 4. – С. 9-16.

2. Ayres-de-Campos, D. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography / D. Ayres-de-Campos, C.Y. Spong, E. Chandrachud // Int J Gynaecol Obstet. – 2015 Oct. – 131(1). – P.13-24.

3. Intrapartum nonreassuring fetal heart rate tracing and prediction of adverse outcomes: interobserver variability / S. P. Chauhan, C.K. Klausner, T.C. Woodruff et al. // Amer. J. Obstet Gynecol. – 2008. – №199 (6). – P. 623-625.

4. Воскресенский, С. Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль / С. Л. Воскресенский : Учебное пособие. – Мн.: Книжный дом, 2004. – 304 с.

5. Использование парацетама для профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода у рожениц с гестационным пиелонефритом / Т. А. Колесникова, М. В. Белуга, И. А. Ославский и др. // Журнал ГрГМУ . – 2006. – № 2 . – С. 73-75.

БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА – ВОЗМОЖНОСТЬ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Корень Ю. Г.¹, Белуга М. В.², Белуга В. Б.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Болезнь Вальдмана (первичная интестинальная лимфангиэктазия) – крайне редкое заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся дилатацией лимфатических сосудов тонкого кишечника,

приводящее к развитию энтеропатии с гипопроотеинемией, гипоальбуминемией и гипогаммаглобулинемией вследствие пропитывания лимфы в просвет кишки [1], что может привести к рождению ребенка с выраженными патологическими отклонениями в развитии и дальнейшему наследованию данного заболевания. Наиболее типичные симптомы – отёки и диарея. В начале заболевания отёки могут быть преходящими, но впоследствии обычно становятся постоянными [4]. Первичная интестинальная лимфангиэктазия с клиническими проявлениями в сочетании с беременностью встречается редко, описаний в литературе крайне мало. Заболевание может быть бессимптомным, поражая преимущественно детей и молодых взрослых. В редких случаях встречаются семейные формы болезни Вальдмана [2]. Это может свидетельствовать о генетической этиологии заболевания. Данное состояние может протекать как диффузное заболевание или поражать локальный сегмент тонкой кишки [2].

Цель исследования – провести ретроспективный анализ возможности рождения здорового ребенка при болезни Вальдмана.

Материалы и методы. Беременная Ю. 1993 года рождения, 10.07.18 г. в 13:40 поступила в приемное отделение акушерского стационара УЗ «ГК БСМП» в сроке беременности 18-19 недель. Жалоб на момент поступления не предъявляла. По результатам лабораторных исследований на 09.07.2018 г. общий белок составлял 34^г/_л, альбумин 18^г/_л. Пациентка принимала препараты Магния, Эутирокс 50 ^{мкг}/_{сут}, Артихол, Креон, Омега-3.

Из анамнеза. У женщины данная беременность первая по счету. Состояла на учете в ЖК с 7-8 недель. Известно, что в 2012 г., в возрасте 18 лет, впервые был выставлен диагноз болезнь Вальдмана. Врожденная мезентериальная лимфаденопатия. Дисплазия левого коленного сустава, по поводу которой было проведено оперативное вмешательство в 2010 г., вальгусная деформация. Хронический гепатит неинфекционной этиологии. Нефроптоз 1 степени слева. МАС: АРХ ЛЖ, МР 1 ст., ТР 1 ст., Но. Имеется медикаментозная аллергия на Амоксициллин – отек гортани, Альбумин – повышение температуры тела, тремор. ОРСТ 11 ст., кососмещенный таз. Со стороны эндокринной системы выявлен субклинический гипотиреоз в 16 недель беременности.

Беременная из УЗ «ГК БСМП» переведена в РНПЦ «Мать и дитя» 19.07.2018 г. для консультации. Консилиумом от 26.07.18 г. в 09:28 установлено следующее. Беременность 19-20 недель. Болезнь Вальдмана. Стойкая гипоальбуминемия. Кососмещенный таз. Кондиломатоз вульвы. Кандидоз влагалища. Низкая плацентация. Первичная плацентарная недостаточность. Пациентке предложено прерывание беременности по медицинским показаниям, учитывая наличие тяжелой врожденной патологии и неблагоприятные результаты клинико-лабораторного обследования (выраженная гипопроотеинемия, стойкая гипоальбуминемия), от чего беременная категорически отказалась. Беременность пролонгировали.

По заключению медико-генетического консультирования от 13.11.2018 г. был выставлен риск по болезни Вальдмана у новорожденного – 50%. УЗИ плода с доплерометрией для оценки маточно-плацентарного и фетального кровотока,

выполненное четырехкратно, показало синдром задержки развития плода 1 степени.

При клинико-лабораторном исследовании в РНПЦ «Мать и дитя» выявлены отклонения от нормальных показателей (рисунок) (нормативные показатели: общий белок – 60-85 г/л, альбумин – 34-48 г/л).

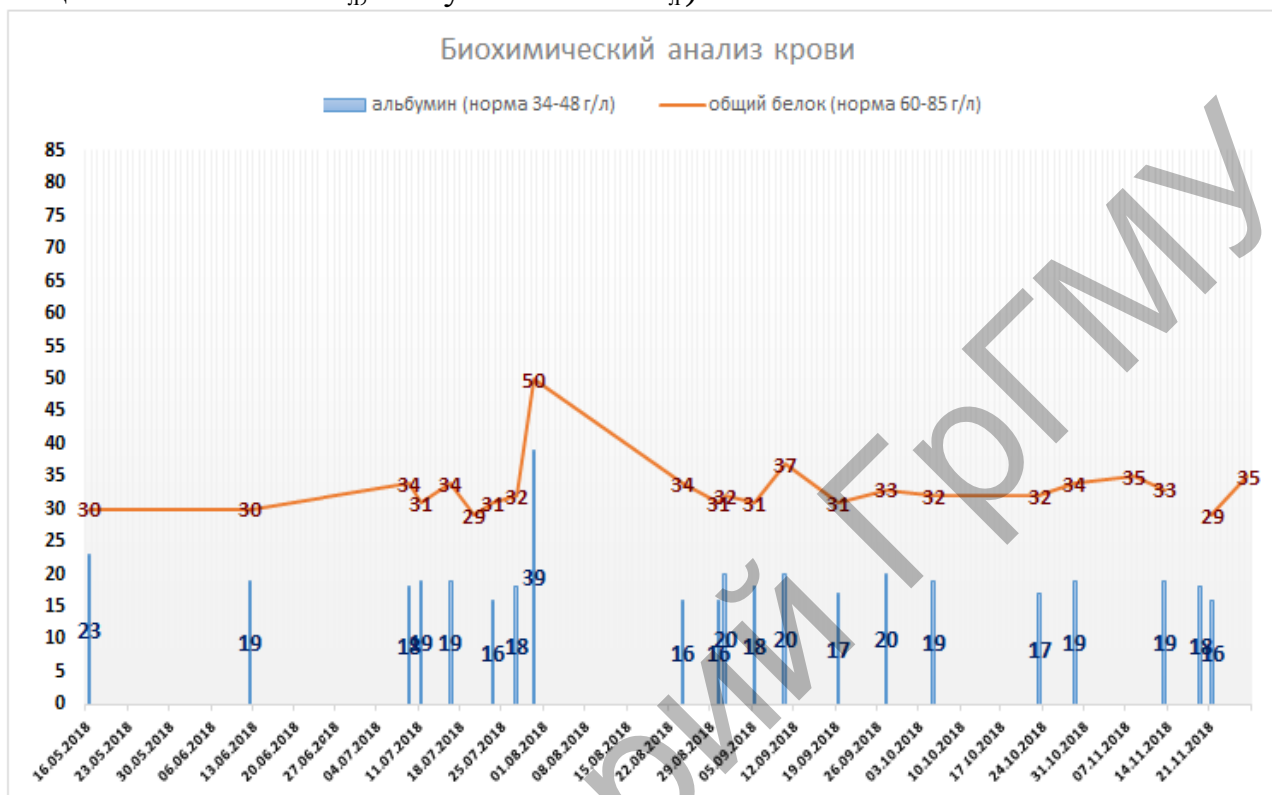


Рисунок – Показатели белковых фракций плазмы крови

Учитывая эти показатели, пациентке была выполнена инфузионная терапия в виде внутривенного введения раствора Альбумина 10%, 20% – 50,0 мл, 100,0 мл всего 13 раз. Одновременно вводился аминокислотный комплекс «Валин-18» – 500,0 2 раза, совместно с инфузией Глюкозы и Инсулина. Несмотря на проведенную терапию, изменений в количественных показателях белковых фракций в плазме крови практически не было (рисунок). Консилиумом от 20.11.2018 г. в сроке беременности 38-39 недель было принято решение о родоразрешении оперативным путем.

Результаты исследования. Пациентке выполнено кесарево сечение в РНПЦ «Мать и дитя». 20.11.2018 г. в 13:19 извлечен живой доношенный мальчик, весом 2070 г, длиной 45 см. Апгар 8/8. Послеоперационный период без особенностей. Выписана в удовлетворительном состоянии 28.11.18 г. для амбулаторного лечения и наблюдения по месту жительства с соответствующей терапией, заключающейся в предписании диеты, богатой белками, но бедной жирами, и назначении триглицеридов со средними углеводными цепями.

Заключение. Оказанная квалифицированная, высокотехнологичная медицинская помощь позволила осуществить благополучное рождение ребенка у пациентки с болезнью Вальдмана, а также сохранить беременность за счет

успешной поддерживающей и трансфузионной терапии, и родить ребенка без явных признаков патологии, выявленных у матери.

Литература

1. Смирнов, А. В. Первичная интестинальная лимфангиэктазия (болезнь Вальдмана) // Смирнов А. В, Виноградова Т. В., Воронкова Е. В., Каюков И. Г., Нутфуллина Г. М., Трофименко И. И., Шумилина А. А. // Нефрология. –2010. – № 2 (14). – С. 78-84.
2. Заблодский, А. Н. Синдромы и болезни в гастроэнтерологии и эндоскопии / А. Н. Заблодский, А. А. Будзинский. – М. : Медпрактика-М, 2018. – Т1. – 263 с.
3. Панчев, Г. З. Детская гастроэнтерология / Г. З. Панчев, А. К. Радивенска. – София : Медицина и физкультура, 1986. – 392 с.
4. Ивашкин, В. Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: рук. для практик. врачей / В. Т. Ивашкин [и др.] ; под общ. ред. В. Т. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – Т 4. – 1046 с.

РОЛЬ УНИВЕРСАЛЬНОГО МАРКЕРА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА

Косцова Л. В., Гутикова Л. В., Жегздрин О. А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Введение. Фибронектин – важный молекулярный фактор регуляции системы гемостаза, в том числе в эмбриоплацентарном комплексе [1], таким образом, важно проводить оценку его уровня в крови в разные сроки беременности.

Цель – оценить уровень фибронектина в плазме крови у женщин с физиологическим и патологическим течением беременности I триместра.

Материалы и методы. Уровень фибронектина определялся в плазме крови 35 женщин с физиологическим течением беременности, 35 женщин с неразвивающейся беременностью до инструментального и медикаментозного опорожнения полости матки и 35 женщин с самопроизвольным выкидышем в ранние сроки беременности в возрасте 18-40 лет методом иммуноферментного анализа с применением наборов реагентов.

Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. По результатам лабораторного тестирования средний показатель содержания фибронектина у женщин с

физиологическим течением беременности в ранние сроки составил 311 ± 17 мкг/мл.

У женщин с неразвивающейся беременностью в ранние сроки до опорожнения полости матки уровень фибронектина составил 562 ± 29 мкг/мл.

У женщин с самопроизвольным выкидышем в ранние сроки уровень фибронектина составил 508 ± 23 мкг/мл.

Нами отмечена общая закономерность повышения содержания фибронектина в плазме крови беременных с разным исходом I триместра гестации, наиболее выраженная в группе беременных с неразвивающейся беременностью.

Выводы. Определение уровня фибронектина – информативный и доступный метод исследования предтромботических и тромбоопасных состояний.

Литература

1. Доброхотова, Ю. Э. Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клиничко-иммунологические факторы: руководство / Ю. Э. Доброхотова, Э. М. Джобова, Р. И. Озерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 144 с.

СУБИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ – СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Зверко В. Л.¹, Кузьмич И. И.¹, Новосад Е. А.¹, Ганчар Е. П.²

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно,
Беларусь

Актуальность. Несмотря на активное изучение патологического течения послеродового периода, субинволюция матки по-прежнему остается одной из актуальных проблем современного акушерства. Доказана связь замедленной инволюции матки с послеродовыми кровотечениями и гнойно-септическими осложнениями, остающимися и в настоящий момент основными причинами материнской заболеваемости и смертности. Несмотря на обширный накопленный материал о факторах, способствующих нарушению сократительной активности пуэрперальной матки и лежащих в основе формирования групп риска, их значимость, а также диагностические критерии физиологического и патологического течения инволютивного процесса, остаются предметом широкой дискуссии. Изучение факторов риска и оценка их значимости в развитии нарушений инволютивных процессов послеродовой матки, выявление ее особенностей в современных условиях позволит оптимизировать тактику ведения послеродового периода.

Цель исследования – установить факторы риска возникновения субинволюции матки.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе акушерского наблюдательного отделения УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Обследованы 97 родильниц в возрасте от 19 до 41 года, родоразрешенных через естественные родовые пути. Из них основную группу составили 62 родильницы, у которых к пятым суткам была диагностирована субинволюция матки, контрольную – 35 родильниц с нормальным течением послеродового периода. У всех пациенток изучались в динамике показатели общего анализа периферической крови. Проводилось макроскопическое исследование последа, ультразвуковое сканирование на пятые сутки послеродового периода. Обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы STATISTICA 10.0 (SN-AXAR207F394425FA-Q). Различия считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В основной и контрольной группе преобладали женщины в возрасте от 19 до 29 лет (48,4 и 57,1%, соответственно), пациентки в возрасте 30-35 лет составили 32,3 и 28,6% и старше 35 лет – 19,5 и 14,3%, соответственно ($p > 0,05$). Анализ репродуктивной функции родильниц показал: в основной группе первородящих женщин было 28 (45,2%), в контрольной группе – 18 (51,4%), повторнородящих – 34 (54,8%) и 17 (48,6%), соответственно ($p > 0,05$). Об абортх сообщили 33,9% женщин основной группы и 14,3% контрольной, соответственно ($p < 0,05$).

При анализе соматического анамнеза родильниц обеих групп выявлено, что в основной группе по сравнению с контрольной чаще встречались анемия (в 2,5 раза), заболевания мочевыделительной системы (в 2,1 раза), ($p < 0,05$).

Структура гинекологических заболеваний в основной и контрольной группах, соответственно, была представлена: хроническими сальпингоофоритами (19,4 и 17,1%), вагинитами (22,0 и 31,4%), патологией шейки матки (42,9 и 40,3%), первичным бесплодием (2,1 и 3,6%), кондиломатозом вульвы (9,7 и 5,7%), ($p > 0,05$). У родильниц основной и контрольной групп встречались операции на матке и ее придатках, фиброзно-кистозная мастопатия и нарушения менструального цикла в 9,7 и 11,4%, соответственно ($p > 0,05$).

Среди осложнений и заболеваний во время беременности рвота беременных наблюдалась у 28,6% пациенток основной группы и 29,03% – контрольной ($p > 0,05$), длительная угроза прерывания – 45,2 и 17,1% ($p < 0,05$), отеки беременных – 16,1 и 8,6%, соответственно ($p > 0,05$), плацентарная недостаточность – 19,4 и 17,1% ($p > 0,05$), многоводие – 29,03 и 5,71% ($p < 0,05$), маловодие – 4,8 и 2,9%, соответственно ($p > 0,05$).

Роды в срок наблюдались у 51 (82,3%) женщины основной группы и у 33 (94,3%) женщин контрольной группы, преждевременные роды – у 11 (17,7%) и 2 (5,7%), соответственно ($p < 0,05$). Из особенностей течения родов у родильниц в основной и контрольной группах несвоевременное излитие

околоплодных вод наблюдалось в 56,5 и 22,9%, соответственно ($p < 0,05$), слабость родовой деятельности – в 30,4 и 8,6%, соответственно ($p < 0,05$). В основной группе длительность безводного промежутка более 10 часов – у 37,1 и 11,4%, соответственно ($p < 0,05$). Патологическая кровопотеря от 400 мл до 1000 мл наблюдалась у 3,2% в основной и 2,9% – в контрольной группах ($p > 0,05$). Эпизиотомия произведена у 19,4% родильниц основной группы и у 17,1% контрольной ($p > 0,05$).

У женщин основной группы родились 28 мальчиков (45,2%) и 34 девочки (54,8%), у женщин контрольной группы – 16 мальчиков (45,7%) и 19 девочек (54,3%) ($p > 0,05$). Масса тела новорожденных от 3000 г до 4000 г отмечена в 69,3% основной группы и в 85,7% контрольной группы ($p > 0,05$), более 4000 г – в 19,4 и 5,7% ($p < 0,05$), менее 3000 г – в 11,3 и 8,6% ($p > 0,05$), соответственно.

Патоморфологическое исследование последов выявило воспалительные изменения в 77,4% случаев в основной и в 22,9% – в контрольной группах ($p < 0,05$).

При оценке общего состояния родильниц обеих групп существенных различий не отмечено. Патогномоничных жалоб и отклонений в состоянии здоровья при субинволюции послеродовой матки не выявлено. Лихорадки не наблюдалось ни у одной из женщин. Швы на промежности были состоятельными, их заживление шло первичным натяжением.

При измерении высоты дна матки замедление инволюции матки отмечалось только с четвертых суток послеродового периода у 100% женщин основной группы, при этом «шаг» высоты дна матки составил в среднем $1,3 \pm 0,2$ см/сут, что значительно меньше общепризнанной нормы (2 см/сут).

В общем анализе периферической крови количество лейкоцитов ($\times 10^9/\text{л}$) в первые сутки послеродового периода было сопоставимо: в основной группе – $12,3 \pm 0,52$ и $12,9 \pm 0,41$ – в контрольной ($p > 0,05$). На пятые сутки в основной группе вновь отмечалось увеличение числа лейкоцитов ($9,1 \pm 0,25$), в то время как в контрольной группе наблюдалось их уменьшение ($7,2 \pm 0,18$). Средние значения СОЭ (мм/ч) на первые, пятые сутки у родильниц основной группы ($35,4 \pm 1,07$, $34,2 \pm 1,31$, $33,6 \pm 0,89$) были выше, чем в контрольной ($20,3 \pm 1,55$, $32,2 \pm 1,35$, $29,3 \pm 1,7$). Оставаясь высокой на седьмые сутки ($32,2 \pm 1,04$), СОЭ снижалась ниже 30 мм/ч только к девятым суткам пуэрперия ($23,6 \pm 0,82$), ($p < 0,05$).

На пятые сутки послеродового периода родильницам обеих групп проводилось ультразвуковое исследование матки (таблица).

Таблица – Данные ультразвукового исследования матки в послеродовом периоде

Группы женщин	сутки	Размеры матки (мм)			
		Длина (M±m)	Передне-задний размер (M±m)	Поперечный размер (M±m)	Полость (M±m)
Основная группа, n=62	5	107,6±1,5	75,9±1,11	102,6±1,37	15±0,54*
Контрольная группа, n=35	5	105,9±1,8	73,2±1,25	103,7±1,94	4,88±0,33

Примечание: * p<0,05

У родильниц основной группы к пятым суткам полость матки составила 15±0,54 мм, в контрольной группе – 4,88±0,33 мм (p<0,05).

При выявлении факторов высокого риска развития послеродовых гнойно-септических заболеваний с первых суток применялись антибактериальные препараты. Из 97 родильниц антибактериальные препараты с первых суток послеродового периода были назначены 39 родильницам (40,2%), из них у 31 (79,5%) в последующем была диагностирована субинволюция матки, а у 8 (20,5%) отмечалось нормальное течение пуэрперия.

На фоне проводимой утеротонической, антибактериальной терапии у 15 (24,2%) родильниц отмечалась нормализация инволютивных процессов. У 47 (75,8%) пациенток положительной динамики не установлено, что послужило показанием к проведению инструментального выскабливания полости матки на седьмые сутки послеродового периода. При гистологическом исследовании соскобов из полости матки в 100% случаев выявлялась некротизированная, децидуальная ткань.

Выводы:

1. Достоверные факторы риска развития субинволюции послеродовой матки: наличие в анамнезе медицинских аборт; преждевременные роды; многоводие; крупный плод; анемия; патология мочевыделительной системы; осложнения родов – несвоевременное излитие околоплодных вод с длительностью безводного промежутка >10 часов, слабость родовой деятельности.

2. Клиническая картина субинволюции матки характеризуется отсутствием жалоб, значимых отклонений общего состояния родильниц.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Кухарчик Ю. В.¹, Гутикова Л. В.¹, Павловская М. А.¹, Станько Д. Э.¹,
Кузьмич И. И.², Колесникова Т. А.², Шульга А. В.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Генитальный эндометриоз – одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которое чаще встречается в возрасте от 20 до 40 лет [1, 3, 6].

Данная проблема актуальна не только в медицинском, но и в социальном аспекте, так как это заболевание сопровождается выраженными нарушениями репродуктивной функции, значительным болевым синдромом, нарушением функции смежных органов, а также изменением качества жизни женщин, снижением трудоспособности [2, 4]. В последнее время отмечено увеличение частоты генитального эндометриоза практически в 1,5 раза [5].

Следовательно, важной проблемой является достижение благоприятных перинатальных исходов у женщин, получавших лечение по поводу эндометриоза.

Цель исследования – оценка течения беременности, родов и их исходов при разных клинико-анатомических особенностях генитального эндометриоза.

Материалы и методы исследования. Выполнено комплексное обследование 92 беременных. Основную группу составили 40 беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, в возрасте от 22 до 34 лет. По поводу наружного генитального эндометриоза разной степени тяжести пролечены 30 женщин, внутреннего – 22 женщины. В контрольную группу вошли 30 здоровых женщин в возрасте от 20 до 36 лет с нормально протекающей беременностью, которая закончилась физиологическими срочными родами через естественные родовые пути.

В ходе исследования проведена оценка анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального методов обследования. Статистическая обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013.

Результаты. У всех 100% беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, гестационный процесс был осложнен. По нашим данным, угроза раннего и позднего выкидыша в сроках 6-10 недель и 18-21 неделя отмечена у 50 и 30%, соответственно. Преждевременные роды в сроке 32-36 недель имели место у каждой четвертой женщины (25%). Плацентарные нарушения разной степени тяжести выявлены у всех

обследованных беременных, причем в стадии компенсации – у 65%, субкомпенсации – у 25%, декомпенсации – у 10%. Нами установлено, что нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени выявлено у каждой пятой (у 20% женщин), плодово-плацентарного IB степени – в 15% случаев, нарушения II степени – у каждой десятой (в 10% случаев), нарушений III степени не обнаружено. Следует отметить, что хроническая внутриутробная гипоксия плода нами выявлена у 35% женщин, задержка внутриутробного развития плода – в каждом пятом случае (20%), в том числе присутствовало также сочетание гипоксии и задержки роста плода у 15% беременных. Анализ ультразвукового исследования в динамике с ранних сроков беременности (I триместр) показал, что из 32 случаев задержки роста плода в 24 (75%) имело место отставание гестационного возраста плода/эмбриона на 1-2 недели. В этой связи мы полагаем, что задержка внутриутробного развития плода может быть прогнозируемой с ранних сроков гестации и диагностироваться в 75% случаев у женщин с иммунопатологическими и дисгормональными процессами в догестационном периоде.

Нами установлено, что оценка новорожденных основной группы по шкале Апгар при рождении через естественные родовые пути в среднем составила $7,1 \pm 1,2$ балла, путем кесарева сечения – $6,8 \pm 0,5$ балла, что может свидетельствовать, с одной стороны, о том, что данные женщины относятся к группе высокого перинатального риска, а с другой стороны, о своевременной и адекватно выбранной тактике родоразрешения в интересах плода.

По нашим данным, у беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, первоначально наблюдается особое напряжение фетоплацентарного комплекса в сроке 18-22 недели с повышением уровня эстриола на 40% по сравнению с контролем ($p < 0,05$). В этой связи мы полагаем, что компенсированное состояние метаболических процессов фетоплацентарного комплекса у обследованных женщин основной группы переходит в состояние декомпенсации. Так, имело место снижение уровня эстриола в сроке 30-34 недели в среднем на 15% ($p < 0,05$).

По нашим данным, морфологическое исследование последов в основной группе показало нарушение компенсаторно-приспособительных реакций, что было выражено в недостаточной или чрезмерной васкуляризации концевых ворсин, единичных некрозах стромы, в резком расширении и полнокровии межворсинчатого пространства, большем количестве синтициальных узелков, очагов фибриноидного некроза, тромбоза и кровоизлияний. Нами установлено, что компенсаторно-приспособительные реакции были более выражены в центральных и менее – в периферических отделах плаценты.

Выводы. Таким образом, беременные, ранее пролеченные по поводу генитального эндометриоза и получавшие длительно гормональное лечение в догестационном периоде, входят в группу риска по осложненному течению гестационного процесса (невынашивание и недонашивание беременности, плацентарные нарушения). Осложненное течение беременности у женщин с генитальным эндометриозом требует разработки комплексной программы

профилактики гестационных и перинатальных осложнений у данной группы пациентов.

Литература

1. Kortelahti, M. Obstetric outcome in women with endometriosis – a matched case-control study/ M. Kortelahti, M. A. Antilla, M. I. Hippelainen, S. T. Heinonen // Gynecol Obstet Invest. – 2003. – Vol.56, № 4. – P. 207-12.
2. Ueda, Y. A retrospective analysis of ovarian endometriosis during pregnancy / Y. Ueda, T. Enomoto, T. Miyatake, M. Fujita, R. Yamamoto, T. Kanagawa, H. Shimizu, T. Kimura // Fertil Steril. – 2010. – Vol. 94. – P. 78-84.
3. Santos, T. M. Lag time between onset of symptoms and diagnosis of endometriosis / T. M. Santos, V., A. M. G. Pereira, R. G. C. Lopes, B. Depes Dde // Einstein. – 2012. - Vol. 10, №1. – P. 39-43.
4. Matalliotakis, I. Increased rate of endometriosis and spontaneous abortion in an in vitro fertilization program: no correlation with epidemiological factors / I. Matalliotakis, H. Cakmak, D. Dermitzaki, S. Zervoudis, A. Gou-menou, Y. Fragouli // Gynecol. Endocrinol. – 2008. – Vol. 24, № 4. – P. 194-8.
5. Carvalho, L. F. P. From conception to birth: how endometriosis affects the development of each stage of reproductive life / L. F. P. Carvalho, R. Rossener, A. Azeem, H. Malvezzi, M. Simx-es, A. A. Agarwal // Minerva ginecol. – 2013. – Vol. 65, №2. – P. 181-98.

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**Кухарчик Ю. В.¹, Гутикова Л. В.¹, Станько Д. Э.¹, Кузьмич И. И.²,
Колесникова Т. А.²**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Миома матки (ММ) – гормонально-зависимая опухоль, которая относится к стромальным опухолям, образующимся в результате гипертрофии пролиферации элементов соединительной и мышечной ткани. Это заболевание – одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы, которая возникает у 2-40% женщин репродуктивного возраста [1, 2, 5].

Эндометриоз – доброкачественное гормонально-зависимое заболевание, при котором за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки происходит разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Распространенность эндометриоза среди женщин в репродуктивном возрасте – 7-59% [1, 2].

Особый интерес к данным заболеваниям объясняется тем, что отмечается тенденция повышения частоты встречаемости коморбидности данной патологии [4, 5]. Ряд авторов объясняют актуальность данной темы тенденцией к позднему планированию беременности, когда значительно повышается риск возникновения миомы матки, эндометриоза и других причин неудач в реализации репродуктивной функции [2, 3]. Следует отметить, что вариабельность клинического течения, ранняя диагностика, разработка консервативных методов лечения сочетанной патологии также требует особого внимания [1].

В связи с этим поиск рациональных методов лечения ММ и эндометриоза у женщин молодого возраста – актуальная задача, решение которой возможно только после всестороннего анализа имеющейся научной информации, выбора наиболее оптимальных алгоритмов лечения с учетом объективной картины имеющейся патологии.

Цель – проанализировать особенности реализации репродуктивной функции у женщин с миомой матки и эндометриозом.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования нами выполнен ретроспективный анализ 89 историй болезни женщин, проходивших стационарное лечение в УЗ «ГОКПЦ». В первую группу вошли 42 женщины с миомой матки, вторую группу составили 47 пациенток с миомой матки и эндометриозом. Всем пациенткам, вошедшим в исследование, на этапе прегравидарной подготовки выполнена миомэктомия.

Женщины всех групп были сопоставимы по возрасту. Средний возраст обследованных первой группы составил $28,7 \pm 9,3$ года, второй группы – $29,8 \pm 8,2$ года ($p > 0,05$). Анализ антропометрических данных у пациенток не выявил статистических различий. Индекс массы тела в 91% случаев соответствовал норме и в среднем составил $24,3 \pm 0,5$ кг/м².

В ходе исследования проведена оценка анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального методов обследования. Статистическая обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013.

Результаты. Оценка данных менструальной функции пациенток обследованных групп показала, что возраст менархе, длительность менструального цикла и его продолжительность были сопоставимы, соответствовали нормам начала и становления полового развития.

В первой группе ММ впервые выявлена у 23,8% пациенток. У 40,5% длительность составляла 1-2 года, у 26,2% – от 2 до 5 лет, у 11,9% – более 5 лет. Следует отметить, что 19% обследованных к моменту операции не жили половой жизнью. Установлено, что у 40,5% женщин, состоявших в браке, имело место бесплодие (первичное – у 67,6%, вторичное – у 32,4%). Длительность первичного и вторичного бесплодия у 45,9% женщин колебалась от 3 до 8 лет. При этом ни у одной женщины не было аборт. В анамнезе выявлено, что у 21,6% состоявших в браке женщин отмечалось невынашивание беременности.

45,2% женщин первой группы, состоящих на учете по поводу ММ, использовали консервативное лечение этого состояния на этапе предоперационной подготовки.

ММ впервые выявлена у 29,8% женщин второй группы. Установлено, что длительность заболевания 1-2 года была у 38,3% женщин, от 2 до 5 лет – у 19,1%, свыше 5 лет – у 10,6%. Симптомная ММ диагностирована у 36,1% пациенток, бессимптомное течение наблюдалось у 63,8%. Болевой симптом встречался у 55,3% обследованных, боли и кровотечения – у 8,3%. Не жили половой жизнью к моменту операции 5,6%. У 28,8% женщин второй группы отмечалось бесплодие. При этом первичное бесплодие – в 13,9% случаях, вторичное – у 86,1% обследованных. Из анамнеза установлено, что у 5,6% женщин, состоящих в браке, отмечено невынашивание беременности. Эти пациентки имели от 1 до 2 детей, до 3 самопроизвольных выкидышей, отсутствие аборт.

8,5% женщин второй группы получали консервативное лечение ММ – без эффективности. Все пациентки этой группы прооперированы, помимо МЭ выполнено удаление эндометриoidных кист яичников и эндометриoidных очагов на брюшине прямокишечно-маточного углубления и пузырно-маточной области. Общий размер пораженной матки колебался от 8 до 14 недель беременности.

Доступ для вхождения в брюшную полость – лапаротомия по Пфанненштилю у 89,0% женщин, нижнесрединный доступ – у 11,0% пациенток. При ревизии матки уточнялись локализация миоматозных узлов, их размеры, количество. Многоузловая ММ отмечалась у 50,7% женщин. Размеры миоматозных узлов колебались от 4 до 20 см, при этом узлы размерами от 7 до 22 см выявлены у 87,7% обследованных.

Забеременели 73,8% женщин первой группы и 76,6% пациенток второй группы. Течение гестации осложнилось самопроизвольным абортom у 5,1% (первая группа), 10,9% (вторая группа) и у 2,7% (первая группа) и 2,8% (вторая группа), соответственно, до 12 недель и после 18 недель. Беременность закончилась родами у 86,1% женщин второй группы и 91,9% пациенток первой группы.

У обследованных первой группы 89,2% женщин беременность наступала в первые 1,5 года после МЭ, а в последующий период – только у 10,8%. Свыше 5 лет после МЭ беременность среди заинтересованных пациенток не наступала. Что касается женщин второй группы, то реализация репродуктивной функции у них наступила у 88,9% женщин в первые 1,5 года после МЭ, а в последующий период – только у 11,1%.

Все пациентки родоразрешены путем операции кесарево сечение: в экстренном порядке – 12,3%, в плановом – 87,7%. Перинатальных потерь не было, признаков несостоятельного рубца после МЭ не установлено. Повторные беременности с рождением второго здорового новорожденного после МЭ в группах обследованных женщин имели место у 16,4%.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные демонстрируют эффективность МЭ в восстановлении фертильности и указывают на существенную роль ММ в возникновении бесплодия и невынашивания беременности. Имеющееся возрастание частоты эндометриоза, трубноперитонеального фактора могут указывать на комбинированный генез бесплодия при ММ.

Литература

1. Опыт лечения пролиферативных процессов матки у женщин, страдающих бесплодием / Л. А. Щербакова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология /онкогинекология. – 2012. – № 2. – С. 73-77.
2. Современные методы диагностики и лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста / М. А. Юсупова [и др.] // Вестник науки и образования. – 2019. – № 22 (76). Часть 3. – с. 16-23.
3. Borja de Mozota, D. Fertility, pregnancy outcomes and deliveries following myomectomy: experience of a French Caribbean University Hospital / D.Borja de Mozota, P.Kadhel, E.Janky //Arch. Gynecol. Obstet. – 2014. – № 289 (3). – p. 681-686.
4. Brady, P. C. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy / P. C. Brady, A. K. Stanic, A. K. Styer // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.- 2013.- № 25 (3). – p. 255-259.
5. Hormones and pathogenesis of uterine fibroids/ F.M.Reis [et al.] // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2016. – Vol. 34. – p. 13-24.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Внимание к проблеме миомы матки (ММ) в Республике Беларусь растет с каждым годом, что связано с ухудшением демографической обстановки в стране (естественная убыль населения составила 26 тысяч человек; коэффициент прироста – -2,8 на 1000 человек за 2018 г.), увеличением числа женщин, откладывающих рождение ребенка на возраст старше 30 лет, а также с возрастанием риска потери желанной беременности, связанного с ММ [3].

Особую актуальность приобретает необходимость в усовершенствовании практических рекомендаций, направленных на улучшение репродуктивного прогноза, на фоне принятой на территории Республики Беларусь

соответствующей мировым стандартам государственной программы “Здоровье народа и демографическая безопасность” на 2016-2020 гг. [1, 2, 4, 5]. Следовательно, актуальность исследования определяет вариабельность течения беременности у женщин с ММ.

Материалы и методы исследования. Проведено выборочное одномоментное исследование методом основного массива. Группа исследования (I) – беременные с ММ ($n=60$), контрольная группа (II) – женщины ($n=50$) с отягощенным репродуктивным и соматическим анамнезом. Распределение собранного материала осуществлено с соблюдением принципов типологического вида группировки. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием пакета прикладных стандартных компьютерных программ «Microsoft Excel», «Statistica 10.0».

Результаты исследования. Нами установлено, что фибромиома наблюдается у каждой пятой женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет, по некоторым данным, у 20-40% женщин репродуктивного возраста. В зависимости от возраста заболеваемость изменяется следующим образом: 4% в возрастной группе 20-30 лет, 11-18% – 30-40 лет, 33-40% – 40-60 лет.

Установлено, что средний возраст женщин в I группе $33,2 \pm 3,5$ года, во II группе $31,4 \pm 2,9$ года.

Нарушения менструальной функции отмечены в I группе в 17% случаев, во II группе – у 28% пациентов. Анализ паритета беременности и родов показал, что первородящих было 38,3%, повторнородящих 61,7% в I группе и 40 и 60% во II группе. У 20% пациенток I группы и у 26% женщин II группы в анамнезе присутствуют аборт. Самопроизвольные выкидыши (2 и более) имели место у 88% обследованных I группы, преждевременные роды в этой группе составили 45% случаев, во II группе – 24%. Во II группе имело место отсутствие в анамнезе самопроизвольных выкидышей, лишь у 14% женщин установлено прерывание беременности по желанию женщины до 12 недель, в I группе таких женщин в два раза больше (26,7%).

Анализ течения II триместра гестации показал, что для женщин, которым не проводилась прегравидарная подготовка, было характерно достоверно большее число пациенток с начавшимся самопроизвольным выкидышем – 14,9% против 2,1% ($p < 0,05$). Во II триместре беременности у части женщин обеих групп была диагностирована железодефицитная анемия легкой степени. Процент женщин с железодефицитной анемией у пациенток второй группы достоверно выше – 66% против 23% женщин первой группы ($p < 0,05$). Установлена связь между уровнем гемоглобина во II триместре беременности как маркер железодефицитной анемии, и отсутствием прегравидарной подготовки: AUC – 0,7, сила значимости – 0,8; точка отсечения – 102 г/л.

Выявлена связь между отсутствием прегравидарной подготовки и риском начавшегося самопроизвольного выкидыша во II триместре беременности: AUC=0,683, сила значимости – 0,8.

В III триместре беременности у женщин обеих групп беременность прогрессировала до доношенного срока, несмотря на наличие у некоторых

женщин угрожающих преждевременных родов. Количество пациенток с угрожающими преждевременными родами во второй группе (44,7%) была достоверно больше, чем в первой группе (23%) ($p < 0,05$). Проведена оценка связи между продолжительностью наличия рубца на матке после миомэктомии и риском угрожающих преждевременных родов в III триместре беременности: AUC – 0,61, сила значимости – 0,8; точка отсечения – 17,5. Нами не установлено зависимости от проведения прегравидарной подготовки при оценке рисков угрожающих преждевременных родов в III триместре гестации при разной продолжительности наличия рубца на матке.

Клинически подтвержденные признаки предлежания плаценты выявлены у 10,6% женщин первой группы. На наш взгляд, патогенез возникающих осложнений может быть также обусловлен часто возникающими некрозами, быстрым ростом узлов.

Достоверной связи ММ с развитием гинекологических заболеваний не выявлено. Среди экстрагенитальной патологии преобладают поражения щитовидной железы (15 и 12% в I и II группах, соответственно), заболевания сердечно-сосудистой системы (32 и 46% в I и II группах, соответственно).

Анализ начала родов в I группе сопровождался преждевременным разрывом плодных оболочек у 30% женщин, во II группе – у 32% пациенток. В I группе срочные роды произошли в 90% случаев, преждевременные роды – у 10% женщин.

Среди осложнений родового акта установлена слабость родовой деятельности в I группе у 27% женщин, стремительные роды установлены у 10% пациенток. В то же время во II группе процент осложнений ниже, составил 4 и 6% – слабость родовых сил и стремительные роды, соответственно.

Роды через естественные родовые пути имели место у 37% беременных в I группе и у 84% женщин II группы. Наличие ММ установлено посредством УЗИ-исследований и представлено следующими вариантами: миома: 63,64%; множественная миома: 9,10%; узловатая миома: 4,55%; фибромиома: 18,18%; множественная фибромиома: 4,55%.

Путем операции кесарева сечения родоразрешены 63% рожениц I группы и 16% женщин II группы.

Следует отметить, что патология матки как случайная интраоперационная находка выявлена лишь у одной пациентки (1, 40%) и представлена лейомиомой.

Величина кровопотери при проведении кесарева сечения этим пациенткам, даже без расширения объема операции, значительная, в среднем составляет $852,3 \pm 125,1$ мл.

Средний вес новорожденных в I группе составил 3323 ± 365 г. Средняя длина тела ребенка – $51,7 \pm 2,4$ см. Оценку 8/9 баллов по шкале Апгар получили 28,33% новорожденных этой группы, зафиксирован один случай мёртворождения. Задержка внутриутробного развития выставлена в 6,67% случаев.

Что касается II группы, то средний вес новорожденных варьировал в пределах 3150 ± 425 г, рост – $49,7 \pm 2,6$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар 8/9 баллов отмечена в 92% случаев.

Выводы. В ходе проведенного исследования изучены особенности течения беременности и родов у женщин группы риска по невынашиванию беременности с ММ. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости поиска новых методов ведения беременности и родов у пациентов с данной патологией.

Результаты проведенного нами исследования могут стать теоретической основой для усовершенствования и тщательного проведения прегравидарной подготовки в данной группе женщин с ММ и высоким риском невынашивания беременности, что не только значительно снизит риски осложненного течения гестации, но и улучшит репродуктивные исходы.

Литература

1. Duhan, N. Current and emerging treatments for uterine myoma - an update / N. Duhan // Int. J. Womens Health. – 2011. – Vol. 8, № 3. – P. 231-241.
2. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultra-sound evidence / D.D. Baird [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 188, № 1. – P. 100–107.
3. Беларусь вымирает, кроме западных и черныбыльских райцэнтрав: п'явіліся данныя Белстата за 2018 год // Reform.by [Электронны рэсурс]. – 2019. – Рэжым доступа : <https://reform.by/belstat-ubyl-naselenia-2018>. – Дата доступа : 30.09.2020.
4. Гінекалогія. Нацыянальнае рэчаводства. Краткое издание / Г. М. Савельева [и др.] ; под. ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
5. Государственная программа “Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь” на 2016 – 2020 годы // Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – 2016.

СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗОЙ РАЗНОГО ГЕНЕЗА

Милош Т. С.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Известно, что на фоне возрастных изменений всего организма происходит инволюция репродуктивной системы. Течение климактерия и развитие климактерического синдрома у женщин в значительной степени обусловлено снижением синтеза половых гормонов яичников и типом менопаузы [1]. После тотальной овариэктомии в организме развиваются ранние и отсроченные климактерические расстройства, которые

имеют более тяжелое течение по сравнению с таковыми при естественной менопаузе. Вследствие формирования постовариэктомического синдрома в 80,0% случаев наблюдается симптомокомплекс нейровегетативных, психоэмоциональных и обменно-эндокринных нарушений, обуславливая прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, рост инфарктов миокарда и инсультов из-за недостатка половых гормонов, возрастание риска развития атеросклероза, артериальной гипертензии у 50% женщин [2]. Поэтому изучение патогенетических звеньев развития патологических расстройств в менопаузе даст возможность разработки и внедрения новых эффективных методов их лечения и профилактики, что признано актуальным в настоящее время [3].

Вместе с тем в данный момент не до конца исследованы соматические показатели у пациенток с разными типами менопаузы. При этом диагностика и лечение климактерических расстройств данных групп женщин остается проблемой. Поэтому исследование соматических данных у пациенток с хирургической и естественной менопаузой представляет значительный интерес.

Цель исследования – проанализировать соматические данные у женщин с разным генезом менопаузы.

Материалы и методы исследования. Исследования выполнены на базе кафедры акушерства и гинекологии УО «Гродненский государственный медицинский университет, УЗ «Гродненская клиническая больница № 4». Обследованы 103 женщины перименопаузального возраста, разделенные на три группы: I группа – 41 женщина с хирургической менопаузой (ХМ), II группа – 32 женщины с естественной менопаузой, контрольная группа – 30 женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста.

Критерии включения в I группу: возраст 44-57 лет, в анамнезе тотальная аднексэктомия с гистерэктомией либо изолированно удаление яичников. Средний возраст женщин на момент обследования составил $50,2 \pm 4,9$ года, возраст проведения оперативного вмешательства – $49,1 \pm 3,1$ года, длительность менопаузы – давность операции от 1 года до 5 лет; наличие климактерических симптомов (КС). Показаниями к оперативному вмешательству были миома матки, доброкачественные опухоли придатков матки, аденомиоз, воспалительные тубовариальные образования.

Критерии включения пациенток во II группу обследования: возраст 44-57 лет, аменорея 1 год и более, наличие клинических и лабораторных (уровень фолликулостимулирующего гормона в крови более 30 МЕ/л) признаков эстрогенного дефицита. Средний возраст пациенток на момент обследования составил $51,0 \pm 4,3$ года, возраст наступления менопаузы – $49,2 \pm 3,3$ года, длительность менопаузы – от 1 года до 5 лет, наличие КС.

Критерии включения пациенток в контрольную группу исследования: возраст 43-55 лет, наличие менструаций. На время обследования средний возраст женщин данной группы – $44,8 \pm 5,2$ года, у которых возрастная перестройка протекала без осложнений.

Критерии исключения из исследования: артериальная гипертензия 3-й степени по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 (уровень систолического

артериального давления ≥ 180 мм рт. ст. и/или диастолического ≥ 110 мм рт. ст.), симптоматическая артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов головного мозга, периферических артерий, сердечная недостаточность; бронхиальная астма и тяжелые заболевания лёгких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью; печёночная и почечная недостаточность; сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, протекающие с нарушениями ее функции; мигрень, эпилепсия, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

У всех женщин были изучены акушерско-гинекологический анамнез, антропометрия, расчет ИМТ.

При описании относительной частоты бинарного признака рассчитывался доверительный интервал (95% ДИ) по формулам Клоппера-Пирсона (Clopper-Pearson interval).

Результаты исследования и их обсуждение. В основных группах преобладали женщины со средне-специальным образованием, имевшие высокий процент стрессовых ситуаций, нормопонирующий менструальный цикл, что составило $26,9 \pm 1,6$ дня со средней продолжительностью менструации 5 Ме (5; 6) дней.

У прооперированных пациенток ИМТ составил 28,3 Ме (25,3; 31,98) $\text{кг}/\text{м}^2$, у женщин с ЕМ равнялся 30,6 Ме (27,9; 33,98) $\text{кг}/\text{м}^2$, указывая на нарушение жирового обмена и ожирение в сравнении с группой контроля 24,0 Ме (18,6; 27,28).

У прооперированных женщин выполнена экстирпация матки с придатками в 55% (95% ДИ 34,4-63,7) случаях, надвлагалищная ампутация матки с придатками – у 20,4% (95% ДИ 10,2-34,3) пациенток, двусторонняя овариэктомия – у 24,5% (95% ДИ 13,3-38,9) участниц. У всех пациенток с удаленными яичниками наблюдались клинические проявления постовариэктомического синдрома.

Среди обследованных пациенток экстрагенитальная патология выявлялась у большинства. Сопутствующие соматические заболевания встречались у 83% женщин с ХМ, у пациенток с ЕМ – в 93,3%, в контрольной группе – 37,5%.

При этом частота заболеваний сердечно-сосудистой системы превалировала и составила 27,0%, причем преобладала у женщин с ХМ 34,1 (95% ДИ 20,1-50,6), у пациенток с ЕМ 15,6 (95% ДИ 5,9-31,3), у контрольных – 5,5 (95% ДИ 3,7-13,2). Заболевания желудочно-кишечного комплекса составили 21,6% и встречались у прооперированных женщин в 19,0 (95% ДИ 8,6-34,1), у пациенток с естественным снижением половых гормонов в 21,9 (95% ДИ 9,3-39,9), в контрольной группе – 15,6 (95% ДИ 9,8-22,6). Частота патологии дыхания наблюдалась в 16,2% случаев и равнялась в трех исследуемых группах 12,2 (95% ДИ 4,1-26,2), 12,5% (95% ДИ 3,5-29,0), 9,2 (95% ДИ 1,5-19,3), соответственно. Уровень фиброзно-кистозной мастопатии – 10,8% – у пациенток с удалением яичников 7,3 (95% ДИ 1,5-19,9), у женщин с ЕМ 12,5 (95% ДИ 3,5-29,0), у контрольных респонденток – 2,3 (95% ДИ 0,9-9,7). Патология почек установлена в 13,5%, составив в трех

исследуемых группах 21,9 (95% ДИ 10,6-37,6), 6,3 (95% ДИ 0,8-20,8) и 3,3 (95% ДИ 0,8-17,2) наблюдений, соответственно. Варикозное расширение вен нижних конечностей установлено в 6,8% случаев, составив в трех исследуемых группах 14,6 (95% ДИ 5,6-29,8), 21,9 (95% ДИ 0,8-22,1), 10,0 (95% ДИ 2,1-26,5), соответственно, наблюдений. Частота эндокринных заболеваний установлена в 9,5% случаев, преобладая у прооперированных пациенток – 14,6 (95% ДИ 5,6-29,2), у женщин с ЕМ – 12,5 (95% ДИ 3,5-28,9), у контрольных – 3,3 (95% ДИ 0,08-17,2).

Отмечался отягощенный гинекологический анамнез – преобладали доброкачественные заболевания матки: миомы, лейомиомы, составив 32,5%, при этом у женщин с удалением яичников – 68,3 (95% ДИ 51,9-81,9), с естественным угасанием репродуктивной функции – 31,3 (95% ДИ 16,1-50,0), у респонденток – 21,9 (95% ДИ 9,3-39,9). Частота эрозии шейки матки с микс-инфекцией наблюдалась в 26,3% случаев, при этом в группе постовариэктомии составила 46,3 (95% ДИ 30,7-62,6), у женщин с ЕМ – 25 (95% ДИ 11,5-43,4), у контрольных – 16,7 (95% ДИ 5,6-34,7). Хронический аднексит составил 8,8%, равняясь в трех исследуемых группах 7,3 (95% ДИ 1,5-19,9), 18,8 (95% ДИ 7,2-36,4), 13,3 (95% ДИ 3,8-30,7), соответственно. Кисты, кистомы яичников отмечены в 18,4% случаев, при этом в трех исследуемых группах 36,6 (95% ДИ 22,1-56,1), 16,7 (95% ДИ 5,6-34,7), 3,3 (95% ДИ 0,08-17,2), соответственно. Патология эндометрия – гиперплазия, полипы установлены в 9,6% случаев, составляя у пациенток с ХМ 29,3 (95% ДИ 16,1-45,5), с ЕМ – 28,1 (95% ДИ 13,8-46,8), у контрольных – 20 (95% ДИ 7,7-38,6).

Выводы. Итак, на основании полученных данных в целом экстрагенитальная патология встречалась среди пациенток с естественным угасанием репродуктивной функции на 10,3% чаще, в сравнении с прооперированными, и на 45,5% чаще в сравнении с практически здоровыми женщинами. Среди пациенток в состоянии хирургической менопаузы в сравнении с естественной менопаузой превалировали заболевания сердечно-сосудистой системы, патологии дыхания и эндокринные заболевания. Высокая частота встречаемости экстрагенитальной патологии и заболеваний органов малого таза наряду с избыточной массой тела усугубляет течение климактерия, что обосновывает необходимость создания эффективных реабилитационных мероприятий, способствующих восстановлению соматического и социального статуса данных пациенток.

Литература

1. Добрынина, И. С. Особенности соматической патологии у женщин в климактерии / И. С. Добрынина, О. Н. Красноручская, А. В. Сивкова, Е. В. Белозерова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2019. – Т. 22. № 1. – С. 86-93.
2. Митьковская, Н. П. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и стратификация кардиоваскулярного риска у женщин с постовариэктомическим синдромом / Н. П. Митьковская и [др.] //

Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2017. – Т. 5. – № 14. – С. 3-10.

3. Карахалис, Л. Ю. Влияние экстрагенитальной, гинекологической патологии в позднем репродуктивном возрасте и перименопаузе на возникновение миом матки / Л. Ю. Карахалис, О. К. Федорович // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 3-4. – С. 45-50.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В Г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Милош Т. С., Гутикова Л. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Вопросы сохранения репродуктивного здоровья детей и подростков приобрели в настоящее время особую актуальность, что обусловлено обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения. Репродуктивное здоровье детей – понятие многогранное, складывающееся из целого ряда факторов: состояния здоровья матери во время беременности, условий внутриутробного развития, экологии, образа жизни и соматического здоровья ребенка [1]. Важно подчеркнуть, что многие гинекологические заболевания женщин репродуктивного возраста берут свое начало в периоде детства и полового созревания. Медицинская реабилитация в детской гинекологии сегодня – это обязательный элемент медицинской помощи [2, 3].

Цель – проанализировать гинекологическую заболеваемость среди девочек и девочек-подростков в Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ статистических данных, полученных в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр».

Результаты и их обсуждение. Установлено по итогам работы за 6 месяцев 2021 г. в г. Гродно и Гродненской области, что количество девочек 0-15 лет по Гродненской области составляет 89 489 (2020 г. – 90 301) человек; по ГЦГП составляет 41 745 (2020 г. – 38 804) человек, из них: ГУЗ «Детская поликлиника № 1 г. Гродно» – 17 156; ГУЗ «Детская поликлиника № 2 г. Гродно» – 21 089. Итак, зарегистрировано в г. Гродно увеличение (на 7,0%), но в Гродненской области – снижение на 0,9% числа девочек до 15 лет в сравнении с 2020 г. Осмотрены 21,1% (в 2020 г. – 20,3%) девочек, что на 0,8% больше в сравнении с прошедшим годом.

Патология среди девочек 0-15 лет выявлялась в 3,3% случаев за указанный период 2021 г. (2020 г. – 3,5%), что на 0,3% больше в сравнении с прошедшим годом. В структуре выявленной патологии первое место занимают

вульвовагиниты – 173, на втором месте – синехии рецидивирующие – 165, на третьем месте – альгодисменорея – 141. Группа риска по развитию патологии РС – осматриваются гинекологом 1 раз в год. Составляют 2,2%, осмотрены – 50,5%.

В стационаре за 6 месяцев 2021 г. пролечена до 15 лет 21 девочка (2020 г. – 28), прооперированы – 6 (2020 г. – 9) по поводу опухолевидных образований, травм половых органов, инородных тел.

Раннее начало половой жизни, недостаточная осведомленность о методах контрацепции приводят к незапланированным беременностям у девочек. Выявлено по 3 случая беременных до 15 лет, которые в 2 случаях закончились родами и в 1 случае – прерыванием беременности, негативно влияя на здоровье будущей девушки, в том числе и высокий риск перинатальных потерь в будущем.

- По итогам работы 6 месяцев 2021 г. количество девочек-подростков 15-18 лет по Гродненской области составляет 16 655 (2020 г. – 16 849) человек; по г. Гродно: 7 078 (2020 г. – 6 838). Итак, в г. Гродно отмечен рост (на 3,4%), но в Гродненской области отмечено снижение числа подростков (на 1,2%) в сравнении с прошедшим годом.

Ежегодно профосмотрами охвачены 90-98% девочек-подростков, за текущий период 2021 г. – 56,3% (2020 г. – 79,8%). Патология, выявляемая при профилактических осмотрах, составляет за 2021 г. – 6,7% (2020 г. – 4,9%), что на 1,8% больше в сравнении с прошедшим годом.

В структуре выявленной патологии 1 место занимают нарушения менструальной функции – 261 (в том числе маточные кровотечения – 26% и олигоменорея – 4,2%), 2 место – воспалительные заболевания (кольпиты – 198, эрозии шейки матки – 117).

В стационаре пролечены 47 девочек 15-18 лет (2020 г. – 40), прооперированы – 9 (2020 г. – 7) – это кисты, ювенильные кровотечения. Отмечено снижение числа пролеченных на 15%, прооперированных – на 1,8%. Организовано обследование на онкомаркеры (СА-125) при наличии показаний на бесплатной основе на базе детских поликлиник г. Гродно.

Девочки с заболеваниями взяты на диспансерный учет, прошли лечение. Профосмотр девочек начинается с проведения лекции и демонстрации фильма по репродуктивной системе.

За отчетный период число выявленных беременностей за 6 месяцев 2021г. – 33 у подростков (2020 г. – 32) – не имеет пока тенденции к снижению.

Количество девочек, сохраняющих беременности, которые заканчиваются родами, 9 (2020 г. – 11), причем не отмечено преждевременных родов в 2021 году (в 2020 г. – 1 случай).

Информация обо всех девочках-подростках, состоящих на учете по беременности, своевременно передается в комиссию по делам несовершеннолетних и в отдел образования. Согласно письму МЗ РБ и МВД от 05.04.2018 «Об обеспечении взаимодействия» в части передачи информации о половой жизни несовершеннолетних информация о девочках, не достигших 16-

летнего возраста, в ходе осмотра которых были установлены факт начала половой жизни, подозрение на беременность, заражение венерическими заболеваниями, направляется в правоохранительные органы – 14 извещений (2020 г. – 9).

При выявлении беременностей у девочек-подростков в случае сохранения беременности девочки поступают под наблюдение в кабинеты по профилактике невынашивания беременности отделений «Брак и семья» женских консультаций № 2, 5. В случае прерывания беременности они направляются в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно». Все девочки-подростки проходят доабортное и послеабортное консультирование психологом, адекватную реабилитацию, назначается гормональная контрацепция.

В работе подросткового гинеколога большое место отводится работе по формированию здорового образа жизни. За 6 месяцев 2021 г. подростковыми гинекологами прочитано 120 лекций, Ленинский район – 100 лекций. Проведены круглый стол для специалистов Центра молодежи, медицинских работников подростковых кабинетов, социальных педагогов, педагогов-психологов, педагогов организаторов учреждений средних школ г. Гродно по теме «Репродуктивное здоровье подростков и молодежи. Медицинские и социальные аспекты».

- Организованы семинары для педагогических работников, директоров учреждений среднего образования и заведующих учреждениями дошкольного образования.

- Проводятся выступления на областном радио, телевидении на темы «Репродуктивное здоровье», «Профилактика ИППП», «Подростковая беременность», публикуются статьи в газете «Медицинский вестник».

Для девушек, учащихся средних школ и средних специальных учебных заведений Октябрьского района г. Гродно организованы дискуссии «Я и моя будущая семья» и «Я – будущая мама».

Кроме того, проведены индивидуальные консультации врачом акушер-гинекологом и в рамках акции «Здоровая семья – здоровая страна» совместно с психологом ДП № 2 проведены лекции «Воспитывая мальчика, мы воспитываем мужчину. Воспитывая девочку, мы воспитываем нацию» на базе СШ № 6, СШ № 40. Во время профилактических осмотров учащихся 9 классов совместно с психологом ДП № 2 проведены 12 тренинговых занятий на тему: «Раннее формирование материнской сферы». Проведено предабортное консультирование. Осуществлены индивидуальные консультации за 6 месяцев 2021 г. психотерапевтом – 71, психологом – 67, урологом – 96, педиатром – 8.

В поликлиниках имеются стенды и брошюры по вопросам контрацепции, профилактике ИППП, иммунизации против рака шейки матки. Вакцинация проводится по желанию родителей и на платной основе. С родителями девочек проводятся беседы о данном способе защиты от рака шейки матки, имеются стенды с информацией о возможности вакцинации в нашем учреждении. За 6 месяцев 2021 г. были привиты 4 девочки против рака шейки матки.

По достижении 18-летнего возраста карточка из кабинета гинекологической помощи девочкам-подросткам передается в женскую консультацию по месту прописки. Ежеквартально в женские консультации передаются списки девочек-подростков, выбывших из-под наблюдения подросткового гинеколога.

Выводы. Итак, в сравнении с прошедшим годом в г. Гродно отмечен рост числа девочек и девочек-подростков, однако незначительное снижение их числа в Гродненской области. Регистрируется увеличение доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. Профилактические мероприятия по проблеме ранней беременности, аборта снизили число нежелательных беременностей и абортов. Постоянно выполняются отбор и наблюдение группы риска по нарушению формирования репродуктивной системы.

Для укрепления и сохранения репродуктивного здоровья девочек проводится активная работа по формированию здорового образа жизни и по профилактике нежелательной беременности у девочек и девочек-подростков.

Литература

1. Ипатова, М. В. Детская гинекология: этапы медицинской реабилитации / М. В. Ипатова [и др.] // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – № 3 (85). – С. 63–67.
2. Пешкова, И. А. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье детей / И. А. Пешкова // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 6. – С. 89–91.
3. Крутова, В. А. Состояние и перспективы службы детской гинекологии на Кубани / В. А. Крутова, А. И. Тулендинова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2018. – № 1. – С. 22–27.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

Милош Т. С., Гутикова Л. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. ВИЧ – одна из важных проблем, возникших в конце XX века во всем мире, поскольку влияет не только на здоровье отдельного человека, но и на социально-экономическое состояние государства и общества. Распространение ВИЧ/СПИДа во всем мире – одна из глобальных проблем, пока далека от решения, несмотря на работу специалистов разных направлений и уровней [1].

В то время как во всем мире число новых случаев ВИЧ-инфекции и число смертей от СПИДа сокращается, в странах Восточной Европы и Центральной Азии эти показатели продолжают увеличиваться. Таким образом, в восточной

части региона ВОЗ, к которой относятся Беларусь, Российская Федерация, Украина, эпидемия развивается самыми стремительными темпами в мире [2, 3]. Поэтому важность анализа заболеваемости ВИЧ-инфекцией не вызывает сомнений.

Эпидемическая ситуация по состоянию на 1 августа 2021 г.: в Республике Беларусь зарегистрировано 31424 случая ВИЧ-инфекции, количество людей, живущих с ВИЧ, – 23167 человек. Показатель распространенности составляет 247,8 на 100 тыс. населения.

Количество зарегистрированных на территории Гродненской области случаев ВИЧ-инфекции – 1383, количество людей, живущих с ВИЧ – 1000 человек, показатель распространенности – 98,23 на 100 тыс. населения. За январь – июль 2021 г. выявлено 32 случая (в январе-июле 2020 г. – 53 случая). На территории области отмечается статистически достоверное снижение регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции – 42,1%, -21 случай. По числу зарегистрированных случаев лидируют: г. Лида – 459 случаев, г. Гродно – 307 случаев, г. Слоним – 143 случая.

В структуре заболеваемости: доля парентерального пути передачи ВИЧ составила 4 случая – 12,5%, полового пути передачи ВИЧ – 84,4% – 27 случаев, путь передачи не установлен – 3,1% – 1 случай. При этом не регистрировались случаи передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Цель – проанализировать заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди девочек и девочек-подростков в г. Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ статистических данных, полученных в ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».

Результаты и их обсуждение. Установлено, что от ВИЧ-инфицированных женщин за период с 1987 по 01.08.2021 г. родились 188 детей, 13 детям подтвержден диагноз «Врожденная ВИЧ-инфекция».

Наибольшее количество – 5 случаев ВИЧ-инфекции – зарегистрировано в г. Лиде – (2000, 2003, 2007, 2013, 2014 гг.), 3 случая – в Кореличском районе (2010, 2011 и 2013 гг.), по 1 случаю – в г. Гродно (1998 г.), Волковысском (2005 г.), Ивьевском (2006 г.), Сморгонском (2008 г.) и Свислочском (2009 г.) районах. При этом 9 детей воспитываются в неполных семьях, 2 ребенка – под государственной опекой (соцприют, дом ребенка), 2 ребенка – в полных семьях.

На долю ВИЧ-инфицированных молодых людей в возрасте 20-29 лет приходится 32,1% от всех зарегистрированных. Удельный вес ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 30 лет и старше составляет 65,2%. В январе-июле 2021 г. удельный вес данной возрастной группы составил 75,0% (24 чел.), за 7 месяцев 2020 г. – 83,0% (44 чел.).

Установлено, что за период с 1987 по 01.08.2021 г. среди лиц в возрасте 15-19 лет зарегистрирован 21 случай ВИЧ-инфекции (1,5%). При этом жители г. Лиды и Лидского района составили 57,1% (12 чел.) от общего числа лиц данной возрастной группы, жители г. Гродно 28,6% (6 чел.), г. Слонима 9,5% (2 чел.), г. п. Берестовица 4,8% (1 чел.). Лица мужского пола (9 чел.) составили 42,9%,

женского пола (12 чел.) – 57,1%. Среди них половой путь заражения составил 61,9% от общего количества (13 случаев), парентеральный путь через введение наркотических веществ – 38,1% (преобладает у лиц мужского пола (5 случаев из 8)).

Случаи поздней диагностики ВИЧ-инфекции по критерию установления 4 стадии на момент выявления ВИЧ-инфекции на 01.08 2021 г. не регистрировались (7 случаев в 2020 г.).

В Гродненской области на 01.08.2021 г. достигнуты следующие индикаторные показатели стратегической цели ЮНЭЙДС «95-95-95»: 86,6% (1118 чел.) – 86,5% (810 чел.) – 89,3% (723 чел.), соответствующие среднереспубликанские показатели – 84,6% (23683 чел.) – 84,0% (19452 чел.) – 78,0% (15167 чел.).

Выводы. Итак, профилактические мероприятия позволили повлиять на распространенность ВИЧ-инфекции среди молодежи в возрасте от 15 до 19 лет и снизить ее. Это, несомненно, результат повышения информированности молодых людей по проблеме ВИЧ/СПИД и, соответственно, изменение их поведения на более безопасное.

Дети – самая незащищенная часть населения. Абсолютное большинство детского населения, инфицированного ВИЧ, заражаются перинатально. Вместе с тем грамотная работа по профилактике вертикального пути заражения позволяет достигать минимальной вероятности передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку – менее 1% случаев.

Современные методы диагностики и терапии ВИЧ-инфекции способны длительное время поддерживать у инфицированного ребенка нормальный иммунный статус. Однако невозможность на сегодняшний день создания эффективной вакцины, трудности воздействия на первичный источник инфекции в связи с длительным бессимптомным течением определяют основные мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, особенно среди лиц молодого возраста, в виде профилактики зависимостей и незащищенных половых контактов.

Кроме того, следует продолжить постоянное проведение информационно-образовательной работы в учебных учреждениях по профилактике потребления психоактивных веществ, инфицированности ВИЧ/СПИДом, инфекциями, передающимися половым путем, – квесты, тренинги, беседы.

Следует внедрять профилактический проект «Вместе в защиту жизни» по формированию у девочек и девочек-подростков позитивного отношения к здоровому образу жизни, исключая суицидальные риски, любые формы саморазрушительного поведения, связанного с употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, табакокурением и искусственными абортами.

Вместе с тем необходимо обеспечить мониторинг выявления заболеваемости детей и подростков инфекцией ВИЧ/СПИД, оценку развития эпидемиологической ситуации.

Литература

1. Сергиенко, Е. Н. ВИЧ-инфекция глазами подростков / Е. Н. Сергиенко // Клиническая инфектология и паразитология». – 2018. – том 7, № 1. – С. 84-89.
2. Буката, Н. О. Социально-эпидемиологические особенности распространения ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь / Н. О. Буката, Н. М. Новикова // В сборнике: Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века. материалы 18-й международной научной конференции: в 3 частях. под редакцией С. А. Маскевича, С. С. Позняка. – 2018. – С. 20-22.
3. Кислюк, Г. И. Оценка здоровья новорожденных детей с перинатальным контактом по ВИЧ / Г. И. Кислюк, В. В. Фисенко // Журнал инфектологии. – 2019. – Т. 11. – № 1., S1. – С. 66-67.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Мищук Э. И., Якименя О. В.

*Главное управление по здравоохранению Брестского облисполкома,
УЗ «Брестский областной родильный дом», г. Брест, Беларусь*

Актуальность. Вопросы охраны здоровья матери и ребенка в Республике Беларусь – актуальны в настоящее время, вопросы предотвращения материнской и перинатальной смертности – приоритетные в функционировании акушерско-гинекологической службы [1]. Показателем эффективности работы акушерско-гинекологической службы остается сокращение уровня материнской, перинатальной и младенческой смертности. Хорошо поставленная работа акушерско-гинекологической службы способна решить задачи, направленные на сохранение репродуктивного здоровья женщин, снижение материнской и перинатальной смертности, обеспечить решение вопросов планирования семьи, обеспечения репродуктивного здоровья женщин в целом [2].

Экстрагенитальная патология (далее – ЭГП) – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности [3].

Некоторые формы экстрагенитальных заболеваний по совокупности взаимного отягощения из-за высокого риска материнской смертности являются противопоказанием к сохранению беременности. В то же время каждая женщина имеет право принять решение в пользу вынашивания беременности, несмотря на риск для ее жизни [4].

Учитывая рост ЭГП у беременных, внедрена автоматическая система оперативного контроля (далее – реестр) для передачи и предоставления информации в главное управление по здравоохранению Брестского облисполкома и УЗ «Брестский областной родильный дом» о беременных

пациентках с «тяжелой» экстрагенитальной и акушерской патологией, которые должны быть родоразрешены на 2-4 технологических уровнях.

По состоянию на 01.06.2021 г. в реестре ЭГП по Брестской области состоит 126 женщин. Это пациентки с сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями мочевыводящих путей, заболеваниями щитовидной железы, сахарным диабетом, психоневрологическими заболеваниями и другой патологией.

Цель – изучение направления по предупреждению материнской смертности в г. Бресте, предметом которой является система управления общественным здоровьем до беременности и во время беременности группы высокого риска по материнской смертности.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящего исследования послужил ретроспективный анализ данных 231 беременной женщины, включенной в реестр беременных с ЭГП в 2018-2021 гг. женских консультаций УЗ «Брестская городская больница № 2», УЗ «Брестская центральная поликлиника», УЗ «Брестская городская поликлиника № 1», УЗ «Брестская городская поликлиника № 6», УЗ «Брестская городская поликлиника № 3», УЗ «Брестская поликлиника № 2». Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Анализ выборки индивидуальных карт беременных и родильниц, историй родов женщин, включенных в реестр, выявил разную экстрагенитальную патологию.

В структуре экстрагенитальной патологии реестра (см. диаграмму) преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, разные нозологические формы выявлены у 39,8% женщин. Из них врожденные и приобретенные пороки сердца встречались у 59,7% исследуемых; артериальная гипертензия у 18,4% женщин; нарушение ритма и проводимости у 16,3% беременных; другая сосудистая патология у 5,4% женщин.

На втором месте – заболевания почек у 19,4% женщин. При этом врожденные аномалии мочевой системы были у 37,7% исследуемых; хронический гломерулонефрит у 15,5% беременных; хронический пиелонефрит встречался в 26,6% случаев; МКБ у 15,5% женщин; другая патология встречалась у 4,44% женщин.

На третьем месте – патология щитовидной железы, выявленная в 12,5% случаев: из них рак щитовидной железы у 31% женщин, гипотиреоз у 65,5% женщин, а гипоплазия у 3,4% исследуемых.

На четвертом месте – патология ЦНС, выявленная у 9,1% женщин, где эпилепсией страдали 3% женщин.

На пятом месте – эндокринная патология, выявленная у 7,3% женщин.

На шестом месте – онкологические заболевания, выявленные у 5,2% женщин.

На седьмом месте – заболевания системы крови, выявленные у 4,7% обследуемых женщин.

На восьмом месте – патология опорно-двигательного аппарата, выявленная у 4,3% женщин.

Девятое место занимают системные заболевания, которые составляют 3,9%.

На десятом месте – заболевания лёгких, выявленные у 2,2% женщин, из них саркоидоз у 80% обследуемых женщин и туберкулёз у 20% беременных женщин. На одиннадцатом месте – заболевания желудочно-кишечного тракта, имеющиеся у 0,87% женщин.

Встречались также антифосфолипидный синдром у 11 женщин, ВИЧ у 5 беременных, психические расстройства у 7 исследуемых, 4 женщины с фибромиомой матки, 1 женщина с фенилкетонурией и у 1 беременной женщины имелось состояние после трансплантации печени по поводу цирроза.

Средний возраст женщин основной группы составил $30,4 \pm 0,21$ года.

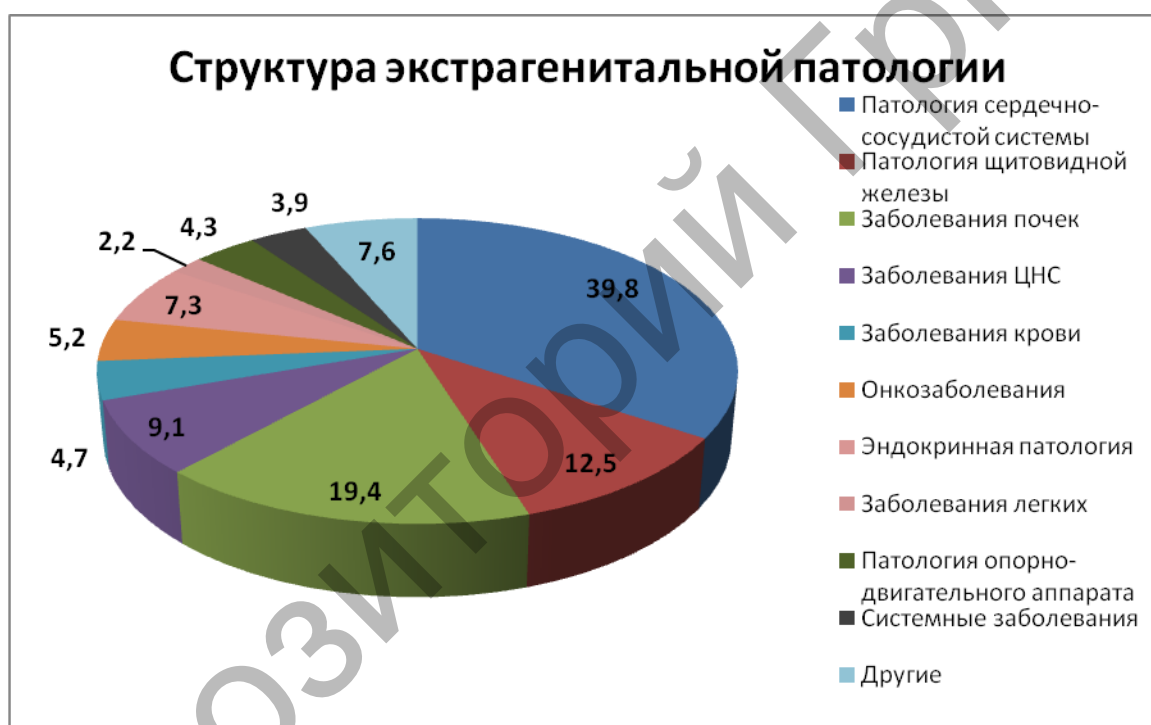


Диаграмма – Структура экстрагенитальной патологии (%)

Родоразрешение женщин с «тяжёлой» ЭГП проводилось в учреждениях родовспоможения разных уровней: на 4 уровне родоразрешены 26,36% женщин, входящих в реестр; на 3 уровне – 73,63%.

При анализе установлено, что на 4 уровне чаще всего родоразрешались беременные женщины с системной красной волчанкой, АВ блокадой 3 степени, сахарным диабетом, лёгочно-сердечной недостаточностью, инфекционно-токсическим диффузным миокардитом, после трансплантации почки и после трансплантации печени.

Охват диспансеризацией всех женщин, включенных в реестр с экстрагенитальной патологией, является полным (100%).

Из общего количества родов, которые отражены в реестре, 5 пациентов выбыли в другие учреждения (области). Всего проанализированы исходы беременностей у 166 женщин, взятых в реестр. В 86,14% случаев беременность закончилась срочными родами, у 9,03% обследуемых беременность закончилась преждевременными родами. Прерывание по медицинским показаниям наблюдалось в 2 случаях, также в 2 случаях беременность закончилась самопроизвольным абортом в позднем сроке. Низкий уровень прерываний по медицинским показаниям может свидетельствовать о достаточно эффективной проводимой диспансеризации беременной с ЭГП. Антенатальная гибель плода произошла в 1 случае, что составляет 3,01%, показатель мертворождаемости составил 6,02‰ что подтверждает выводы, описанные в медицинской литературе, о высоком риске перинатальных потерь у женщин с ЭГП с наступившей беременностью.

Случаи материнской смертности, наблюдавшихся в реестре, отсутствовали.

Выводы:

1. Одним из ведущих факторов риска материнской смертности следует считать экстрагенитальную патологию, в структуре которой преобладают сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, патология щитовидной железы. Необходимо отметить наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии в 100% случаев. Данный факт может служить основанием для рассмотрения вопроса о внесении в реестр беременных женщин с любой экстрагенитальной патологией.

2. Исходы беременности в исследуемой группе свидетельствуют об эффективной работе врачей акушеров-гинекологов и заведующих женской консультацией в части ведения беременных, включенных в реестр экстрагенитальной патологии.

3. Беременность, протекающая на фоне «тяжёлой» ЭГП, приводит к развитию осложнений беременности и повышает риски материнской смертности и перинатальных потерь.

4. Результаты исследования подтверждают сохраняющуюся высокую актуальность мероприятий, направленных на раннее диагностирование как собственно экстрагенитальных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, так и осложнений, возникающих во время беременности, с целью оптимизации тактики ведения беременности и родов, профилактики развития угрозы преждевременных родов, гестоза, хронической фетоплацентарной недостаточности, своевременного оказания помощи по пролонгированию беременности.

5. Расширение охвата ведения беременных женщин с ЭГП, включая вопросы информатизации отрасли здравоохранения, и иной патологией может служить действенным инструментом по обеспечению должной

диспансеризации беременных. Вместе с тем ведение реестра на всех беременных женщин требует дальнейшего изучения.

6. Для усовершенствования системы выявления, наблюдения и родоразрешения женщин с ЭГП рекомендуется создать единый республиканский реестр ЭГП с целью обеспечения преемственности между уровнями родоразрешения, тщательного контроля за надлежащим выполнением всех рекомендаций по ведению и лечению беременных и родильниц групп высокого риска. Реестр ЭГП – это инновационный инструмент, облегчающий и упрощающий работу врачей-акушеров-гинекологов по взаимодействию, в том числе и со смежными специалистами, в условиях информатизации отрасли здравоохранения.

Литература

1. Шкляр, А. П. Медицинские аспекты здоровья женщины / А. П. Шкляр // Профилактическая медицина. Сер.3. – 2011. – № 6. – С. 5-11.
2. Bacak, S. J. Pregnancy associated hospitalizations in the United States, 1999-2000 / S.J. Bacak, W.M. Callaghan, P.M. Dietz, C. Crouse // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol.192. – P. 592-597.
3. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – Москва: Триада – X, 2011. – С. 9
4. Айламазян, Э. К. Акушерство: 4-е изд. доп. / Э. К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2003. – С. 300 – 306.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА, СОМАТИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Могильницкая О. Э.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Наблюдающаяся во всем мире эпидемия ожирения и сопутствующих хронических неинфекционных заболеваний – одна из основных проблем общественного здравоохранения в XXI веке. В мире распространенность ожирения среди женщин репродуктивного возраста и, соответственно, беременных составляет от 1,8 до 25,3% в разных странах [3].

Пристальное внимание к проблеме избыточной массы тела и ожирения у беременных обусловлено еще и тем, что женщины, вступающие в период беременности с избыточной массой тела или набирающие избыточный вес во время беременности, закладывают основу для передачи эпидемии ожирения из поколения в поколение [1, 2].

Цель – провести анализ взаимосвязи социального статуса, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза с индексом массы тела.

Методы исследования. Проведено проспективное когортное исследование среди беременных женщин с разными индексами массы тела на базе женской консультации № 5 г. Гродно.

При постановке на диспансерный учет по беременности всем женщинам проводилось стандартное антропометрическое исследование с измерением веса (в кг), роста (в см) с последующим вычислением ИМТ, отношением веса (в килограммах) к росту (в метрах квадратных), по результатам которого беременные были разделены на 3 группы: 1 группа – беременные с нормальной массой тела (n=92), 2 группа – беременные с избыточной массой тела (n=72), 3 группа – беременные с ожирением I степени (n=35).

Результаты и их обсуждение. Анализ медико-социального статуса женщин, принявших участие в исследовании, позволил выявить ряд факторов, способствующих формированию неблагоприятного предгестационного фона и повышающих риск метаболических нарушений, способствующих осложненному течению беременности.

У женщин с нормальной массой тела средний возраст составил $25,3 \pm 4,4$ года, что достоверно ниже, чем при избыточной массе тела – $27,7 \pm 2,8$ года ($p=0,035$) и ожирении $30,7 \pm 4,2$ года ($p<0,0001$).

Необходимо отметить, что среди факторов риска возраст имеет существенное значение в увеличении частоты избыточной массы тела и ожирения у беременных.

Анализ показал, что женщины в возрасте 35 лет и старше имеют более высокий риск ожирения (ОР=2,52 95% ДИ 2,12-3,01; ОШ=6,36 95% ДИ 4,14-9,66).

Распределение женщин по группам в зависимости от ИМТ представлено в таблице.

Таблица – Медико-социальный статус беременных обследованных групп

Показатель		Нормальная масса тела, n=192		Избыточная масса тела, n=72		Ожирение, n=35		χ^2 (df=2)	p
		n	%	n	%	n	%		
Возраст, лет M $\pm$ SD		25,3 $\pm$ 4,4		27,7 $\pm$ 3,6		30,7 $\pm$ 4,2		-	p ₁₋₂ =0,035 p ₁₋₃ =0,011
Семейное положение	В браке	144	75	63	87,5	31	88,5	1,43	0,489
	Брак не регистр.	39	20,3	7	9,7	3	8,5	2,16	0,341
	Одинокая	9	4,6	2	2,7	1	2,8	2,14	0,342
Образование	Учащаяся студентка	6	3,1	11	15,2	3	8,5	3,35	0,187
	Среднее	89	46,3	47	65,2	25	71,4	16,25	0,000
	Высшее	97	50,5	14	19,4	7	20	10,48	0,005
Городские жители		134	69,7	63	87,5	13	37,1	41,38	0,000
Сельские жители		58	30,2	9	12,5	22	62,8	41,38	0,000

Уровень дохода	Ниже среднего	9	4,7	11	15,2	13	37,1	22,6	0,000
	Средний	172	89,5	54	75	18	51,4	63,0	0,000
	Выше среднего	11	5,7	7	9,7	4	11,4	14,4	0,005
Курящие		4	2,08	7	9,7	2	5,7	0,12	0,941
Отягощенная наследственность по СД		6	3,1	3	4,1	4	11,4	2,84	0,241

Примечание: анализ различий с использованием критерия χ^2 (Хи-квадрат);
 p – уровень статистической значимости различий

Из представленных в таблице данных следует, что большинство обследованных женщин были работающими жительницами города и состояли в зарегистрированном браке. Ожирение достоверно чаще встречается среди жительниц сельской местности ($\chi^2=41,38$; $p=0,000$). Вместе с тем семейное положение не оказывало влияния на частоту встречаемости избыточной массы тела и ожирения ($\chi^2=1,43$; $p=0,489$).

Анализ показал, что на частоту избыточной массы тела и ожирения существенное влияние оказывают такие социальные факторы, как уровень образования и доходов. Так, женщины с ожирением чаще имели среднее образование ($\chi^2=16,25$; $p=0,000$), беременные с нормальным ИМТ – высшее ($\chi^2=10,48$; $p=0,005$).

Проведенный анализ продемонстрировал взаимосвязь низкого и среднего уровня доходов с частотой развития ожирения ($\chi^2=63,0$; $p=0,000$; $\chi^2=14,4$; $p=0,005$). Установлено, что уровень дохода ниже среднего является значимым фактором риска наличия ожирения у беременной (ОР=1,97 95% ДИ 1,23-3,14; ОШ=2,69 95% ДИ 1,22-5,90). Выявлена тенденция к повышению риска избыточной массы тела при низком уровне доходов (ОР=2,08 95% ДИ 0,99-4,32; ОШ=1,27 95% ДИ 0,85-1,89), однако выявленная связь в этой группе оказалась статистически не достоверной.

Установлено, что доля курящих составила 2,7%. Чаще курящие женщины встречались в группе с избыточной массой тела – 7 (9,7%), реже при нормальной массе тела и ожирении – 4 (2,08%) и 2 (5,7%), соответственно. Различия между группами статистически не значимы ($\chi^2=1,371$; $p>0,05$).

Проведенный анализ социально-экономического уровня показал, что среди продолжавших курить во время беременности большую часть составили пациентки с низким социально-экономическим уровнем (ОР=2,4 95% ДИ 1,45-3,16).

В ходе анализа акушерско-гинекологического анамнеза не установлено статистически значимых различий среднего возраста менархе и продолжительности менструального цикла у женщин исследуемых групп ($p>0,05$). В то же время при ожирении женщины достоверно чаще страдали миомой тела матки ($p=0,002$), нарушениями менструального цикла в виде олиго-, гиперполименореи ($p<0,0001$). С одинаковой частотой у беременных с

нормальной, избыточной массой тела и ожирением встречались эрозия шейки матки ($p=0,743$) и доброкачественные опухоли яичников ($p=0,232$). Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе имели 61 (15,6%) беременная с нормальным весом, 29 (40,2%) с избыточной массой тела и 9 (25,7%) женщин с ожирением, различия между группами статистически не значимы ($p=0,174$).

Анализ паритета родов показал, что среди женщин с нормальной массой тела с одинаковой частотой встречались перво- и повторнородящие, при этом большинство из повторнородящих пациенток имели 1 роды в анамнезе. Вместе с тем женщины в группе с ожирением чаще имели 2 и более родов в анамнезе. Повторнородящие женщины с нормальной массой тела в подавляющем большинстве имели в анамнезе роды через естественные родовые пути – 78,1%, реже кесарево сечение – 21,8%. Напротив, в группе женщин с ожирением акушерско-гинекологический анамнез чаще был отягощен наличием рубца на матке после кесарева сечения ($\chi^2=28,746$; $p=0,000$).

Выводы. В результате анализа медико-социального статуса беременных установлено, что частота избыточной массы и ожирения увеличивается с возрастом, что отражает общепопуляционную тенденцию. Наиболее значимые социальные факторы риска ожирения – низкий уровень образования и доходов. Доля повторнородящих выше в группе с ожирением, что отчасти может быть связано с увеличением среднего возраста среди данной категории женщин.

Акушерско-гинекологический анамнез при ожирении чаще отягощен наличием рубца на матке после кесарева сечения, самопроизвольными выкидышами и абортами. Частота нарушений менструального цикла, миомы тела матки также увеличивается с ростом ИМТ.

Литература

1. Ершевская, А. Б. Факторы метаболического программирования у детей с ожирением и предикторами метаболического синдрома / А. Б. Ершевская, Д. С. Богдашов // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2016. – Т. 6. – № 97. – С. 55–58.
2. Кажина, М. В. Беременность на фоне ожирения: дебют метаболического синдрома матери и программирование метаболического синдрома плода (клиническая лекция) / М. В. Кажина // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2017. – № 6. – С. 1241–1250.
3. Guadet L. The effect of maternal class III obesity on neonatal outcomes: a retrospective matched cohort study / L. Guadet, X. Tu, D. Fell et al. // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2012. – Vol. 25. – № 11. – P. 2281–2286.

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ

Могильницкая О. Э., Бортник М. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Женщины в процессе родов испытывают сильную боль, интенсивность которой сильно варьирует в зависимости от эмоционального, психического, физического статуса, факторов окружения. Боль обусловлена различными физиологическими факторами и запускает каскад биохимических реакций в организме женщины. Чрезмерная боль приносит страдание женщине и может нанести вред плоду. Эффективное и безопасное обезболивание родов – крайне важная задача для современной медицины.

Цель – провести анализ информированности беременных женщин с чрезмерным гестационным приростом массы тела о психологических и медикаментозных методах обезболивания родов.

Методы исследования. Проведено анкетирование 52 первородящих женщин (средний возраст $26,4 \pm 0,13$ года) с чрезмерным гестационным приростом массы тела.

Критерии включения: возраст 20-32 года, удовлетворительное состояние плода по данным ультразвукового исследования (УЗИ), доплерометрии и кардиотокографии (КТГ), отсутствие противопоказаний для родов через естественные родовые пути, отсутствие соматических заболеваний, информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: средняя и высокая степень акушерского и перинатального риска, наличие плацентарных нарушений, наличие соматических заболеваний в стадии обострения, отказ от участия в исследовании.

Исследование проводилось с использованием анкетирования. Опрос проводился однократно перед родами в сроке 38-40 недель гестации и затем на 1-2 сутки после родов через естественные родовые пути.

В исследовании использовалась шкала, применяемая для субъективной оценки боли – цифровая шкала с нумерацией от 0 до 10 баллов; 0 баллов означает отсутствие боли, 10 баллов – нестерпимую боль. Шкала была разбита на 5 подгрупп: 0-1 балл – отсутствие боли или незначительные ощущения, 2-3 балла – умеренная боль, 4-6 баллов – боль средней интенсивности, 7-8 баллов – значительная боль, 9-10 баллов – боль сильная и нестерпимая.

Дополнительно оценивалось отношение беременных женщин к обезболиванию родов:

- «я не планирую применять обезболивание в родах»;
- «я хочу попробовать родить без обезболивания, но, если потребуется, попрошу меня обезболить»;

- «я целиком доверяю решение вопроса об обезболивании акушеру-гинекологу»;
- «я хочу рожать только с обезболиванием».

Проводился анализ информированности женщин о методах обезболивания в родах:

- медикаментозные методы обезболивания (проведение эпидуральной анестезии);
- использование дыхательных методик и методов релаксации;
- «я целиком доверяю выбор метода обезболивания медицинскому персоналу»;
- «я не владею информацией по методам обезболивания».

В послеродовом периоде оценивались частота обезболивания в родах, использованный вид обезболивания, степень удовлетворенности выбранным методом обезболивания по 5-балльной системе с вербализацией оценок: 5 – очень хороший эффект, 4 – вполне удовлетворительно, 3 – не совсем эффективно, 2 – малоэффективно, 1 – вообще нет никакой разницы.

Общее впечатление о прошедших родах проводили условно с использованием рубрик «отлично», «вполне удовлетворительно», «плохо».

Основные эмоциональные переживания в прошедших родах женщины выражали в произвольной форме.

Результаты и их обсуждение. Анализ анкетирования беременных перед родами в сроке от 37 до 40 недель гестации относительно их отношения к обезболиванию в родах показал, что 18,3% обезболивание в родах не планировали, 7,1% предполагали обезболивание в процессе активной родовой деятельности в зависимости от ситуации, 16,4% целиком доверяли решение вопроса об обезболивании акушеру-гинекологу и 58,2% хотели рожать только с обезболиванием.

Предполагаемую родовую боль оценили в 0-1 балл (отсутствие или незначительные болевые ощущения) 2,8% женщин, в 2-3 балла (умеренная боль) – 18,6% беременных женщин, в 4-6 баллов (боль средней интенсивности) – 21,9%, в 7-8 баллов (значительная боль) – 56,7% женщин; сильную и нестерпимую боль не ожидал никто.

У 55,3% обследуемых женщин проводилось обезболивание в родах медикаментозными средствами. Эпидуральная анестезия применялась в 12,1% случаев. В 32,6% случаев обезболивание не применялось.

После родов родовую боль в 0-3 балла не оценил никто из женщин, в 4-6 баллов – 9,7% родильниц, в 7-8 баллов – 28,7%, 61,6% женщин охарактеризовали боль как сильную и нестерпимую.

Из группы женщин с ожиданием боли средней интенсивности в 4-6 баллов 41,2% испытали сильную и нестерпимую боль в 9-10 баллов. Из группы с ожиданием значительной боли в 7-8 баллов 53,4% испытали сильную и нестерпимую боль в родах в 9-10 баллов.

Установлено, что женщины, не планирующие обезболивание в родах, лишь в одном случае испытали сильную боль, что составляет 18,2% от их числа.

Женщины, целиком доверившие этот вопрос акушеру-гинекологу (7 чел.), лишь в 2 случаях не испытали сильной боли, то есть 71,5% из этой группы испытали сильную или нестерпимую боль.

Женщины, которым проводилось обезболивание, в 47,1% случаев отметили слабую эффективность обезболивания в 1-3 балла.

Во всех случаях использования эпидуральной анестезии в родах отмечалась удовлетворенность методом в 4-5 баллов.

Основным переживанием во время родов у 52,9% женщин была боль, 1,3% женщин остались не удовлетворены действиями медицинского персонала настолько, что обозначили это основным переживанием в родах, 7,1% женщин высказали удовлетворение работой медицинского персонала (7), и только для 38,7% женщин основным эмоциональным переживанием стало рождение ребенка.

Общее впечатление о прошедших родах все опрошенные женщины распределили следующим образом: «отлично» – 9,7%, «вполне удовлетворительно» – 84,1%, «плохо» – 6,2%.

Выводы:

1. Установлено, что у первородящих женщин с чрезмерным гестационным приростом фактические ощущения в родах значительно превосходят ожидаемые, что следует учитывать в программах психопрофилактической подготовки к родам.

2. Несоответствие ожидаемых ощущений в родах физической сильной боли при общем настрое на естественные и безболезненные роды может приводить к чувству неудовлетворенности от родов, от самой себя и от действий медицинского персонала. Только 38,7% родивших женщин назвали основным эмоциональным переживанием в родах рождение ребенка.

3. Установлена низкая информированность женщин о возможных методах обезболивания – как медикаментозных, так и немедикаментозных.

Литература

1. Aziato, L. Labour pain experiences and perceptions: a qualitative study among post-partum women in Ghana / L. Aziato [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. 2017; 17: 73.

2. Klomp, T. Inhaled analgesia for pain management in labour / T. Klomp [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; Issue 9. Art. No.: CD009351. DOI: 10.1002/14651858.CD009351. pub2.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОК С КИСТОЗНЫМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Мурашко О. В., Захарко А. Ю., Подгорная А. С.

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Изучение сопутствующей патологии у пациенток с кистозными доброкачественными опухолями яичников (КДОЯ) имеет большое значение. Изучение возможной взаимосвязи развития новообразований с гормональной дисфункцией, инфицированием описано в научных исследованиях [1, 2].

Цель исследования – изучение сопутствующей патологии у пациенток с КДОЯ и возможной взаимосвязи опухолей яичников с экстрагенитальными заболеваниями.

Материалы и методы. Нами проанализированы 133 медицинские стационарные карты пациентов репродуктивного возраста, прошедших лечение на базе гинекологического отделения ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» за 2020-2021 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (n=98): 2 подгруппы 1.1 (n=72) – пациентки, прошедшие консервативное лечение, подгруппа 1.2 (n=26) – прошедшие консервативное и хирургическое лечение, группа II (n=35) – пациенты, которым выполнено хирургическое лечение. Всем пациенткам подтвержден диагноз кистозного новообразования при осмотре, на УЗИ малого таза и при выполнении хирургического лечения. На амбулаторном этапе пациентам выполнялись следующие исследования: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин, мочевины, креатинин, СРБ, общий белок, холестерин, липидный спектр, электролиты), коагулограмма, исследование на гепатиты В, С; функциональные исследования – ЭКГ, ЭХО КГ; эндоскопические исследования – ФГДС, ФКС, при необходимости – с биопсией и гистологическим исследованием: бактериологические исследования – посев мочи, содержимого цервикального канала на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам.

Результаты и их обсуждение. Экстрагенитальная патология выявлена у 118 (88,7%) пациенток с КДОЯ и представлена на рисунке.

Таким образом, экстрагенитальная патология в подгруппе 1.1 представлена заболеваниями органов пищеварения (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический колит) – 32 (44,4%). На втором месте по частоте встречаемости в подгруппе 1.1 болезни мочеполовой системы (цистит, хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, кисты почек, нефроптозы). Следующие по частоте встречаемости – патология щитовидной железы у 29 (40,3%) (узловой зоб,

аутоиммунный тиреоидит, аденома щитовидной железы), дисгормональные заболевания молочной железы (ДЗМЖ) у 28 (38,9%), болезни дыхательной системы у 27 (37,5%) (хронический бронхит, бронхиальная астма), хронический тонзиллит у 23 (31,9%) обследованных женщин.

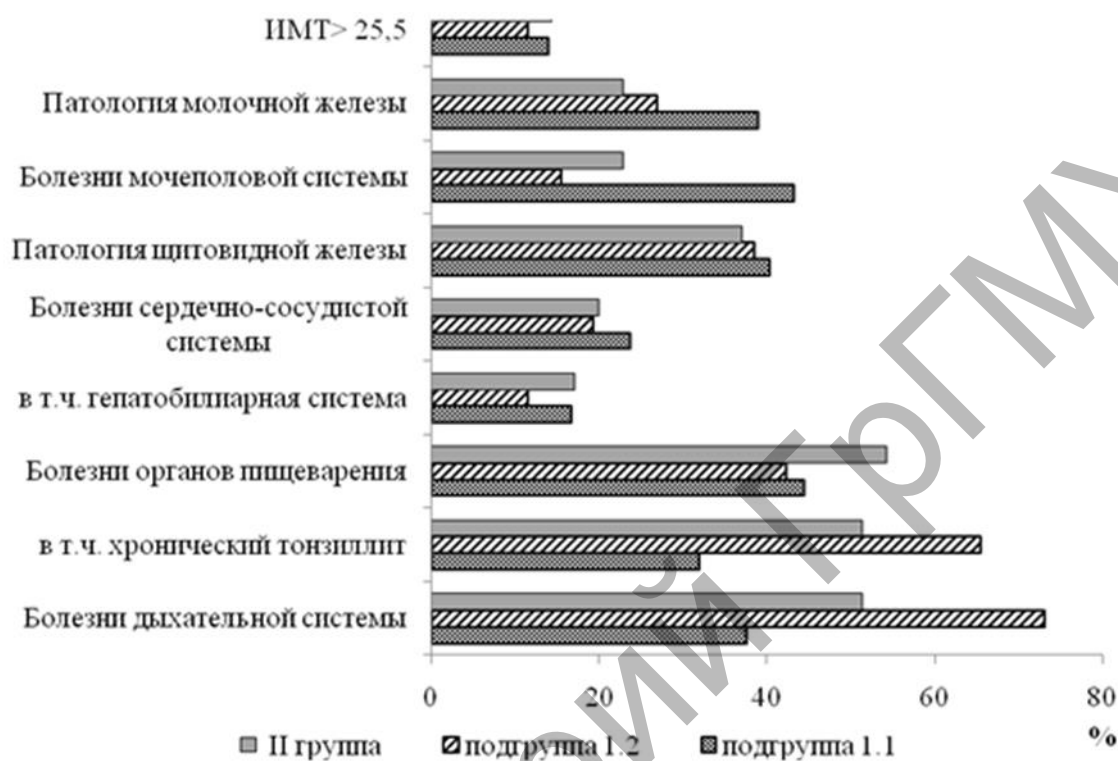


Рисунок – Экстрагенитальная патология у пациенток с опухолями яичников

В подгруппе 1.2 на первом месте болезни дыхательной системы – 19 (73,1%), в том числе хронический тонзиллит 17 (65,4%), болезни органов пищеварения 11 (42,3%) пациенток. Во II группе преобладают болезни органов пищеварения у 19 (54,2%), на втором месте болезни дыхательной системы у 18 (51,4%), в том числе хронический тонзиллит у 18 (51,4%) пациенток.

При сравнении с контрольной группой путем расчета показателя шансов получена статистически значимая зависимость КДОЯ с хроническим тонзиллитом, с доброкачественными дисгормональными заболеваниями молочной железы (ДЗМЖ), с заболеваниями мочевыделительной системы (МВС) (таблица).

Таблица – Экстрагенитальная патология у пациенток с КДОЯ (OR; 95% CI)

Нозологические единицы	I и II группы (n=133)	III группа (n=30)	OR	95% CI
Болезни дыхательной системы	64	9	2,16	(0,923-6,072)
в том числе: хронический тонзиллит	58	7	2,54	(1,020-6,33)*
Болезни сердечно-сосудистой системы	29	5	1,39	(0,490-3,963)
Болезни мочеполовой системы	43	4	3,10	(1,020-9,458)*
Патология щитовидной железы	52	8	1,75	(0,732-1,260)
Патология молочной железы	43	4	3,10	(1,020-9,458)*
Болезни гепатобилиарной системы	20	7	0,68	(0,220-1,535)

*Примечание:** – статистически значимая зависимость

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что вероятность диагностики кисты яичника у пациентки с ДЗМЖ в 3 раза выше, с болезнями МВС – в 3 раза выше и с хроническим тонзиллитом выше в 2,5 раза.

Такой широкий спектр хронической экстрагенитальной патологии у пациентов с яичниковыми образованиями объясняет, что изучаемая патология яичников связана с дисгормональными нарушениями и инфицированием.

Литература

1. Кулаков, В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В. И. Кулаков, Р. Г. Гатаулина, Г. Т. Сухих. – М. : Триада-Х, 2005. – 256 с.

2. Носенко, Е. Н. Некоторые вопросы классификации, эпидемиологии и патогенеза доброкачественных кистозных образований у девочек-подростков и женщин активного репродуктивного возраста [Электронный ресурс] / Е. Н. Носенко // Новости медицины и фармации. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5992>. – Дата доступа: 12.03.2015.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Новицкая Т. В.¹, Егорова Т. Ю.¹, Вакульчик В. Г.¹, Гарбуз С. А.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Вопросы планирования и ведения беременности при сопутствующей хронической соматической патологии чрезвычайно актуальны. Дисплазия соединительной ткани – группа генетически и клинически полиморфных состояний, которые в настоящее время представляют большой интерес для врачей разных специальностей [1, 2, 3, 4] в связи со значительной частотой встречаемости данной патологии среди женщин репродуктивного возраста и влиянием ее на психоэмоциональное состояние беременных.

Цель – определить влияние НДСТ на психоэмоциональный статус беременных.

Методы исследования. Обследованы 228 женщин в возрасте 18-42 лет на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». С целью оценки влияния НДСТ на психоэмоциональное состояние беременных были сформированы 2 группы пациентов. Проведен анализ данных первичной медицинской документации (амбулаторно-поликлинической, индивидуальных карт беременной, историй родов). Основную группу составили 125 пациенток, у которых на этапе обследования были выявлены малые аномалии развития сердца и не менее 4 фенотипических признаков НДСТ. Группу сравнения составили 103 беременных без признаков НДСТ. Изучены особенности психоэмоционального статуса у пациенток обеих групп.

Исследование психоэмоционального статуса пациенток проводилось по шкале самооценки Зунга и шкале самооценки Спилбергера-Ханина. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) – информативный способ самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Тест состоит из 2 опросников по 20 вопросов в каждом. Он позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги, но и определить, находится ли пациент под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него. Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием

на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для пациента. Шкала Зунга (Z-SDS) – тест для самооценки депрессии, который позволяет оценить уровень депрессии пациента и определить степень депрессивного расстройства. Он разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Шкала обладает высокой чувствительностью и специфичностью, позволяет избежать дополнительных экономических, временных затрат и связанных с медицинским обследованием этических проблем [5].

Полученные данные обработаны с использованием программ STATISTICA 10.0 для Windows серийный № AXAR207F394425FA-Q (StatSoft, Inc., США).

Результаты и их обсуждение. Анализ обследования пациенток по шкале депрессии Зунга показал, что у 94 (91,2%) пациенток контрольной группы депрессия отсутствовала, в основной группе таких пациенток было 89 (71,2%), $p < 0,001$. Субдепрессивные состояния встречались у пациенток основной группы в 3 раза чаще: у 9 (8,7%) пациенток в группе контроля и у 28 (22,4%) основной группы, $p = 0,003$. Легкая и истинная депрессия была только у беременных в основной группе в 7 и 1 случае, соответственно.

В основной группе отмечен уровень личностной тревожности в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе. При оценке показателей ситуативной тревожности отмечено отсутствие достоверных различий у пациенток обеих групп с низким и умеренным уровнем ситуативной тревожности и преобладание пациенток с выраженным уровнем ситуативной тревожности в основной группе (в 7 раз).

Таблица – Уровень тревожности обследованных пациенток

Показатель	Контроль, n=103			Основная группа, n=125			P
	n	%	ДИ %	n	%	ДИ%	
Шкала тревожности Спилберга-Ханина (личностная тревожность)							
Низкий уровень тревожности	85	82,5	75,2-89,8	65	52,0	43,2-60,8	<0,001
Умеренная тревожность	16	15,5	8,5-22,5	41	32,8	24,6-41,0	<0,002
Выраженная тревожность	2	1,9	0,0-4,5	19	15,2	8,9-21,5	<0,001
Шкала тревожности Спилберга-Ханина (ситуативная тревожность)							
Низкий уровень тревожности	80	77,6	69,5-85,6	76	60,8	52,2-69,4	= 0,005
Умеренная тревожность	21	0,3	12,5-28,1	32	25,6	17,9-33,2	= 0,28
Выраженная тревожность	2	1,9	0,0-4,5	17	13,6	7,6-19,6	<0,001

Анализ данных, представленных в таблице, показал, что ситуативная тревожность не имела достоверных различий у пациенток обеих групп с низким и умеренным уровнем ситуативной тревожности и преобладание пациенток с выраженным уровнем ситуативной тревожности 17 (13,6%) в основной группе. Уровень личностной тревожности достоверно различался у пациенток обеих

групп: низкий уровень личностной тревожности составил 77,6% в контрольной группе и 60,8% – в основной. Выраженная тревожность преобладала в основной группе – 17 (13,6%) пациенток, $p < 0,001$.

Выводы:

1. С недифференцированной дисплазией соединительной ткани ассоциируется высокий уровень ситуативной и личностной тревожности пациенток.
2. Пациенток с НДСТ следует относить к группе риска развития депрессии и тревожных состояний.
3. Учитывая, что уровень личностной тревожности у пациентов с МАРС на фоне НДСТ в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе, необходимо психоэмоциональное сопровождение беременности у пациенток с данной патологией.

Литература

1. Нечаева, Г. И. Дисплазия соединительной ткани: специализированные изменения, современные подходы к диагностике и лечению / Г. И. Нечаева, А. И. Мартынов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – 400 с.
2. Тышкевич, О. С. Дисплазия современного ткани – актуальная проблема современного акушерства. Обзор литературы / О. С. Тышкевич, Е. Н. Кравченко // Мать и дитя в Кузбассе. – 2014. – No 3. – С. 4-8.
3. Структурные аномалии сердца. Наднациональные (международные) рекомендации. Минск "Профессиональные издания" 2016.
4. Друк, И. В. Клапанный синдром: дисплазия соединительной ткани: характеристика клинических проявлений, прогноз течения / И. В. Друк, Г. И. Нечаева // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2015. – Т. 3, No 8. – С. 33–39.
5. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике: метод. рекомендации / Г. М. Кушнир [и др.]; под ред. Г. М. Кушнир. — Симферополь, 2004. — 34 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАКРОСОМИИ

Пашенко Е. Н.¹, Сайковская В. Э.¹, Ганчар Е. П.², Козич А. А.³

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

³УЗ «Мостовская центральная районная больница», г. Мосты, Беларусь

Актуальность. В современном акушерстве наблюдается увеличение частоты родов крупным плодом. Социальная значимость проблемы макросомии определяется высокой частотой осложнений в анте-, интра- и постнатальном периодах, антенатальная диагностика крупного плода, тактика ведения родов

при разной степени макросомии остаются сложной дилеммой в практическом акушерстве. В научной литературе активно обсуждается вопрос о критериях и необходимости проведения оперативных родов в плановом порядке при макросомии. Установлена зависимость развития крупного плода от конституциональных особенностей матери, наследственной предрасположенности, имеющейся эндокринной патологии и особенностей питания. Особое внимание заслуживает изучение перинатальных исходов при макросомии. Имеются сведения, что родовые травмы встречаются чаще при макросомии.

Несмотря на то, что проблеме крупного плода посвящено множество научных публикаций, достоверное определение предполагаемой массы плода перед родами с целью выработки оптимальной акушерской тактики остается актуальной для практического акушерства.

Цель исследования – выявить клинические аспекты макросомии в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных, особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных у 106 беременных в 2 альтернативных группах. Основную группу составили 76 пациенток, родивших новорожденных с макросомией (от 4000 г до 5000 г), контрольную группу составили 30 беременных, родивших новорожденных с нормальной массой (от 3000 г до 4000 г). Обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы STATISTICA 10.0 (SN-AXAR207F394425FA-Q). Различия считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным анализа работы акушерско-гинекологической службы Гродненской области, за последние 3 года отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией – с 9,6 до 10,6%.

Исследуемые пациентки были в возрасте от 18 до 40 лет. Средний возраст пациенток основной группы составил 30,5 года; в контрольной группе 26,3 года ($p > 0,05$). Следует отметить, что в основной группе пациенток старше 30 лет было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Анализ показателей индекса массы тела (ИМТ) обследованных беременных показал, что нормальный ИМТ в основной группе – 27,6%, в контрольной группе – 66,6% ($p < 0,05$). Наличие избыточной массы тела в основной группе – 39,4%, в контрольной группе – 20%. Ожирение разной степени встречалось у пациенток основной группы в 32,8% случаев, в контрольной группе – в 13,3% ($p < 0,05$).

При анализе соматического анамнеза пациенток обеих групп выявлено, что в основной группе (по сравнению с контрольной) чаще встречались эндокринные заболевания (в 3,5 раза), заболевания мочевыделительной системы (в 1,6 раза), ($p < 0,05$).

Анализ паритета родов показал, что число первородящих и повторнородящих среди обследованных основной группы (26,3 и 73,7%),

в контрольной группе (43,3 и 56,7%), ($p < 0,05$). Из 56 повторнородящих основной группы родам предшествовали самопроизвольные выкидыши (28,6%), преждевременные роды (10,7%), внематочная беременность (8,9%), медицинский аборт (37,5%). Это позволяет предположить, что развитие макросомии может быть обусловлено ограничением физической нагрузки, боязнью ведения активного образа жизни, психоэмоциональными нарушениями у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Среди осложнений во время гестации рвота беременных наблюдалась у 27,6% пациенток основной группы и у 29,03% – контрольной ($p > 0,05$), угроза прерывания – 28,9 и 17,1%, соответственно ($p > 0,05$), отеки беременных – 26,3 и 8,6%, соответственно ($p < 0,05$), вызванная беременностью гипертензия – 11,8 и 3,3%, соответственно ($p < 0,05$), анемия – 21,1 и 6,7%, соответственно ($p < 0,05$), плацентарная недостаточность – 15,8 и 17,1%, соответственно ($p > 0,05$), многоводие – 7,9 и 5,71%, соответственно ($p > 0,05$), маловодие – 6,6 и 2,9%, соответственно ($p > 0,05$).

Осложнения в родах у женщин основной группы представлены: дородовым разрывом плодных оболочек (32,9%), причем в 11 (14,5%) случаях околоплодные воды были мекониальными; слабостью родовой деятельности (15,8%). В группе сравнения частота дородового разрыва плодных оболочек составила 13,3% ($p < 0,05$). Частота слабости родовой деятельности была в 5 раз чаще в основной группе рожениц по сравнению с контрольной группой (3,3%), ($p < 0,05$).

Анализ течения родового акта показал, что у значительной части пациенток основной группы роды были осложненными. В основной группе имела место высокая частота оперативного родоразрешения – 44,7%, в контрольной группе – 26,7% ($p < 0,05$). Основными показаниями к плановой операции кесарева сечения (44,1%) у беременных основной группы были сочетанные показания (возраст первородящей старше 30 лет, бесплодие в анамнезе, гибель или инвалидизация ребенка в процессе предыдущих родов и др.) (14,7%). Далее показаниями к оперативному родоразрешению были экстрагенитальные заболевания (8,8%), тазовое предлежание плода, рубец на матке в сочетании с крупной массой плода (14,7%). Тенденция к перенашиванию с отсутствием эффекта от дородовой подготовки встречается в 1,8 раза чаще в основной группе (5,9%), чем в контрольной группе (3,3%). Операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке в основной группе в 55,9% случаев и в 6,7% случаев – в контрольной группе ($p < 0,05$). Показаниями к операции кесарева сечения в экстренном порядке в основной группе было высокое прямое стояние стреловидного шва – 20,6%, клинически узкий таз – 14,7%, острая интранатальная гипоксия плода – 11,8% и слабость родовой деятельности – 8,8%. В контрольной группе наблюдался 1 случай высокого прямого стояния стреловидного шва (3,3%), 1 случай острой интранатальной гипоксии плода (3,3%).

Средняя кровопотеря в родах у рожениц основной группы составила $269,3 \pm 14,7$ мл, что достоверно не отличалась от показателей в группе сравнения

(254,6±17,5 мл) ($p>0,05$). При операции кесарево сечение общая кровопотеря также существенно не различалась – 681,4±83,6 мл, и 656,1±52,7 мл, соответственно ($p>0,05$). Однако характерно то, что уровень гемоглобина в послеродовом периоде был достоверно ниже у родильниц основной группы.

В послеродовом периоде у 15,8% пациенток основной группы выявлена субинволюция матки, в контрольной группе – у 3,3% ($p<0,05$).

При рождении оценивалось функциональное состояние новорожденных, физическое развитие и зрелость относительно срока гестации. При сравнении перинатальных исходов для обеих исследуемых групп установлено, что в основной группе в удовлетворительном состоянии родились 55 новорожденных (72,4%) и 21 (27,6%) родился в состоянии средней степени тяжести. В контрольной группе сравнения данные показатели составляли 25 (83,3%) и 5 (16,7%), соответственно. Состояние средней степени тяжести у младенцев было обусловлено: неврологической симптоматикой в виде синдрома умеренного угнетения ЦНС (13,2 и 6,7%), синдромом дыхательных расстройств (7,9 и 6,7%) и перенесенной хронической внутриутробной гипоксией (6,6 и 3,3%).

В основной группе с крупной массой родилось достоверно больше мальчиков (60,5%), чем девочек (39,5%), что объясняется более выраженным анаболическим действием андрогенов на плод.

Выводы:

1. По данным анализа работы акушерско-гинекологической службы Гродненской области за последние 3 года отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 9,6 до 10,6%.

2. Макросомия чаще наблюдается среди повторнородящих с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (самопроизвольными выкидышами, преждевременными родами, внематочной беременностью, медицинским абортom), страдающих ожирением.

3. У пациенток с макросомией чаще беременность осложняется анемией, отеками, гипертензией.

4. Пациентки с макросомией составляют группу риска по оперативному родоразрешению, отягощенному течению послеродового периода.

5. С крупной массой рождаются достоверно больше мальчиков, чем девочек.

РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ В АНАМНЕЗЕ

Полховская М. В., Волковыцкая Т. А.

УЗ «Брестский областной родильный дом», г. Брест, Беларусь

Актуальность. Показанием к операции кесарева сечения в более чем в 30% случаев признано наличие в анамнезе хирургической травмы матки. Каждая последующая операция связана с определенными сложностями и

риском, повышающим вероятность неблагоприятных исходов. Новый подход к ведению родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой – перспективный способ снижения частоты операций кесарева сечения.

Основой для определения метода и тактики родоразрешения при дальнейших беременностях и родах у женщин с рубцом на матке служит полноценность регенерации стенки матки. Особое внимание надо обращать на показания для первого кесарева сечения и наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии. Факторы риска формирования неполноценного рубца – тяжелая преэклампсия и эклампсия, предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, хронические инфекционные заболевания органов малого таза, ожирение, сахарный диабет, анемия, а также низкий разрез на матке. Немаловажное значение имеет порядок выполнения кесарева сечения. Экстренное кесарево сечение проводится при дискоординации родовой деятельности, клиническом несоответствии, неправильных вставлениях головки плода, при этом нижний сегмент часто перерастянут, что является фактором риска формирования несостоятельного рубца. Особо важно, если в родах пациентка перед этим находилась дольше 5 часов, а шейка матки раскрылась более чем на 5 см. Тогда как при плановом кесаревом сечении женщина в необходимом объеме обследована и подготовлена к операции. Неполноценный рубец формируется при малом кесаревом сечении и при корпоральном разрезе на матке. Неоднородный рубец на передней брюшной стенке при послеоперационном периоде, осложненном воспалительными заболеваниями с нагноением передней брюшной стенки, косвенно указывает на несостоятельность рубца на матке.

Один из ключевых факторов в выборе тактики – промежуток времени, прошедший с момента операции. Наиболее оптимальным признано наступление беременности через 2-5 лет после предыдущей операции.

Наиболее достоверную информацию о состоянии рубца на матке во время беременности дает ультразвуковое исследование (чаще проводится на 28-37 неделях гестации). При этом измеряют 3 размера ниши и толщину миометрия в области рубца. Оцениваются форма и толщина нижнего маточного сегмента, эхоструктура миометрия в этом отделе матки. Толщина миометрия в области рубца менее 3 мм – признак неполноценности рубца. Локализация плаценты на передней стенке области рубца свидетельствует о его потенциальной неполноценности. При толщине миометрия в области рубца более 3 мм операция проводится в случае, если у пациентки есть жалобы. *Клинические признаки несостоятельности рубца:* боли внизу живота, в пояснице, в области рубца на передней брюшной стенке, локальные боли при пальпации нижнего сегмента, боли неясной локализации, кровянистые выделения из половых путей, нарушение состояния плода.

Таким образом, для определения тактики родоразрешения у женщин с оперированной маткой в анамнезе необходимо иметь сведения о причинах проведения первого кесарева сечения и сроке беременности, на котором она была выполнена, особенностях течения послеоперационного периода,

временном интервале, прошедшем после операции до наступления настоящей беременности, оперативных вмешательствах на матке в послеоперационном периоде, а также данных клинических и инструментальных методов диагностики, подтверждающих полноценность рубца на матке.

Цель исследования – изучение результатов родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке в анамнезе.

Материалы и методы. В 2020 г. в родовых отделениях УЗ «БОРД» г. Бреста всего проведено 5048 родов; путем операции кесарева сечения родоразрешены 1418 пациенток, что составило 28%. Среди них 676 (47,67%) женщинам кесарево сечение проводилось в связи с наличием хирургической травмы матки в анамнезе. Самостоятельно родили 112 женщин, что составило 14,2% к общему числу родильниц с рубцом на матке. Поэтому необходимо осознанное выделение показаний для кесарева сечения, что позволит снизить частоту оперативного родоразрешения. Необходимо осторожно выделять группы таких пациенток, что достигается путем тщательного сбора анамнестических данных с полным клинико-лабораторным обследованием, определения полноценности рубца на матке. В родах эти пациентки должны находиться под наблюдением медперсонала с мониторингом состояния матери и плода и при полной готовности операционной.

Проведен ретроспективный анализ 50 историй родов из числа этих пациенток, которые имели в анамнезе кесарево сечение. У всех женщин было взято информированное согласие на ведение родов через естественные родовые пути, причем некоторые настаивали на этом сами. В плановом порядке в АОПБ были госпитализированы 24 (48%), с началом регулярной родовой деятельности поступили 26 (52%) пациенток. Возраст беременных колебался в пределах от 23 до 37 лет и в среднем составил 29,7 года. Вторая по счету беременность наблюдалась у 23, третья – у 15, четвертая – у 3 человек, пятая – у 9 человек. Рожали самостоятельно до предыдущей операции кесарева сечения 19 женщин. У всех роды протекали без осложнений, дети родились здоровыми с оценкой по шкале Апгар не ниже 8 баллов. После оперативного родоразрешения ни одной пациентке не понадобились внутриматочные вмешательства. Экстрагенитальная патология наблюдалась у 33 беременных, что составило 66%. Миопия имелаась у 14, нарушение жирового обмена – у 8, варикозное расширение вен ног – у 4, хронический цистит – у 1, диффузный зоб – у 3, нетоксический полинодозный зоб – 2, АИТ – у 4, МАРС – у 7, синусовая тахикардия – у 2, ЖЭС – у 1, миграция водителя ритма – у 2, блокады ножек пучка Гиса – у 2, коксартроз – у 1 пациентки, хронический тонзиллит – у 3. Данная беременность осложнилась токсикозом 1 половины беременности у 2, угрозой прерывания – у 5 (УСВ – 8, УПР – 3 (ИЦН – 1)), плацентарными нарушениями – у 5, анемией – у 25, маловодием – у 3 женщин, отеками беременных – у 3 и многоводием – у 2. ОРВИ перенесли 13 пациенток. ИМПП была выявлена у 10 женщин, у 34 наблюдались кольпиты, была проведена санация. Гестационный пиелонефрит перенесла 1 пациентка.

Результаты и их обсуждение. Все без исключения женщины были представлены консилиуму независимо от времени поступления. План ведения родов был заранее определен. От предыдущей операции кесарева сечения до наступления настоящей беременности прошло от 2 до 12 лет, в среднем – 4,18 года. В плановом порядке ранее прооперированы 25 пациенток, в экстренном – 25. Наиболее частым (15 чел. (около 30%)) показанием к предшествующей операции стало тазовое предлежание плода. Для планового оперативного родоразрешения имелись также иные показания: миопия высокой степени у 3, беременность после ЭКО у 1 пациентки, ХФПН и СЗРП – у 2, многоплодная беременность – у 1 и неврит лицевого нерва – у 1 женщины. В родах кесарево сечение было проведено в связи с начавшейся внутриматочной гипоксией плода у 9 пациенток, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты – у 2, тяжелого гестоза – у 2, преждевременными родами – у 5, наличием слабости родовой деятельности – у 10, слабости родовой деятельности при имевшихся крупных размерах плода – у 1 и лицевого вставления головки плода – у 1 пациентки. Наиболее частыми показаниями к проведению предшествующей операции кесарева сечения в экстренном порядке были начавшаяся внутриматочная гипоксия плода и слабость родовой деятельности, а в плановом порядке подавляющее большинство составило тазовое предлежание плода. Послеродовой послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений. При поступлении в стационар все женщины прошли клинико-лабораторное обследование в объеме, необходимом для определения тактики ведения родов. У всех пациенток размеры таза соответствовали норме. Лапаротомия ранее была проведена по Пфанненштилю. Рубец при пальпации был безболезненным. УЗИ-исследование выявило полноценный однородный рубец, расположенный в нижнем маточном сегменте толщиной от 3 до 7 мм (в среднем $4,32 \pm 0,1$ мм). Плацента локализовалась на задней стенке матки у 22 женщин, передней – у 25, боковой – у 3. Предполагаемая масса плода находилась в пределах от 2680 до 3900 г, что в среднем равнялось $3451,2 \pm 50$ г. Из планово госпитализированных в отделение патологии беременности в сроки 37-41 неделя у 24 человек в среднем через 3,53 дня самостоятельно развилась родовая деятельность; у 7 женщин произошло преждевременное излитие околоплодных вод. В родах у 3 рожениц было раннее излитие вод, а еще 4 произведена ранняя амниотомия. Сроки родов колебались в интервале от 246 до 289 дней и составили в среднем 275,26 дня. Аномалий родовой деятельности ни у кого из пациенток не наблюдалось. У всех развилась регулярная родовая деятельность – по 4-5 схваток за 10 минут по 50-55 секунд. Средняя продолжительность родов составила $7,5 \pm 0,2$ ч и варьировала в пределах от 3 до 11 ч. Безводный период в среднем составил 3,5 ч. Роды велись под постоянным мониторным наблюдением за состоянием роженицы и плода. Медикаментозное обезболивание родов понадобилось 18 (36%) роженицам. Применялись спазмолитики (дротаверин, спазматон) в сочетании с седативными средствами, 5 женщинам применялись наркотические анальгетики. Второй период родов

проводился в условиях заблаговременной катетеризации периферической вены. Все дети родились в удовлетворительном состоянии. Их масса в среднем равнялась 3492,5 г, в 3 случаях имелся крупный плод. Плацента отделилась самостоятельно в среднем через 10 минут.

С целью определения состояния рубца после выделения последа всем родильницам под внутривенным наркозом проводилось контрольное ручное обследование полости матки. У 49 пациенток стенки матки были гладкие, несостоятельности послеоперационного рубца не выявлено, но в 1 случае был заподозрен разрыв матки по линии рубца. В экстренном порядке произведена диагностическая лапароскопия с обнаружением гематомы в области рубца, что повлекло повторную лапаротомию с ушиванием разрыва матки. Сразу после ручного обследования полости матки с целью профилактики гипотонического кровотечения и гнойно-септических осложнений внутривенно струйно вводился 1 мл 0,02% метилэргометрина либо метилэргобревина, проводилась инфузия окситоцина (10 ЕД на 200-400 мл физиологического раствора), антибактериальный препарат (цефазолин 2,0 внутривенно струйно однократно); 7 женщинам ректально вводилось 200-800 мкг миролута). Осмотр родовых путей выявил разрывы боковых стенок влагалища у 4 человек и у 5 – разрыв шейки матки 1 степени. По причине угрозы разрыва промежности 11 роженицам выполнена перинеотомия и 13 – эпизиотомия с последующим послойным восстановлением целостности рассеченных тканей. Общая кровопотеря в родах была в пределах от 200 до 400 мл и в среднем составила $234,5 \pm 19,4$ мл. В послеродовом периоде 22 проводилась антибактериальная терапия цефазолином 1,0 внутривенно. На 3-4 сутки послеродового периода всем родильницам проведено УЗИ: в области рубца и полости матки патологии не обнаружено. После вагинального исследования и с хорошими результатами общего анализа крови в удовлетворительном состоянии с детьми на третьи сутки выписаны 18 родильниц, на четвертые – 13, на пятые – 15, на шестые – 3 и 1 – на 12-е сутки в связи с субинволюцией матки.

Выводы. Новый подход к ведению родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой в анамнезе – перспективный способ снижения частоты операций кесарева сечения. Родоразрешение через естественные родовые пути с оперированной маткой в анамнезе в подавляющем большинстве случаев (согласно данным исследования в 98% случаев) – успешное при соблюдении определенных условий.

Литература

1. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Кузьмина Ш. Е. Беременность и роды после кесарева сечения. -М.:МА им. Сеченова, 2003.- 61 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ

Потонич И. К., Могильницкая О. Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Проблема вульвовагинального кандидоза продолжает оставаться актуальной ввиду высокой частоты патологии и склонности к рецидивирующему течению.

Цель – провести сравнительный анализ возникновения вульвовагинального кандидоза у женщин репродуктивного возраста с чрезмерным гестационным приростом.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 42 пациентки в возрасте от 20 до 41 года с диагнозом «вульвовагинальный кандидоз» с чрезмерным гестационным приростом массы тела в сроке беременности 30 недель. Проводили цитологическое изучение мазков выделений из влагалища с использованием окраски препаратов гематоксилином и эозином и по Романовскому-Гимзе, а также культуральные исследования. Для посева выделений из влагалища использовали 5% кровяной агар, эндосреду, желчно-солевой агар и специфические среды для гриба рода Кандида (Сабуро и картофельный агар). Всем пациенткам проводилось бактериологическое и бактериоскопическое исследование. У всех пациенток проведены оценка антропометрических данных, общеклинические исследования, ультразвуковое исследование органов таза.

Результаты и выводы. По возрасту пациентки распределились следующим образом: до 25 лет – 15 женщин, 25-30 лет – 17, старше 30 – 10 пациенток. Из анамнеза 33,3% женщин имели экстрагенитальную патологию, склонность к аллергическим реакциям отмечали 38,9% пациенток. Беременности в анамнезе имели 61,9% женщин, закончившиеся искусственными абортами – у 30,9%, самопроизвольными абортами – 40,5%, родами – 16,6%. У 38,9% пациенток отмечались нарушения менструальной функции, у 19,1% – альгодисменорея.

Рассматривая сопутствующую экстрагенитальную патологию, можно сделать вывод, что вульвовагинальный кандидоз возникал на фоне патологии ЛОР-органов в 28,5% случаев, патологии пищеварительного тракта – в 66,6%, заболеваниях мочевыводящих путей – 21,9% и в 9,5% случаев на фоне железодефицитной анемии. У 38,9% пациенток наблюдались частые (до 5 раз в год) заболевания ОРВИ. Симптомы кандидозного вульвагинита у обследованных пациенток имели разные проявления. Так, у 80,9% пациенток

были выделения из влагалища с неприятным запахом, у 35,7% – вульвовагинальный зуд и жжение, усиливающиеся в тепле. После полового акта жжение и болезненность усиливались у 38,9% пациенток. У 59% женщин наружные половые органы были отеками, гиперемизированными, в 33,3% случаев отмечены дизурические явления. Таким образом, возникновение вульвовагинального кандидоза на фоне заболеваний органов пищеварения еще раз подтверждает роль состояния микробиоценоза пищеварительного тракта в патогенезе заболевания и указывает на необходимость своевременного выявления сопутствующих заболеваний, комплексного подхода в лечении кандидоза. Тот факт, что у 16 пациенток кандидоз развивался на спровоцированном частыми ОРВИ преморбидном фоне, свидетельствует о нарушении иммунного гомеостаза у этой группы пациенток, что говорит о необходимости своевременного проведения иммунодиагностики с последующей иммунокоррекцией.

Литература

1. Белобородова, Н. В. «Кандидоз и этиотропная терапия» / Н. В. Белобородова // –2000. –№ 3. – с. 10-15.
2. Guadet L. The effect of maternal class III obesity on neonatal outcomes: a retrospective matched cohort study / L. Guadet, X. Tu, D. Fell et al. // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2012. – Vol. 25. – № 11. – P. 2281–2286.

ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Прибушня И. И. (мл.)¹, Ниткин Д. М.²

¹ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» УД Президента Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

²УО «Белорусская Академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дисфункция нижних мочевых путей (ДНМП) встречается нередко в практике уролога и обозначается в виде жалоб на приме у акушера-гинеколога. К ДНМП могут приводить стриктуры уретры, неврологические заболевания, диабет, осложнения фармакотерапии, многократные роды и/или прерывания беременности, роды крупным плодом, травмы родовых путей, лейомиомы матки и др. [1]. Для гинекологических пациентов особая проблема – недержание мочи, обусловленное гиперактивным мочевым пузырем, воспалительными процессами. Недержание мочи у женщин – сложная, актуальная и не до конца решенная проблема современной урогинекологии. Согласно данным российских авторов, недержание мочи встречается у 50% женщин старше 60 лет и у 24% пациенток в возрасте от 30 до 60 лет [2]. Нарушение функции мочеиспускания у женщин в

основном связано с анатомическими изменениями, обусловленными ранее перенесенными гинекологическими операциями, травмами во время родов, что приводит к несостоятельности мышц тазового дна и опущению стенок влагалища. В последнее десятилетие исследование функции мочевого пузыря и нижних мочевых путей позволяет сделать более эффективным оказание помощи таким пациенткам [3].

Оценка урофлоуметрии – важный начальный этап диагностики, которая помогает оценить объем наполнения мочевого пузыря, время мочеиспускания, среднюю и пиковую скорость потока. Не стоит пренебрегать и ультразвуковым исследованием (УЗИ) для оценки остаточной мочи у данных пациентов.

Цель работы – оценить структуру ДНМП путей у женщин по результатам УЗИ мочевого пузыря с остаточной мочой и урофлоуметрии на начальном этапе диагностики и принятия решения о целесообразности проведения цистометрии у женщин.

Материалы и методы. Группу исследования составили 34 женщины, средний возраст которых – 49±18,7 года. Женщины репродуктивного возраста (18-49 лет) составили 59% (n=20). Таким образом, в структуре женщин с жалобами на патологию нижних мочевых путей преобладают женщины репродуктивного возраста.

Исследование функции мочеиспускания выполнялось в период с 2018 по 2021 гг. в ГУ “Республиканский клинический медицинский центр” УД Президента РБ. Этапы исследования включали: оценку анамнеза и жалоб пациента, анализ дневника мочеиспускания, лабораторную диагностику, урофлоуметрию, УЗИ органов малого таза с оценкой остаточной мочи, цистометрию. В зависимости от жалоб и анамнеза применялся персонализированный алгоритм обследования.

Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате General Electric ViVid 90 с использованием трансабдоминального датчика 4-7 Mhz. Урофлоуметрия и цистометрия выполнялась с использованием оборудования Laborie. Цистоскопия проводилась на оборудовании Wolf. Статистическая обработка данных выполнялась с применением программы Excel и Статистика 10.0.

Результаты и их обсуждение. Нами оценена структура окончательных диагнозов по результатам цистометрии. Наиболее частыми видами ДНМП были гипоконтрактильность мочевого пузыря 13 (38,2±8,33%) и гиперактивный мочевой пузырь – 11 (32,4±8,02%, $p>0,05$). Патология мочеиспускания не установлена у 4 (11,8±5,53%). У 6 пациенток были определены иные гетерогенные типы нарушения мочеиспускания, в 4 случаях в сочетании с циститом. Таким образом, ДНМП подтверждена у 88,2% обратившихся женщин. В нашем исследовании пациентки репродуктивного возраста составили 59%. Для данной группы пациенток исключительно важна социальная адаптация, которая серьезно ограничивается при патологии нижних мочевых путей. Так, А. В. Сивков с соавт. (2016 г.) обследовали пациенток молодого возраста – 38 (25-51) лет с целью оценки уродинамики и диагностики

сексуальной функции при диагнозе «гиперактивный мочевой пузырь» на фоне лечения диспортом (ботулотоксином). Авторами установлено, что нейрогенная дисфункция мочевого пузыря независимо от тяжести течения заболевания сопряжена со значительным ухудшением качества жизни как у мужчин, так и у женщин, в том числе со значительным ухудшением сексуальной функции. Наихудшие показатели в сексуальной сфере установлены у пациенток с гиперактивным мочевым пузырем по императивному типу. Однако у женщин на фоне применения ботулотоксина, несмотря на положительную тенденцию, как уродинамических показателей, так и показателей сексуальной функции достоверно значимых различий авторами не получено. Авторы считают, что качество жизни у женщин, несмотря на некоторое улучшение клинической картины на фоне гиперактивного мочевого пузыря, остается ниже, чем у мужчин. Это говорит о том, что своевременная диагностика и качественная коррекция дисфункции мочеиспускания имеет важное значение для женщин молодого возраста, для которых сексуальная активность и возможность к деторождению – необходимый критерий социализации [4].

Частота гиперактивного мочевого пузыря в нашем исследовании составила $32,4 \pm 8,02\%$. Согласно данным литературы, частота встречаемости гиперактивного мочевого пузыря составляет у 10-15% взрослого населения [5, 6]. Основные симптомы гиперактивного мочевого пузыря: ургентное недержание мочи, императивные позывы, учащенное мочеиспускание, перманентное чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. С момента применения КУДИ накапливаются новые данные о результатах исследования. Нарушение мочеиспускания при гиперактивном мочевом пузыре представлено на рисунке.

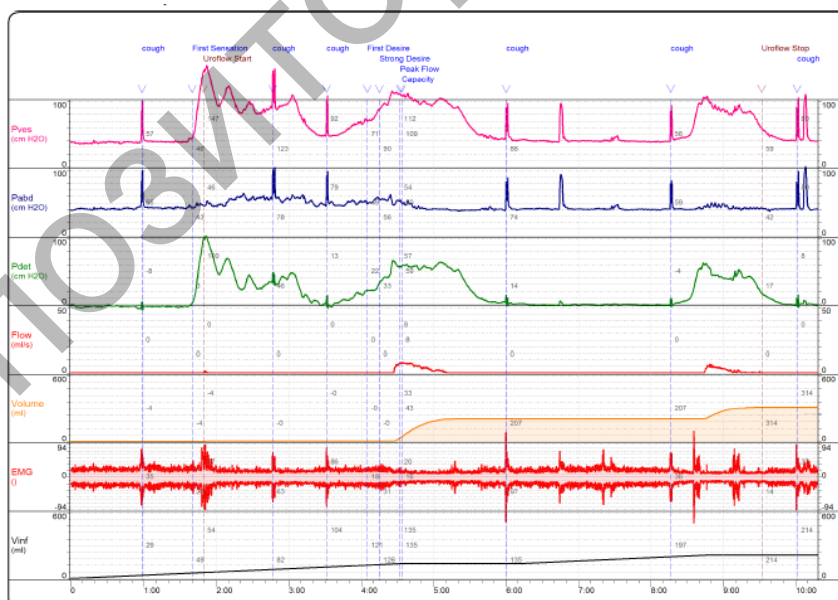


Рисунок – Изображение показателей мочеиспускания при гиперактивном мочевом пузыре

По мнению других авторов, высокую предсказательную способность гиперактивного мочевого пузыря имеет амплитуда повышения

внутрипузырного давления более 9.5 см H₂O. Нейрогенная гиперактивность детрузора при цистометрии наполнения имеет большую диагностическую значимость, чем идиопатическая амплитуда и чаще сопровождается ургентным недержанием мочи [7].

Дисфункция нижних мочевых путей может манифестировать после проведения оперативного лечения по поводу лейомиомы матки. О. М. Прощенко (2020 г.) провел оценку результатов КУДИ у женщин после экстерпаций матки, выполненных трансвагинальным или трансабдоминальным доступом. Авторами установлено что основными факторами риска, которые учитываются при выборе оперативного доступа, должны быть: данные акушерско-гинекологического анамнеза (рождение крупных плодов, проведение эпизиотомий, родовой травматизм, высокий паритет родов), оперативные вмешательства на яичниках, применение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов, хронические заболевания дыхательной системы и пищеварительного тракта, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, наличие признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, клинические проявления несостоятельности тазового дна и функциональных нарушений сфинктерного аппарата мочеиспускательного канала [8].

Алгоритм обследования женщин должен включать: оценку жалоб при сборе анамнеза, что позволяет (до 80% случаев) установить тип нарушения мочеиспускания; клиническое обследование с оценкой общего и неврологического статуса, качества жизни и отношения к лечению; заполнение дневника мочеиспускания и опросника; осмотр малого таза с оценкой эстрогенного статуса; УЗИ органов малого таза и данные лабораторных исследований. Уретроцистоскопия выполняется после аналитической оценки всех предварительно полученных данных. Оценку качества жизни рекомендуется проводить с применением разработанных стандартизированных анкет-опросников.

Выводы. Таким образом, оценка нарушения мочеиспускания – важный, социально значимый вопрос современной медицины, так как в 59% случаев это женщины репродуктивного возраста, для которых вопрос сексуальной дисфункции и планирования деторождения – важные факторы качества жизни. Среди установленных методом КУДИ нарушений мочеиспускания наиболее часто встречались гиперактивный мочевой пузырь и гиперконтрактильность. В целом у 88,2% пациентов, обратившихся для проведения КУДИ, был установлен тип ДНМП.

Литература

1. Rosier, P., Contemporary diagnosis of lower urinary tract dysfunction. F1000Res, 2019. 1-8.
2. Неймарк, А. И, Раздорская М. В., Алгоритмы недержания мочи у женщин. Вопросы урологии и андрологии, 2014: р. 72-76.

3. Drake, M. J., et al., Fundamentals of urodynamic practice, based on International Continence Society good urodynamic practices recommendations. Neurourol Urodyn, 2018. 37(S6): p. S50-S60.

4. Сиваков, А. В., et al., Состояние сексуальной функции у пациентов с нейрогенной гиперактивностью мочевого пузыря до и после лечения ботулиническим токсином типа А. Экспериментальная и клиническая урология 2016. № 2 p. 88-93.

5. Coyne, K. S., et al., The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. BJU Int, 2009. 104 (3): p. 352-60.

6. Аль-Шукри, С. Х., Кузьмин И. В., Шабудина Н. О., Клинико-уродинамические параллели при идиопатической гиперактивности мочевого пузыря: результаты 341 наблюдения. Вестник урологии, 2017: p. 12-18.

7. Филипова, Е. С. и др. Гиперактивный мочевой пузырь: Уродинамические особенности гиперактивности детрузора в зависимости от причины нарушений мочеиспускания. Урология, 2021. 3: p. 39-44.

8. Прощенко, О. М., Урогенітальні розлади у жінок репродуктивного віку, які перенесли радикальні операції з приводу міоми матки, - оптимізація діагностичного алгоритму. Репродуктивное здоровье женщины, 2020. № 5 (45): p. 29-32.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ БЕЛАРУСИ

**Савоневич Е. Л.¹, Степура Т. Л.¹, Горустович О. А.¹, Кулик О. А.²,
Матвейчик Н. В.²**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненская университетская клиника», г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Важный клинический аспект проблемы наследственной предрасположенности к раку яичников на сегодняшний день – доступность диагностики герминальных мутаций в генах, ассоциированных с развитием опухолей репродуктивной системы. Носительство наследственного дефекта в генах системы репарации ДНК требует модификации лечебных мероприятий [1]. В частности, убедительные данные получены для гена BRCA1, наследственные мутации в котором обуславливают резистентность опухоли к таксанам и высокую чувствительность к препаратам платины и PARP-ингибиторам [2]. Таким образом, молекулярно-генетический анализ в данном случае становится компонентом индивидуализации химиотерапии. Выявление мутации в генах BRCA1/2 позволяет индивидуализировать лекарственную терапию новообразований, а также предупреждать развитие

полинеоплазий. Однако в настоящее время в большинстве случаев ДНК-диагностика проводится пациенткам, имеющим косвенные клинические признаки наследственной формы рака, к которым относятся молодой возраст заболевания (до 40 лет включительно), отягощенный семейный онкоанамнез (наличие рака молочной железы и/или рака яичников в 1 линии родства) и первично-множественные формы поражения репродуктивных органов [3]. В связи с этим представляет интерес изучение эффективности данного подхода в нашем регионе.

Цель – разработка подходов к выявлению носителей мутации в генах BRCA1 и BRCA2 на основе данных о распространенности и спектре герминальных мутаций BRCA1 и BRCA2 у пациенток с раком яичников в западном регионе Беларуси.

Материалы и методы. Работа основана на анализе клинικο-морфологических данных, онкологического семейного анамнеза и результатов молекулярно-генетического тестирования пациенток с раком яичников, которые проходили лечение в Гродненской университетской клинике. В исследуемую группу были включены 479 женщин с карциномой яичников после хирургического лечения, независимо от возраста и семейного анамнеза, обследованные на наличие мутаций в генах BRCA1/2. Критериями включения в исследование были славянское происхождение, постоянное проживание на территории Гродненской области, патоморфологически подтвержденный диагноз рака яичников, наличие данных о семейном онкоанамнезе и получение информированного согласия на проведение молекулярно-генетического тестирования и обработку персональных данных. Изучение семейного анамнеза проводилось методом прямого анкетирования участниц исследования. В образцах ДНК из венозной крови был выполнен анализ мутаций с.5266dupC, с.4035delA, с.5251C>T, с.181T>G, с.676delT, с.68_69delAG, с.3700_3704delGTAAA, с.1687C > T, с.3756_3759delGTCT в гене BRCA1 и с.658_659delGT, с.7910_7914delCCTTT, с.3847_3848delGT, с.5946delT в гене BRCA2. Исследование выполнено при поддержке БРФФИ-РФФИ № M20P-400 «Новые мутации в генах наследственного рака молочной железы и яичников у пациенток в Республике Беларусь».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток на момент установления диагноза рака яичников составил 55 ± 11 лет (от 25 до 83 лет). У всех женщин, включенных в исследование, злокачественные новообразования в яичниках имели эпителиальное происхождение. В большинстве случаев по результатам патоморфологического исследования была установлена серозная карцинома яичников – в 411 из 479 случаев (86%). У 378 женщин заболевание диагностировано в III-IV стадии (79%). Герминальные мутации в генах BRCA1/2 обнаружены у 112 из 479 женщин (23,4%). Чаще других встречалась мутация BRCA1 с.5266dupC – у 57 из 112 пациенток (51%). В 36 случаях (32%) обнаружена мутация BRCA1 с.4035delA. У 19 женщин выявлены другие варианты патогенных мутаций в генах BRCA1 и BRCA2.

На основании приведенных выше критериев наследственного рака нами отобраны 145 женщин из 479. Группа пациенток с косвенными признаками наследственного рака составила 30% в общей выборке. Средний возраст выявления новообразования в яичниках в этой группе составил 50 ± 11 лет (от 25 до 76 лет). В возрасте до 40 лет заболели раком яичников 36 женщин (7,5%). В этой группе 3 человека имелиотягощенный по раку яичников и/или раку молочной железы семейный онкоанамнез в 1 линии родства (мать или сестра). Первично-множественные формы рака имели 45 женщин из 145. Средний возраст развития рака яичников у них составил 55 ± 9 лет. Только у 10 человек опухоли развились синхронно: 5 случаев рака эндометрия и 5 случаев рака молочной железы. В большинстве случаев рак яичников развивался у пациенток с отягощенным личным анамнезом по раку молочной железы ($n=32$). В 2 случаях раком яичников заболели женщины с колоректальным раком в анамнезе. У 32 человек имели место 2 разных новообразования, у 13 – опухоли трех локализаций. Отягощенный семейный онкоанамнез по раку яичников и/или раку молочной железы в 1 линии родства установлен у 71 женщины из 479 (15%). Только у 8 из них в семейном анамнезе были случаи как рака яичников, так и рака молочной железы. У 42 пациенток онкоанамнез отягощен только случаями рака яичников у кровных родственников 1 линии (мать, сестра, дочь). У большинства женщин был один косвенный признак наследственного рака ($n=128$). Только у 17 пациенток имели место 2 косвенных признака – сочетания отягощенного семейного онкоанамнеза с первично-множественным характером неоплазии ($n=14$) или молодым возрастом заболевания ($n=3$). По результатам генетического тестирования у 145 женщин с косвенными признаками наследственного рака выявлены 60 герминальных мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 (41%). В группе из 334 пациенток с раком яичников без косвенных признаков наследственного рака патогенные мутации были обнаружены в 16% случаев. Среди женщин с косвенными признаками наследственного рака чаще других были выявлены две «founder»-мутации, характерные для лиц славянского происхождения. У 30 человек развитие злокачественного новообразования было обусловлено наличием герминальной мутации BRCA1 c.5266dupC, у 20 женщин – BRCA1 c.4035delA. В 10 случаях идентифицированы редкие варианты мутаций. Частота герминальных мутаций была максимальной (51%) у женщин с отягощенным семейным онкоанамнезом (51%) и среди пациенток с первично-множественными злокачественными новообразованиями яичников и молочной железы – носителями мутации были 19 из 37 человек. Заслуживает особого внимания относительно низкая частота выявления мутаций в группе пациенток с манифестацией рака яичников в молодом возрасте. Из 36 женщин, заболевших в возрасте до 40 лет, носительство мутации было установлено только у 8 (22%). Необходимо продолжить изучение молекулярно-генетических особенностей развития опухоли у молодых пациенток.

Выводы. На примере западного региона Беларуси установлена высокая частота наследственных форм рака яичников (23,4%), обусловленных наличием

герминальных BRCA1/2 мутаций. При сочетании у женщины с раком яичников определенных клинических и анамнестических данных частота обнаружения мутаций в группах достигает 51%. В спектре выявляемых на территории Гродненской области мутаций доминируют BRCA1 с.5266dupC и BRCA1 с.4035delA. Генетическое тестирование на герминальные мутации пациенток с овариальной карциномой без косвенных признаков наследственного рака позволяет идентифицировать патогенную мутацию в 16% случаев. Таким образом, частота и спектр мутаций в генах BRCA1 и BRCA2, распространенных на территории Гродненской области, обуславливает целесообразность проведения генетического тестирования всем пациенткам с овариальной карциномой, независимо от наличия у них косвенных признаков наследственной формы заболевания.

Литература

1. Imyaninov, E. N. Drug therapy for hereditary cancers / E. N. Imyaninov, V. M. Moiseyenko // Hered Cancer Clin Pract. – 2011. – Vol. 9. – P. 5.
2. A phase II evaluation of the potent, highly selective PARP inhibitor veliparib in the treatment of persistent or recurrent epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer in patients who carry a germline BRCA1 or BRCA2 mutation - An NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group study / R. L. Coleman [et al.] // Gynecol. Oncol. – 2015. – Vol. 137 (3). – P. 386-391.
3. Genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. Version 2. 2019 : NCCN Guidelines Insights [Electronic resource] / NCCN ; M. B. Daly [et al.]. – Mode of access: <https://www.coursehero.com/file/33087450/genetics-screeningpdf/> – Date of access: 02.09.2019.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Савоневич Е. Л., Горустович О. А., Абдрашитов В. В., Новицкая Т. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Идентификация мутаций, ассоциированных с наследственными опухолевыми синдромами, имеет высокую клиническую значимость. Считается, что наследственные раки составляют примерно 10-15% от общей заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) и раком яичников (РЯ) [1]. Локусы BRCA1 и BRCA2 были первыми идентифицированы в роли высокопенетрантных генов наследственного РМЖ. BRCA1 и BRCA2 гены до сих пор являются наиболее востребованными в клинической практике; их традиционно относят к «каноническим» раковым генам. Мутантные транскрибирующие аллели генов BRCA1 и BRCA2 опосредуют практически фатальный риск заболеть раком в течение жизни и детерминируют синдром наследственного рака молочной железы и яичников. На их долю приходится

около 5-7% всех случаев РМЖ и 15-20% пациенток с семейной историей РМЖ. Кроме того, к числу подтвержденных клинически значимых генов РМЖ и РЯ относят такие умеренно пенетрантные гены, как CHEK2, PALB2, ATM, NBN, BLM. Некоторая доля наследственного рака возникает в контексте очень редких высокопенетрантных раковых синдромов, для которых РМЖ не обязательно является самым частым проявлением: синдром Ли-Фраумени (TP53), наследственный диффузный рак желудка и лобулярный рак молочной железы (CDH1), синдром Коуден (PTEN), синдром Пейтца-Йегерса (STK11/LKB1).

В последние годы список генов наследственного РМЖ и РЯ удалось существенно пополнить новыми кандидатами, благодаря успехам секвенирования нового поколения (next generation sequencing, NGS). На долю вновь открытых мутаций приходится в совокупности еще примерно 8-10% наследственных случаев заболевания. Вместе с тем генетические причины значительной части РМЖ и РЯ с признаками наследственного опухолевого синдрома сих пор остаются неизвестными. Несмотря на продолжающееся выявление новых генов, по клинической значимости они не могут сравниться с «каноническими» генами BRCA1 и BRCA2 ввиду низкой частоты патогенных мутаций этих генов в популяции, низкой пенетрантности и отсутствия очевидных корреляций с фенотипом опухоли. PALB2 несколько выделяется среди других генов наследственного рака сравнительно высокой встречаемостью патогенных мутаций и пенетрантностью, занимающей промежуточное положение между «каноническими» BRCA1, BRCA2 и низкопенетрантными генами, такими как CHEK2 или ATM. В связи с этим PALB2 – наиболее актуальный кандидат на включение в состав диагностических панелей для диагностики наследственного РМЖ и РЯ после BRCA1 и BRCA2 [2].

На сегодняшний день молекулярно-эпидемиологические данные в отношении распространенности наследственных форм РМЖ и РЯ в Республике Беларусь ограничены сведениями о частотах только основных «славянских» мутаций, а рутинное тестирование в клиниках сводится к детекции всего нескольких аллелей BRCA1 и BRCA1 генов. Упрощенная процедура тестирования, включающая лишь наиболее частые мутации генов BRCA, стала представляться недостаточной по мере появления лекарственных препаратов, избирательно поражающих BRCA-ассоциированные опухоли, а также вследствие увеличения доступности методов молекулярно-генетического анализа. Наиболее эффективным подходом к лабораторной диагностике наследственного рака представляется использование методов секвенирования нового поколения. Несмотря на очевидную клиническую значимость идентификации наследственных дефектов BRCA1, BRCA2 и PALB2, спектр этих повреждений в Беларуси до сих пор исчерпывающе не охарактеризован.

Цель – изучение спектра мутаций BRCA1, BRCA2, PALB2 у пациенток с билатеральным раком молочной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 34 женщины с билатеральным РМЖ. Все женщины проходили лечение в ГУЗ «Гродненская университетская клиника». Включение пациенток в исследование было

проведено с соблюдением принципов добровольности и конфиденциальности с оформлением информированного согласия на участие в исследовании.

В качестве материала исследования использована венозная кровь. С целью полного исключения контакта биологического материала пациентов с окружающей средой и максимально точного соблюдения соотношения крови и антикоагулянта забранная кровь помещалась в вакутайнеры с антикоагулянтом ЭДТА. Из полученного биологического материала для дальнейшего проведения молекулярно-генетических исследований была выделена очищенная интактная дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК). Выделение ДНК из цельной крови проведено вручную набором «ReliaPrep Blood gDNA Miniprep System». Выделенная ДНК подвергалась количественной и качественной оценке с помощью спектрофотометра NanoDrop 2000. Для дальнейшей обработки отбирались пробы, в которых количество ДНК составило 12 нг/мкл и более. В качестве оптимального метода молекулярно-генетического исследования выбран метод секвенирования нового поколения (NGS) с использованием секвенатора MiSeq Illumina. Принцип работы прибора основан на технологии Solexa, включающей обогащение методом bridge-ПЦР на проточном чипе, секвенирование методом синтеза с использованием флуоресцентно-меченных нуклеотидов и детекцию света флуоресценции от кластеров ДНК. Полученные данные загружаются в BaseSpace (вычислительная среда на специальном сервере, оснащенный инструментами по настройке цикла и опциями для проведения анализа), где автоматически проводится анализ полученных данных. Подготовка библиотек ДНК осуществлялась по протоколу KaraHyper Plus (Roche), который включает следующие этапы: фрагментация ДНК смесью часто режущих рестриктаз, восстановление концов, полиаденилирование, лигирование адаптеров, очистка библиотеки и амплификация. При работе с образцами ДНК, полученными из лимфоцитов периферической крови, использовался стандартный протокол производителя. В первом пробном запуске секвенировали пул библиотек в режиме парных прочтений по 150 циклов в каждую сторону на системе MiSeq при загрузке 12 образцов в стандартный картридж (V2). Технические параметры пробного запуска были удовлетворительными (Q30=92%) с высоким качеством прочтений в обе стороны. Сырые данные секвенирования были подвергнуты первичной стандартной биоинформатической обработке для получения файлов формата BAM и оценки параметров обогащения. Так, on-target rate (процент проанализированных оснований, находящихся внутри покрываемых регионов) для образцов ДНК из лимфоцитов и FFPE составил 86 и 79%, соответственно. Равномерность покрытия также была признана удовлетворительной. Исследование выполнено по гранту БРФФИ-РФФИ № M20P-400 «Новые мутации в генах наследственного рака молочной железы и яичников у пациенток в Республике Беларусь».

Результаты и их обсуждение. Из 34 женщин с билатеральным раком молочной железы только у 4 опухоли развились синхронно (12%) в возрасте от 27 до 54 лет, средний возраст установления диагноза синхронного РМЖ

составил 42,8 года. В одном случае опухоль возникла в оставшейся части молочной железы. Средний возраст развития первой опухоли – 45 лет (от 26 до 67 лет), контрлатерального новообразования – 53 года (от 29 до 76 лет). В возрасте до 30 лет на момент выявления злокачественного новообразования в молочной железе были 3 пациентки (9%), до 40 лет – 9 (26,5%), до 50 лет – 14 (41%) и старше 50 лет – 8 (23,5%) женщин. Средний временной интервал между развитием первой и второй опухоли в молочной железе составил $8,7 \pm 6,1$ года. В группе метакронного билатерального РМЖ второе новообразование выявили в течение 5 лет после лечения первого РМЖ у 11 (37%) женщин, спустя 5 лет – у 19 (63%). Максимальный временной интервал между развитием опухоли составил 26 лет. Косвенные признаки семейного рака имели только 30% пациенток. Клинические данные о пациентках с билатеральным РМЖ (n=34) представлены в таблице.

Таблица – Клиническая характеристика пациенток с билатеральным РМЖ

Признак	Первый РМЖ		Второй РМЖ	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Средний возраст пациенток, лет	45±11		53±13	
Гистологический тип опухоли				
Протоковая карцинома	21	62	24	70,5
Дольковая карцинома	1	3	2	6
Протоковая и дольковая карцинома	3	9	2	6
Карцинома	9	26	6	17,5
Молекулярный подтип опухоли				
Люминальный А: ER«+» и/или PrR«+», Her-2«-»	1	3	10	30
Люминальный В: ER«+» и/или PrR«+», Her-2«+»	11	32	8	23
Her-2 позитивный: ER«-», PR«-», Her-2«+»	4	12	2	6
Базальноподобный: ER«-», PrR«-», Her-2«-»	4	12	8	23
Не установлен	14	41	6	18
Стадия заболевания, FIGO				
I	12	35	2	6
II	15	44	14	41
III	6	18	14	41
IV	1	3	-	-
Не установлена	-	-	4	12
Степень дифференцировки опухоли (G)				
G1	1	3	2	6
G2	11	32	14	41
G3	16	47	14	41
G4	1	3	-	-
Не установлена	5	15	4	12
Семейный онкоанамнез				
Семейный онкоанамнез не отягощен	12		35	
Отягощенный семейный онкоанамнез	22		65	
Отягощенный семейный онкоанамнез по РМЖ/РЯ в 1 линии	10		29,5	

В исследуемой группе методом NGS выявлено 16 значимых патогенных герминальных мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 у 25 пациенток (64%). В гене PALB2 у этих женщин значимые патогенные мутации не обнаружены. Чаще других встречалась мутация c.5266dupC BRCA1 – она была выявлена у 11 женщин (44%). Носительство патогенного аллеля c.658_659delGT BRCA2 подтверждено в 2 случаях (8%). Выявлены единичные случаи носительства мутаций BRCA1 c.5074+1G>A, BRCA2 I2627F, BRCA2 c.9018C>G. Из 9 женщин с BRCAwt (дикого типа) у 4 семейный онкоанамнез отягощен случаями колоректального рака, рака желчного пузыря, рака поджелудочной железы в 1 линии родства, что требует проведения дальнейшего генетического тестирования на наличие мутаций в других канцер-ассоциированных генах.

Выводы. Установлено, что носители герминальных мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 среди пациенток с билатеральным РМЖ составляют 64%. Большинство из носителей имеют мутацию BRCA1c.5266dupC (69%), что существенно для выполнения обследования в короткие сроки при использовании метода ПЦР-РВ.

Литература

1. Genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. Version 2. 2019 : NCCN Guidelines Insights [Electronic resource] / NCCN ; M. B. Daly [et al.]. – Mode of access: <https://www.coursehero.com/file/33087450/genetics-screeningpdf/> – Date of access: 02.09.2019.

2. Consensus Guidelines on Genetic Testing for Hereditary Breast Cancer from the American Society of Breast Surgeons / E. R. Manahan [et al.] // Ann. Surg. Oncol. – 2019. – Vol. 26, iss. 10. – P. 3025-3031. – doi: 10.1245/s10434-019-07549-8.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ УЗ «ГОКПЦ»

Сайковская В. Э.¹, Пальцева А. И.², Пономаренко С. М.¹, Сеница Л. Н.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. В настоящее время подход к использованию антибиотикотерапии в неонатологии должен регламентироваться ее токсичностью и особенностями организма в период ранней постнатальной адаптации. Самая кардинальная черта организма новорожденного ребенка – постоянное изменение физиологических процессов, обусловленных интенсивным ростом, морфологическим и функциональным созреванием органов и систем. Гестационный и хронологический возраст детей оказывает огромное влияние на метаболизм и экскрецию антибактериальных средств. Кроме того, именно в неонатальном периоде идет становление кишечного биоценоза. Очевидно, что

назначение новорожденным детям антибиотиков оказывает непосредственное воздействие на индигенную микрофлору кишечника, способно грубо нарушить тонкие процессы становления нормального биоценоза с последующим формированием стойкого дисбактериоза и формированием вторичной лактазной недостаточности. Клинически это может проявиться постантибиотической диареей, в основе которой лежит энтероколит. Такое неблагоприятное воздействие на биоценоз желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) присуще большинству антибиотиков [1]. Все вышеперечисленные особенности новорожденного ребенка требуют строгого соблюдения принципов рациональной антибактериальной терапии [2]. Для снижения риска развития нежелательных осложнений и формирования микробной резистентности продолжительность терапии должна быть максимально оптимизирована [3, 4]. Если при проведении антибиотикотерапии все параметры учесть невозможно, необходима «терапия сопровождения», суть которой состоит в смягчении и нивелировке общих воздействий антибиотиков на ЖКТ ребенка. С другой стороны, интенсивное развитие и внедрение в практику современных достижений микробиологии показало, что новорожденные дети отличаются особенностями этиологической структуры инфекционных болезней.

Цель – оптимизировать тактику антибактериальной терапии детям в отделении новорождённых в соответствии с их клиническим состоянием, нозологической формой заболевания, микробным пейзажем в отделении и антимикробным спектром активности препаратов в отношении предполагаемого возбудителя.

Материалы и методы. Под нашим клиническим наблюдением в отделении новорождённых обсервационном находилось 694 новорождённых, родившихся в УЗ «ГОКПЦ» в 2020 г. При клинико-лабораторном и инструментальном (при необходимости) обследовании верифицированы диагнозы инфекционно-воспалительных заболеваний у 38,0% новорождённых. Изучены результаты бактериологических исследований, проведенных в отделении новорождённых обсервационном. Нами проанализированы результаты посевов из 5 локусов 369 новорожденных. Взятие материала осуществляли после рождения в течение 10 минут однократно. Комменсалами считали все выделенные микроорганизмы, а процесс как «колонизация».

Результаты. Проведенный анализ результатов бактериологических исследований установил, что в отделении наиболее распространенный возбудитель – стафилококки – 161 изолят (41,74%). Видовой состав стафилококков был представлен в основном *Staphylococcus haemolyticus* (62 изолята – 16,06%), *Staphylococcus epidermidis* (60 – 15,5%), *Staphylococcus hominis* ss. *hominis* (18 – 4,66%). *Staphylococcus aureus* ss. *aureus* выявлен в единичных случаях – 2,3%. На втором месте по колонизации были энтеробактерии – 135 изолятов (34,9%): *Escherichia coli* – 97 (25,1%), *Enterococcus faecalis* – 25 (6,5%), *Enterococcus faecium* – 11 (2,8%), по 1 изоляту – *Enterobacter cloacae*, *Escherichia hermannii* (0,3%). Другими значимыми микроорганизмами в микробном пейзаже неонатальных отделений

были стрептококки – 31 изолят (8,0%), наиболее частый из которых – *Streptococcus mitis* – 20 изолятов (5,1%).

Высокая чувствительность всех микроорганизмов, выделенных от пациентов, сохранялась к «простым» антибиотикам: ампициллин – 77,8%, оксациллин – до 75,0%, а к их защищенным формам – 60-100% (амоксиклав-клавуланат, ампициллина-сульбактам). Традиционно используемые в качестве второго антибиотика амикацин, гентамицин показывали также хорошую антибактериальную чувствительность (82,4% – амикацин, 86,4% – гентамицин). Популярны цефалоспорины II-III поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефуроксим, цефазолин) показывали только в 60,0% случаев чувствительность к выделенным микроорганизмам и лишь цефтазидим – до 90,0%, цефепим – 83,3%.

Инфекционно-воспалительные заболевания (ИВЗ) у новорождённых не имеют, как правило, патогномоничных признаков, отсутствует возможность быстрого микробиологического обследования, а решение о начале антибиотикотерапии следует принимать незамедлительно.

На основании личного клинического опыта наблюдения за больными новорожденными, анализа литературных данных и с учетом распространенности возбудителя в отделении и его чувствительности нами разработан клинический протокол по антибиотикотерапии:

1. Анализ факторов риска материнского анамнеза:

- антибактериальная терапия у матери непосредственно перед родами или в родах;
- длительный безводный период (более 18 часов);
- повышение температуры в родах до 38°C и выше на протяжении 2 часов;
- повышение СРБ;
- лейкоцитоз свыше $15 \times 10^9/\text{л}$;
- признаки хориоамнионита;
- выделение у матери стрептококка группы В.

2. Анализ клинко-лабораторных признаков течения инфекционного процесса у новорождённого ребёнка:

- температура тела менее 36°C или гипертермия свыше 38,5°C;
- брадикардия;
- тахикардия (ЧСС среднее 180 уд/мин);
- артериальная гипотензия (среднее давление менее 50 мм рт. ст.);
- «мраморность» кожных покровов;
- централизация кровообращения с нарушением перфузии кожи (симптом «белого пятна» более 3 секунд);
- респираторные нарушения: эпизоды апноэ, тахипноэ, нарастание потребности в кислороде;

- снижение диуреза;
- сероватый колорит кожных покровов, петехиальная сыпь, рано возникшая желтуха;
- вздутие живота, ослабление или отсутствие перистальтики при аускультации, гепато-, спленомегалия, вялость, гипотония, гиперестезия.

Лабораторные признаки:

- лейкопения (менее $5 \times 10^9/\text{л}$), лейкоцитоз, нейтрофильный индекс более 0,25, токсическая зернистость нейтрофилов, тромбоцитопения, повышение уровня СРБ и прокальцитонина, метаболический ацидоз, эпизоды интолерантности к глюкозе, воспалительные изменения в анализе мочи.

В неонатальной практике редко удастся точно установить этиологию заболевания, что не позволяет использовать препараты с узким спектром антимикробного действия, хотя такая терапия наиболее эффективна и экономична. Выбор лекарственного средства в отделении проводился с учетом состояния новорожденного, анамнеза матери и микробного пейзажа в отделении.

3. Если ребенку не противопоказана энтеральная нагрузка, назначается исключительно орофарингеальное введение молозивного молока, даже если ребенок находится в палате интенсивного наблюдения.

4. При локализованных формах ИВЗ антибиотики назначаются per os.

5. При клинической картине, требующей парентерального введения, или при отсутствии эффекта в течение 48 ч, после предварительного обезболивания 1-2 мл 20% раствора глюкозы под язык, проводится катетеризация периферической вены. Внутривенное введение антибактериального средства строго обосновывается. Внутримышечное введение максимально ограничено.

6. Выбор эмпирической антибиотикотерапии основывается на ретроспективном анализе результатов бактериологического мониторинга, проводимого в отделении, и определении возбудителя в таких локусах, как зев, пупочная ранка, наружный слуховой проход.

7. Через 48 ч (на третьи сутки жизни) после начала антибиотикотерапии выполняли контроль клинического анализа крови и маркеров воспаления с целью решения вопроса об эффективности, необходимости коррекции и возможной отмене проводимой антибиотикотерапии.

8. При оценке терапии опирались на результат клинико-лабораторного обследования ребенка, инструкцию по применению препарата и клинические рекомендации ВОЗ.

9. Спустя 48 ч после старта антибиотикотерапии принимали решение о возможном переходе на парентеральную или пероральную форму препарата с учетом клинического состояния пациента, или проводили деэскалацию антибиотикотерапии после идентификации возбудителя и получения информации об особенностях его чувствительности.

10. Вопрос о продолжении антибиотикотерапии решали после проведения клинико-лабораторного обследования с контролем уровня маркеров

воспаления. При нормализации уровней маркеров воспаления и клинического анализа крови антибиотикотерапию отменяли.

В повседневной клинической практике продолжительность курса антибиотикотерапии в отделении не превышала 5-7 дней. Препаратами первого выбора в отделении были: полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, крайне редко – цефалоспорины II поколения.

Для профилактики дисбактериоза назначался курс пробиотиков (бифидумбактерин, линекс, биогай, энтерожермина) как во время антибиотикотерапии, так и после ее отмены.

Согласно литературным данным, в 51,0% случаев антибиотики в неонатологии применяются с профилактической целью. С использованием данного алгоритма в отделении новорождённых с профилактической целью антибиотикотерапия новорождённым не проводилась. Частота назначения антибиотикотерапии в отделении сократилась с 42% в 2018 г. до 21% в 2020 г. Продолжительность курса антибиотикотерапии сократилась на 24% в 2020 г. Клинически выраженного дисбактериоза у новорождённых не выявлено. Все новорождённые в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании выписаны домой.

Выводы:

1. При назначении антибиотикотерапии новорождённым необходимо учитывать клиническую форму заболевания, тяжесть состояния, особенности микробного пейзажа отделения и его чувствительность к антибактериальным препаратам.

2. Применение данного алгоритма антибиотикотерапии способствовало снижению частоты применения антибиотиков у новорождённых, ее продолжительности и снижению экономической стоимости лечения.

Литература

1. Самсыгина, Г. А. Антибиотикотерапия в неонатологии / Г. А. Самсыгина // Педиатрическая фармакология. – 2003. – № 1. – С. 66-70.
2. Зубков, В. Антибактериальная терапия в неонатальной практике / В. Зубков, И. Рюмина, В. Шухов // Врач. – 2011. – № 13.
3. Кушнарева, М. В. Антибактериальная терапия в период новорожденности / М. В. Кушнарева, И. И. Рюмина, Х. М. Мархулия // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – № 5. – С. 12-20.
4. Обнаружение генетических маркеров резистентности к β -лактамам антибиотикам у грамотрицательных микроорганизмов с помощью ПЦР-диагностики / Е. С. Лисицына [и др.] // Антибиотики и Химиотерапия. – 2015. – № 60 (9-10). – С. 17-22.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ОБ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ ПОСРЕДСТВОМ ЭЛЕКТРОННЫХ СМИ

Салмина А. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждая четвертая-пятая пара в мире бесплодная, при этом 59% от всех случаев приходится на мужское бесплодие, 41% – на женское. В Беларуси 14,5-15% всех супружеских пар страдают бесплодием. В российской статистике бесплодными считаются около 6 млн супружеских пар, что составляет 17% от числа всех брачных пар [1-3]. Проблема распространения бесплодия из сугубо медицинской переросла в глобальную социальную проблему. Преодолеть эту проблему помогают вспомогательные репродуктивные технологии – методы лечения, при котором отдельные или все этапы зачатия и (или) раннего развития эмбриона (эмбрионов) до переноса его (их) в матку осуществляются в лабораторных условиях. Вопросы рождаемости, репродуктивных технологий, бесплодия – это проблема не одной отдельной семьи, а задача государственной важности. Согласно Закону Республики Беларусь «О вспомогательных репродуктивных технологиях» от 7 января 2012 г. № 341-З, к ВРТ относятся: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), суррогатное материнство, искусственная инсеминация [3]. В современном обществе СМИ – индикатор общественного мнения по многим вопросам, в том числе и по проблеме внедрения вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель – выявить особенности презентации экстракорпорального оплодотворения в материалах новостных Интернет-порталов Республики Беларусь и России.

Материалы и методы. Статьи о видах вспомогательных репродуктивных технологий трех белорусских (БЕЛТА, Onliner.by, Белорусский Спутник) и трех российских Интернет-изданий (Рамблер, lenta.ru, РБК) за период с 01.08.2020 по 01.08.2021гг. Для обработки и анализа данных использовалось программное обеспечение Microsoft Excel. Здесь были выведены частотные таблицы, таблицы сопряженности с графическим сопровождением. Статистическая обработка данных проводилась в среде программы STATISTICA 12. Для оценки частотных таблиц выполнен ЛОГ-линейный анализ, получена математическая модель, на основании которой охарактеризованы связи между факторами (категориями) данных. Достоверность различия частот оценивалась при помощи статистики хи-квадрат Пирсона. Для исследования количественных (не частотных) показателей проведен многомерный дисперсионный анализ. Оценка достоверности различия средних, для разных качественных факторов (категорий данных), выполнялась посредством F-критерия Фишера.

Результаты и их обсуждение. По итогам исследования трех белорусских и трех российских новостных сайтов за период с 01.08.2020 по 01.08.2021 гг. тема ВРТ присутствовала в 97 статьях. Из них достоверно наибольшее количество публикаций принадлежит источнику «Rambler.ru»: 47 публикаций (48,5%, $p \leq 0,05$). Российский новостной портал «Lenta.ru» и белорусский ресурс «БЕЛТА» выпустили достоверно ($p \leq 0,05$) меньше публикаций по данной теме: 20 статей (20,6%) и 11 статей (11,3%), соответственно. Ресурсы: «Rbc.ru», «Sputnik.by» и «Onliner.by» опубликовали примерно равное количество статей: 9 (9,28%), 5 (5,15%) и 5 (5,15%), соответственно, количество которых достоверно ниже ($p \leq 0,05$), чем у источников «Rambler.ru» и «Lenta.ru» за то же период. Проанализировано соотношение положительных и негативных статей в зависимости от вида вспомогательных репродуктивных технологий. Установлено, что экстракорпоральное оплодотворение освещается на новостных сайтах достоверно ($p \leq 0,05$) наиболее лояльно: 30 статей с положительной интерпретацией приходится на 4 статьи – с отрицательной.

Выводы. Лояльное отношение к экстракорпоральному оплодотворению, возможно, связано с тем, что в большинстве случаев этот метод ВРТ не требует вмешательства третьих лиц в «интимную» сторону семьи.

Литература

1. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 19 января 2021, № 28 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – Минск, 2021. – 5/48712.
2. О вспомогательных репродуктивных технологиях : закон Республики Беларусь, 7 янв. 2012, № 341-3 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – Минск, 2012. – 2/1893.
3. О вопросах применения вспомогательных репродуктивных технологий : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 24 декабря 2019, № 124 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – Минск, 2020. – 8/35340.

АНАЛИЗ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНА D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Семенцова С. В., Могильницкая О. Э.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. В настоящее время проблема дефицита витамина D – одна из самых распространенных практически во всех странах мира. Это можно объяснить тем, что лишь малая часть населения подвергается достаточной

инсоляции либо принимает витамин D в профилактических (при необходимости) и в лечебных дозах – препараты витамина D. В исследованиях последних лет доказано, что витамин D играет огромную роль в организме человека [1]. Если изначально недостатку этого витамина приписывалась лишь роль в развитии остеопороза, то в настоящее время известно, что велика роль недостатка витамина D в развитии ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы, аутоиммунной патологии, дисфункции иммунитета и многих других видов патологии [2].

Известно, что классическим эффектом витамина D является регуляция кальциево-фосфорного обмена в организме. На тканевом уровне это заключается в нормализации гомеостаза кости и обеспечении равновесия между синтезом и резорбцией костных элементов. Дефицит витамина D и изменение активности гормонов, регулирующих обмен кальция в крови (кальцитонин, паратгормон), играют огромную роль в развитии остеопороза. Экспертами IOF (Международной федерации остеопороза) оценена распространенность остеопороза следующим образом: после 50 лет остеопорозом страдает каждая третья женщина и каждый пятый мужчина [1, 3]. По данным ВОЗ, остеопороз занимает четвертое место в структуре смертности от неинфекционных заболеваний после заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета.

В настоящее время признана теория, согласно которой существуют общие патогенетические механизмы в развитии остеопороза, атеросклероза и артериальной гипертензии. Таким образом, остеопороз – значимый фактор риска летальности от инфаркта миокарда и инсульта [3].

Витамин D играет огромную роль в жизнедеятельности женского организма: регулирует синтез и секрецию женских половых гормонов, обеспечивает достижение оптимальной толщины эндометрия для имплантации эмбриона, участвует в регуляции местного иммунитета, является мерой профилактики бактериального вагиноза и повышает шансы эффективного его лечения [4].

Оптимальный уровень витамина D способствует нормальной функции яичников, при дефиците витамина D менструальные циклы становятся нерегулярными и короткими. Доказана роль витамина D в регуляции толерантности к глюкозе и развитии инсулинорезистентности. Известно, что именно инсулинорезистентность – одно из важнейших патогенетических звеньев в развитии синдрома поликистозных яичников и бесплодия в дальнейшем [5].

Цель исследования – провести анализ концентрации витамина D у женщин репродуктивного и перименопаузального периода.

Материалы и методы. Обследованы 206 чел., из них 43 женщины в возрасте от 18 до 25 лет, 23 женщины – в возрасте 26-35 лет, 22 женщины – 36-40 лет, 88 женщин – в возрасте 41-50 лет и 30 – старше 50 лет.

Определение 25(ОН)D в сыворотке крови проводили методом хемилуминесцентного иммуноанализа на базе Профессорского консультативного центра.

Для статистической обработки и анализа результатов исследования использовали пакет программ Microsoft Excel 2010.

Результаты. Исследование содержания метаболита витамина D в возрастной группе от 18 до 25 лет показало следующее среднее значение – $38,26 \pm 2,48$ нг/мл. У 62,8% женщин нормативные значения 25(OH) D ($48,3 \pm 2,53$ нг/мл).

У женщин в возрасте 26-35 лет среднее содержание метаболита витамина D составило $34,31 \pm 3,41$ нг/мл. У 4,4% женщин диагностирован авитаминоз D ($4,0$ нг/мл), у 13,0% отмечен дефицит витамина D ($10,14 \pm 4,13$ нг/мл), у 21,7% – недостаточность витамина D ($27,28 \pm 1,68$ нг/мл), 60,9% имели нормативные значения 25(OH) D ($44,16 \pm 2,72$ нг/мл).

Исследование уровня 25(OH) D у женщин в возрасте 36-40 лет показало сниженное среднее содержание метаболита витамина D – $27,18 \pm 2,5$ нг/мл. Дефицит витамина D имели 31,8% обследованных ($14,56 \pm 1,36$ нг/мл), 31,8% – недостаточность витамина D ($24,55 \pm 1,39$ нг/мл). Только у 36,4% женщин выявлены нормативные значения 25(OH) D ($40,53 \pm 2,98$ нг/мл).

Сниженное среднее содержание метаболита витамина D ($22,17 \pm 1,39$ нг/мл) характерно и для возрастной группы в 41-50 лет.

У 12,5% женщин старше 50 лет установлен авитаминоз D ($6,2 \pm 0,49$ нг/мл), у 31,8% – дефицит витамина D ($14,89 \pm 0,38$ нг/мл), у 38,6% – недостаточность витамина D ($25,99 \pm 0,4$ нг/мл). Нормативные значения 25(OH) D ($38,81 \pm 2,98$ нг/мл) отмечены только у 17,1% женщин в возрасте 51 год, принимавших профилактическую дозу витамина D.

Среднее содержание метаболита витамина D – $18,35 \pm 1,29$ нг/мл, при этом нормативные значения 25(OH) D ($35,95$ нг/мл) определены лишь у 6,6% человек. Авитаминоз D ($7,39 \pm 1,33$ нг/мл) диагностирован у 10%, 56,7% обследованных имели дефицит витамина D ($15,93 \pm 0,61$ нг/мл), 26,7% – недостаточность витамина D ($23,18 \pm 2,31$ нг/мл).

Выводы. Изучение обеспеченности витамином D женщин репродуктивного возраста показало снижение его уровня в сыворотке крови у 68,0% пациентов (у 63,7 и 93,4% среди женщин перименопаузального и менопаузального периода).

Выявленные данные по содержанию витамина D у женского населения показали дефицит и недостаточность витамина D, что обосновывает необходимость организации единой стратегии по диагностике и коррекции витамин D-дефицитных состояний.

Литература

1. Булавенко, О. В. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика / О. В. Булавенко // Здоровье женщины – Россия, 2013. – № 2 – С. 125-127.
2. Захарова, И. Н. Роль метаболитов витамина D при рахите у детей / И. Н. Захарова [и др.] // ГОУ ЖПО РМАПО Росздрава – Москва, 2010г. – № 6 – С. 456-458.

3. Огороков, А. Н. Дефицит витамина D в клинической практике: современные методы диагностики и лечения: пособие для врачей / А. Н. Огороков. Минск: 2018 г.

4. Мальцева, Л. И. Практическая медицина/ Л. И. Мальцева [и др.] // Практическая медицина – Россия, 2017. – № 7 (76) – С. 1102-1106.

5. Поворознюк, В. В. Дефицит витамина D у взрослых / В. В. Поворознюк // Журнал Гродненского государственного медицинского университета – Гродно, 2016. – № 2 – С. 98-101.

ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ

Смолей Н. А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Согласно литературным данным, бесплодием страдают около 10% супружеских пар репродуктивного возраста [1]. По мнению некоторых авторов, бесплодие – заболевание, которое приводит к инвалидности как к нарушению функции [2]. Кроме того, известно, что бесплодие ведет к таким социальным, экономическим и культурным последствиям, как снижение числа родов, общей численности населения, естественного прироста.

В структуре причин бесплодия преобладающими являются сочетанные нарушения репродуктивной системы, что осложняет выбор необходимых методов диагностики и лечения данных состояний [3]. Несмотря на значительные достижения современной медицины в оказании помощи женщинам, страдающим бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии, значительная доля супружеских пар остаются бесплодными, что определяет необходимость поиска новых методов диагностики и лечения [4].

В настоящее время в гинекологии возросла частота выполнения эндоскопических операций [5]. Однако проблема бесплодия остается актуальной. Данный аспект дает повод клиницистам внедрять в практику новые комбинированные методики лечения, сочетающие в себе хирургический этап терапии и физиотерапевтический.

Цель – провести сравнительный анализ методов диагностики и лечения бесплодия, изучить эффективность использования гипербарической оксигенации в схеме лечения бесплодия трубно-перитонеального происхождения в совокупности с выполненным оперативным вмешательством у женщин, оценить восстановление репродуктивной функции у данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 168 случаев лечения пациенток с бесплодием трубно-перитонеального происхождения.

Пациентки были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 100 женщин, которым совместно с хирургическим лечением бесплодия назначалась физиотерапия, включающая гипербарическую оксигенацию; во 2 группу вошли 68 женщин с хирургической коррекцией бесплодия без воздействия физиотерапевтических процедур.

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ показал, что средняя продолжительность бесплодия у пациенток составила $5,2 \pm 0,3$ года. Следует отметить, что 78% пациентов страдали гинекологическими заболеваниями, такими как эктопия шейки матки, кисты яичников, миома матки, патология эндометрия, эндометриоз, нарушения овариально-менструального цикла.

При анализе вида оперативного вмешательства и его объема установлено, что в 94% случаев пациентам 1 группы и 83% пациентам 2 группы были выполнены лапароскопическая фимбриопластика, фимбриолизис и сальпингоовариолизис. Гистероскопия с удалением полипов эндометрия и субмукозных узлов выполнена у 26% женщин 1 группы и у 30% женщин 2 группы. Разные оперативные вмешательства на яичниках в виде декапсуляции, цистэктомии и дреллинга яичников были выполнены у 14 и у 13,3% женщин, соответственно, в 1 и 2 группах. Консервативная миомэктомия с последующей метропластикой выполнена у 6% пациентов 1 группы. Кроме того, следует отметить, что наступлению беременности способствовали разные процедуры и манипуляции, в том числе стимуляция овуляции, хирургическая коррекция, ЭКО и гипербарическая оксигенация у пациентов 1 группы.

Известно, что в основе гипербарической оксигенации лежит повышение парциального давления кислорода (pO_2) в жидких средах организма (плазме, лимфе, межтканевой жидкости и т. п.). Это приводит к соответствующему увеличению их кислородной емкости и сопровождается увеличением диффузии кислорода в гипоксические участки тканей. Регулируя давление кислорода во вдыхаемой газовой смеси, а, следовательно, и в альвеолах, можно дозированно увеличить его концентрацию во внутренних средах организма [6].

Использование гипербарической оксигенации в клинике показано почти при всех выраженных случаях острой и хронической кислородной недостаточности. Причем гипербарическую оксигенацию (иногда в сочетании с гипотермией и фармакологическими препаратами) применяют не только для борьбы с уже развивающейся гипоксией, но и для ее профилактики. Кроме того, известно, что кислород под повышенным давлением в ряде случаев обладает антимикробным действием (анаэробные и некоторые аэробные бактерии). Для его проявления тканевое pO_2 должно значительно превышать нормальный уровень, т. е. для этого необходимо добиться значительной гипероксигенации тканей [6].

Способность значительно увеличивать кислородную емкость крови позволяет использовать гипербарическую оксигенацию при патологических состояниях, когда гемоглобин полностью или частично исключается из процесса дыхания, а также для компенсации метаболических потребностей

организма в кислороде при снижении объема циркулирующей крови и скорости кровотока. При воздействии терапевтических режимов гипербарической оксигенации наблюдается закономерное изменение ряда жизненно важных функций организма, направленное на ограничение чрезмерного повышения pO_2 в тканях. Лечебное действие гипероксии может быть обусловлено не только ликвидацией тканевой гипоксии, но и непосредственным влиянием повышенного напряжения кислорода на те или иные структуры организма. В частности, сосудосуживающее действие кислорода на сосуды органов малого таза используют для борьбы с воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы.

Установлено, что среди пациентов 1 группы в 80% случаев наступила спонтанная беременность на первом году после проведения лечения, что практически в 2 раза выше по сравнению с пациентами 2 группы, где данный показатель составил 43,3% ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, высокая частота бесплодия среди женщин репродуктивного возраста обусловлена в главной степени наличием гинекологической патологии, требующей детальной диагностики, а также своевременного консервативного и хирургического лечения при подготовке пациенток к беременности. Применение гипербарической оксигенации у пациентов с бесплодием трубно-перитонеального происхождения после выполнения у них оперативных вмешательств, направленных на восстановление проходимости маточных труб, способствует улучшению метаболических процессов в органах малого таза, восстановлению микроциркуляции и улучшению венозного оттока, что приводит к стабилизации овариально-менструального цикла и благоприятно для наступления беременности.

Литература

1. Roupia, Z. Causes of infertility in women at reproductive age / Z. Roupia, M. Polikandrioti, P. Sotiropoulou et. al. // Health Science Journal. – 2009. – Vol. 3, Issue 2. – P. 80-87.
2. Zegers-Hochschild, F. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017 / F. Zegers-Hochschild, G.D. Adamson, S. Dyer et. al. // Fertility and Sterility. – 2017. – Vol. 108, No. 3. – P.393-406.
3. Абашидзе, А. А. Трубно-перитонеальное бесплодие и лапароскопия. Актуальность проблемы / А. А. Абашидзе, В. Ф. Аракелян // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. – № 2. – С. 77-79.
4. Дикке, Г. Б. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин. Возможности повышения эффективности лечения / Г. Б. Дикке, Г. И. Василенко // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 9. – С. 118-124.
5. Зайцева, О. В. Фертилоскопия как альтернатива гистеросальпингографии / О. В. Зайцева, Е. С. Любомудрова, Л. И. Кабакова // Медицина ХХІ століття : матеріали науково-практичної конференції молодих

СОВРЕМЕННОЕ ПЕРСПЕКТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНЕ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

Смолей Н. А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Из литературных источников известно, что система образования в медицине менялась и эволюционировала: от скучных и трудных в восприятии лекций несколько десятилетий назад до непосредственного обучения у постели пациента и на роботах-симуляторах в симуляционном центре на современном этапе. В настоящее время широко распространено использование симуляционного оборудования, роботов-тренажеров и систем искусственного интеллекта. Данный вид обучения стал возможен благодаря развитию науки и техники, созданию различных фантомов, способных работать не только в режиме реального времени, но и в виртуальной реальности [1, 2].

Для каждой медицинской специальности создана специальная медицинская техника, позволяющая имитировать разные ситуации, редкие и опасные заболевания, что чрезвычайно важно для развития клинического мышления у будущих врачей.

Так, например, новое оборудование для врачей-хирургов помогает осваивать и совершенствовать основные хирургические навыки: выбор инструментов и шовного материала, обработка ран, десмургия, наложение швов, ушивание брюшной стенки. Следует отметить, что, работая на эндохирургическом симуляторе, студенты учатся выбирать необходимый хирургический инструментарий, накладывать пневмоперитонеум, накладывать интракорпоральный шов и ушивать троакарную рану [1].

В то же время для будущих травматологов разработаны муляжи для перевязки ран, наложения жгута, иммобилизации конечности, аускультации пневмоторакса, выполнения торакоцентеза и плеврального дренажа [1].

Что касается обучения акушерству и гинекологии, то в настоящее время широко применяются на практике роботизированные симуляторы родов, интерактивные модели имитации родов и кесарева сечения, тренажеры для проведения влагалищного исследования, гинекологического осмотра, наружного акушерского исследования с использованием приемов Леопольда-Левицкого. Имеются также тренажеры для отработки практических навыков по ушиванию промежности, оценке степени раскрытия шейки матки в родах, осмотру и пальпации молочных желез. Одни из современных симуляторов – тренажер лапароскопических оперативных вмешательств и гистероскопических процедур [1, 2].

Следует отметить, что наряду с акушерством и гинекологией многие другие дисциплины студенты осваивают легче и с большим интересом на виртуальном тренажере для выполнения ультразвукового исследования.

Одно из главных преимуществ новейшего оборудования в том, что оно имеет систему обратной связи, что позволяет решать сложные клинические ситуационные задачи.

Установлено, что независимо от выбранной специальности все студенты и врачи-ординаторы должны владеть основными приемами по оказанию неотложной помощи: базовой сердечно-лёгочной реанимации, аспирации желудочного содержимого, восстановления дыхательной проходимости, гемостаза и наложения сосудистого шва, перикардиоцентеза и т. д.

Однако практика показывает, что успех овладения практическими навыками зависит не только от многократных повторений, но и от слаженной командной работы, способности работать вместе в единой бригаде. Таким образом, важно обучать студентов правилам коммуникации с медицинским персоналом и пациентами.

Цель – определить наиболее эффективные методы обучения молодых специалистов-медиков.

Материалы и методы исследования. Проведен сравнительный анализ результатов исследования уровня подготовки молодых специалистов-медиков. С этой целью применялись такие способы аттестации, как компьютерное тестирование, устный ответ, решение ситуационных задач и работа у постели пациента.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняли участие 354 молодых медицинских специалиста, из них 61% участников оказались студентами 6 курса со средним баллом в дипломе 9,06 по 10-балльной системе, а 39% участников были выпускниками медицинских вузов.

Результаты компьютерного тестирования показали, что большинство студентов и молодых врачей необходимую информацию запоминают механически, не применяя логического мышления. Данный факт свидетельствует о недостаточной эффективности используемого метода аттестации.

Устный ответ 76% опрошенных продемонстрировал достаточно высокий уровень теоретической подготовки, что позволило приступить к практическому вопросу и ожидать такого же результата. Однако при работе с ситуационными задачами, в которых необходимо было поставить диагноз и назначить лечение, молодые специалисты продемонстрировали невероятный результат: только 8,5% виртуальных пациентов остались в живых, все остальные «умерли» от неграмотно поставленного диагноза и, соответственно, от неадекватной терапии.

Данные результаты исследования свидетельствуют о том, что уровень практической подготовки студентов и врачей-интернов не так высок, как было ожидаемо. Следовательно, для решения сложившейся ситуации необходимо

разрабатывать новые образовательные программы на основе компетентностной модели.

Данные задачи решаются благодаря внедрению в образовательный процесс симуляционных технологий, которые имеют ряд преимуществ. Во-первых, симуляционное оборудование позволяет проводить реалистичное обучение студентов и врачей без риска для пациентов и преподавателей. Во-вторых, длительность учебного процесса не ограничена. Нет зависимости от графика работы клиники или от наличия пациента с данным заболеванием. Немаловажное значение имеет такое преимущество, как повторяемость, поскольку количество повторов выполнения манипуляции или операции, решения диагностических или клинических задач не ограничено. Более того, современные тренажеры позволяют отрабатывать тактику ведения пациентов в редких случаях или при смертельно опасных манипуляциях или вмешательствах. При этом студенты не боятся ошибиться, так как знают, что в случае неудачи ничего опасного не произойдет в реальной жизни. Это позволяет впоследствии выполнять даже сложные и высокотехнологичные медицинские вмешательства в клинике без стресса.

Следует отметить, что большинство симуляторов и тренажеров способны самостоятельно оценивать последовательность действий и правильность выполнения манипуляции, что важно в объективизации оценки практического мастерства на экзамене у студентов или на аккредитации у выпускников.

Выводы:

1. Применение консервативного метода обучения студентов медицинских вузов позволяет достичь достаточно высокой оценки теоретических знаний, однако применение их на практике неэффективно, поскольку правильность выполнения практических навыков не превышает 8,5%.

2. Использование симуляционных технологий в обучении наряду с многократной тренировкой практических навыков на тренажерах-симуляторах позволяет не только укрепить теоретическую базу у студентов, но и совершенствовать практическую подготовку и сформировать необходимое врачу клиническое мышление.

Литература

1. Горшков, М. Д. Симуляционный тренинг по малоинвазивной хирургии: лапароскопия, эндоскопия, гинекология, травматология-ортопедия и артроскопия / М. Д. Горшков, под ред. акад. Кубышкина В. А., проф. Свистунова А. А. – РОСОМЕД. – Москва, 2017. – 215 с.

2. Гутикова, Л. В. Алгоритм овладения практическими навыками по акушерству и гинекологии в лаборатории практического обучения : учебно-методическое пособие для студентов лечебного факультета и факультета иностранных учащихся (русский язык обучения) / Л. В. Гутикова, Т. В. Янушко, Н. А. Смолей. – Гродно : ГрГМУ, 2015. – 172 с.

КОРРЕКЦИЯ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Смолей Н. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что женщины с эндокринной патологией, в том числе с заболеваниями щитовидной железы, формируют группу риска по развитию недостаточности лактации. Нарушение тиреоидной функции, в частности, гипотиреоз, оказывает значительное влияние не только на биохимический состав молока, но и определяет количество секретируемого молока. Развивающаяся гипогалактия в свою очередь усугубляет расстройство эндокринного статуса в организме женщины. Раннее прогнозирование возможных нарушений лактационной функции родильниц с тиреоидной патологией имеет существенное значение в организации мероприятий по профилактике и коррекции гипогалактии [1].

Согласно последним литературным данным, поиск средств коррекции гипогалактии ведется в основном в двух направлениях. Одно из них связано с разработкой и применением лекарственных средств, преимущественно воздействующих на секрецию пролактина. Другое связано с развитием и совершенствованием немедикаментозных методов лечения.

Существует метод лечения гипогалактии, основанный на подавлении повышенной активности гипоталамической дофаминергической системы путем применения ее блокаторов. Наибольшее распространение получило использование нового поколения нейролептиков: церукал, сульпирид, дроперидол. Церукал – наиболее мощный стимулятор лактации, он повышает уровень пролактина и не дает побочных эффектов. Механизм действия церукала заключается в его способности блокировать дофаминовые рецепторы в гипоталамусе и гипофизе, что приводит к многократному увеличению содержания пролактина в крови. Однако, по мнению авторов, в незначительном количестве он поступает в материнское молоко и может проникать к ребенку. Известно применение с целью лечения гипогалактии антагониста дофамина мотилиума (домперидона). Лактогенный эффект проявляется непрерывным повышением суточного количества молока. Известен способ лечения гипогалактии с помощью лазера. В результате такого воздействия на молочные железы происходит усиление кровотока и повышение локальной температуры. При этом формируется опосредованное влияние через рецепторное поле молочных желез на гипоталамо-гипофизарную систему, стимулируя синтез гормонов лактогенного комплекса [1, 2].

Вместе с тем для стимуляции лактации и оптимизации качественного состава молока в рацион кормящих матерей, угрожаемых по гипогалактии, вводится специализированный белково-витаминный продукт «Фемилак-2», приготовленный с добавлением витаминов и таурина. Данный продукт способствует улучшению качественного состава молока и удлинению периода грудного вскармливания [1].

Недостатки представленных способов лечения – недостаточная их эффективность и отсутствие индивидуального подхода к родильнице с учетом ее эндокринного статуса.

Цель – разработка способа превентивной коррекции лактационных нарушений у женщин с гипотиреозом.

Материалы и методы исследования. Проведена коррекция гипогалактии у 70 женщин с клинически выраженным гипотиреозом, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 23 пациентки, получавшие традиционную схему лечения гипогалактии. Во вторую группу вошли 23 родильницы, которые в послеродовом периоде с целью нормализации тиреоидного статуса и лечения гипогалактии получали калия йодид в дозировке 300 мкг в сутки и органический селен в дозе 400 мкг в сутки. Третью группу определили 24 пациентки, которым была разработана схема коррекции лактационных нарушений согласно разработанному нами способу.

Схема коррекции лактационных нарушений, согласно разработанному способу, имела существенные отличия от традиционной. Прежде всего, учитывая соматическую патологию родильниц, а именно, наличие диффузного зоба с гипофункцией щитовидной железы, с целью нормализации тиреоидного статуса женщинам назначался левотироксин во время беременности в дозе 2,3 мкг/кг массы тела со снижением дозы до 1,6-1,8 мкг/кг в послеродовом периоде, калия йодид 300 мкг в сутки, органический селен 400 мкг в сутки, питание, направленное на повышение потребления йода и селена. Кроме того, схема лечения дополнялась назначением молочного белкового напитка «Беллакт Мама» в суточной дозе 200 мл напитка, соответствующей 1 порции [3, 4, 5]. Материал обработан на персональном компьютере с использованием компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ показал, что средний возраст обследованных женщин составил $27,0 \pm 0,64$, $27,1 \pm 0,75$ и $27,2 \pm 0,78$ года в первой, второй и третьей группах, соответственно.

Из анамнеза установлено, что 26,7% пациенток первой группы, 21,7% женщин второй группы и 19,6% пациенток третьей группы имели наследственный характер эндокринной патологии.

При определении функции щитовидной железы выявлены клинические признаки гипотиреоза: жалобы на зябкость, прибавку массы тела, не связанную с беременностью, сонливость, ухудшение внимания, снижение концентрации памяти, депрессию, выпадение волос, ломкость ногтей, брадикардию, гипотензию, частые упорные запоры. При исследовании уровня тиреотропного гормона его концентрация составила $4,6 \pm 0,83$; $4,5 \pm 0,92$; $4,6 \pm 0,43$ мкМЕ/мл в первой, второй и третьей группах, соответственно, в то время как содержание свободного тироксина было ниже нормы и составило $7,85 \pm 0,56$; $7,87 \pm 0,62$ $7,85 \pm 0,81$ пмоль/л, соответственно ($p < 0,05$).

При исследовании объема выделяемого молока на четвертые сутки послеродового периода у всех обследованных родильниц первой и второй групп и у 50% родильниц третьей группы обнаружена недостаточная его

секреция. Самые низкие показатели лактации оказались в первой группе: гипогалактия 1 степени диагностирована у 48%, гипогалактия 2 степени – у 43%, а гипогалактия 3 степени – у 9% родильниц этой группы. В то же время у женщин второй группы наблюдались явления гипогалактии 1 степени в 63% случаев, гипогалактии 2 степени – в остальных 37% случаев при полном отсутствии более тяжелых нарушений лактации. Этот факт свидетельствует о необходимости нормализации тиреоидного статуса в процессе восстановления лактации у женщин с гипотиреозом. У половины пациенток третьей группы при обследовании обнаружено достаточное выделение молока. Вместе с тем у трети родильниц этой группы (33,3%) обнаружена гипогалактия 1 степени и лишь у 16,7% – гипогалактия 2 степени.

Для оценки дальнейшей эффективности проводимой терапии выполняли контроль среднесуточного объема молока на седьмые-восьмые сутки послеродового периода. Согласно полученным данным, во всех группах наблюдалось увеличение количества молока, однако его динамика была разная. Среднесуточное содержание молока соответствовало норме у 17,4% родильниц первой группы, что оказалось в 3 раза меньше, чем во второй группе – 52,2%, и более чем в 4 раза меньше по сравнению с третьей группой – 75%. Таким образом, разработанный способ коррекции лактационных нарушений позволяет избежать явлений гипогалактии в 75% случаев уже на седьмые-восьмые сутки послеродового периода. При оценке степени тяжести лактационных нарушений обнаружено полное отсутствие их тяжелой формы у пациенток второй и третьей групп, в то время как в первой группе гипогалактия 3 степени имела место в 4,3% случаев. Вместе с тем гипогалактия 1 степени выявлена у 43,5% родильниц первой группы, у 34,8% женщин второй группы и у 20,8% пациенток третьей группы. Гипогалактия 2 степени диагностирована в 34,8; 13 и 4,2% случаев в первой, второй и третьей группах, соответственно ($p < 0,05$).

Это подтверждает эффективность использования калия йодида, органического селена и молочного белкового напитка «Беллакт Мама» в схеме превентивной коррекции гипогалактии у родильниц с гипотиреозом.

Выводы. Гипотиреоз – фактор риска развития гипогалактии у женщин в послеродовом периоде. Традиционная схема лечения гипогалактии у родильниц с гипотиреозом не обладает необходимой эффективностью, так как не учитывает исходный тиреоидный статус обследованных женщин. Разработанный способ превентивной коррекции гипогалактии у родильниц с гипотиреозом приводит к нормализации лактационной функции до 75% случаев и способствует пролонгированию периода грудного вскармливания.

Литература

1. Чернуха, Е. А. Нормальный и патологический послеродовой период: руководство / Е. А. Чернуха. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 119; 127-129; 133-134.

2. Стругацкий, В. М. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога: клинические аспекты и рецептура / В. М. Стругацкий, Т. Б. Маланова, К. Н. Арсланян // – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 101-109.
3. Абдулхабирова, Ф. М. Йоддефицитные заболевания и беременность / Ф. М. Абдулхабирова // Гинекология. - 2006. - Т. 8. - № 2. - С. 54-57.
4. Волкотруб, Л. П. Роль селена в развитии и предупреждении заболеваний (обзор) / Л. П. Волкотруб, Т. В. Андропова // Гигиена и санитария. – 2001. - № 3. – С. 57-61.
5. Зайцев, В. А. Возможные пути устранения недостатка селена в питании жителей Республики Беларусь / В. А. Зайцев [и др.] // Актуальные проблемы гигиены и эпидемиологии: сб. науч. трудов / Минск, 2006. – С. 281-283.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Солонко И. И.¹, Пересада О. А.², Скрыгина Е. М.¹

¹УЗ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и
фтизиатрии», г. Минск, Беларусь

²УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы во многих странах мира отмечен рост вульвовагинального кандидоза, который регистрируется не только как самостоятельное заболевание, но и как сопутствующее другим инфекциям. Развитие вульвовагинального кандидоза приводит к ухудшению качества жизни пациентов и является одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу. По данным литературы, около 75% женщин в возрасте до 25 лет имели как минимум один эпизод вульвовагинального кандидоза в анамнезе, 40-50% – повторные эпизоды и 5% женщин – рецидивирующую форму заболевания. Частота вульвовагинального кандидоза составляет 30-45% в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела генитального тракта [1]. Это связано с резким увеличением числа факторов риска в развитии микозов, а также изменением окружающей среды. Кандидозную инфекцию рассматривают как болезнь современной цивилизации, «болезнь от лечения», являющуюся отражением широкого бесконтрольного применения лекарственных средств, экологических стрессов и социальных проблем, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека. Одна из главных причин – увеличение иммунодефицитных состояний, неправильного питания, частых стрессов, фармакологического бума с бесконтрольным применением лекарственных средств, в первую очередь антибактериальных препаратов и гормональных контрацептивов [1, 2, 3]. Изменение нормального микробиоценоза слизистых

оболочек и кожи вследствие нерационального или вынужденного применения антибактериальных препаратов – одна из частых причин вульвовагинального кандидоза. Риск развития заболевания возрастает при использовании комбинаций антибиотиков разных классов и по мере увеличения длительности их приема. Особенно тяжелые формы вульвовагинального кандидоза развиваются у лиц с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе туберкулёзом, когда прекращение длительной системной терапии невозможно и неблагоприятные факторы (изменение состояния иммунной системы вследствие основного заболевания и длительный прием антибактериальных препаратов) суммируются [3].

Цель – провести анализ клинико-лабораторных изменений, развивающихся у пациентов с вульвовагинальным кандидозом во время лечения туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, для уточнения особенностей течения заболевания и определения эффективности местного лечения вульвовагинального кандидоза.

Материалы и методы. Проведено клинико-микробиологическое обследование и лечение 32 пациенток с вульвовагинальным кандидозом в возрасте от 18 до 45 лет, находившихся на стационарном лечении туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии. Средний возраст женщин составил $32,6 \pm 6,4$ года. Диагноз вульвовагинального кандидоза был выставлен на основании жалоб, клинических данных и результатов микроскопического и микробиологического методов исследования. Лабораторные исследования проводили трижды – до лечения, через 5-7 дней проведения терапии и через 30 дней после лечения. Во время каждого визита оценивали жалобы, проводили осмотр вульвы, влагалища и шейки матки в зеркалах. Расширенную кольпоскопию проводили дважды: до лечения и через 30 дней после лечения. Основными жалобами всех пациенток были зуд и выделения из половых путей разной интенсивности. После подтверждения диагноза вульвовагинального кандидоза всем пациенткам было назначено лечение в виде однократного применения препарата сертаконазол, суппозитории вагинальные по 300 мг.

Результаты и их обсуждение. В структуре клинических форм туберкулёза у обследуемых женщин удельный вес малых форм туберкулёза (туберкулома, очаговый туберкулёз) составил всего 15,6%. Очаговый туберкулёз с деструкцией – 9,4%, туберкулома с распадом – 6,3%, в одном случае (3,1%) выявлен туберкулёзный плеврит в сочетании с туберкулёзом лёгких. У наблюдаемых пациентов преобладали инфильтративные процессы (78,1%), диссеминированный туберкулёз – у одной пациентки (3,1%). При инфильтративном туберкулёзе в 56,3% случаев поражение затрагивало правое лёгкое, в 37,5% случаев – левое и в 6,2% – оба лёгких. Бактериовыделение отмечено у 32 (100%) наблюдаемых женщин. У всех бактериовыделителей имелась устойчивость к противотуберкулёзным лекарственным средствам. Среди всех лекарственно-устойчивых форм устойчивость к рифампицину была у 32 пациенток (100%), множественная лекарственная устойчивость –

у 19 (59,4%), широкая лекарственная устойчивость – у 8 (25,0%), множественная лекарственная устойчивость и устойчивость к фторхинолонам – у 5 (15,6%).

При микробиологическом исследовании отделяемого из влагалища грибы рода *Candida* выявлены у всех 32 пациенток. При определении видового состава дрожжевых грибов установлено, что возбудителями вульвовагинального кандидоза у 30 (93,7%) пациенток были грибы — *Candida albicans*, у 2 (6,3%) женщин – *Candida glabrata*. Монокандидозная инфекция диагностирована у 18 (56,3%) женщин, сочетание дрожжеподобных грибов рода *Candida* с другими условно-патогенными и патогенными микроорганизмами — у 14 (43,7%). Частота развития вульвагинального кандидоза не зависела от клинической формы туберкулёза. Показание для лечения вульвовагинального кандидоза – клинические проявления, подтвержденные лабораторными данными. При осмотре в зеркалах у всех пациенток были обнаружены гиперемия и отечность стенок влагалища и вульвы, а также умеренные или обильные выделения из половых путей. При проведении расширенной кольпоскопии у 17 (53,1%) пациенток были признаки цервицита, у 7 (21,9%) наличие зоны трансформации, у 5 (15,6%) их объединение. Все изменения на шейке матки имели доброкачественный характер.

Для лечения вульвовагинального кандидоза используют препараты разных групп, в основном полиенового ряда (нистатин, натамицин, амфотерицин В), имидазолового ряда (клотримазол, кетоконазол, миконазол, бутоконазол), триазолового ряда (флуконазол, итраконазол). Многие исследователи считают, что залог успешной терапии – такие мероприятия, как отмена эстроген-гестагенных, антибактериальных препаратов, отказ от вредных привычек, ограничение углеводов, использование местной и при необходимости системной терапии кандидоза [1, 4]. Однако при туберкулёзе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью проводится полихимиотерапия четырьмя и более противотуберкулёзными средствами в течение от 6 до 20 месяцев и прекращение длительной терапии в случае возникновения вульвовагинального кандидоза невозможно. Поэтому требуется проведение эффективной противомикотической терапии, обладающей высокой фармакологической эффективностью и переносимостью. Многими исследователями показано, что местные лекарственные средства для терапии вульвовагинального кандидоза создают высокую концентрацию на слизистой оболочке и обеспечивают быстрое уменьшение клинических симптомов [2, 4]. Однако не всегда пациентки более комплаентны к проводимой местной терапии, чем к системной, в связи с большей ее длительностью и неудобством интравагинального введения препаратов. В этом отношении необходимо отметить местный антимикотический препарат с однократным режимом дозирования. Сертаконазол оказывает не только фунгистатическое, но и фунгицидное воздействие. В связи с этим нами была проведена оценка эффективности использования препарата сертаконазол в лечении

вульвовагинального кандидоза у пациенток с туберкулёзом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. На второй день после лечения все пациентки отметили снижение выраженности зуда и интенсивности выделений из половых путей. Переносимость препарата все пациентки отметили как отличную или хорошую. Ни в одном случае не было зарегистрировано побочных эффектов препарата. Все пациентки были полностью комплаентны терапии. В конце седьмого дня после лечения клинические симптомы вульвовагинального кандидоза полностью исчезли у 30 (93,7%) женщин. При микроскопическом и культуральном исследовании грибов рода *Candida* не было выявлено у 29 (90,6%) пациенток. У 2 (6,3%) женщин кандиды выявлены в количестве <104 КОЕ/мл, у 1 (3,1%) женщины – в количестве 105 КОЕ/мл. Пациенткам, у которых снова выявлены грибы рода *Candida*, лечение было продолжено – повторно однократно назначено вагинальное введение суппозитория сертаконазола. После повторного использования препарата все женщины (100%) отметили полное отсутствие симптомов заболевания. Повторные микроскопические и культуральные исследования, проведенные через 7 дней, показали отсутствие грибов и роста неспецифических возбудителей не было выявлено ни в одном случае. Через 1 месяц всем пациенткам, несмотря на отсутствие жалоб, было снова предложено проведение микроскопического и культурального исследования вагинальных выделений. Микроскопическое исследование не выявило патологии ни у кого из женщин. В результате микробиологического исследования у 31 (96,9%) пациентки роста кандид не было обнаружено, у 1 (3,1%) женщины кандиды выявлялись в концентрации 102 КОЕ/мл, что было расценено как бессимптомное кандидоносительство. Роста неспецифической микрофлоры не обнаружено. По данным расширенной кольпоскопии явления эктоцервицита остались лишь у 1 (3,1%) пациентки. Зона трансформации диагностирована в том же количестве пациенток, что и до лечения (21,9%), однако имела место тенденция к уменьшению площади патологических изменений на шейке матки.

Выводы. Полученные результаты исследования показали значительную клиническую и микробиологическую эффективность местного лечения вульвовагинального кандидоза у женщин репродуктивного возраста с туберкулёзом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью препаратом сертаконазол, суппозитории вагинальные по 300 мг. Клиническая эффективность лечения вульвовагинального кандидоза в нашем исследовании составила 93,7%. Побочных эффектов и аллергических реакций при использовании препарата в ходе исследования не выявлено.

Литература

1. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы терапии. М.: ГЭОТАР Медиа, – 2010. – 80 с.
2. Федотов В. П. Актуальные проблемы кандидоза (размышления миколога-дерматовенеролога – по данным литературных и собственных

исследований // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2012. – № 1-4. – С. 103 - 128.

3. Лысенко О. В., Игликов В. А., Теплова С. Н. Клинико-иммунологическая характеристика вульвовагинального кандидоза у женщин, болеющих туберкулёзом лёгких // Вестн. дерматол. и венерол. – 2010. – № 6. – С. 58 – 67.

4. Пестрикова Т. Ю., Юрасова Е. А., Котельникова А. В. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему // РМЖ. Мать и дитя. – 2017. – № 25 (26). – С. 1965 – 1970.

ОЦЕНКА ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЦЕРВИКСА И РАЗНЫМ ВПЧ-СТАТУСОМ

Станько Д. Э.¹, Кухарчик Ю. В.¹, Добрук Е. Е.², Кузьмич И. И.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. В литературе последних лет внимательно обсуждается участие отдельных штаммов вируса папилломы человека в формировании интраэпителиальных неоплазий шейки матки у женщин. В то же время в ряде работ доказано, что носительство ВПЧ не обязательно приводит к развитию цервикальной интраэпителиальной неоплазии, поскольку в организме женщины должны присутствовать дополнительные факторы, синергичные ВПЧ и способствующие изменению клеточной структуры поверхностного эпителия на фоне цервицита [2]. Имеются данные о наличии связи между состоянием показателей вагинального биоценоза и активностью ВПЧ [1, 3].

Цель – определить особенности микрофлоры влагалища нерожавших женщин с воспалительной болезнью цервикса при наличии и отсутствии выявленного методом ПЦР ВПЧ высокого канцерогенного риска.

Материалы и методы. Обследованы 32 женщины с воспалительной болезнью шейки матки и наличием ВПЧ ВКР, включенные в основную группу. Группу сравнения составили 25 женщин с воспалительной болезнью шейки матки и негативным результатом обследования на ВПЧ ВКР. Все пациентки проходили обследование в ГУЗ ГЦГП «Женская консультация № 2», поликлинике УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Критерии включения в группы: наличие предварительного диагноза воспалительной болезни шейки матки, наличие либо отсутствие генотипа ВПЧ ВКР, определенного методом ПЦР, отсутствие изменений шейки матки как следствия процесса родов или иных манипуляций. Женщинам проводились простая и расширенная кольпоскопия, бактериоскопическое и

бактериологическое исследование вагинального отделяемого, ПЦР на наличие онкотипов ВПЧ ВКР. В процессе анализа использовался стандартный статистический пакет Statistica 10. Достоверность различий между показателями оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования выяснено, что возраст менархе в обеих группах обследуемых девушек статистически не различался: в основной группе – $13,2 \pm 1,5$ года, в группе сравнения – $12,9 \pm 1,7$ года ($p > 0,05$). Средний возраст пациенток в обеих группах также не различался и составил $24,4 \pm 5,3$ года ($p > 0,05$). Как показал анализ, ни у кого из женщин в группах не определялась I-II степень чистоты влагалищного содержимого. III степень чистоты влагалищного содержимого установлена у 12 ($37,5 \pm 6,3\%$) пациенток основной группы и у 11 ($44 \pm 6,9\%$) – группы сравнения ($p > 0,05$), IV степень чистоты – у 20 ($62,5 \pm 6,4\%$) и 14 ($56 \pm 6,5\%$), соответственно ($p > 0,05$). Бактериальная флора у женщин в обеих группах была представлена кокками, палочками или их сочетанием. У 11 ($34,4 \pm 6,1\%$) женщин с ВПЧ и у 6 ($24,0 \pm 7,0\%$) пациенток без ВПЧ обнаружены ключевые клетки, что свидетельствовало о наличии биопленочного бактериального вагиноза ($p < 0,05$). У части женщин присутствовала специфическая флора (хламидийная инфекция) – у 1 ($3,2 \pm 1,8\%$) в основной группе и у 1 ($4,0 \pm 1,9\%$) в группе сравнения – ($p > 0,05$). У 19 ($59,3 \pm 4,4\%$) женщин основной группы и у 14 ($56,0 \pm 6,5\%$) ($p > 0,05$) пациенток группы сравнения выявлены дрожжеподобные грибы. Кроме того, у 20 ($62,5 \pm 6,4\%$) женщин в основной группе и у 14 ($60,0 \pm 5,5\%$) в группе сравнения обнаружена лейкорея как проявление воспалительного процесса.

Установлено, что у женщин, инфицированных ВПЧ, среди анаэробов преобладали *Bacteroides* spp., которые высевались в 24 ($68,7 \pm 4,3\%$) случаях в среднем количестве $6,74 \pm 0,82$ lg КОЕ/мл. В группе сравнения бактероиды высевались достоверно реже – в 7 ($28,0 \pm 6,3\%$) случаях в среднем количестве $4,42 \pm 0,73$ lg КОЕ/мл ($p < 0,001$). Более редко в основной группе высевались *Peptostreptococcus* spp., которые зафиксированы у 18 ($56,3 \pm 4,5\%$) женщин в среднем количестве $4,83 \pm 0,68$ lg КОЕ/мл. В группе сравнения – у 26 ($24,0 \pm 7,7\%$) в среднем количестве $4,22 \pm 0,81$ lg КОЕ/мл ($p < 0,001$).

Propionibacterium spp. отмечались в 17 ($53,1 \pm 6,5\%$) случаях в среднем количестве $1,62 \pm 0,56$ lg КОЕ/мл в основной группе, что также достоверно больше, чем в группе сравнения, – 8 ($32,0 \pm 6,1\%$) и $0,48 \pm 0,71$ lg КОЕ/мл ($p < 0,001$), соответственно.

Реже всего в основной группе высевались лактобактерии – в 3 ($9,4 \pm 3,2\%$) случаях в среднем количестве $3,14 \pm 0,18$ lg КОЕ/мл. В группе сравнения этот показатель достоверно выше – 5 ($20,0 \pm 6,6\%$) и $4,51 \pm 0,22$ lg КОЕ/мл ($p < 0,05$), соответственно.

Выводы. Таким образом, исследование видового и количественного состава флоры женщин с воспалительными заболеваниями шейки матки показало, что наиболее часто и независимо от сопутствующего инфицирования ВПЧ в посевах преобладают грибы рода *Candida* spp., что свидетельствует об

определенном состоянии иммунной системы пациенток. Отмечается рост анаэробной флоры в условиях присутствия ВПЧ ВКР с развитием биопленочного бактериального вагиноза, составляя половину случаев определенного избытка бактероидов в вагинальном содержимом. В то же время у женщин с ВПЧ было снижено число *Lactobacillus* spp. и по сравнению с пациентками без ВПЧ. Выделение сопутствующей патогенной флоры позволило определить тактику противовоспалительной терапии и коррекции биоценоза влагалища женщин выделенных групп.

Литература

1. Кононова, И. Н. Коррекция анаэробных дисбиозов влагалища у пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями / И. Н. Кононова, Т. А. Обоскалова, Е. С. Ворошила // *Акушерство и гинекология*. – 2014. – Т. 3. – С. 87-90.
2. Радзинский, В. Е. Индукторы интерферонов в комплексной терапии заболеваний шейки матки при персистирующей папилломавирусной инфекции / В. Е. Радзинский, И. М. Ордиянц, Н. В. Буянова // *Акушерство и гинекология*. – 2018. – № 1. – С. 121-126.
3. A large, population-based study of age-related associations between vaginal pH and human papillomavirus infection / M. A. Clarke [et al.] // *BMC infectious diseases*. – 2012. – Vol.12, №. 1. – P. 1-9.

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОЛЬПОСКОПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПРЕССИЕЙ P16/KI67 У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

**Станько Д. Э.¹, Янушко Т. В.¹, Кухарчик Ю. В.¹, Добрук Е. Е.²,
Кузьмич И. И.²**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Основной метод скрининга рака шейки матки и предраковых состояний – цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала в сочетании с ВПЧ-тестированием либо без него. Несмотря на общедоступность, надежность и широкое применение, данный метод имеет ряд недостатков: отсутствие стандартных методов взятия биоматериала для исследования и, как следствие, проблема ложноотрицательных и ложноположительных заключений, неудобства, связанные с повторным взятием материала. Жидкостная цитология способна улучшить результаты скрининга, связанные с процессом подготовки мазков к микроскопическому исследованию. В то же время негативный тест на ВПЧ не

исключает рецидивы у пациенток после конизации, поскольку важен именно трансформирующий потенциал вируса, а не детекция инфицирующих вирусных частиц [1, 2]. Дополнительную информацию при скрининге может дать проведение иммуноцитохимического исследования с определением коэкспрессии маркеров p16 и Ki67, которое рекомендовано в качестве подтверждающего метода выявленных при скрининге изменений и определения степени выраженности неоплазии шейки матки. Особый интерес представляет кольпоскопическая интерпретация заболевания в зависимости от морфологического и иммуноцитохимического статуса посредством кольпоскопических индексов, которые имеют низкую частоту использования в клинической практике.

Цель – оценить связь кольпоскопических индексов у пациенток с ЦИН разной степени выраженности с их ИЦХ статусом при окрашивании на маркеры p16/Ki67.

Материалы и методы. Обследованы 64 женщины с верифицированным диагнозом CIN 1-3 степени за период 2019-2021 гг. В зависимости от гистологического заключения первую группу составили 34 пациентки с диагнозом CIN 1, вторую группу – 30 пациенток с заключением CIN 2-3. Все пациентки проходили обследование в ГУЗ ГЦГП «Женская консультация № 2», поликлинике УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Женщинам проводилась комплексная диагностика, включающая простую и расширенную кольпоскопию с интерпретацией признаков в соответствии с Международной кольпоскопической классификацией (Барселона, 2003; Рио-де-Жанейро, 2011), прицельная биопсия с гистологическим исследованием цервикальных биоптатов, иммуноцитохимическое определение экспрессии p16/Ki67 тест-системой «CINtec Plus kit», производство Германия. Для унификации кольпоскопических результатов использовали индекс R. Reid и клинко-кольпоскопический индекс M. Shafi – S. Nazeer с определением балльной оценки. Критерием исключения были случаи кольпоскопически неадекватного цервикса. Статистический анализ проводили с использованием пакета STATISTICA 10.0 при значимом уровне достоверности $p < 0,05$. Для оценки корреляции использовался F-критерий Фишера, сила корреляции определялась по Спирмену.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования выяснено, что возраст менархе в обеих группах обследуемых женщин статистически не различался: в основной группе – $14,4 \pm 2,5$ года, в группе сравнения – $13,9 \pm 2,7$ года ($p > 0,05$). Средний возраст пациенток в обеих группах различался и составил $24,9 \pm 5,37$ года в первой группе и $30,4 \pm 8,11$ года во второй ($p > 0,05$).

В 1 основной группе зафиксированы единичные случаи двойного окрашивания маркеров ($p = 0,44$). Во 2 группе коэкспрессия p16 и Ki-67 была отмечена у каждой второй женщины, она доминировала относительно 1 группы (5,8%). Сравнительный анализ позволил установить наличие при CIN2-3 статистически значимого преобладания уровня биомаркеров в сравнении с CIN1 ($p = 0,003$). При этом позитивность на оба маркера отмечена во всех

случаях преимущественного выявления CIN3 и в 65% (ДИ 0,36-0,80) случаев CIN2, что может быть интерпретировано как HSIL. При проведении расширенной кольпоскопии установлена более высокая частота регистрации аномальных кольпоскопических картин 2 типа во второй группе по сравнению с первой, которой были присущи критерии АКК 1 типа ($\phi=0,152$, $p=0,0021$). При сравнении кольпоскопических картин у пациенток с CIN 2-3 HSIL по результатам ИЦХ отмечается корреляция с более тяжелой АКК 2 типа ($\phi=0,0025$, $p=0,046$). Для первой группы значения индекса Reid и Shafi-Nazeer составили $2,16 \pm 0,16$ и $2,47 \pm 0,21$, что значительно отличается от таковых для группы CIN2-3, соответственно ($6,0 \pm 0,4$ и $6,9 \pm 0,49$ при $p < 0,05$). Установлена корреляционная связь между ИЦХ маркерами и величиной кольпоскопического индекса у пациентов с CIN. Выявленные изменения подтверждают зависимость частоты выявления p16 и Ki-67 от выраженности кольпоскопических признаков по Reid и Shafi-Nazeer ($r_s=+0,392$, $p=0,0008$; $r_s=+0,384$, $p=0,0014$, соответственно).

Выводы. Таким образом, у пациенток с CIN 2-3 определяется более высокое значение кольпоскопического индекса по сравнению с CIN 1. Величина кольпоскопического индекса также коррелирует с экспрессией p16/Ki-67, а также степенью поражения и вероятностью прогрессивного течения CIN при адекватной кольпоскопической картине.

Литература

1. Современные представления о предикторах и методах профилактики рецидивов цервикальной интраэпителиальной неоплазии после петлевой электроэксцизии / В. Н. Прилепская [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2020. – №. 12. – С. 81-88.
2. Factors affecting residual/recurrent cervical intraepithelial neoplasia after cervical conization with negative margins / A. Fan [et al.] // Journal of medical virology. – 2018. – Vol. 90, №. 9. – P. 1541-1548.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ В ГОМОЗИГОТНОМ ВАРИАНТЕ PAI-1 И ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ ВАРИАНТАХ APOE, F2, F13A1, MTHFR, MTR, ACE

Ступакевич М. Б.¹, Ганчар Е. П.², Сайковская В. Э.¹, Добрук Е. Е.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Понятие «тромбофилия» объединяет все наследственные и приобретенные нарушения гемостаза, при которых возникает предрасположенность к раннему проявлению и рецидивированию тромбозов,

тромбоэмболии, ишемии и инфарктов органов [1]. Для практических целей очень важно выделять врожденную тромбофилию, поскольку речь идет о тромбогенных факторах, сопровождающих пациентов на протяжении всей жизни. У пациенток с тромбофилией тромботические осложнения возникают в ситуациях, когда у других людей подобные осложнения не наблюдаются: при назначении пероральных контрацептивов, при беременности, при неосложненных хирургических операциях, при длительных путешествиях и сохраненной неудобной позе и т. д. Акушерские потери характеризуются выкидышами раннего срока, выкидышами позднего срока, повторяющимися неразвивающимися беременностями, возникновением тяжелых форм преэклампсии с прерыванием беременности до срока 34 недели, развитием синдрома задержки роста плода, антенатальной гибели плода, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

К врожденным тромбофилиям относятся следующие состояния:

- дефицит содержания белков-антикоагулянтов: антитромбина III (АТ III) ниже 70% (по активности), протеина С (ПС) ниже 65%, протеина S (ПС) ниже 55%;
- полиморфизм генов FV Лейден – гомо- (А/А) или гетерозиготное носительство (А/Г);
- полиморфизм гена протромбина FII G20210A – гомо- (А/А) или гетерозиготное носительство (А/Г);
- полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) C677T – гомо- (Т/Т) или гетерозиготное носительство (С/Т);
- полиморфизм гена ингибитора активатора плазминогена I типа (plasminogen activator inhibitor – PAI-I) – гомо- (4G/4G) или гетерозиготное носительство (4G/5G).

При тромбофилиях создаются условия для нарушения процессов имплантации, плацентации, роста плода, развивается системная эндотелиальная дисфункция, активируется провоспалительный ответ и формируется прокоагуляционный потенциал свертывающей системы крови, вследствие чего у носителей генетических мутаций реализуются тромботические и акушерские осложнения [2, 3]. Данная статья посвящена редкому клиническому случаю сочетанного носительства мутаций генов гемостаза у женщины с реализованными акушерскими осложнениями в анамнезе и успешными родами в связи с выявленной наследственной тромбофилией и адекватной терапией на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде.

Цель исследования – представить результат успешного ведения беременности у пациентки с полиморфизмом генов в гомозиготном варианте PAI-1 и гетерозиготных вариантах APOE, F2, F13A1, MTHFR, MTR, ACE.

Материалы и методы. В работе изложена оптимальная диагностическая и лечебная тактика ведения пациентки с наследственной тромбофилией (сочетанием гомозиготной мутации PAI-1 и гетерозиготных форм APOE, F2, F13A1, MTHFR, MTR, ACE).

Результаты и их обсуждение. Пациентка Ш., 1989 г. рождения, европейского происхождения, с индексом массы тела $21,1 \text{ кг/м}^2$, обратилась в поликлинику УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в 2019 г. для консультации с целью планирования беременности.

В анамнезе 3 самопроизвольных выкидыша: в сроках 8 недель (2016 г.), в 4-5 недель (2018 г.), в 8-9 недель (2018 г.). Анатомические, гормональные и инфекционные причины невынашивания беременности исключены. Соматический анамнез: миопический астигматизм обеих глаз. Со слов пациентки, наследственный тромбофобический и акушерский анамнез также не отягощены (у бабушки инсульт после 70 лет). Онкологический анамнез отягощен (у дедушки рак лёгкого).

В лаборатории ГНУ «Института генетики и цитологии НАН Беларуси» пациентке проведено обследование на носительство мутаций генов системы гемостаза методом полимеразной цепной мутации, выявлены: гомозиготная форма мутации гена ингибитора плазминогена (PAI-1), гетерозиготные формы гена аполипопротеина Е (APOE), гена II фактора свертывания крови – протромбина (F2), гена XIII фактора свертывания крови (F13A1), гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), гена метионинсинтазы (MTR), гена ангиотензин-превращающего фермента (ACE).

Пациентка детально обследована на носительство приобретенных форм тромбофилий: антифосфолипидные антитела не обнаружены; антитромбин III, протеин С, протеин S, гомоцистеин в пределах нормы.

При наступлении беременности с ранних сроков назначена антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами (НМГ) – далтепарин натрия в профилактической дозе 2500 Ед подкожно ежедневно. Проводился контроль гемостаза, уровень D-димеров 1 раз в 3 недели. На 9-й неделе беременности у пациентки появились жалобы на скудные кровянистые выделения из половых путей; была назначена терапия, направленная на пролонгирование беременности препаратами прогестерона, спазмолитическая терапия без отмены НМГ. В течение недели симптомы угрозы прерывания беременности купировались. С 12 до 36 недель беременности пациентке назначен кардиомагнил 75 мг/сутки. В связи с признаками гиперкоагуляции в гемостазиограмме и прибавке массы тела 8 кг в сроке 20 недель доза НМГ была скорректирована и увеличена до высокой профилактической – 5000/сут, под контролем анти-Ха-активности. В 26 недель пациентка перенесла короновирусную инфекцию в легкой форме.

В сроке 39-40 недель (277 дней) излились светлые околоплодные воды, проводилась индукция родов динопростом. Развилась слабость родовой деятельности, не корригируемая медикаментозными средствами. Проведено экстренное кесарево сечение, родился живой, доношенный ребенок, мужского пола, массой 4100 г, длиной 55 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.

В послеродовом периоде назначена терапия НМГ в дозе 2500 Ед/сут в течение 6 недель под контролем системы гемостаза.

Таким образом, благодаря персонифицированному подходу к тромбопрофилактике в данной клинической ситуации беременность успешно завершилась рождением здорового ребенка, без тромботических осложнений. Известно, что беременность – это состояние, которое сопровождается физиологической гиперкоагуляцией и способствует реализации ранее бессимптомной тромбофилии не только в форме тромбозов, но и осложнений беременности, таких как привычные потери плода, преэклампсия, HELLP-синдром, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробная задержка роста плода. Патогенез этих осложнений связан с развитием системной эндотелиопатии и микротромбоза, инфарктами плаценты, нарушением маточно-плацентарного кровотока. Пациентка с сочетанной генетической тромбофилией, которая обратилась к нам с невынашиваниями беременности, – яркий пример этому. Своевременное проведение анализа на наличие полиморфизмов генов системы гемостаза определяет дальнейшую тактику ведения таких пациенток. Важно отметить необходимость проведения лабораторного обследования женщин на наследственные и приобретенные формы тромбофилий не только с личным или семейным анамнезом тромбозов, но и у пациенток с реализованными акушерскими осложнениями. Учитывая положительное влияние НМГ на исход беременности у пациентки с полиморфизмом генов в гомозиготном варианте PAI-1 и гетерозиготных вариантах APOE, F2, F13A1, MTHFR, MTR, ACE, мы считаем целесообразным и эффективным применение антикоагулянтной терапии с ранних сроков гестации для профилактики отрицательных акушерских событий.

Вывод. Приведенный нами клинический случай демонстрирует важность знаний в области клинической гемостазиологии для акушерской практики, благодаря чему у данной пациентки проведено целенаправленное обследование и подобрана патогенетически обоснованная профилактическая терапия.

Литература

1. Беременность высокого риска. Под ред. А. Д. Макария, Ф. А. Червенака, В. О. Бицадзе. М.: МИА. – 2015. – с. 920.
2. Краснопольский, В. И. Ведение беременных с тромбофилией / В. И. Краснопольский // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – № 13 (4). – 79-81.
3. Рудзевич, А. Ю. Изменения гемостаза у беременных с тромбофилией, возможность профилактики осложнений беременности при приобретенной тромбофилии и антифосфолипидном синдроме / А. Ю. Рудзевич // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2019. – № 1. – С. 48-54.

АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА У ЛАКТИРУЮЩИХ ЖЕНЩИН И УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ИХ ИЗ РАЗНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Томчик Н. В.¹, Хлебовец Н. И.¹, Янковская Н. И.¹, Викторovich Ю.¹,
Лукашик С. Д.², Онегин Е. Е.³

¹УО Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

УЗ «Детская поликлиника № 1», г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Одно из важнейших условий развития здорового ребенка – питание беременных и кормящих женщин, которое адекватно физиологическим потребностям организма в этот период [1, 3]. Известно, что будущее здоровье человека начинает формироваться задолго до его появления, что связано с нутритивным статусом и питанием будущей мамы. Кроме того, избыточное несбалансированное питание беременной женщины может стать предрасполагающим фактором для развития у ребенка во взрослой жизни ожирения, сахарного диабета 2-го типа, артериальной гипертензии [5-7]. Согласно современным представлениям, исключение из диеты матерей во время беременности и кормления грудью потенциально аллергенных продуктов не защищает от возникновения аллергии, а даже повышает ее риск [3].

Правильный и сбалансированный рацион лактирующих женщин оказывает непосредственный вклад в формирование качественного состава грудного молока, характеризуемого уникальными нутритивными, иммунорегуляторными и информационными свойствами. В связи с чем питание этой категории лиц должно быть организовано с учетом обеспечения ее высоких потребностей в пищевых веществах (восполнение возникающих дефицитов).

Современные компетенции педиатрической нутрициологии все время совершенствуются, изучается степень программирующего влияния алиментарного фактора на формирование отдельных характеристик здоровья человека и разрабатываются пути пищевой коррекции. Не существует специальных диет для кормящих женщин, необходимо разнообразное и здоровое питание [2, 3, 5].

По мнению Н. С. Лаптенков и соавторов (2017 г.), рационы значительной части лактирующих женщин Республики Беларусь в возрасте 18-39 лет характеризуются недостаточной энергетической ценностью, сниженным содержанием общих белков (в том числе животного происхождения), растительных жиров, углеводов, витаминов D, A (в ретиноловом эквиваленте), C, витаминов группы B, кальция, магния, железа, других микронутриентов по сравнению с рекомендуемыми уровнями [2].

Все вышесказанное определило **цель исследования** – проанализировать приверженность к пищевым продуктам у лактирующих женщин, изучить уровень информированности.

Материалы и методы. В обследовании принимали участие 28 женщин в возрасте 18-38 лет, давших согласие на обследование. В течение двухлетнего наблюдения с помощью специального опросника/анкеты мы получали информацию от респонденток об уровне знаний о пищевом рационе в период кормления грудью, спектре употребляемых продуктов. Оценка уровня знаний, полученных из разных источников, проводилась по 10-балльной системе. Анкетирование выполнялось на третьи сутки пребывания в послеродовом отделении областного перинатального центра, затем через 1, 12, 18 месяцев после родов. У женщин выясняли также акушерский, социальный анамнез, длительность грудного вскармливания. Среди опрошенных матерей вегетарианок не было.

Информация, полученная при изучении анкет, вводилась в базу данных, построенную в среде Microsoft Excel. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). Для расчета доверительного интервала использован онлайн-калькулятор (<http://openepi.com/Proportion/Proportion.htm>).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что среди опрошенных женщин через 1 месяц после родов грудного вскармливания придерживались 57,14% (95% ДИ (37,18%-75,54%)), смешанного – 39,28% (% ДИ (21,5%-59,42%)), искусственного – 3,57% (95% ДИ (0,09%-18,35%)). В то же время свыше 12 месяцев кормили своих детей только грудным молоком 21,42% (95% ДИ (8,3%-40,85%)) матерей.

Сравнительный анализ уровня и качества информации о пищевом разнообразии рациона у матерей, кормящих грудью, из разных источников информации представлен в таблице.

Таблица – Оценка уровня и качества информации о пищевом разнообразии рациона у матерей, кормящих грудью, из разных источников информации

Оценка в баллах	Источники получения информации		
	Интернет-ресурсы	Медицинские работники	Немедицинские работники (родственники, подруги и др.)
Me (Q25-Q75)	8,5 (7,5-9,0)	7,0 (5,5-7,5)	7,5 (6,0-8,5)

Выявлено, что наивысшую оценку получили знания из разных интернет-ресурсов, медиана которой составила 8,5 балла, интерквартильный размах (7,5-9,0). В то же время информация, полученная от медицинских работников, получила низкую оценку, медиана которой составила 7,0 баллов, интерквартильный размах (5,5-7,5).

При анализе пищевого рациона респонденток выявлено, что каждая четвертая женщина употребляла более 1,0 литра цельного коровьего молока в сутки, кисломолочных продуктов – 14,29% (95% ДИ (4,03%-32,67%)).

У 32,1% (95% ДИ (15,88%-52,35%)) матерей в питании мясо составляло 300-400 граммов в сутки. Преимущественно это была тощая свинина, мясо птицы, кролика, реже – говядина. Менее 300 граммов мяса в сутки в пищу употребляли 4,48% (95% ДИ (4,03%-32,67%)) женщин. Низкий процент (3,57% (95% ДИ (0,09%-18,35%))) в меню лактирующих матерей составили мясопродукты (колбаса, сосиски и др.). Стоит отметить, что 21,43% (95% ДИ (8,3%-40,95%)) респонденток использовали в своем рационе орехи (грецкие, миндаль).

Углеводы в рационе женщин были представлены чаще сдобой (14,29% (95% ДИ (4,03%-32,67%))), каждая четвертая мама злоупотребляла шоколадом и конфетами. Мультизлаковые продукты ежедневно использовали в своем рационе лишь 14,29% (95% ДИ (4,03%-32,67%)) респонденток.

Спектр фруктов был достаточно разнообразен, 25,0% (95% ДИ (10,69%-44,87%)) матерей использовали эти продукты с учетом сезонности. Цитрусовые употребляли в период кормления грудью 21,43% (95% ДИ (8,3%-40,95%)) матерей. В меню 67,86% (95% ДИ (47,65%-84,12%)) матерей были продукты, содержащие преимущественно жиры растительного происхождения. Эти женщины использовали оливковое и/или подсолнечное масло. 10,7% матерей в рационе применяли продукты с высоким содержанием пищевых добавок и усилителей вкуса.

Более половины опрошенных женщин оценили свой рацион как средне разнообразный (57,14% (37,18-75,54)); очень разнообразным питание было у 28,57% (13,22%-48,57%) матерей. 14,29% (4,03%-32,67%) респонденток считали, что их ежедневное меню не отличалось разнообразием. 10,71% (95% ДИ (2,26%-28,23%)) матерей самостоятельно исключали большое количество продуктов в связи с тем, что по их представлению для хорошей лактации необходима специальная диета.

Выводы:

1. Рацион кормящих женщин достаточно разнообразен, однако имеет место низкое содержание белковой пищи у 4,48% (95% ДИ (4,03%-32,67%)), в том числе животного происхождения, низкий процент мультизлаковых продуктов (14,29% (95% ДИ (4,03%-32,67%))).

2. Наблюдается высокий процент (25,0%) (95% ДИ (10,69%-44,87%)) употребления матерями цельного коровьего молока объемом более 1,0 литра в сутки.

3. 10,7% (95% ДИ (2,26%-28,23%)) матерей в рационе используют продукты с высоким содержанием пищевых добавок и усилителей вкуса.

4. Доверие к качеству и уровню информации, представленной в разных интернет-ресурсах, выше, чем к сведениям, полученным от медицинских работников.

Литература

1. Вахлова, И. В. Грудное вскармливание: обеспеченность и пути оптимизации поступления микронутриентов к матери и ребенку / И. В. Вахлова, Л. А. Щеплягина // Вопросы практической педиатрии. – 2007. – Т. 2, № 6. – С. 24–31.
2. Гигиеническое обоснование разработки специализированных хлебобулочных изделий для питания беременных и кормящих женщин / Лаптенко, Н. С. [и др.] // Пищевая промышленность: наука и технология. – 2017. – № 1 (35). – С. 22-26.
3. Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста. Женева: ВОЗ. 2014. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_rus.pdf;jsessionid=88456743A72F0F34033950B1797CC32E?sequence=6 – Дата доступа: 22.09.20.
4. Пастбина, И. М. Анкетирование кормящих матерей как инструмент мониторинга ситуации по грудному вскармливанию / И. М. Пастбина // Вопросы питания. – 2015. – Т. 84, № S3. – С. 149.
5. Pérez-Escamilla, R Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review / R. Pérez-Escamilla, J. L. Martinez, S. Segura-Pérez // Maternal and Child Nutrition, 2016. – Vol. 12 (3). – P. 40-417.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА СЕРОТОНИНОВЫЙ ОБМЕН В ПЛАЗМЕ КРОВИ

Фурс В. В.¹, Качук Н. В.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», г. Гродно,
Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что гиперсеротонинемия наблюдается при разных осложнениях беременности. Доказана связь повышенного уровня серотонина с таким состоянием, как угрожающие преждевременные роды, тяжелые формы преэклампсии [2, 3]. Количество этого биогенного амина в плазме крови матери увеличивается к сроку родов, достигая своего максимума к моменту самих родов, что может свидетельствовать о вовлечении его в регуляцию родовой деятельности [4]. Проведенные опыты показали, что внутримышечное введение серотонина беременным мышам приводило к прерыванию беременности. Имеются данные о роли серотонина при гиперпролактинемии. Введение предшественников серотонина или его агонистов вызывает повышение уровня пролактина, подавляет овуляторный пик лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона, а

препараты антисеротонинергического действия (ципрогептадин, метерголин) блокируют синтез пролактина. При всех вариантах развития предменструального синдрома происходит повышение уровня серотонина в крови [1].

Целью нашего исследования было охарактеризовать направленность изменений концентраций триптофана и его метаболитов в плазме крови у беременных и у небеременных женщин, изменения концентрации этих веществ в плазме в зависимости от срока беременности.

Материалы и методы. Нами обследованы 64 здоровые беременные женщины с физиологически протекающей беременностью. Беременные женщины были разделены на 4 подгруппы в зависимости от срока беременности. В первой группе – 9 беременных женщин со сроком гестации 28-30 недель (I группа). Во второй группе – 12 пациенток со сроком 31-32 недели (II группа), в третью группу вошли 25 беременных на 33-34 неделе (III группа) и в четвертую – 18 женщин с физиологически протекающей беременностью в сроке 35-38 недель (IV группа). Возраст женщин был от 19 до 28 лет. Все женщины были практически здоровы, без тяжелой соматической патологии, беременность не была осложнена преэклампсией, плацентарной недостаточностью, угрозой преждевременных родов и другой патологией гестационного периода. У всех женщин беременность закончилась срочными родами, роды протекали через естественные родовые пути. Все дети родились здоровыми, без соматической патологии, вес детей соответствовал сроку гестации.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенных исследований нами показано, что увеличение срока гестации сопровождается снижением уровня триптофана, достоверные различия ($p < 0,05$) наблюдались между группами I (28-30 недель) и III (33-34 недели), в III (33-34 недели) группе триптофан был ниже в 1,6 раза, чем в I группе (28-30 недель). Уровень триптофана в I группе (31-32 недели) был в 1,55 раза выше, чем в IV группе (35-38 недель).

Уровень триптофана во II группе (31-32 недели) в 1,2 раза выше ($p < 0,05$), чем в III группе (33-34 недели). Во II группе (31-32 недели) уровень этой аминокислоты был также в 1,2 раза выше, чем в IV группе (35-38 недель). Между I (28-30 недель) и II (31-32 недели) группами достоверной разницы в этом показателе не было. При определении концентрации 5-гидрокситриптофана было установлено, что у пациенток I (28-30 недель) группы уровень 5-гидрокситриптофана выше, чем во всех остальных трех группах. Так, во II (31-32 недели) группе уровень этого вещества был ниже в 1,35 раза, чем в I группе (28-30 недель) ($p < 0,05$). В плазме крови беременных III группы (33-34 недели) уровень 5-гидрокситриптофана был в 1,65 раза ниже, чем в I группе (28-30 недель). В IV группе (35-38 недель) по сравнению с I группой (28-30 недель) был ниже в 1,3 раза ($p < 0,05$). Достоверных различий между группами II, III и IV нами не обнаружено. Таким образом, при увеличении срока беременности в плазме крови прогрессивно снижается

уровень триптофана и основного предшественника серотонина – 5-гидрокситриптофана. Последнее может означать как торможение гидроксилазного пути его превращений, так и активацию декарбоксилирования 5-гидрокситриптофана. Нами установлено, что увеличение срока беременности сопровождается возрастанием уровня серотонина. Так, уровень серотонина в I группе (28-30 недель) в 4,96 раза, во II группе (31-32 недели) в 3,04 раза и в III группе (33-34 недели) в 2,77 раза был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем уровень серотонина в IV группе (35-38 недель).

Достоверных различий в уровне серотонина в плазме беременных женщин между группами I, II, III нами не обнаружено. Следовательно, в отношении причины снижения уровня 5-гидрокситриптофана с нарастанием срока беременности более верно предположение об активации декарбоксилирования 5-гидрокситриптофана. Достоверных изменений уровня 5-гидроксииндолуксусной кислоты в зависимости от срока гестации нами не выявлено.

Выводы. Следовательно, катаболизм серотонина по основному для него пути – окислительное дезаминирование с участием моноаминоксидазы – у женщин всех обследованных групп протекает с примерно одинаковой скоростью, что на фоне повышения уровня серотонина может расцениваться как снижение интенсивности окислительного дезаминирования. Проведенное исследование позволило оценить уровень триптофана и его метаболитов в разные сроки беременности. Установлено, что уровень триптофана снижается с увеличением срока беременности ($p < 0,05$). Количество серотонина в плазме крови увеличивается к концу беременности по сравнению со всеми исследованными сроками гестации ($p < 0,05$). Рост концентрации серотонина по мере увеличения срока беременности может быть связан с усилением гидроксилирования триптофана, с одной стороны, и снижением активности моноаминоксидазы, участвующей в катаболизме серотонина до 5-гидроксииндолуксусной кислоты – с другой. Содержание триптофана и предшественника серотонина – 5-гидрокситриптофана – по мере увеличения срока беременности снижается, все это может означать возрастание функциональной роли гидроксилазного пути метаболизма триптофана в периферических тканях.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Молекулярная нейроиммуноэндокринология: роль и значение в регуляции репродуктивной функции / Э. К. Айламазян, И. М. Кветной // Ж. акуш. жен. болезн. – 2003. – Т. LII, Вып. 4. – С. 33.
2. Чернышова, А. Л. Роль АПУД-системы в регуляции пролиферации клеток эндометрия при гиперпластических процессах и раке / А. Л. Чернышова // Фундаментальные и прикладные проблемы современной медицины. – 2000. – С. 176-177.

3. Plasma and platelet concentration and platelet uptake of serotonin in normal and pre-eclamptic pregnancies / G. Carrasco [et al.] // Life Sciences. – 1998. – Vol. 62. – P. 1323-1332

4. Decreased prostacyclin biosynthesis preceding the clinical manifestation of pregnancy induced hypertension / D.J. Fitzgerald [et al.] // Circulation. — 1987. – Vol. 75. – P. 956-973. 12. The fetal central venous pressure waveform in normal in umbilical placental insufficiency / A. Mori [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 172, No 1. – P. 51-57.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПОВТОРНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

Фурс В. В.¹, Качук Н. В.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Родовой травматизм по-прежнему остается одной из острых проблем акушерства. Основное место в структуре занимает нарушение целостности промежности. Травмы промежности в родах приводят не только к нарушениям анатомического строения, но и к нарушению функции промежности [1, 2]. Существует мнение, что даже физиологические роды через естественные родовые пути негативно влияют на состояние тазового дна. Частота травматизма промежности колеблется от 18,80 до 78,01% и не имеет тенденции к снижению [3].

К причинам возникновения разрыва промежности следует отнести воспалительные заболевания женских половых органов, продолжительность родового процесса, особенно периода изгнания, роды крупным плодом [4, 5].

Цель исследования – изучить связь между эпизиотомией и повреждением промежности при последующих родах.

Материалы и методы. В основную группу были включены 63 пациентки с эпизиотомией в предыдущих родах. Группу сравнения составили 83 пациентки, имеющие повторные роды без эпизиотомии и без повреждения целостности промежности в анамнезе. Нами проведено ретроспективное исследование. По гестационному возрасту, весу плода, возрасту рожениц группы были однородными. Из исследования исключались пациентки с многоплодной беременностью и самопроизвольными разрывами влагалища и промежности. Все женщины не имели хронических заболеваний и осложнений родов, кроме эпизиотомии.

Результаты и их обсуждение. В основной группе при повторных родах эпизиотомия была произведена у 49,6% женщин. Основной причиной эпизиотомии послужило наличие признаков разрыва промежности в области

старого рубца. В группе сравнения эпизиотомия производилась в 17% родов, что статистически меньше, чем в основной группе.

Своевременно проведенная медиолатеральная эпизиотомия у женщин, имевших признаки угрожающего разрыва промежности при родах в группе сравнения, предотвратила разрыв промежности. В последующем у этой категории женщин осложнений не наблюдалось, заживление раны у всех 100% женщин произошло первичным натяжением. В то время как у женщин из основной группы у 10% произошло расхождение швов и в дальнейшем заживление вторичным натяжением.

В обеих группах были женщины, которым производилась эпидуральная анестезия. В основной группе эпидуральная анестезия была применена у 3 человек, в группе сравнения – у 4. В обеих группах при применении региональной анестезии к эпизиотомии в родах не прибегали.

Выводы. Наличие эпизиотомного рубца от предыдущих родов на 50% повышает риск появления признаков начавшегося разрыва промежности. Исходы заживления эпизиотомной раны осложняются в случае, если имела место эпизиотомия в прошлых родах.

Разработка и внедрение эпидемиологического наблюдения за женщинами, которым были выполнены акушерские пособия или имевшими травмы мягких тканей родовых путей, позволят сформировать понимание о правилах и тактике ведения послеродового периода, а также улучшить показатели качества жизни женщин в период реабилитации.

Литература

1. Глебова Н. Н., Опушение и выпадение внутренних гениталий женщин. – Уфа, 1997. – 117 с;
2. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Гус А. И. и др. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути. // Акушерство и гинекология. –2004. – N 4. – С. 26–30.
3. Кулаков, В. И., Бутова Е. А. Акушерский травматизм мягких родовых путей. М.: МИА; 2003. 128 с.
4. Martin J., Births: Final data for 2013. National Vital Statistics Reports. 2015; 64(1):1–65.
5. Aguiar M., Birth-related perineal trauma in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Matern Child Health. J. 2019 Aug;23(8):1048–1070.

ВЛИЯНИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ И ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Хворик Н. В.¹, Белуга В. Б.¹, Сурова Н. А.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Беременность – это сложный многофакторный процесс, в развитии осложнений гестации большая роль принадлежит инфекционному фактору [1, 2, 5]. В настоящее время одна из актуальных проблем в медицине – широкое распространение инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта, которые оказывают неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию, а также ухудшают перинатальные исходы [1, 2]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 330 млн урогенитальных инфекций, среди которых одно из лидирующих позиций занимает *Ureaplasma urealyticum* [3, 4, 5]. До настоящего времени нет единого мнения в отношении роли уреаплазм в этиологии урогенитальных инфекций, и большинство исследователей считают, что только высокие концентрации этих микроорганизмов способны вызывать заболевания. Признанный факт негативного влияния на течение беременности – хламидийная инфекция, в частности, установлена роль в развитии привычного невынашивания, фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, повышается частота преждевременных родов, послеродовых осложнений. [1, 2, 3]. Однозначно распространено так называемое бессимптомное носительство уреаплазм в урогенитальном тракте женщин, в том числе и у беременных [3, 5].

Истинное этиологическое значение этого микроорганизма в развитии неблагоприятных исходов беременности и родов не определено до настоящего времени. Ряд авторов полагают, что генитальные микоплазмы при определенных условиях могут быть причастны к таким осложнениям беременности и родов, как преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела, послеродовый эндометрит. Существует и противоположное мнение, что данные микроорганизмы не более чем комменсалы и не оказывают никакого неблагоприятного воздействия на течение беременности, родов и послеродового периода. Уреаплазмы редко существуют в виде моноинфекции. Наиболее частые – ассоциации с факультативно-анаэробными микроорганизмами, реже – с хламидиями, еще реже – с вирусами. Частота выделения *U. urealyticum* у беременных составляет 50-70%, что в 1,5-2 раза выше, чем у небеременных. Это объясняется изменениями иммунного и

гормонального статуса у женщин в данный период [1, 4, 5]. Передача уреаплазм от матери ребенку происходит как антенатально, так и в родах. Колонизация кожных покровов, слизистых оболочек полости рта, глотки, мочеполовых органов обычно не сопровождается выраженными клиническими симптомами.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов 121 женщины, среди которых 90 – с установленным фактом наличия инфекций как уреаплазменной, так и микст-инфекциями, и 31 женщина – с физиологически протекающей беременностью. Средний возраст женщин в основной группе составил $26,7 \pm 3,1$ года, в группе сравнения – $28,6 \pm 2,7$ года. В браке состояли среди женщин основной группы 70 (77,7%), в «гражданском» браке – 20 (22,2%) женщин. В контрольной группе в браке состояла 31 (100%) женщина. 78 (86,7%) женщин из основной и 29 (93,5%) – из контрольной группы – жители г. Гродно. Женщины основной группы чаще были первобеременными – 47 (52,2%), тогда как в контрольной группе чаще встречалась третья по счету беременность – у 15 (48%) пациенток, первая по счету – у 7 (22,6%) женщин. В основной группе частота выкидышей (13 – 14,4%) и абортов (10 – 11,1%) была выше, чем в контрольной группе – 6 (19,4%) выкидышей и 5 (16,1%) абортов.

Во время настоящей беременности моноинфекция, связанная с уреаплазмами, диагностирована у 80 (88,9%) пациенток, у 10 (11,1%) – микст-инфекция (микоплазмоз генитальный, уреаплазмоз, хламидиоз). В I триместре была диагностирована урогенитальная инфекция методом посева – IST у 43 (47,8%) пациенток, во II триместре – у 34 (37,8%), в III триместре – у 13 (14,4%). Лечение проводилось в 64 (71,1%) случаях, остальные пациентки не принимали назначенные препараты – 26 (28,9%). Контроль излеченности был проведен у 16 (17,8%) пациенток, среди которого только у 4 (4,44%) были отрицательные результаты. В большинстве случаев лечение оказалось неэффективным. Так, среди принимавших лечение женщин у 36 (56,3%) наблюдался преждевременный разрыв плодных оболочек, тогда как у не принимавших лечение раннее данное осложнение наблюдалось у 14 (53,8%). Помимо ИППП, у 60 (66,7%) женщин из основной группы имели место другие гинекологические заболевания: у 36 (40%) – цервикальная эктопия, у 8 (8,9%) – часторецидивирующий кольпит, у 5 (5,6%) – доброкачественные кистозные образования яичников. У 10 (32,3%) женщин из контрольной группы гинекологических заболеваний в анамнезе не было, у 15 (48,4%) отмечалась цервикальная эктопия.

Средний срок наступления родов в основной группе – $275 \pm 5,7$ дня, в контрольной – $277 \pm 6,1$ дня. Причем в основной группе наблюдались 1 преждевременные роды. Установлено, что доля оперативного родоразрешения была выше в основной группе – 24 (26,7%), тогда как в контрольной группе она составила 3 (9,7%) случая. Средняя кровопотеря в родах в основной группе составила $386,3 \pm 63,8$ мл, в контрольной – $323,2 \pm 49,8$ мл. Средняя масса новорожденных в основной группе составила $3317 \pm 223,4$ г, в контрольной группе – $3657 \pm 287,6$ г. Следует отметить, что

только в основной группе у 12 (13,3%) новорожденных была выявлена врожденная инфекция и у 5 (5,6%) отмечена низкая масса тела (<2500 г).

Наиболее частое осложнение в родах – преждевременный разрыв плодных оболочек, который практически в 2 раза чаще встречался у женщин основной группы. Данное осложнение встречалось в основной группе только у каждой 5 женщины. Физиологическое течение родов наблюдалось в 2 раза чаще в контрольной группе в отличие от основной.

При гистологическом исследовании плаценты в основной группе в 1/3 случаев наблюдались воспалительные изменения в плаценте, в 2 раза реже – нарушения кровообращения, возрастные и сочетанные изменения. Среди воспалительных изменений в плаценте в основной группе чаще всего встречался париетальный децидуит. В контрольной же группе в 13 (41,9%) случаях наблюдалась зрелая плацентарная ткань, в 5 (16,1%) – нарушение кровообращения, в 4 (12,9%) – воспалительные и возрастные изменения.

Таким образом, пациентки с наличием условно-патогенной и патогенной флорой имеют увеличение частоты выкидышей и аборт в анамнезе. Течение родового акта на фоне инфицирования нижнего отдела полового тракта сопровождается преждевременным разрывом плодных оболочек, повышенным риском рождения детей с признаками внутриутробного инфицирования. Гистологическая структура плаценты имеет воспалительные изменения, что отражает необходимость пристального внимания к диагностике и лечению для предотвращения осложнений периода гестации.

Литература

1. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Под ред. О. В. Макарова, В. А. Алешкина, Т. Н. Савченко. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 464 с.
2. Тюрина, Н. А. Влияние инфекций, передаваемых половым путем, на родовое излитие околоплодных вод и развитие преждевременных родов у беременных с невынашиванием / Н. А. Тюрина, М. А. Нарваткина // Научный альманах. - 2016. - № 11. - С. 417-420.
3. Donders, G. G. Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen. / G. G. Donders [et al.] // J Perinat Med. – 2017. – Vol. 26, №45. – P. 505-515.
4. Akhvlediani L. Prevalence of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in pregnant and women with reproductive problems // Georgian Med. News. - 2012. - Vol. 208–209. - P. 59–63.
5. Мельникова, Т. А. Влияние инфицированности уреаплазмами на течение гестационного периода / Т. А. Мельникова // Пермский медицинский журнал. – 2014. № 6. – С. 63-67.

ВТОРИЧНАЯ ОЛИГОМЕНОРЕЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Хворик Н. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Аспекты снижения овариального резерва у женщин старшего репродуктивного возраста – актуальная проблема последних десятилетий. Неоспорим тот факт, что возраст определяет благополучие репродуктивной функции. Скорость процессов старения репродуктивной системы определяется взаимодействием генетических факторов и многообразным влиянием окружающей среды [1, 2, 3, 4]. Условно предложено выделять этапы и критерии функционирования репродуктивной системы – STRAW+10 (2011г.), когда этапом функционирования является стадия -3b, которая характеризуется регулярным менструальным циклом и нормальным уровнем ФСГ в ранней фолликулярной фазе, -3a – укорочение менструального цикла и повышенный уровень ФСГ. Уточненные критерии определяют вступление в ранний менструальный переход проявлениями переменных по длине менструальных циклов с разницей 7 и более дней с последующим сохранением этой разницы хотя бы 1 раз в течение 10 циклов. При этом вспомогательными критериями служат повышенные и изменчивые уровни ФСГ, низкие уровни антимюллера гормона, а также низкое количество антральных фолликулов [2, 3, 4].

Цель исследования – структурирование причин и клинических проявлений вторичной олигоменореи вследствие гипергонадотропных состояний у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материал и методы. Обследованы 42 пациентки с клиническими и лабораторными критериями вторичной олигоменореи. Возраст колебался от 36 до 42 лет, в среднем составил $37,3 \pm 2,2$ года. Для сравнения включены 18 женщин, которые были сопоставимы по возрасту и проходили профилактическое обследование. Критерии включения пациенток в исследование: нарушения менструального цикла и клинические проявления дефицита эстрогенов, уровень ФСГ в сыворотке крови более 25 мМЕ/л хотя бы в однократном определении. Критериями исключения были пациентки, имеющие установленный диагноз склерополикистоза яичников, гиперпролактинемию, аменорею центрального генеза.

Диагноз вторичной олигоменореи устанавливался на основании анамнестических, клиническо-лабораторных данных и методов инструментального обследования. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «Statistica 6,0». Для описания полученных результатов изучаемых явлений рассчитывали

показатели частоты изучаемых явлений (p) со статистической ошибкой (Sp), среднюю арифметическую (M) и ошибку средней арифметической (m).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных пациенток почти все имели высшее образование – 92,9%, средне-специальное – 7,1%. Вредные привычки в виде курения в анамнезе отмечали 16,7% женщин. При обращении пациенток основными предъявляемыми жалобами были нарушения менструального цикла, которые встречались в 73,8% случаев. Во всех случаях имела место вторичная олигоменорея, тогда как в 77,4% случаев – стойкая олигоменорея, а в 87,1% случаев отмечалось чередование вторичной олигоменореи с периодами укорочения менструального цикла, аменорея диагностирована у 12,9% женщин. Субъективные симптомы истощения функции яичников в виде «приливов» жара, снижения либидо, головных болей, повышенной утомляемости, нарушений сна, сухости влагалища предъявляли 76,2% женщин.

Средний возраст наступления менархе составил $13,4 \pm 0,5$ года. Начало половой жизни пациентки отмечали в среднем с $19,1 \pm 1,4$ года. В большинстве случаев (92,9%) после менархе отмечался регулярный менструальный цикл длительностью $28,9 \pm 2,5$ дня. Анализ показателей репродуктивной функции показал, что большая часть женщин – 95,2% – имели роды, однако у 2 пациенток (4,8%) репродуктивные планы были не реализованы. У 85,7% в анамнезе двое родов, в 7,1% случаев – трое, в 2,4% случаев пациентка имела одного ребенка. Аборты отмечены у 28,6% женщин. У 8 (19%) пациенток в анамнезе присутствовали безуспешные попытки ЭКО.

Гормональное исследование, проведенное в раннюю фолликулярную фазу, установило, что колебания уровней ФСГ составили от 9 до 38 мМЕ/л. Среднее значение – $28,6 \pm 7,4$ мМЕ/л. При наличии менструального цикла проводилось исследование последовательно дважды и колебания гормона при повторном определении составили от 25 до 49 мМЕ/л. В случаях, когда женщины имели аменорею, гормональное исследование проведено однократно, содержание ФСГ соответствовало гипергонадотропному состоянию. Колебания уровня гормона составили от 52 до 105,5 мМЕ/л. Сравнивая показатель ФСГ с уровнями у пациенток контрольной группы – $8,6 \pm 1,8$ мМЕ/л, мы получили значимые различия ($p < 0,001$). В случаях, когда менструальный цикл имел продолжительность 21 день и менее, уровень ФСГ не превышал 12 мМЕ/л. Однако в последующем ановуляторном цикле, длительность которого составляла более 36 дней, уровень ФСГ у большинства женщин соответствовал гипергонадотропным значениям, достигая 52 мМЕ/л. Содержание ЛГ в раннюю фолликулярную фазу у женщин основной группы соответствовало $18,8 \pm 8,1$ мМЕ/л, тогда как в контрольной группе значения составили $5,1 \pm 1,9$ мМЕ/л ($p < 0,001$). Определяя коэффициент ЛГ/ФСГ, который составил $0,62 \pm 0,2$ в основной группе, а в контрольной – $0,58 \pm 0,5$, нами не отмечено значимых различий, что свидетельствует о взаимозависимых гормональных колебаниях в базальных уровнях гомонов. Нами установлено, что уровень эстрадиола не имел достоверных различий с контрольной группой и составил $45,8 \pm 8,8$ пг/мл и

48,9±8,1 пг/мл, соответственно. Отсутствие различий связано с определением базальных уровней содержания гормона в крови. Также не выявлено достоверных различий при сравнении уровня пролактина у женщин обеих групп ($p>0,05$). Уровень АМГ у всех пациенток был снижен и соответствовал 0,26±0,13 нг/мл, тогда как в контрольной группе он составил 1,2±0,86 нг/мл.

Выводы. Таким образом, вторичная олигоменорея – то состояние, которое требует четких критериев и подходов к раннему выявлению патологии.

Литература

1. Петров, И. А. Механизмы вторичной недостаточности яичников при операциях на органах малого таза (экспериментальное исследование) / И. А. Петров [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2015. - № 9 (4). – С. 6-17.
2. Соснова, Е. А. Эмболизация маточных артерий при миоме матки у пациенток репродуктивного возраста и её роль в формировании аутоиммунного оофорита / Е. А. Соснова // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. – 2016. - № 3 (2). – С. 81-87.
3. Назаренко, Т. А. Оценка овариального резерва у женщин репродуктивного возраста и его значение в прогнозировании успеха лечения бесплодия / Т. А. Назаренко [и др.] // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. - 2005. - № 1. – С. 36-39.
4. The menopausal transition. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine // Fertil. Steril. - 2008. – Vol.90. – P.61–65.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Хворик Н. В.¹, Биркос В. А.², Амбрушкевич Л. П.², Довнар Л. Н.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Опушение и выпадение внутренних половых органов – серьезная медицинская и социальная проблема, которая занимает одно из ведущих положений среди гинекологических патологий. Данное состояние непосредственно не угрожает жизни пациента, однако из-за анатомической и функциональной связи с разными органами и системами, приводит к снижению качества жизни, социальной дезадаптации. Доля данной патологии в структуре гинекологических заболеваний занимает до 28%, а 15% всех гинекологических операций проводят именно по данному поводу [1, 2, 3, 4]. Согласно данным, опубликованным Американской ассоциацией урологов, в хирургическом лечении пролапса гениталий и/или стрессового недержания мочи нуждается каждая девятая женщина, а у каждой четвертой женщины старше 60 лет встречаются разные формы пролапса внутренних половых органов, причем

отмечается тенденция к увеличению рецидивных форм пролапса гениталий [2, 3]. Хирургическое лечение пациенток с пролапсом гениталий – это прежде всего реконструкция тазового дна, цель которой – устранение нарушенных анатомических взаимоотношений. В 1989 г. был произведен значительный прорыв в использовании пропилена как в пластической хирургии, так и для лечения ПГ. В последние годы значительно больше предлагается методик для лечения опущения и выпадения внутренних половых органов, одними из которых являются реконструктивно-пластические операции с использованием Prolift anterior и Prolift posterior, разных инструментов и методик.

Цель исследования – оценить выбор дифференцированного подхода в хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов с использованием методики Prolift posterior и с применением I-stich.

Материалы и методы. Нами проведен сравнительный анализ разных подходов и методик в оперативном лечении пролапса гениталий у 30 пациенток. Для выполнения поставленной задачи были отобраны 15 женщин за период с января 2019 г. по ноябрь 2019 г., которые проходили хирургическое лечение с использованием методики Prolift posterior на базе УЗ «ГКБСМП г. Гродно» (1 группа) и 15 женщин, которым выполнено оперативное вмешательство с использованием инструмента I-stich (2 группа). Программа обследования включала анкетирование пациенток, их общеклиническое обследование, гинекологический осмотр с оценкой степени генитального пролапса, проведение функциональных проб и сравнение результатов оперативного лечения.

Результаты. Средний возраст пациенток из первой группы составил $61,7 \pm 10,4$ года, причем большинство (12) (80%) пациенток находились в постменопаузе. Средний возраст пациенток второй группы составил $62,3 \pm 8,6$ года, часть из которых – 5 (33,3%) женщин – находились в перименопаузе.

Из анамнеза установлено, что 6 (40%) пациенток из 1 группы проживали в сельской местности, против 7 (47%) женщин из 2 группы. Они же указывали на тяжелый труд, сопровождающий их будни. Жалобы, связанные с пролапсом гениталий у женщин первой группы в среднем беспокоили $5,46 \pm 4,08$ года, а из второй группы – $4,83 \pm 4,64$ года. Основными симптомами у пациенток 1 группы были: ощущение «выпячивания» во влагалище или за его пределами (100%), во 2 группе – 12 (80%) женщин. Дискомфорт во влагалище отмечали 14 (93,3%) женщин 1 группы, усиливающийся в положении стоя и уменьшающийся или исчезающий в положении лежа, против 11 (73%) женщин 2 группы. В 1 группе 8 (53,3%) пациенток жаловались на появление «выпячивания» из влагалища, мешающего опорожнению кишечника, у 2 (13,3%) женщин присутствовали жалобы на недержание мочи, вызванное сильным, неожиданным и неконтролируемым позывом к мочеиспусканию. Во 2 группе 5 (33,3%) женщин жаловались на два или более ночных пробуждений из-за необходимости посетить туалет. Жалобы на стрессовое недержание мочи присутствовали у 9 (60%) пациенток 1 группы против 8 (53,3%) пациенток 2 группы. Затрудненное мочеиспускание в виде: слабой струи мочи у 11 (73,3%) женщин

1 группы, 7 (47%) 2 группы, необходимости сильно тужиться или принимать необычную позу, чтобы помочиться, присутствовали у 11 (73,3%) женщин, которые составили 1 группу, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после посещения туалета наблюдалось у 12 (80%) женщин 1 группы и у 6 (40%) – во 2 группе. У 10 пациенток (66,6%) 1 группы имелись запоры, а также 6 (40%) – 2 группы. Присутствовали также жалобы на симптомы затрудненной дефекации в виде: ощущения неполного опорожнения кишечника после посещения туалета у 5 (33,3%) женщин из двух групп, необходимости очень сильно натуживаться или принимать необычную позу, чтобы опорожнить кишечник, у 2 (13,3%) женщин из 1 группы. Жалобы на наличие недержания газов или стула присутствовали у 11 (73,3%) женщин 1 группы и у 7 (47%) женщин 2 группы.

Одним из основных провоцирующих факторов пролапса гениталий считаются роды и связанные с ними акушерские пособия. В нашем случае роды имели 100% женщин в обеих группах, из них среднее количество родов в первой группе составило $2,33 \pm 0,9$, во второй – $2,07 \pm 0,8$, $p < 0,05$. Средний вес при рождении ребенка у женщин, входящих в первую группу, составил $4000 \pm 345,0$ граммов, во второй группе – $3873,07 \pm 122,6$ грамма.

В родах разрыв промежности был у 6 (40%) женщин, составляющих первую группу, у 4 (26,7%), составляющих вторую группу, по 1 (6,7%) случаю выполнялась вакуум экстракция плода в обеих группах. У 4 (26,7%) женщин первой группы была выполнена эпизиотомия, у 5 (33,3%) – из второй группы, $p < 0,05$.

При анализе анамнестических данных установлено, что наличие пролапса гениталий присутствовало у родственников по женской линии у 3 (19,7%) женщин первой группы и у 1 (6,7%) – второй.

Из гинекологического анамнеза было выявлено, что менархе у женщин из первой группы – в среднем в $13,47 \pm 0,91$ года, по $4,93 \pm 0,8$ дня, через $28,13 \pm 1,4$ дня, против $14,06 \pm 1,1$ года, по $5,07 \pm 0,88$ дня, через $28,47 \pm 1,19$ дня из второй группы. Половая жизнь началась в среднем с $19 \pm 3,14$ года, а во второй группе с $20,87 \pm 3,27$ года. Наступление менопаузы в среднем с $49,58 \pm 5,47$ года, а во второй группе с $50,5 \pm 2,68$ года.

Наличие сопутствующих гинекологических заболеваний: фибромиома имеется у 4 (26,7%) женщин из первой группы, у 1 (6,67%) женщины хронический аднексит, против 6 (40%) женщин с фибромиомой, и у 2 (13,3%) женщин с эрозией шейки матки – из второй группы. Из анамнеза 2 женщины из первой группы (13,3%) лечились в прошлом по поводу пролапса гениталий постановкой pessaries против 1 (6,67%) женщины из второй группы.

Из диагноза установлено, что у 15 (100%) женщин, входящих в первую группу, выпадение органов малого таза 3-4 ст, у 8 (53,3%) элонгация шейки матки, у 5 (33,3%) имеется цистоцеле 3 ст. А у женщин из второй группы у 15 (100%) женщин выпадение органов малого таза 2-3 ст., у 3 (19,7%) женщин имеется элонгация шейки матки.

Выводы. Таким образом, фактор риска вагинального пролапса – отягощенный акушерский анамнез, рождение детей с массой тела более 3500 г., клинические признаки дисплазии соединительной ткани со стороны других органов. Дифференцированный подход к использованию оперативных методик с учетом возраста, факторов риска, степени опущения и выпадения органов малого таза, соматической патологии позволяет оптимизировать оказание помощи при генитальном пролапсе.

Литература

1. Гаспаров, А. С. Хирургическое лечение пролапса тазовых органов / А. С. Гаспаров [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Том 95, № 3. – С. 341-347.
2. Kuncharapu, I. Pelvic organ prolapse/ I. Kuncharapu, B. A. Majeroni, D. W. Johnson// American academy of Family Physicians. – 2010. – Vol. 81, № 9. – P. 1111-17.
3. Siddiqui, N. Y. Clinical challenges of the vaginal prolapsed / N. Y. Siddiqui, A. L. Edenfield//Internat Journal of Womens Health. – 2014. – Vol.16, № 6. – P. 83-94.
4. Афанасова, Е. П. Применение сетчатых эндопротезов в лечении пролапса гениталий / Е. П. Афанасова, С. А. Гаспарян, А. В. Стариченко // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – Том 1. – С. 43-46.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ЭПИЗОДОВ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хворик Н. В.¹, Никольская А. К.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Проблема невынашивания беременности – одна из центральных в акушерстве и гинекологии. Спорадическое одиночное прерывание принципиально отличается от привычного повторного невынашивания. Для получения положительного результата у женщин с ПН упрощенные стандартные подходы малоэффективны. И наоборот, осмысление патогенеза, комплексная профилактика и терапия дают положительный результат [1, 2]. Чаще всего выкидыш обусловлен не одной, а сразу несколькими причинами. Действие их может быть как одновременно, так и поочередно. Основные научно обоснованные факторы, которые лежат в основе причин прерывания: генетические, иммунологические, иммуногенетические, тромбофилические, эндокринные, инфекционно-воспалительные, а также анатомические [1, 2, 4].

Учитывая медицинскую и социальную значимость проблемы невынашивания беременности, формирование путей ее коррекции – весьма важная задача. Внедрение новых технологий и методов лечения приводит к снижению уровня репродуктивных потерь, однако не изменяет частоту угрозы невынашивания, которая составляет 15-20%. Если профилактика преждевременных родов и поздних самопроизвольных выкидышей достаточно изучена и определена, то вопрос лечения невынашивания на ранних сроках беременности остается поводом для исследования и изучения [2, 4]. Широкое распространение в последние годы гинекологической и соматической патологии среди женщин фертильного возраста приводит к повышению частоты осложнений беременности и родов, разных нарушений репродуктивного здоровья [1, 4].

Цель исследования – оценить течение и тактику ведения беременности в случаях привычного невынашивания в анамнезе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй родов 45 женщин, у которых в анамнезе имелось 2 и более прерываний беременности. Контрольную группу составили 45 пациенток с отсутствием отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.

Полученные данные обрабатывались путем простого подсчета и с использованием программы Microsoft Office Excel 2010, показатели приводились в их среднем значении с подсчетом стандартной ошибки $M \pm m$. Результаты исследований представлены как в виде натуральных чисел, так и в процентном отношении друг к другу. Полученные данные обрабатывались с помощью программы Statistica 6.0. Статистически значимые результаты считались при использовании оценки t-критерия Стьюдента. Критический уровень значимости принимали при $t > 2$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $32,4 \pm 4,6$ года, в основной группе – $31,9 \pm 1,2$, в контрольной – $28,16 \pm 1,6$ года. В среднем менархе приходилось на $13,4 \pm 0,9$ года. Начало половой жизни соответствовало $18,3 \pm 1,5$ года.

Среднее количество беременностей в анамнезе в исследуемой группе составило $3,38 \pm 0,22$, тогда как в контрольной группе – $0,93 \pm 0,18$, $t = 8,44$. В контрольной группе у 46,7% женщин настоящая беременность была первой и планируемой. У женщин из исследуемой группы в анамнезе наблюдались 152 беременности, из них в 36,84% случаев (56 беременностей) оказались неразвивающимися; 32,24% (49 беременностей) закончились самопроизвольным абортом; 18,42% (28 беременностей) – срочными родами; 3,29% (5 беременностей) – преждевременными родами; 3,95% (6 беременностей) – медикаментозным прерыванием беременности; 1,32% (2 беременности) – внематочная беременность; 0,66% (1 беременность) – диагностирована неразвивающаяся беременность по типу анэмбрионии; по 0,66% (1 беременность) – анэмбриония, медикаментозный аборт, аборт по медицинским показаниям, антенатальная гибель плода (в сроке беременности 26 недель).

Структуру самопроизвольных выкидышей составили: 23,1% произошли в сроке 5 нед., 23,1% – в 6 нед., 15,4% – 9 нед. и в 7,7% случаев – в 8, 13, 15, 19, 21 неделю беременности. Замершие беременности чаще наблюдались в сроке 5 недель – 28,6%, 6 недель – 28,6%, 7 недель – 21,4%, 8 недель – 14,3% и в 7,1% случаев – 4, 9, 10, 12 недель. Осложненное течение беременности в основной группе встречалось у 35 женщин (77,8%), в то время как в контрольной группе у 25 женщин (55,6%), $t=2,3$.

Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш (до 12 недель беременности) наблюдался у 33,3% женщин, поздний самопроизвольный выкидыш (до 21 недели и 6 дней беременности) – 50% женщин, угрожающие преждевременные роды – 41,7% женщин. Плацентарные нарушения наблюдались в 17% (8 случаев) в основной группе и 11,1% (5 случаев) – в контрольной группе, $t=0,8$; задержка внутриутробного развития плода – по 4,4% в обеих группах; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – по 2,2% в обеих группах; отеки, вызванные беременностью, диагностированы у 4 (8,9%) и 2 (4,4%) пациенток, соответственно; артериальная гипертензия, вызванная беременностью, диагностирована в 8,9 и 2,2% случаев, соответственно, $t=1,4$; угрожающие преждевременные роды у 18 (40%) в исследуемой и у 5 (11,1%) в контрольной группах; частичная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 (2,2%) в исследуемой и в контрольной группах; ИЦН у 6 (13,3%) производилась коррекция с помощью РАП и наложением шва на шейку матки. Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш (до 12 нед. беременности) наблюдался у 33,3% женщин, поздний самопроизвольный выкидыш (до 21 нед. и 6 дней беременности) – у 50% женщин, угрожающие преждевременные роды – у 41,7% женщин.

У 97,8% пациенток с привычным невынашиванием родоразрешение произошло в доношенном сроке беременности, и только у 1 женщины (2,2%) произошли преждевременные роды.

Основным осложнением родового акта стал преждевременный разрыв плодных оболочек – 38,6%. Излитие вод при неготовности родовых путей, потребовавшее родовозбуждения, потребовалось в 5,9% случаев, длительный безводный период был у 2,3% рожениц. Путем операции кесарева сечения в плановом порядке родоразрешены 37,8%, в экстренном – 4,4% женщин.

Оперативное родоразрешение составило 42,2% – в 1,4 раза чаще, чем в контрольной группе. Осложненные роды, ставшие причиной оперативного родоразрешения, в основной группе составили 4,4% (клинически узкий таз, слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции). В контрольной группе у всех женщин (100%) роды произошли в сроке гестации после 37 недель беременности, из них оперативное родоразрешение составило 31,1%, $t=1,1$. Превалировали плановые операции, однако 6,7% вмешательств выполнено по экстренным показаниям.

Выводы. Таким образом, установлено, что: структуру невынашивания беременности в анамнезе составляют неразвивающиеся беременности (57,2%)

и самопроизвольные выкидыши (46,2%) в сроке 5-8 недель, течение беременности характеризуется наличием осложнений в 77,3% случаев, основное из которых – угроза прерывания, что требует дополнительной гормональной поддержки препаратами прогестерона в 82,2% случаев. Прерывание гестации в анамнезе влияет на течение родов в последующей беременности в виде преждевременного разрыва плодных оболочек, случаев применения родовозбуждения и роста оперативного родоразрешения в 1,4 раза.

Литература

1. Белоцерковцева, Л. Д. Факторы риска формирования истмико-цервикальной недостаточности, приводящие к преждевременным родам / Л. Д. Белоцерковцева, Л. В. Коваленко, Г. Т. Мирзоева // Вестник СурГУ. Медицина. 2014. № 2 (20). С. 26-30
2. Богданова, Г. С. Невынашивание беременности: общий взгляд на проблему / Г. С. Богданова и др. // Медицинский совет. - 2012. - № 1. - С. 67.
3. Solano, M.E. Pregnancy and Fetal Development / M.E. Solano, P.C.Arck // Frontiers in Immunology. – 2020 – V.10. - №3017. – С. 1–13.
4. Twig, G. Pathogenesis of infertility and recurrent pregnancy loss in thyroid autoimmunity. / G. Twig et.al // J Autoimmun - 2012, - №38, – P. 275-281.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МАТОЧНОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Царева Н. В.

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

Актуальность. До настоящего времени проблема недостаточной эффективности практического использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) остается нерешенной. По данным разных авторов, результативность первой попытки ЭКО, например, составляет от 8,6 до 46,2%, а повторное применение этого метода еще больше снижает вероятность успешной беременности [1]. При этом у 60% женщин с повторными неэффективными имплантациями диагностируют гипоплазию эндометрия (ГЭ). Значительные различия в эффективности методов ВРТ при множественных рисках их практического использования диктуют необходимость прогнозирования вероятности наступления беременности. Сказанное, наряду с высокой стоимостью современных методик ВРТ, требует разработки новых подходов к определению возможных исходов лечения маточного бесплодия (МБ) при ГЭ.

По данным литературы и собственных исследований, важную информацию о возможности зачатия дает определение таких признаков рецептивности и «окна имплантации», как оптимальная толщина внутреннего

слоя матки, наличие на его поверхности необходимого количества пиноподий, а также уровень экспрессии в эндометрии гена НОХА-10, рецепторов к эстрогенам и прогестерону и их соотношение, достаточная продукция интегрина $\alpha\upsilon\beta 3$, лейкопения ингибирующего фактора (ЛИФ) [2, 3].

В последние годы идентифицирован новый поверхностный маркер высококклоногенных эндометриальных мезенхимальных стволовых клеток (ЭМСК) – SUSD2 (суши домен). Этот маркер экспрессируется на ЭМСК, а также на некоторых раковых и опухолевых клеточных линиях, но не обнаруживается на кроветворных клетках периферической крови и костного мозга. SUSD2 представляет собой трансмембранный белок типа I, способный взаимодействовать с галектином-1 и потенциальным цитокином C10orf99, через который он может влиять на рост клеток и иммунную реакцию. У него есть большая внеклеточная область, которая содержит домен суши (консервативная последовательность, которая часто связана с белками системы комплемента). SUSD2 является маркером, который используется для идентификации и выделения стволовых клеток из костного мозга и ткани эндометрия. Клетки, экспрессирующие SUSD2, в норме составляют до 4% в ткани эндометрия, в строме располагаются в основном периваскулярно и распределены относительно равномерно [4]. Именно ЭМСК в условиях физиологического менструального цикла отвечают за регенерацию функционального слоя эндометрия. Считается, что экспрессирующие SUSD2 ЭМСК за счет регуляции пролиферативных и секреторных процессов в эндометрии создают благоприятную среду и подготавливают эндометрий к внедрению плодного яйца.

Подтверждение наличия взаимосвязи экспрессии специфического поверхностного маркера ЭМСК SUSD2 и других биомолекул, характеризующих рецептивность эндометрия, позволит использовать новый подход к прогнозированию результатов лечения МБ, а также обосновать возможность целенаправленного применения ЭМСК для клеточной регенераторной терапии при структурно-функциональных нарушениях в эндометрии и неэффективности ВРТ у пациенток с ГЭ [3, 5].

Цель исследования – разработать эффективную математическую модель для определения возможных исходов стандартного (гормонального и/или ЭКО) лечения по клиническим протоколам МБ при ГЭ.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были использовали полученные нами ранее данные клинко-анамнестического и иммуногистохимического (ИГХ) обследования 38 пациенток, страдавших МБ при ГЭ [3]. Из этих пациенток были сформированы 2 группы: 1 – пациентки с ГЭ, у которых традиционная терапия МБ не дала результата (основная группа – 27 женщин), и 2 – пациентки, страдавшие МБ при ГЭ, у которых после стандартной терапии наступила беременность (группа сравнения – 11 женщин). Все женщины были в возрасте от 20 до 43 лет. Достоверных различий по возрасту в обследованных группах не выявлено.

В работе применялся метод бинарной логистической регрессии, который позволяет в полной мере оценивать имеющиеся риски МБ у пациенток с ГЭ. Этот вариант множественной регрессии путем определения связи между несколькими независимыми и зависимой переменными позволяет устанавливать вероятность наступления события (бесплодие или беременность) для каждой новой пациентки, страдающей МБ. Данный вид статистического исследования характеризуется наглядностью, а применение ROC-анализа позволяет не только сравнивать модели, но и выбирать оптимальный прогностический вариант, определять их чувствительность и специфичность, порог отсечения.

Для определения вероятности наступления беременности у пациентки с ГЭ и МБ мы использовали формулу:

$$P = 1 / (1 + e^{-z}) \quad (1)$$

Примечание:

P – вероятность наступления беременности;

e – основание натуральных логарифмов;

z – величина линейной регрессии, рассчитанная программой = $18,988 \times C1 + 14,492 \times C2 - 94,52 \times C3 - 4,985 \times C4 - 7,357$;

где:

C1 – величина экспрессии маркера SUSD2 в железах эндометрия;

C2 – величина экспрессии гена HOXA10 в строме эндометрия;

C3 – величина экспрессии интегрина $\alpha v \beta 3$ в строме эндометрия;

C4 – количество неэффективных попыток ЭКО в анамнезе.

Интерпретация результатов: при значениях $P > 0,5$ предполагается высокая вероятность успеха стандартной терапии МБ у пациенток, страдающих ГЭ, а при значениях $P \leq 0,5$ – отсутствие эффекта.

Результаты и их обсуждение. С учетом дихотомического (имеющего лишь два возможных значения ожидаемого события: наступление беременности или его отсутствие) характера прогнозирования нами использована бинарная логистическая регрессия. Этот подход позволил в полном объеме использовать для целенаправленного отбора пациенток по критерию вероятности наступления успешной беременности высокоинформативные клиничко-анамнестические и ИГХ-признаки рецептивности эндометрия.

При определении вероятности наступления (или не наступления) беременности у пациенток с МБ при ГЭ применялся метод последовательного добавления переменных («Форвард»), когда программа пошаговой логистической регрессии по очереди рассматривала все возможные варианты включения в формулу новой переменной и/или удаления уже добавленных. Те переменные, добавление или удаление которых не улучшает или незначительно улучшает прогноз, отсеиваются и анализ останавливается. Таким образом, осуществляется удобное для математических расчетов включение в модель

минимального количества прогностически наиболее информативных переменных. Изначально в качестве независимых переменных в пошаговый регрессионный анализ были включены показатели, значимо влияющие на возможность зачатия: возраст пациенток, их индекс массы тела, наличие или отсутствие гипоменструального синдрома, ранних репродуктивных потерь и неэффективных попыток ЭКО в анамнезе, количество соматических и гинекологических заболеваний, толщина эндометрия (по данным УЗИ), данные ИГХ-исследования маркеров рецептивности эндометрия: экспрессии эстрагенового рецептора альфа, рецептора для прогестерона, интегрин $\alpha\upsilon\beta 3$, ЛИФ, гена HOXA10 и поверхностного маркера ЭМСК SUSD2. В процессе анализа всего программы потребовалось четыре шага. На четвертом шаге после того как были отобраны четыре переменные (безуспешные попытки ЭКО в анамнезе, величины экспрессии маркера SUSD2 в железах эндометрия, а интегрин $\alpha\upsilon\beta 3$ и гена HOXA10 в строме эндометрия) при предложенном программой пороге отсечения на уровне 0,500 разработанная математическая модель позволила правильно классифицировать неблагоприятный исход (отсутствие беременности в 92,6% случаев, а благоприятный (беременность) – в 72,7% случаев. При этом наиболее выраженным влиянием на прогноз результата стандартной терапии МБ при ГЭ обладала экспрессия маркера SUSD2 в железах эндометрия.

Включение на третьем и четвертом шаге регрессионного анализа таких переменных, как безуспешные попытки ЭКО в анамнезе и экспрессия интегрин $\alpha\upsilon\beta 3$ в строме эндометрия, не увеличивало точность прогнозирования классификации новых случаев по исходам, но существенно повышало достоверность и правдоподобие разработанной модели. В результате математическая модель прошла более строгий отбор многомерности связи с эффектами взаимодействия. Поэтому конечный результат имеет более высокую объяснительную способность. Полученные для данной модели межгрупповые различия по критерию Хи-квадрат составили 27,253 при значении $p=0,000$.

Качество и предсказательная точность разработанной математической модели оценивались при помощи ROC-анализа. По полученным данным площадь под ROC-кривой составила 0,932 при $p=0,044$.

Выводы:

При предложенном программой логистической регрессии пороге отсечения 0,500 полученная математическая модель:

1. Обладает достаточно высокой чувствительностью (92,6%) и специфичностью (72,6%), необходимой для определения возможности успешной беременности и прогнозирования эффективности стандартной терапии по протоколам маточного бесплодия при гипоплазии эндометрия.

2. Конечный вариант модели имеет высокую объяснительную способность (межгрупповые различия по критерию Хи-квадрат составляют 27,253 при значении $p=0,000$).

Литература

1. Абдурахманова Н. Ф., Гвоздева А. Д., Зиганшина М. М., Долгушина Н. В. Результаты программ вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с «тонким» эндометрием // Гинекология. – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 23–27.
2. Пономаренко, К. Ю. Рецептивность эндометрия у женщин с нарушениями в репродуктивной системе // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. - № 4. – С. 90–97.
3. Tsareva N. V. Results of immunohistochemical analysis of thin endometrial in infertility women // Фундаментальные и прикладные науки сегодня XXVI: Материалы конференции. Северный Чарльстон, 17-18.08.2021. – С. 19–23.
4. Masuda H., Anwar S. S., Bühring H. J. et al. A novel marker of human endometrial mesenchymal stem-like cells // Cell Transplant. – 2012. - Vol. 21. - 2201–2214.
5. Усольцева Е. О., Гзгзян А. М., Джемлиханова Л. Х., Ниаури Д. А. Перспективы клинического использования стволовых клеток эндометриального происхождения // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Т. 64, № 6. – С. 68–77.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-ИНФЕКЦИЮ

**Швайковский А. В., Баран Д. Н., Гульник О. А., Левин В. И., Хуссейн
Абдимахад Абдуллахи**

*УЗ «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Коронавирусная инфекция – потенциально тяжелая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV). Представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции легкого течения, так и в тяжелой форме. Заболевание вызывается новым вирусом, против которого у людей изначально нет приобретенного иммунитета, к инфекции восприимчивы люди всех возрастных категорий. С момента регистрации первого случая заболевания накопилось достаточно данных об особенностях течения новой коронавирусной инфекции во время беременности.

Цель – изучить особенности течение беременности и родов у пациентов с избыточной массой тела, перенесших Covid-19-инфекцию во время беременности.

Материалы и методы. Нами проанализированы амбулаторные карты, обменные карты и истории родов пациенток с августа 2020 г. по октябрь 2021 г.

В первую группу вошли 55 беременных с избыточной массой тела, разной степени тяжести (на момент постановки на учет по беременности в женской консультации), перенесших коронавирусную инфекцию во время гестации. Группу сравнения составили 30 пациенток с нормальным ИМТ, переболевших коронавирусной инфекцией во время беременности.

Выполнен статистический анализ данных из медицинской документации. Полученные сведения внесены в компьютерную базу данных с применением пакета прикладных программ (Excel).

Результаты исследований. В ходе изучения документации обнаружено, что у беременных, болеющих Covid-19, показатели коагуляционного гемостаза смещаются в сторону гиперкоагуляции. Эти изменения наблюдаются в обеих исследуемых группах. В первую группу входили пациенты (N 55), с метаболическими нарушениями, без хронических заболеваний, средний возраст которых составил 28 лет, средний ИМТ 33 кг/м². В группу сравнения входили пациенты (N 30) без хронических заболеваний, средний возраст 29 лет, средний ИМТ 19 кг/м².

У беременных обеих групп исследовались показатели коагуляционного гемостаза (фибриноген, АЧТВ, активность протромбинового комплекса, МНО).

Изучение амбулаторных карт пациентов исследуемой группы показало, что гемостазиограмма вне беременности соответствовала норме вопреки наличию метаболических нарушений. У пациентов группы сравнения показатели гемостазиограммы также не превышали норму. Результаты отображены в таблице.

Таблица – Показатели коагулограммы у обследованных женщин

Группа	Исследуемая группа			Группа сравнения		
	До беременности	Во время беременности	После лечения НМГ	До беременности	Во время беременности	После лечения НМГ
АЧТВ, секунд	27	39	33	25	35	26
ПВ, секунд	11,9	14,5	10	9,7	13,5	9,3
МНО	0,97	1,2	0,97	0,92	0,97	0,94
Фибриноген, г/л	5,4	7,4	5,6	3,5	6,2	3,5
Активность протромбинового комплекса, %	112	135	122	100	115	97

Во время лечения в стационаре пациентам обеих групп проводилась терапия низкомолекулярными гепаринами (надропарин кальция) в профилактической дозировке. По результатам терапии выявлено, что профилактические дозировки НМГ нормализуют показатели коагулограммы в

группе пациентов с нормальным ИМТ, болеющих коронавирусной инфекцией, значительно эффективнее и зачастую не требуют повышения дозировки НМГ и назначения дополнительной терапии.

Родоразрешение 42 и 27 пациентов из исследуемой группы и группы сравнения, соответственно, произошло через естественные родовые пути и закончилось срочными родами, живым, доношенным плодом, что составило 76 и 96%, соответственно, от общего количества пациентов. Оставшиеся 24 и 4% родоразрешились оперативным путем в срок, живым доношенным плодом, по показаниям со стороны матери. У 4 новорожденных, рожденных от матерей из числа пациентов исследуемой группы, наблюдались признаки врожденной пневмонии (ПЦР на SARS-CoV-2 – отриц.). Все новорожденные, рожденные от матерей группы сравнения, врожденной патологии не имели.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с изначально избыточной массой тела подвержены более высокому риску тромбообразования во время беременности на фоне коронавирусной инфекции и должны включаться в группу риска по тромбоэмболическим осложнениям, при постановке на учет по беременности в женской консультации и на этапе предгравидарной подготовки. Пациенты данной группы переносят коронавирусную инфекцию в более тяжелой форме и нуждаются в назначении НМГ в максимально допустимых дозировках, зачастую превосходящих профилактические. У беременных, не имеющих метаболических нарушений, коронавирусная инфекция протекает в более легкой форме и для нормализации коагуляционного гемостаза не требует назначения НМГ в дозировках, превышающих профилактические.

Рождение здоровых детей у матерей, перенесших коронавирусную инфекцию во время беременности в легкой форме, свидетельствует о низком риске перинатальных осложнений.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Шейбак В. М., Обуховская Е. И., Лавцова Н. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. По статистическим данным Республики Беларусь, первичная заболеваемость мочеполовой системы за период 2019 г. среди детей составляет 1 192,2 случая на 100 тыс. населения [1]. Заболеваемость гинекологической патологией растет с каждым годом, возможной причиной чему могут быть: улучшение диагностических возможностей, низкая сексуальная просвещенность населения, ускорение роста и развития детей и

подростков по сравнению с предшествующими поколениями. Актуальность данной проблемы все больше привлекает внимание врачей.

Репродуктивное здоровье – важнейшая часть общего здоровья, его сохранение позволяет вести полноценную жизнь населению во всех личностных аспектах. Более того, своевременная диагностика и лечение гинекологической патологии позволяет решить ряд социально-демографических проблем. Важность участия педиатра, детского хирурга и гинеколога в решении проблем репродуктивной сферы неоспорима.

Важно знать, что некоторые гинекологические заболевания протекают под маской абдоминального синдрома, что может привести к поздней диагностике, проведению необоснованных оперативных вмешательств и неадекватному лечению. Во избежание диагностических ошибок, помимо проведения лабораторных и инструментальных методов исследования, необходимо уделять должное внимание сбору анамнеза, а именно: уточнять сведения о менструальной функции, наличии половой жизни, использовании средств контрацепции [3].

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что гинекологическая патология в педиатрии актуальна и требует усиленного внимания не только акушеров-гинекологов, но и врачей разных специальностей. Владея знаниями клиники, диагностики, структуры заболеваний и принципов их лечения, можно избежать острых состояний и нарушений репродуктивных функций в будущем.

Цель – анализ структуры гинекологических заболеваний с проявлением абдоминального синдрома у девочек разного возраста, методов их диагностики и необходимости хирургического лечения.

Материалы и методы. Проанализированы 54 истории болезни пациентов с гинекологическими заболеваниями за 2020 г., поступивших в хирургическое отделение Гродненской областной детской клинической больницы.

Результаты и их обсуждение. Все девочки поступили экстренно в хирургическое отделение с предварительным диагнозом при поступлении – острый аппендицит. Госпитализировались девочки в возрасте от 5 до 17 лет, средний возраст поступивших – 14 лет. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 5 койко-дней. С момента начала заболевания до обращения в больницу время составило до 6 ч – 16 чел., от 6 до 24 ч – 16 чел., после 24 ч – 22 человека. 13 пациентов направлены врачом скорой помощи, 18 – самостоятельно, 15 – направлены детской поликлиникой, 6 – другим способом.

При поступлении был проведен общий осмотр хирургом, осмотр гинекологом 32 пациенток, у всех взят общий анализ крови, УЗИ органов малого таза было выполнено 48 пациенткам, 4 проводилась МРТ и 1 – КТ. По результатам общего анализа крови установлено, что у 17 был лейкоцитоз, у 5 снижен гемоглобин, в 4 случаях – повышение СОЭ.

В ходе обследования выставлены диагнозы: альгоменорея – 12 (21%); апоплексия правого яичника – 9 (17%), левого яичника – 1 (2%); киста правого

яичника – 8 (13%), левого яичника – 4 (7,6%); нарушение менструального цикла – 2 (3,8%); овуляторный синдром – 4 (7,6%); перекрут и некроз правого яичника – 2 (3,8%), синдром предменструального напряжения – (3,8%); фолликулярные кисты правого яичника – 2 (3,8%), левого яичника – 1 (2%). Единичные случаи: агенезия левого яичника, вульвовагинит, острый гнойный бартолинит, острый и подострый правосторонние аднекситы, разрыв кисты правого яичника, перекрут кистомы правого яичника.

Операция проводилась 17 пациентам, среди них 14 была проведена диагностическая лапароскопия; лапароскопическая санация брюшной полости и дренирование – 3; лапароскопическое удаление правого яичника вместе с симультанной аппендектомией – 1; тубэктомия справа, дренирование брюшной полости – 1; вскрытие кисты бартолиновой железы – 1; лапаротомия по Пфаненштилю, аднексэктомия справа – 1, удаление гидатид правой маточной трубы, удаление эмбрионального тяжа брюшной полости, дренирование брюшной полости – 1. Антибиотикотерапия проводилась 14 пациенткам.

Исход заболевания: выздоровели – 20, улучшение – у 26, 6 девочек были переведены в больницу скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с диагнозами: киста правого яичника – 3, киста левого яичника, апоплексия правого яичника и фолликулярная киста левого яичника.

Выводы:

- Среди всех поступивших в детское хирургическое отделение с гинекологической патологией оперативное вмешательство проводилось 16 пациентам (30,8%).
- Гинекологические заболевания следует дифференцировать с острым аппендицитом путем проведения УЗИ, МРТ и КТ-диагностики, осмотра детским акушером-гинекологом.
- Преобладали девочки с диагнозом альгоменорея, среди органической патологии – апоплексия и кисты яичников (чаще всего поражается правый яичник).
- Детским хирургам необходимо знать гинекологическую патологию, уметь грамотно ее диагностировать и проводить как экстренные, так и плановые операции.

Литература

1. И. В. Медведева, И. С. Кангро, Ж. Н. Василевская, Демографический ежегодник Республики Беларусь. – Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск 2019 г., с. 429.
2. Адамян Л. В., Богданова Е. А. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: ЭликсКом. 2004. 206 с.
3. Богданова Е. А., Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Глыбина Т. М. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома. Проблемы репродукции. 2011; 1: 28–35.

ЭКСПРЕССИЯ P16^{INK4A} ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ

Шульга А.В.¹, Bodnar M.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Department of Pathomorphology, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland

Введение. Злокачественные эпителиальные опухоли яичников занимают особое место в структуре онкологических заболеваний. Трудность ранней диагностики, быстрый рост и метастазирование, неудовлетворительные результаты лечения распространенных форм новообразований дают основание считать рак яичников (РЯ) наиболее агрессивной опухолью женских гениталий с крайне неблагоприятным прогнозом [1]. Ежегодно в мире регистрируется более 200 тыс. новых случаев овариальных карцином и более 100 тыс. женщин умирают от опухолей данной локализации. Согласно эпидемиологическим исследованиям, во многих странах Азии, Центральной и Восточной Европы, Америки отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости женщин злокачественными опухолями яичников и «омоложению» контингента пациентов [2]. Именно поэтому, одной из актуальных задач остается объективизация прогноза заболевания, позволяющая вносить коррективу в проводимое лечение, разрабатывать новые подходы к таргетной и заместительной терапии [3].

P16 ингибирует взаимодействие циклина D1 и циклинзависимых киназ 4 и 6. В отсутствие p16 циклинзависимые киназы связываются с циклином D1 и происходит фосфорилирование pRb (retinoblastoma protein), что ведет к его инактивации в контрольной точке G1/S и запуску пролиферации клетки. Данный белок играет ключевую роль в контроле клеточного цикла, блокируя сигнальный путь циклин-D-Rb. Теоретически белок p16 является супрессором роста опухолей. Однако прогностическое значение указанного маркера при различных новообразованиях яичников (доброкачественных, пограничных, злокачественных) с учетом гистологического строения остается спорным и до конца не изученным [4, 5]. Имеются разногласия при оценке роли экспрессии p16 опухолевыми и стромальными клетками новообразований яичников [6].

Целью нашей работы было определение особенностей экспрессии p16 в эпителиальных опухолях яичников разной степени злокачественности и гистологического строения.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 100 случаев опухолей яичников, выявленных у женщин Гродненской области в возрасте от 29 до 79 лет в 2008-2012 гг. Клинические данные о больных получены из медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) и канцер-регистра. Кроме гистологической структуры (ВОЗ, 2014) [7] и степени дифференцировки (G) опухолей учитывали соотношение паренхиматозного и стромального компонентов, площадь спонтанных некрозов и кровоизлияний, выраженность и локализацию лейкоцитарной инфильтрации,

плотность микрососудистого компонента, инвазию в кровеносные сосуды. Во всех случаях проведено окрашивание с коммерческими антителами к p16^{INK4a} (1:500) с оценкой интенсивности реакции в паренхиме и строме опухолей. Применен балльный критерий степени экспрессии маркера в паренхиме: 0 (нет окрашивания), 1 (окрашено 1-10% опухолевых клеток), 2 (11-40%), 3 (41-70%) и 4 (более 71%). Гиперэкспрессию p16^{INK4a} устанавливали при 3 и 4 баллах окрашивания (ядерное и/или цитоплазматическое окрашивание 40% клеток и более). Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. При морфологическом исследовании было выявлено 63 случая злокачественных карцином, 15 и 22 пограничных опухолей и доброкачественных опухолей, соответственно. Наиболее частым гистологическим типом РЯ был серозный (44), в 8 наблюдениях выявлена эндометриоидная аденокарцинома, в 10 – муцинозный вариант, а в 1 – светлоклеточный рак. Пограничные опухоли были представлены 10 муцинозными и 5 серозными опухолями. Было выявлено 14 серозных и 8 случаев муцинозных цистаденом, соответственно. При этом в 15 наблюдениях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 28 – к G2, а в 20 – к G3. Первая стадия, согласно классификации FIGO, была установлена у 8 женщин, вторая – у 12, а генерализация процесса наблюдалась в 43 случаях (третья стадия – 38, четвертая – 5). При муцинозном и эндометриоидном вариантах рака преобладал G1, а серозный и светлоклеточный вариант чаще были умеренно- и низкодифференцированные.

При ИГХ исследованиях экспрессия p16^{INK4a} определялась как в опухолевых, так и в стромальных клетках. Обращал на себя внимание тот факт, что при определении реакции в зонах с тенденцией или подозрением на инвазию наблюдалось усиление интенсивности цитоплазматической экспрессии и увеличение количества положительно окрашенных клеток. Позитивная реакция с антителами к p16 определялась в 65 новообразованиях яичников, а выраженная экспрессия – в 40 опухолях. Отсутствовала зависимость между степенью дифференцировки, клинической стадией, наличием регионарных метастазов и уровнем экспрессии маркера.

Выводы. Увеличение суммарной экспрессии, интенсивности и распространенности реакции с антителами к p16 характерно для злокачественных и пограничных опухолей в сравнении с доброкачественными новообразованиями ($p < 0,05$), что может быть использовано для дифференциальной диагностики эпителиальных новообразований яичников.

Литература

1. Siegel, R.L. Cancer statistics, 2020 / R.L. Siegel, K.D. Miller, A. Jemal // CA Cancer J. Clin. – 2020. – Vol. 70. – P. 7-30.
2. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2010-2019 гг. / А.Е. [и др.]; под ред. С.Л. Полякова. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2020. – 298 с.

3. Low-grade serous ovarian cancer: A review / A. Kaldawy [et al.] // Gynecol Oncol. – 2016. – Vol. 16. – P. 320.
4. The Impact of P16 and HER2 expression on survival in patients with ovarian carcinoma / F.H. Shandiz [et al.] // Neoplasma. – 2016. – Vol. 63. – P. 520.
5. Human papilloma virus (HPV) status, p16^{INK4a}, and p53 overexpression in epithelial malignant and borderline ovarian neoplasms / G. Giordano [et al.] // Pathol. Res. Pract. – 2008. – Vol. 204(3). – P. 163-174.
6. Stromal p16 expression is significantly increased in malignant ovarian neoplasms / N. Yoon [et al.] // Oncotarget. – 2016. – Vol. 116. – P. 60.
7. World health organization classification of tumors of female reproductive organs // R.J. Kurman [et al.] – IARS: Lyon, 2014. – 307 p.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА ОТ РЕФЕРЕНТНЫХ ЗНАЧЕНИЙ ВИТАМИНА Д И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Янушко Т. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Дефицит витамина Д – одна из проблем общественного здравоохранения во многих странах мира, особое внимание при этом уделяется беременным женщинам. За последнее десятилетие проведены исследования, связывающие дефицит витамина Д во время беременности с широким спектром акушерских и перинатальных осложнений, а именно: преэклампсия, гестационный диабет, бактериальный вагиноз, синдром задержки роста плода, низкая масса тела при рождении, нарушения формирования скелета плода и снижение костной массы.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что роль метаболитов витамина Д не ограничивается лишь регуляцией уровня кальция. Биологические функции витамина Д в организме многообразны, а геномные и негеномные эффекты витамина многочисленны. На сегодняшний день доказано, что мишенями активных метаболитов витамина Д₃ являются рецепторы витамина Д₃ (VDR – vitamin D receptor), которые присутствуют более чем в 38 органах и тканях организма [1, 3]. Очевидна ассоциация роли витамина Д с репродуктивным здоровьем, поскольку рецепторы VDR обнаружены в тканях репродуктивных органов, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз. Витамин Д регулирует более 3000 генов, многие из которых играют значимую роль в развитии плода, в том числе ингибирование клеточной пролиферации и индукции конечной дифференцировки. Достоверно доказано, что увеличение обеспеченности витамином Д снижает частоту диабета, остеопороза, респираторных заболеваний, артериальной гипертензии,

аутоиммунных и онкологических заболеваний (молочной железы, кишечника, простаты). С низким уровнем витамина D связывают развитие аллергических и аутоиммунных заболеваний, болезней сердца, метаболического синдрома и ожирения [2, 4].

Причины развития недостаточности и дефицита витамина D многообразны, связаны с географическим расположением местности проживания, неадекватным питанием, нарушением абсорбции и деградации холе- и эргокальциферола в организме. Адекватное потребление и статус витамина D во многом зависит от возраста, сопутствующих заболеваний, использования некоторых лекарственных препаратов. Основные причины дефицита витамина D: недостаток прямых солнечных лучей; снижение синтеза витамина D в коже (применение солнцезащитных кремов, высокая пигментация кожи, зимний период, сокращение светлого времени суток); недостаток в питании продуктов, содержащих витамин D; хроническая почечная и печёночная недостаточность; применение некоторых лекарственных средств (противосудорожные, противотуберкулёзные); нарушение всасывания при заболеваниях кишечника; врожденные заболевания (например витамин D-резистентный рахит); ожирение.

Новые представления о витамине D как о мощном стероидном гормоне привели к существенной переоценке его физиологической роли в организме человека в разные периоды его жизни. Оказалось, что достаточный уровень D-гормона необходим на протяжении всей жизни: от периода внутриутробного развития до самой глубокой старости, поскольку он регулирует крайне важные гены, отвечающие за синтез половых гормонов и регуляцию углеводного обмена, нарушение функции которых закономерно сопровождается низкой продолжительностью и качеством жизни.

Особого внимания заслуживает роль дефицита витамина D в предрасположенности к спектру заболеваний инфекционной этиологии, в частности в развитии бактериального вагиноза (БВ), а также в нарушении нормального баланса микрофлоры влагалища с повышенным ростом облигатно-анаэробных бактерий.

Бактериальный вагиноз (БВ) – это нарушение экосистемы влагалища, характеризующееся усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий при отсутствии воспалительной реакции со стороны слизистой влагалища. БВ – полимикробное рецидивирующее заболевание, характеризующееся резким снижением кислотности влагалища и концентрации лактобацилл с преобладанием пептококков, пептострептококков, бактероидов, мобилиумкуса, микоплазм, гарднерелл и небольшого количества вагинального эпителия. В настоящее время известно, что вагинальная микрофлора служит индикатором состояния здоровья женщины, представляя собой динамическую систему, которая реагирует на изменения гормонального и иммунного статуса при разных патологических состояниях, дефицит витамина D в организме женщины приводит к десквамации эпителия влагалища и, как следствие, к развитию вагинита.

Цель исследования – определить уровень дефицита витамина D среди женщин репродуктивного возраста, страдающих бактериальным вагинозом.

Результаты. Обследованы 30 женщин репродуктивного возраста от 24 до 44 лет, обратившихся в медицинское учреждение с жалобами на выделения из половых путей. Клинико-лабораторное обследование включало: сбор анамнестических данных, оценку состояния биоценоза влагалища путем проведения теста фемофлор-скрин и определение в венозной крови пациента уровня витамина D₂₅(ОН). В результате проведенных исследований у 19 из 30 исследуемых выявлен умеренный и выраженный дефицит витамина D. 12 пациенток имели уровень витамина D менее 24 нг/мл, что представляет собой умеренный дефицит витамина D, 5 имели выраженный дефицит – уровень у них был ниже 10 нг/мл.

Выводы. Как видно из нашего исследования, многогранность функций витамина D не вызывает вопросов, а его уровень в сыворотке крови имеет связь с возникновением РБВ, что подтверждает актуальность проблемы. Полученные данные свидетельствуют о том, что скрининговое обследование женщин с рецидивирующим баквагинозом на содержание витамина D в сыворотке крови позволит более эффективно подходить к методам лечения данной патологии.

На основании проведенного исследования нами установлено, что 25(ОН)D регулирует эффективность иммунного ответа и обладает иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Учитывая полученные данные, можно предполагать, что дефицит витамина D – дополнительный неклассический фактор риска развития дисбактериоза слизистых генитального тракта.

Терапия, ориентированная на витамин D, может предоставить новые методы основного или адъювантного лечения и профилактики вирусных, бактериальных и грибковых инфекций.

Литература

1. Семин С. Г., Волкова Л. В., Моисеев А. Б., Никитина Н. В. Перспективы изучения биологической роли витамина D // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 2. – С. 122-131.
2. Шварц Г. Я. Дефицит витамина D и его фармакологическая коррекция // Русский медицинский журнал. — 2009. — № 17 (7). — С. 477-486.
3. Norman A. W., Bouillon R. Vitamin D nutritional policy needs a vision for the future // Exp. Biol. Med, — 2010. — 235 (9). — P. 1034-1045.
4. Спиричев В. Б. О биологических эффектах витамина D // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, № 6. – С. 113-119.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРАФЕСАР МАГІЛЁЎ – ЗАСНАВАЛЬНІК КАФЕДРЫ АКУШЭРСТВА І
ГІНЕКАЛОГІІ ГРОДЗЕНСКАГА ДЗЯРЖАЎНАГА МЕДЫЦЫНСКАГА
ІНСТЫТУТА

Плоцкі А.Р. 4

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОГО
МНОГОВОДИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Зверко В. Л., Воронцовская Ю. В., Новосад Е. А., Добрук Е. Е.,
Полудень Н. Б.* 7

PLACENTA PRAEVIA – ИСХОДЫ РОДОВ

Ганчар Е. П., Зверко В. Л., Демина О. В., Колола Л. Ф. 10

АМИНОКИСЛОТЫ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ганчар Е. П. 13

АНАЛИЗ МЕТАБОЛОМА БЕРЕМЕННЫХ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ
ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ
РОСТА ПЛОДА

Ганчар Е. П., Гутикова Л. В. 16

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛОМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ
АНОВУЛЯЦИЕЙ

Ганчар Е. П., Кажина М. В., Наумов А. В. 20

МИОМА МАТКИ С СУБМУКОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ
УЗЛА – ТАКТИКА

Гурин А. Л., Демина О. В., Ганчар Е. П. 23

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ПАРТНЕРСКИМ РОДАМ

Гимпель О. В., Зверко В. Л., Новосад Е. А., Добрук Е. Е., Полудень Н. Б.
..... 26

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ
ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ВКЛЮЧАЮЩЕГО
АНОМАЛАД ПЬЕРА РОБЕНА

*Главацкая Е. Н., Зверко В. Л., Прибушения О. В., Мотюк И. Н.,
Новосад Е. А., Добрук Е. Е.* 28

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО
ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С COVID-19 В УСЛОВИЯХ
РЕГИОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Гутикова Л. В., Зверко В. Л., Новосад Е. А., Левин В. И. 31

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	
<i>Захарко А. Ю., Подгорная А. С., Мурашко О. В., Бронская К. В.</i>	34
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
<i>Зверко В. Л., Пальцева А. И., Сеница Л. Н., Дырман Т. В., Ковш Д. С.</i>	37
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ	
<i>Кардаш Ю. Г., Кухарчик Ю. В.</i>	40
СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ	
<i>Кириллова Е. Н., Павлюкова С. А.</i>	44
ВЛИЯНИЕ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ	
<i>Колесникова Т. А., Сайковская В. Э., Корончик Ю. В., Кутас С. Н., Ганчар Е. П.</i>	47
МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ ВАРИАНТАХ КАРДИОТОКОГРАММЫ	
<i>Колесникова Т. А., Сайковская В. Э., Кутас С. Н., Ганчар Е. П.</i>	50
БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА – ВОЗМОЖНОСТЬ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА	
<i>Корень Ю. Г., Белуга М. В., Белуга В. Б.</i>	53
РОЛЬ УНИВЕРСАЛЬНОГО МАРКЕРА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА	
<i>Косцова Л. В., Гутикова Л. В., Жегздрин О. А.</i>	56
СУБИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ – СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА	
<i>Зверко В. Л., Кузьмич И. И., Новосад Е. А., Ганчар Е. П.</i>	57
ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	
<i>Кухарчик Ю. В., Гутикова Л. В., Павловская М. А., Станько Д. Э., Кузьмич И. И., Колесникова Т. А., Шульга А. В.</i>	61
РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ	
<i>Кухарчик Ю. В., Гутикова Л. В., Станько Д. Э., Кузьмич И. И., Колесникова Т. А.</i>	63
РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ С МИОМОЙ МАТКИ	
<i>Кухарчик Ю. В.</i>	66

СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗОЙ РАЗНОГО ГЕНЕЗА	
<i>Милош Т. С.</i>	69
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Милош Т. С., Гутикова Л. В.</i>	73
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА	
<i>Милош Т. С., Гутикова Л. В.</i>	76
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ	
<i>Мишук Э. И., Якименя О. В.</i>	79
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА, СОМАТИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА	
<i>Могильницкая О. Э.</i>	83
АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ	
<i>Могильницкая О. Э., Бортник М. А.</i>	87
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОК С КИСТОЗНЫМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	
<i>Мурашко О. В., Захарко А. Ю., Подгорная А. С.</i>	90
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	
<i>Новицкая Т. В., Егорова Т. Ю., Вакульчик В. Г., Гарбуз С. А.</i>	93
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАКРОСОМИИ	
<i>Пашенко Е. Н., Сайковская В. Э., Ганчар Е. П., Козич А. А.</i>	95
РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ В АНАМНЕЗЕ	
<i>Полховская М. В., Волковыцкая Т. А.</i>	98
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ	
<i>Потонич И. К., Могильницкая О. Э.</i>	103

ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН	
<i>Прибушеня И. И. (мл.), Ниткин Д. М.</i>	104
НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ БЕЛАРУСИ	
<i>Савоневич Е. Л., Степура Т. Л., Горустович О. А., Кулик О. А., Матвейчик Н. В.</i>	108
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
<i>Савоневич Е. Л., Горустович О. А., Абдрашитов В. В., Новицкая Т. В.</i>	111
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ УЗ «ГОКПЦ»	
<i>Сайковская В. Э., Пальцева А. И., Пономаренко С. М., Сеница Л. Н. ..</i>	115
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ОБ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ ПОСРЕДСТВОМ ЭЛЕКТРОННЫХ СМИ	
<i>Салмина А. В.</i>	120
АНАЛИЗ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНА D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА	
<i>Семенцова С. В., Могильницкая О. Э.</i>	121
ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ	
<i>Смолей Н. А.</i>	124
СОВРЕМЕННОЕ ПЕРСПЕКТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНЕ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ	
<i>Смолей Н. А.</i>	127
ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ	
<i>Солонко И. И., Пересада О. А., Скрыгина Е. М.</i>	133
ОЦЕНКА ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЦЕРВИКСА И РАЗНЫМ ВПЧ-СТАТУСОМ	
<i>Станько Д. Э., Кухарчик Ю. В., Добрук Е. Е., Кузьмич И. И.</i>	137

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОЛЬПОСКОПИИ В
СОЧЕТАНИИ С ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПРЕССИЕЙ P16/KI67
У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ
ДИСПЛАЗИЕЙ

*Станько Д. Э., Янушко Т. В., Кухарчик Ю. В., Добрук Е. Е.,
Кузьмич И. И. 139*

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ПОЛИМОРФИЗМОМ
ГЕНОВ В ГОМОЗИГОТНОМ ВАРИАНТЕ PAI-1 И ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ
ВАРИАНТАХ APOE, F2, F13A1, MTHFR, MTR, ACE

Ступакевич М. Б., Ганчар Е. П., Сайковская В. Э., Добрук Е. Е. 141

АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА У ЛАКТИРУЮЩИХ ЖЕНЩИН И
УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ИХ ИЗ РАЗНЫХ ИСТОЧНИКОВ

*Томчик Н. В., Хлебовец Н. И., Янковская Н. И., Викторович Ю.,
Лукашик С. Д., Онегин Е. Е. 145*

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА
СЕРОТОНИНОВЫЙ ОБМЕН В ПЛАЗМЕ КРОВИ

Фурс В. В., Качук Н. В. 148

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПОВТОРНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ
ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

Фурс В. В., Качук Н. В. 151

ВЛИЯНИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ И ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ НА
ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Хворик Н. В., Белуга В. Б., Сурова Н. А. 153

ВТОРИЧНАЯ ОЛИГОМЕНОРЕЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Хворик Н. В. 156

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Хворик Н. В., Биркос В. А., Амбрушкевич Л. П., Довнар Л. Н. 158

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ЭПИЗОДОВ ПОТЕРИ
БЕРЕМЕННОСТИ

Хворик Н. В., Никольская А. К. 161

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МАТОЧНОГО БЕСПЛОДИЯ
ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Царева Н. В. 164

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-
ИНФЕКЦИЮ

*Швайковский А. В., Баран Д. Н., Гульник О. А., Левин В. И.,
Хуссейн Абдимахад Абдуллахи 168*

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ	
<i>Шейбак В. М., Обуховская Е. И., Лавцова Н. В.</i>	<i>170</i>
ЭКСПРЕССИЯ P16 ^{INK4A} ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ	
<i>Шульга А. В., Bodnar М.</i>	<i>173</i>
ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА ОТ РЕФЕРЕНТНЫХ ЗНАЧЕНИЙ ВИТАМИНА Д И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	
<i>Янушко Т. В.</i>	<i>175</i>

Научное издание

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ»

Сборник материалов

Республиканской научно-практической-конференции
с международным участием, посвящённой 60-летию создания
кафедры акушерства и гинекологии
Гродненского государственного медицинского университета

3 декабря 2021 года

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

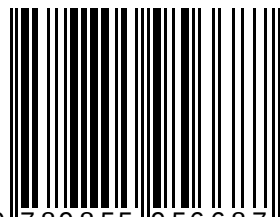
Компьютерная верстка С. В. Петрушиной, А. А. Хартанович
Корректор Л. С. Засельская

Подписано в печать 26.11.2021
Тираж 9 экз. Заказ 166.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

ISBN 978-985-595-668-7



9 789855 956687

Репозиторий ГрГМУ