

но-рефлекторной возбудимости (5,6% и 3,3%), синдромом дыхательных расстройств (2,8% и 3,3%) и перенесенной хронической внутриутробной гипоксией (4,2% и 3,3%). Случаев тяжелой асфиксии в анализируемых группах не было. Высоким оказался процент пороков развития у новорожденных основной группы - 5,6% (в контроле данных осложнений выявлено не было, $p < 0,05$). Выявлены в 2 случаях (2,8%) пороки развития костно-суставной системы, в 1 случае (1,4%) порок почек и в 1 случае (1,4%) синдром Дауна.

Выводы. Беременность и роды у женщин 40 лет и старше в современных условиях относятся к факторам высочайшего риска по возникновению акушерской патологии в связи с наличием отягощенного соматического и гинекологического анамнеза. У этих пациенток высокий процент гестозов, угрозы прерывания беременности, хронической фетоплацентарной недостаточности, анемии, многоводия, что диктует необходимость проводить своевременно профилактические, диагностические и лечебные мероприятия, направленные на пролонгирование беременности. Женщины 40 лет и старше представляют фактор риска по развитию перинатальной патологии. Отмечается достоверно большая частота гипотрофии, внутриутробной гипоксии, пороков и аномалий развития у новорожденных данного контингента женщин.

ЭНДОКРИННОЕ БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ – ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Ганчар Е.П., Кажина М.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одна из главных задач медицины XXI века остановить пандемическое распространение болезней цивилизации: ожирения, метаболического синдрома, атеросклероза, онкологических заболеваний. Современная медицина становится предиктивной, превентивной и персонифицированной. Создается принципиально новая стратегия, основанная на доклиническом определении биомаркеров скрытой патологии задолго до реального проявления признаков болезни. Стратегия такого рода дает врачу реаль-

ную возможность вовремя принимать предиктивно-превентивные и персонафицированные меры. Доклиническое выявление заболевания на этапе прогнозирования способно реально стабилизировать показатели заболеваемости.

Метаболический синдром (МС) представляет особую значимость для здоровья женщин, являясь серьезным фактором риска эндокринного бесплодия. В настоящее время доказано, что инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия являются основным патогенетическим звеном метаболических нарушений в развитии овариальной дисфункции [2, 30]. Тем не менее, не все женщины с МС характеризуются нарушением репродуктивной функции. Нам представляется интересным поиск маркеров, характеризующих специфичность метаболического статуса женщин с эндокринным бесплодием на фоне МС и поиск предиктивных тестов, позволяющих прогнозировать эндокринное бесплодие у пациенток с МС.

Цель исследования - разработать доступный способ прогнозирования эндокринного бесплодия у женщин с МС.

Материалы и методы. Исследования проводились на 73 пациентках с МС. 43 женщины исследуемой группы страдали эндокринным бесплодием, 30 – пациенток с МС с реализованной репродуктивной функцией и нормальным менструальным циклом. В плазме крови определяли концентрацию цистеина (Cys) методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографической системе Agilint 1100 с детектированием флюоресценции. Проведен ROC-анализ, расчет оптимальной точки разделения, чувствительности и специфичности теста. Найдена оптимальная точка разделения равная 311,03, для которой рассчитаны основные характеристики диагностического теста: чувствительность – 0,93 (95% ДИ=0,81; 0,99) и специфичность – 0,67 (95% ДИ=0,47; 0,83).

Построена (ROC curve) характеристическая кривая (рис.1) (зависимость чувствительности и специфичности от точки разделения) и рассчитана площадь под ней, равная 0,84 (95% ДИ=0,75; 0,93).

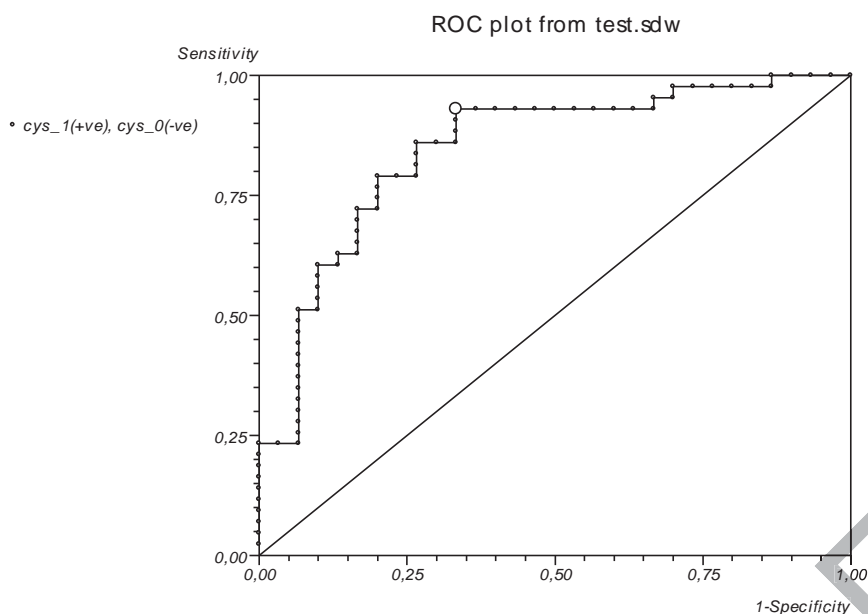


Рисунок 1. – ROC-кривая

Площадь под кривой больше 0,7 обеспечивает хорошее качество модели, показатель – цистеин, может служить прогностическим индексом.

Результаты и обсуждение. Уровень цистеина в группе пациенток с метаболическим синдромом, страдающих бесплодием, составил 411,12 [351,91-452,07] нмоль/мл. Уровень цистеина у женщин с реализованной репродуктивной функцией и нормальным менструальным циклом составил 295,46 [242,23-340,23] нмоль/мл.

Приводим примеры, подтверждающие возможность применения данного теста на практике.

Пример 1. Больная М., 24 лет. Планирует беременность. Менархе в 11 лет через 28-45 дней. Менструации редкие (через 66-122). Задержки менструации начали прогрессировать с 16 лет. Половая жизнь с 18 лет, беременности не было. Масса тела увеличилась с 16 лет после перенесенного стресса на 18 кг за 8 лет. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Объективный статус: рост 170 см, вес 95 кг, ИМТ - 32,9 кг/м². Белые стрии на молочных железах, ягодицах, бедрах. Избыточное оволосение на предплечьях, ногах, передней брюшной стенке. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Соматический статус без особенностей. АД 120/80 мм рт. ст. Генитальный статус: гиперпигментация внутренней поверхности бедер, наружных половых органов. Наружные поло-

вые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка размерами 51x37x46 мм нормальной эхоструктуры, М-эхо - 2 мм, яичники: левый 39x35мм, правый 41x35 мм, оба кистозно изменены с утолщенной капсулой.

Диагноз: Метаболический синдром: Ожирение 1 ст. Нарушение менструальной функции по типу опсоменореи. Синдром поликистозных яичников.

Концентрация цистеина в плазме крови составила 438,06 нмоль/мл, что соответствует высокому риску бесплодия.

Трубы проходимы (гистеросальпингография). Спермограмма мужа в норме.

Больная бесплодна в течении 1,5 лет.

Пример 2. Больная К., 26 лет. Планирует беременность. Менструальные с 12 лет, регулярные. Половая жизнь с 20 лет. Масса тела увеличилась с 20 лет после перенесенного стресса, за 6 лет прибавила 20 кг. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Особенности соматического статуса: артериальная гипертензия. Объективный статус: рост 164 см, вес 90 кг, ИМТ - 33,5 кг/м². АД – 140/90 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 57x35x50 мм с ровными, нечеткими контурами, однородной эхоструктуры. М-эхо - 2 мм. Яичники не увеличены с мелкими эхонегативными включениями,

Диагноз: Метаболический синдром: Ожирение I ст. Артериальная гипертензия I ст.

Концентрация цистеина в плазме крови составила 270,684 нмоль/мл, прогнозируется низкий уровень бесплодия.

Пациентка забеременела в течении 3 месяцев.

Приведенные примеры подтверждают высокую эффективность предлагаемого теста. Преимущества предлагаемого способа по сравнению с прототипами: достаточно однократного обследования пациенток с МС.

Вывод: определение уровня цистеина в плазме позволяет прогнозировать эндокринное бесплодие у женщин с МС с чувствительностью 0,93, специфичностью 0,67, для выработки инди-

видуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МУЖЧИН В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

Гимпель О.В., Зверко В.Л., Корчагин О.Ю., Полудень Н.Б.
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. Проблема бесплодного брака в Беларуси была и остается весьма актуальной и в наше время: около 15% супружеских пар страдают бесплодием и, к сожалению, пока тенденции к снижению этого показателя нет. За прошлый год в стране было зарегистрировано более 11 тысяч женщин с данной проблемой, почти 3,5 тысячи из которых такой диагноз был поставлен впервые. Мужчин – 1800. При этом у 20–25 процентов семейных пар устанавливается обоюдное бесплодие. По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь в течение 1 года без использования методов контрацепции, беременность не наступает, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте.

В последние годы отмечается тенденция к росту мужского бесплодия. Это объясняется неблагоприятной экологией, уменьшением двигательной активности мальчиков, в том числе из-за компьютеризации. Имеет место также неправильное половое воспитание мальчиков, что приводит к ранним половым связям и раннему заражению инфекциями, передающимися половым путем, которые вызывают бесплодие. Кроме того, специалисты полагают, что значимость семьи и брака сегодня в Беларуси значительно снижена. Поэтому необходимо предпринимать меры по повышению статуса семьи и нравственных устоев общества, профилактике инфекций, передающихся половым путем, возрождению важности физической культуры.

Целью исследования явилось изучение влияния проблемы мужского бесплодия на психоэмоциональное состояние мужчин.

Материалы и методы. В условиях поликлиники УЗ «Гродненского областного клинического перинатального центра» за 2014 год были обследованы 80 мужчин, обратившихся в кабинет