



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ

Материалы областной юбилейной научно-практической
конференции, посвященной 75-летию
учреждения здравоохранения
«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

75 лет



Гродно, 2020

Управление здравоохранения Гродненского облисполкома
Учреждение здравоохранения
«Гродненский областной клинический перинатальный центр»
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ

Материалы областной юбилейной
научно-практической конференции,
посвященной 75-летию учреждения здравоохранения
«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

20 ноября 2020 года

Гродно
ГрГМУ
2020

УДК 618.2/.3+616-053.31]:005.475(06)
ББК 57.16+57.3я43
А437

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ
(протокол № 14 от 14.12.2020 г.).

Редакционная коллегия:

д-р мед. наук, проф. Л. В. Гутикова;
доц., канд. мед. наук В. Л. Зверко;
доц., канд. мед. наук А. И. Пальцева.

Рецензенты:

д-р мед. наук, проф. Н. С. Парамонова;
д-р мед. наук, проф. Н. А. Максимович;
доц., канд. мед. наук В. В. Новосад.

А437 **Актуальные** вопросы перинатологии : материалы областной юбилейной научно-практической конференции, посвященной 75-летию учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», 20 ноября 2020 года [Электронный ресурс] / редкол. : Л. В. Гутикова, В. Л. Зверко, А. И. Пальцева. – Электрон. текст. дан. (объем 3,3 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
ISBN 978-985-595-255-9.

В сборнике научных трудов представлены работы сотрудников научных и клинических учреждений Республики Беларусь по проблемам перинатологии.

Представленные работы будут полезны широкому кругу научных сотрудников и работников практического здравоохранения.

УДК 618.2/.3+616-053.31]:005.475(06)
ББК 57.16+57.3я43

ISBN 978-985-595-255-9

© ГрГМУ, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ИСКУССТВЕННЫМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ СО СТОРОНЫ ПЛОДА <i>Кеда Л.Н.</i>	7
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ ПЛОДА, ТРЕБУЮЩИМИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Кеда Л.Н., Гутикова Л.В.</i>	10
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЕ ВНУТРИУТРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Белуга М.В., Ермолович М.А., Белуга В.Б.</i>	14
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КЛЕЯ «INDERMIL FLEXIFUZE» <i>Зверко В.Л., Ганчар Е.П., Новосад Е.А., Колесникова Т.А.</i>	16
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В РЕГИОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ <i>Зверко В.Л., Гутикова Л.В., Ганчар Е.П., Демина О.В., Пашенко Е.Н.</i>	19
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА <i>Зверко В.Л., Калесник М.В., Колола Л.Ф.</i>	22
АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, КАК ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ <i>Зверко В.Л., Калесник М.В., Тарасов В.Ю.</i>	24
ОКАЗАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ, РОДИЛЬНИЦАМ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 В УЗ «ГОКПЦ».....	26
<i>Зверко В.Л., Новосад Е.А., Сайковская В.Э., Кузьмич И.И., Добрук Е.Е., Клименкова Д.С.</i>	26
СТРАТЕГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В УЗ «ГРОДНЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» <i>Зверко В.Л., Пальцева А.И., Пономаренко С.М.</i>	29

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У МАТЕРИ <i>Бердовская А.Н., Короткая В.В.</i>	32
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТОШНОТА И РВОТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПОД СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ <i>Виноградов С.В., Виноградова Т.А., Предко В.А.</i>	34
МЕТФОРМИН В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Ганчар Е.П., Кажина М.В., Разина С.А.</i>	36
НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА <i>Ганчар Е.П., Кажина М.В.</i>	40
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Ганчар Е.П., Колесникова Т.А., Сайковская В.Э., Кажина М.В.</i>	43
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ <i>Гурин А.Л., Колесникова Т.А., Сайковская В.Э., Новосад Е.А., Ганчар Е.П.</i>	46
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Гурина Л.Н., Бурак, Денисик Н.И.</i>	48
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ <i>Демина О.В., Новосад Е.А., Сайковская В.Э., Ганчар Е.П., Качук Н.В.</i>	50
ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ КАК ОСНОВА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Егорова Т.Ю., Новицкая Т.В.</i>	53
НАРУЖНЫЙ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: ГРАНИ ПРОБЛЕМЫ <i>Зайцева Т.П., Биркос В.А., Амбрушкевич Л.П., Довнар Л.Н., Кучук Д.О.</i>	56
АНТИГЕСТАГЕНЫ В ТЕРАПИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ <i>Кажина М.В., Ганчар Е.П., Гурин А.Л., Колесникова Т.А.</i>	58

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ ВАРИАНТАХ КАРДИОТОКОГРАММ	
<i>Колесникова Т.А., Ганчар Е.П., Сайковская В.Э.</i>	61
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ФРАНЦУЗСКОГО ТИПА	
<i>Конюх Е.А., Осипова-Егорова Е.А., Кизелевич А.И.</i>	64
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ	
<i>Косцова Л.В., Гутикова Л.В.</i>	67
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ КОАГУЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	
<i>Лашковская Т.А., Гузаревич В.Б.</i>	69
ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД	
<i>Лашковский В.В., Иванцов В.А.</i>	72
СТРУКТУРА И РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВУЛЬВОВАГИНИТАМИ	
<i>Милош Т.С., Гутикова Л.В., Разина С.А.</i>	76
ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАНИЯ СИМПТОМНОЙ МИОМЫ МАТКИ И ТОТАЛЬНОЙ ОВАРИЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ	
<i>Милош Т.С., Костяхин А.Е.</i>	80
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЛИНЕОПЛАЗИИ В РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНАХ У ЖЕНЩИН	
<i>Савоневич Е.Л., Новицкая Т.В., Абдрашитов В.В., Семеняко И.А., Рапецкая В.И.</i>	83
ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ	
<i>Синица Л.Н., Новосад Е.А., Русина А.В.</i>	87
УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ	
<i>Синица Л.Н., Сайковская В.Э., Пархоменко А.В.</i>	89
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРБАЛИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	
<i>Смолей Н.А.</i>	93

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Смолей Н.А. 96

СПОСОБ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ
ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Смолей Н.А., Зайцева Т.П. 98

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ
АНАЛИЗ СПОСОБОВ УШИВАНИЯ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА

Смолей Н.А., Костяхин А.Е. 101

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ ЮНОГО ВОЗРАСТА
(ОПЫТ РАБОТЫ В УЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ГРОДНО)

Сурова Н.А., Семенцова С.В., Лисовская О.Н. 103

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ
УРЕАПЛАЗМЕННОЙ И МИКСТ-ИНФЕКЦИЯМИ

Хворик Н.В., Белуга В.Б., Никольская А.К., Сурова Н.А. 107

ГНОЙНЫЕ ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОРГАНОВ
МАЛОГО ТАЗА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

*Хворик Н.В., Биркос В.А., Амбрушкевич Л.П.,
Довнар Л.Н., Кучук Д.О.* 110

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПРЕДИКТОР
ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

*Янковская Н.И., Вабищевич И.М., Каткова Е.В., Крайняя А.Ф.,
Васильченко Л.Н., Мешкевич Т.В., Медведская И.М.* 112

РЕДКАЯ НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОБМЕНА АМИНОКИСЛОТ
В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-НЕОНАТОЛОГОВ

*Янковская Н.И., Каткова Е.В., Васильченко Л.Н.,
Крайняя А.Ф., Мотюк И.Н., Красовская Т.А.* 115

БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГИПОВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА Д
НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Янушко Т.В. 118

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ИСКУССТВЕННЫМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ СО СТОРОНЫ ПЛОДА

Кеда Л.Н.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Основная часть прерываний беременности выполняется в первом триместре беременности. При этом две трети основных осложнений абортотом приходятся на прерывания беременности во втором триместре, которые составляют около 10-15% в структуре всех абортотом в мире [1, 2].

Диагностированные пренатально врожденные аномалии, хромосомные нарушения и наследственные заболевания плода с неблагоприятным прогнозом для жизни, не имеющими эффективного лечения и (или) сопровождающихся умственной отсталостью, являются в настоящее время основной причиной искусственного прерывания беременности во втором триместре.

Известно, что искусственное прерывание беременности наносит вред физическому и психическому здоровью женщины. Методы ИПБ постоянно совершенствуются, ведется работа по улучшению технологии с точки зрения эффективности, безопасности, технической простоты выполнения, улучшения контроля над болью и кровопотерей, приемлемости для женщин [3-6].

Разнообразие предлагаемых методов и схем прерывания беременности во втором триместре, отсутствие комплексного подхода, позволяющего минимизировать отрицательное воздействие на физическое и психическое здоровье, побудило нас разработать алгоритм оказания медицинской помощи женщинам с патологическими состояниями плода, требующими искусственного прерывания беременности.

Цель исследования. Представить алгоритм оказания медицинской помощи женщинам с искусственным прерыванием беременности по медицинским показаниям со стороны плода и результаты его применения.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 104 пациента, находящихся на стационарном лечении в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» по поводу искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода в сроках 13-22 недели (группа I), из них основная группа (I-A) – 33 женщины, которым медицинская помощь оказывалась по разработанному нами алгоритму (инструкцией по применению № 041-0520 утвержденной МЗ РБ), и группа сравнения (I-B) – 71 женщина с искусственным прерыванием беременности, которым медицинская помощь оказывалась без применения разработанного нами алгоритма. Медицинскими показаниями для прерывания беременности со стороны плода являлись врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения у плода,

установленные пренатально, с неблагоприятным прогнозом для жизни, не имеющие эффективного лечения и (или) сопровождающиеся умственной отсталостью (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 года № 88). Основанием для искусственного прерывания беременности являлось решение врачебно-консультативной комиссии.

Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи компьютерного пакета программ STATISTICA (версия 10.0).

Результаты исследования. Пациенты исследуемых групп были сопоставимы по сроку беременности, возрасту, социальному статусу, семейному положению, особенностям менструальной функции ($p > 0,05$).

Согласно разработанного нами и утвержденного Министерством здравоохранения «Алгоритм оказания медицинской помощи беременным при патологических состояниях плода, требующих прерывания беременности в поздние сроки» (инструкция по применению регистрационный № 041-0520) оказание медицинской помощи женщинам основной группы (I-A) включало 6 этапов.

I этап. Выполнение и оценка комплекса диагностических мероприятий блоков А, В, Г клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» утвержденного Постановлением Министерства здравоохранения от 19.02.2018 № 17.

II этап. Осмотр врача-психотерапевта с выполнением и оценкой результатов клинического исследования с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), 21-пунктовой шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D – 21).

III этап. Прерывание беременности медикаментозным методом.

Беременной назначался прием лекарственного средства мифепристон 200 мг внутрь под контролем медицинского работника. Через 24 часа осуществлялся перевод беременной в родовое отделение. С целью оценки акушерского статуса проводился медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога, выполнялось влагалищное исследование и введение 800 мг лекарственного средства, содержащего мизопростол, интравагинально. Врачом-акушером-гинекологом проводилась оценка маточной деятельности каждые 3 часа, введение интравагинально 200 мг лекарственного средства, содержащего мизопростол, но не более 800 мг суммарно. Проводилось обезболивание. Врачом-акушером-гинекологом осуществлялся контроль за изгнанием плода, оценка целостности последа, выскабливание полости матки и осмотр родовых путей. Плод и плацента направлялись на патоморфологическое исследование. После прерывания беременности пациенты переводились в гинекологическое отделение для продолжения лечения.

IV этап. Осмотр врача-психотерапевта с выполнением и оценкой результатов клинического исследования с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), 21-пунктовой шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D – 21).

V этап. Проведение комплекса лечебных мероприятий после прерывания беременности (назначение антибактериальных средств, средств, подавляющих лактацию, триптофана 500 мг 2 раза через 12 часов 5 суток). Назначение пациентам с Rh-отрицательной принадлежностью крови иммуноглобулин человека антирезус Rho(D). Проведение пациентам с диагностированными психическими расстройствами психотерапевтического и психофармакологического лечения.

VI этап. Диагностика наличия осложнений прерывания беременности и (или) заболеваний и их лечение.

Интервал прерывания беременности (время от интравагинального введения мизопростола и изгнанием плода) в группе I-A (основной) группе составила 465 (Me (Q₂₅-Q₇₅) 380-555) минут, в группе I-B (сравнения) 425 (Me(Q₂₅-Q₇₅) 310-575) минут ($p=0,522$). У пациентов обеих групп не были зарегистрированы такие осложнения, как патологическая кровопотеря, превышающая 0,5% массы тела, разрывы матки и шейки матки, инфекционные осложнения. В группе I-A женщин прерывание беременности осложнилось субинволюцией матки у 5,6% женщин, в группе I-B сравнения у 6,1%, также в группе I-A был зарегистрирован 1 случай (1,4%) – гематометры. По данным других исследователей, медикаментозного прерывания беременности в поздних сроках также были отмечены такие осложнения, как субинволюция матки от 1 до 5,6%, гематометра от 2 до 3,1% случаев [1]. Эффективность применяемого метода составила 100%, нами не было зафиксировано пациентов, у которых не произошел аборт после использования предложенной схемы прерывания беременности, что сопоставимо с данными других научных исследований, в которых эффективность медикаментозного прерывания составляла от 96,9% до 99% [1, 4]. Средняя длительность пребывания пациентов обеих групп в стационаре составила 7 койко-дней ($p=0,018$) в обеих группах.

При сравнении результатов клинического исследования психического состояния женщин исследуемых групп нами было выявлено статистически значимо на 26,3% ($p=0,009$) больше женщин с отсутствием достоверно выраженных симптомов депрессии, а также на 14,1% ($p=0,018$) меньше с клинически выраженной тревогой в основной группе I-A, по сравнению с женщинами группы сравнения (I-B) [7].

Выводы:

1. Высокая эффективность, низкая частота осложнений, техническая простота выполнения позволяет рекомендовать представленный медикаментозный метод прерывания беременности в качестве приоритетного при выборе метода искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода.

2. Применение комплексного подхода, при оказании медицинской помощи женщинам с патологическими состояниями плода, требующими искусственного прерывания беременности, позволяет минимизировать отрицательное воздействие на физическое и психическое здоровье.

Литература

1. Кравченко, Е. Н. Эффективность современных методов прерывания беременности в поздние сроки / Е. Н. Кравченко, Е. В. Коломбет // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – № 3. – С. 64-66.
2. Патогенетическое обоснование реабилитации репродуктивного здоровья женщин после прерывания беременности в поздние сроки / Т. Н. Мельник [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – № 38. – С. 40-44.
3. Медикаментозное завершение беременности в сроки от 12 до 22 недель: показания, методы и результаты / Кан Н. Е. [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 4. – С. 11-14.
4. Апресян, С.В. Особенности медикаментозного прерывания беременности во II триместре / С. В. Апресян, В. И. Дмитрива, О. А. Слюсарева // Медицинский совет. – 2017. – № 2. – С. 20-25.
5. Эгамбердиева, Л. Д. Прерывание беременности во втором триместре. Трудности и пути решения / Л. Д. Эгамбердиева, И. Р. Галимова, А. Ю. Полушкина // Инновационные технологии в медицине. Практическая медицина. – 2016. – № 4. – С. 145-148.
6. Искусственный аборт во втором триместре беременности / В. Н. Серов [и др.]. – Москва: Радуга, 2001. – 20 с.
7. Кеда, Л. Н., Особенности психического состояния женщин с искусственным прерыванием беременности по медицинским показаниям со стороны плода / Л. Н. Кеда, Л. В. Гутикова, В. А. Карпюк // Охрана материнства и детства. – 2020. – № 1(35). – С. 56-63.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ ПЛОДА, ТРЕБУЮЩИМИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кеда Л.Н.¹, Гутикова Л.В.²

¹Министерство здравоохранения Республики Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет

Медицинскими показаниями для прерывания беременности, со стороны плода, являются нарушения обмена веществ, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения у плода, установленные пренатально, с неблагоприятным прогнозом для жизни, не имеющие эффективного лечения и (или) сопровождающиеся умственной отсталостью (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 года № 88). Искусственное прерывание беременности в сроках от 12 до 22 недель проводится, в стационарных условиях государственных организаций здравоохранения, на основании решения врачебно-консультативной комиссии.

Обнаружение патологии у плода и потеря надежды рождения здорового ребенка, само искусственное прерывание беременности, сопровождающееся болью, потерей крови и др., опасение за будущие беременности и возможность рождения здоровых детей, являются источниками психологического и эмоционального стресса [1, 2]. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние семейной пары часто недооценивается. Исследователи обнаружили, что после потери беременности как на ранних, так и на поздних сроках у женщины имеют место психологические проблемы, связанные с перенесенным стрессом и проявляющиеся в виде тревоги и депрессии. При этом выраженность депрессии по одним данным, не зависит от срока беременности, в котором произошла потеря, по другим – она более выражена при потере беременности на поздних сроках [1, 3, 4].

Цель исследования. Изучение выраженности тревоги и депрессии с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) у женщин с искусственным прерыванием беременности по медицинским показаниям со стороны плода.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели нами обследовано 129 пациентов: 104 пациента, находящихся на стационарном лечении в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» по поводу искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода в сроках 13-22 недели (группа I), из них основная группа (I-A) – 33 женщины, которым медицинская помощь оказывалась по разработанному нами алгоритму (инструкция по применению № 041-0520 утвержденная МЗ РБ), и группа сравнения (I-B) – 71 женщина с искусственным прерыванием беременности, которым медицинская помощь оказывалась без применения разработанного нами алгоритма. Группу контроля (группа II) составили 25 беременных, состоящих на учете в женской консультации № 2 г. Гродно в сроках 13-22 недели с физиологически протекающей беременностью.

С целью оценки выраженности тревоги и депрессии всем пациентам групп I-A и I-B до и после искусственного прерывания беременности и женщинам группы II было проведено исследование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи компьютерного пакета программ STATISTICA (версия 10.0).

Результаты и обсуждение. По нашим данным, пациенты исследуемых групп были сопоставимы по сроку беременности, возрасту, социальному статусу, семейному положению ($p > 0,05$). Средний возраст пациентов составлял 28 лет (24/34). Большинство – 78,8% женщин основной группы, 83,1% женщин в группе сравнения и 92% в группе контроля работали, не работающих во всех группах было менее 20%. Более 70% беременных состояли в официальном браке, в половине случаев в семье уже были дети, но они желали родить ребенка.

Таблица – Результаты исследования беременных женщин с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до прерывания беременности, n (%)

Показатель	Группа I			Группа II, n=25	Статистическая значимость результатов
	n=104	I-A, n=33	I-B, n=71		
Подшкала А «тревога»					
Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (0-7 баллов)	13 (12,5%)	5 (15,2%)	8 (11,3%)	14 (56,0%)	$\chi^2_{(I-II)}=23,05$, $p<0,001^*$ $\chi^2_{(IA-IB)}=0,06$, $p=0,811$
Субклинически выраженная тревога (8-10 баллов)	67 (64,4%)	20 (60,6%)	47 (66,2%)	11 (44,0%)	$\chi^2_{(I-II)}=3,52$, $p=0,061$ $\chi^2_{(IA-IB)}=0,31$, $p=0,579$
Клинически выраженная тревога (11 баллов и выше)	24 (23,1%)	8 (24,2%)	16 (22,5%)	0	$\chi^2_{(I-II)}=5,65$, $p=0,018^*$ $\chi^2_{(IA-IB)}=0,00$, $p=0,954$
Подшкала Б «депрессия»					
Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии (0-7 баллов)	25 (24,0%)	8 (24,2%)	17 (23,9%)	17 (68,0%)	$\chi^2_{(I-II)}=17,74$, $p<0,001^*$ $\chi^2_{(IA-IB)}=0,05$, $p=0,831$
Субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов)	71 (68,3%)	23 (69,7%)	48 (67,6%)	8 (32,0%)	$\chi^2_{(I-II)}=9,69$, $p=0,002^*$ $\chi^2_{(IA-IB)}=0,05$, $p=0,831$
Клинически выраженная депрессия (11 баллов и выше)	8 (7,7%)	2 (6,1%)	6 (8,5%)	0	$\chi^2_{(I-II)}=0,94$, $p=0,332$ $\chi^2_{(IA-IB)}=0,00$, $p=0,976$

Примечание – * – статистически значимые различия между группами

При анализе результатов исследования нами отмечено, что у статистически значимо большего количества беременных женщин групп I-A и I-B была выявлена клинически выраженная тревога ($p=0,018$) и субклинически выраженная депрессия ($p=0,002$) по сравнению с женщинами группы II с физиологически протекающей беременностью. Полученные нами результаты согласуются с данными литературы, что обнаружение аномалий у плода и принятие решения о прекращении беременности является травматическим событием для родителей, имеет значительные психологические последствия, которые проявляются у 20% женщин до 1 года [3, 4, 5]. Помимо этого, нами обнаружено наличие субклинически выраженных симптомов тревоги у 44% и субклинически выраженных симптомов депрессии у 32% женщин с нормально протекающей беременностью, что согласуется с данными литературы

о том, что в течение беременности происходят значительные изменения в женском организме затрагивающие физиологический, психофизиологический и психологический уровни функционирования организма. Развитие систем и органов пренейта, а также органов, обеспечивающих совместную жизнедеятельность матери и плода, сопровождается значительными изменениями психики женщины [1, 6, 7]. При сравнении результатов клинического исследования по шкале HADS после прерывания беременности нами выявлено, что в основной группе I-A было статистически значимо на 26,3% ($p=0,009$) больше женщин с отсутствием достоверно выраженных симптомов депрессии, а также на 14,1% ($p=0,018$) меньше с клинически выраженной тревогой, по сравнению с женщинами группы сравнения (I-B). Следует также отметить, что у женщин основной группы после ИПБ в сравнении с результатами до ИПБ произошло достоверное снижение субклинически выраженной тревоги на 6,1%, клинически выраженной тревоги на 24,2%, субклинически выраженной депрессии с 69,7% до 45,5% после прерывания беременности, клинически выраженной депрессии на 6,1%.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования демонстрируют необходимость оценки психического состояния женщин до и после искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода и позволяют рекомендовать использование шкалы тревоги и депрессии (HADS) для объективного и своевременного выявления симптомов тревоги и депрессии при оказании медицинской помощи с обязательным участием врача-психотерапевта.

Литература

1. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
2. Miceli-Zsigmond, M.D. Expecting the unexpected: perspectives on stillbirth and late termination of pregnancy for fetal anomalies / M. D. Miceli-Zsigmond, A. K. Williams, M. G. Richardson // *Obstetric Anesthesia Survey of Anesthesiology*. – 2016. – № 1. – С. 16-17.
3. Руженков, В. А. Психические расстройства у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках / В. А. Руженков, М. А. Качан // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2010. – № 3. – С. 35-37.
4. Качан, М. А. Некоторые аспекты психофармакотерапии и проблемы оказания психиатрической помощи при психических расстройствах, возникающих после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках / М. А. Качан, В. А. Руженков // *Научные ведомости. Серия медицина. Фармация*. – 2010. – № 22. – С. 100-104.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЕ ВНУТРИУТРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Белуга М.В.¹, Ермолович М.А.¹, Белуга В.Б.²

¹РНПЦ «Мать и дитя»

²Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Возбудитель парвовирусной инфекции человека, эритропарвовирус приматов 1, более известный как парвовирус В19 (В19 Parvovirus – В19Р), был обнаружен в 1974 г. и согласно современной классификации относится к роду Erythroparvovirus семейства Parvoviridae [3]. Впервые связь парвовирусной инфекции с развитием неиммунной водянки плода (НИВП) была установлена в 1984 г. [4]. Риск развития водянки плода считается наибольшим при инфицировании женщины с 9 по 20 недели гестации, в последующем он снижается и является минимальным в последние два месяца беременности. Практически все случаи парвовирусной водянки плода были выявлены между 16 и 32 неделями гестации [5, 6]. Парвовирус В19 поражает клетки-предшественники эритроцитов, клетки фетальной печени и эритробласты пуповинной крови. Антитела обнаруживаются у 2-15% детей и более чем у 85% пожилых людей, примерно в 30% случаев происходит вертикальная передача вируса от заражённой матери к плоду, в 2-5% случаев приводит к водянке или гибели плода [1].

В Республике Беларусь диагностика парвовирусной инфекции у пациентов с неиммунной водянкой плода (НИВП) была начата в 2012 году на базе ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии». В период 2012-2018 гг. проведено лабораторное обследование 51 случая НИВП для подтверждения или исключения парвовирусной инфекции. В 44 случаях основанием для исследования послужило выявление признаков водянки плода при скрининговом или внеочередном ультразвуковом исследовании (УЗИ), в 6 – рождение ребенка с признаками водянки плода или антенатальной гибели плода. Во всех случаях изоиммунизация по антигенам резус-фактора (иммунная водянка) была исключена. Парвовирусная инфекция была подтверждена в 12/51 случаях (23,5%). При этом перинатальные потери, вызванные В19Р, составили 7/12 случаев (58,3%) [2].

Материал и методы исследования. Проведено внутриутробное лечение НИВП, вызванной парвовирусом В19, у 3 плодов в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (далее – Центр) в 2019-2020 годах. Целью исследования явилась оценка эффективности высокотехнологичного внутриутробного лечения неиммунной водянки плода (НИВП), вызванной эритропарвовирусом приматов 1 (В19Р).

Результаты. В анамнезе все женщины отмечали признаки острой респираторной инфекции за 3-4 недели до диагностики НИВП. Сроки гестации на момент обращения в Центр были 25, 21 и 22 недели соответственно.

По данным ультразвукового исследования во всех случаях у плодов отмечались признаки водянки: двойной контур головки, асцит, гидроперикард. Также отмечались изменения сердечно-сосудистой системы – вторичная кардиомегалия и кардиомиопатия. При доплерометрическом исследовании сосудов головного мозга плодов было зарегистрировано увеличение пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плодов, что свидетельствовало о возможном наличии анемического синдрома. С диагностической и лечебной целью во всех случаях под контролем УЗИ выполнен кордоцентез – пункция вены пуповины плода. Для лабораторного исследования выполнялся забор 4 мл венозной пуповинной крови. ДНК В19Р выявлено во всех образцах крови. По данным ОАК плодов диагностирована анемия тяжелой степени – уровень гемоглобина составил в среднем 57 г/л (29-90 г/л). По данным биохимического анализа венозной крови плодов обращала на себя внимание выраженная гипопро테인-, гипоальбуминемия. С целью коррекции анемического синдрома плодам выполнялась внутриутробная трансфузия эритроцитов O(I) группы, резус-отрицательной принадлежности, обедненных лейкоцитами, облученных рентгеновским излучением суммарной дозой 25 Гр. С целью иммунокоррекции в вену пуповины вводили иммуноглобулин человека нормальный в дозе 800-1000 мг на 1 кг предполагаемой массы плода. В зависимости от состояния плодов и срока гестации курс внутриутробного лечения составлял от 2 до 4 операций. Отечный синдром купировался в течение 4-5 недель от начала лечения. В 2 случаях пациентки родоразрешены путем операции кесарево сечение в сроке гестации 39 недель. Из них в одном случае беременность осложнилась хронической фетоплацентарной недостаточностью, маловодием, синдромом задержки внутриутробного роста 1-2 степени. Во втором случае беременность протекала на фоне субсерозной миомы матки гигантских размеров (отмечался рост миоматозного узла с 10 до 20 см). В 1 случае осложнений беременности выявлено не было, пациентка родила через естественные родовые пути в сроке гестации 40 недель. Состояние новорожденных расценивалось как удовлетворительное с оценкой по шкале Апгар 8/8 и 8/9 баллов. Один ребенок был переведен на второй этап выхаживания в связи с низкой массой при рождении. В 2 случаях пациентки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии с детьми на 5 и 7 сутки после родов.

Выводы.

Высокотехнологичное внутриутробное лечение неиммунной водянки плода, вызванной парвовирусом В19, включающее симптоматическую коррекцию анемического синдрома и иммунокорректирующую терапию, позволяет сохранить жизнь пораженным плодам, значительно улучшить их внутриутробное состояние, вынашивать беременность до доношенных сроков, способствует снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Литература

1. Ермолович, М.А. Распространенность IgG-антител к парвовирусу В19 среди жителей Республики Беларусь / М.А. Ермолович, А.М. Дронина, Е.О. Самойлович // Эпидемиология И Вакцинопрофилактика. – 2014. – № 2 (75). – С. 27-32.
2. Ермолович, М.А. Клинико-лабораторная диагностика и исходы неиммунной водянки плода парвовирусной этиологии / М.А. Ермолович, М.В. Артюшевская, Е.Ю. Леонова, Е.О. Самойлович, М.В. Белуга, О.В. Козлякова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2019. – № 3. – С.57-64.
3. Heegaard, E.D. Human parvovirus B19 / E.D. Heegaard, K.E. Brown // Clin. Microbiol. Rev. – 2002. – Т. 15, № 3. – Р. 485-505.
4. Parvovirus B19 infection in pregnancy: new insights and management / E.P. de Jong [etc.] // Prenat. Diagn. – 2011. – Т. 31, № 5. – Р. 419-425.
5. Fetal morbidity and mortality after acute human parvovirus B19 infection in pregnancy: prospective evaluation of 1018 cases / M. Enders [etc.] // Prenat. Diagn. – 2004. – Т. 24, № 7. – Р. 513-518.
6. Risk of fetal hydrops and non-hydrops late intrauterine fetal death after gestational parvovirus B19 infection / M. Enders [etc.] // J. Clin. Virol. – 2010. – Т. 49, № 3. – Р. 163-168.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КЛЕЯ «INDERMIL FLEXIFUZE»

Зверко В.Л.¹, Ганчар Е.П.², Новосад Е.А.¹, Колесникова Т.А.¹

¹*Гродненский областной клинический перинатальный центр*

²*Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. Одна из особенностей современного акушерства – расширение показаний к кесареву сечению за счет развития и совершенствования акушерской науки, анестезиологии, реаниматологии, неонатологии, службы переливания крови, фармакологии, асептики и антисептики, применения новых антибиотиков широкого спектра действия, нового шовного материала и других факторов [1-3]. В связи с этим актуальным в акушерстве является проблема хирургической раны. Качество послеоперационного шва – один из важнейших критериев оценки операции для многих пациенток. В этом контексте особое внимание хирургов заслуживают женщины с высоким риском развития раневой инфекции, это пациентки с ожирением, метаболическим синдромом, сахарным диабетом. Именно поэтому применение новых способов, которые будут способствовать формированию хорошего рубца или же улучшать течение реабилитационного периода, является перспективным направлением исследования [4].

Существующий дефицит научных работ, посвященных оценке возможностей применения клеевых технологий в акушерстве, побудил нас предоставить

результаты нашей работы. В УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» применяется медицинский клей «Indermil flexifuze» с 2018 г. Мы обладаем опытом использования данного клея для закрытия операционной раны у 186 пациенток, которым выполнялась операция кесарева сечения.

Цель исследования: оценить результаты заживления послеоперационной раны с использованием клея «Indermil flexifuze» у пациенток после операции кесарева сечения.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен анализ течения послеоперационного периода у 186 пациенток, у которых применялся клей «Indermil flexifuze».

Клей «Indermil flexifuze» – медицинский клей для местного применения. Это стерильное жидкое средство, состоящее из цианакрилатной смеси оксида, поставляется в одноразовом аппликаторе, запаянном в блистерную упаковку. В аппликаторе находится раздавливаемая стеклянная ампула, помещенная внутри пластмассового сосуда с прикрепленным наконечником аппликатора. При нанесении на кожу жидкий клей имеет консистенцию чуть более вязкую, чем вода, и полимеризуется в течение нескольких минут. Перед нанесением клея необходимо тщательно провести адаптацию краев раны и обезжирить их с помощью медицинского спирта. Адаптацию краев раны мы проводили посредством наложения интрадермальных швов рассасывающимся материалом (полигликолидной нитью). После этого клей наносили на послеоперационный шов. Пациенткам швы не снимались, разрешали принимать душ через 6 часов после окончания операции кесарева сечения (учитывая действие спинномозговой анестезии). При этом исключали обработку раны, на которую нанесен клей «Indermil flexifuze», жидкостями и мазями, поскольку они могли ослабить полимеризованную пленку и способствовать раскрытию раны.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток составил $29,2 \pm 3,3$ года. Первородящих было 46,2% женщин, повторнородящих – 53,8%. Средний срок родоразрешения составил 273 ± 3 дня. Средняя масса детей при рождении – $3850,0 \pm 475,0$ г. Лапаротомия по Пфанненштилю была произведена у 182 (97,8%) пациенток, нижнесрединная лапаротомия – у 4 (2,2%).

Оценку послеоперационного результата проводили по следующим критериям: заживление послеоперационной раны, формирование послеоперационного рубца, удовлетворенность пациенток в отношении течения послеоперационного периода.

При наблюдении за пациентками была отмечена прочная фиксация полимерной пленки клея «Indermil flexifuze» в течение 12 суток. Ни одного признака воспаления или какой-либо другой реакции кожных покровов отмечено не было. Все послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Все пациентки отмечали удобство в связи с отсутствием повязок и необходимости снимать швы, а также возможностью принимать водные процедуры практически без ограничений. Этот вопрос особенно актуален для пациенток

с ожирением и метаболическим синдромом, использование клея позволило им свободно принимать душ и препятствовало опрелости кожи в складке внизу живота.

Помимо чисто механической функции клея, цианакрилаты обладают еще и определенными антибактериальными свойствами. Так, S. Bhende и соавт. в своем экспериментальном исследовании *in vitro* показали, что тканевые адгезивы на основе октилцианакрилатов являются эффективным барьером против проникновения как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов, обеспечивают 95% барьер в течение 72 ч [5].

Результаты нашего исследования подтверждают приведенные выше данные. Мы также считаем, что в случае сухой послеоперационной раны и отсутствия необходимости дренирования, использование цианакрилатного клея «Indermil flexifuze» оправданно. В тех же ситуациях, когда необходимо дренировать рану и оставлять резиновые выпускники, использовать клей нецелесообразно.

Выводы.

1. Использование медицинского клея «Indermil flexifuze» способствует формированию хорошего послеоперационного рубца.

2. Ни у одной пациентки в результате применения клея не развилась раневая инфекция.

3. Во всех случаях использования клея «Indermil flexifuze» отсутствовала аллергическая кожная реакция.

4. Все пациентки отметили удобство и комфортность послеоперационного периода в связи с отсутствием повязки и возможностью принимать водные процедуры.

Все это дает возможность нам рекомендовать данный продукт для широкого использования в практике акушера-гинеколога.

Литература

1. Fahmy, W.M. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review / W.M. Fahmy, C.A. Crispim, S. Cliffe // *Midwifery*. – 2018 – № 59. – P. 88-93.

2. Molina, G. Maternal and Neonatal Mortality After Cesarean Delivery-Reply / G. Molina, T.G. Weiser, A.B. Haynes // *JAMA*. – 2017. – №10. – P. 315-318.

3. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Review / J. Sandall, R.M. Tribe, L. Avery et al. // *Lancet*. – 2018. – Vol. 392, №10155. – P. 1349-1357.

4. Bhanot, S. Current applications of platlet gels in facial Plastic Surgery / S. Bhanot, J.C. Alex // *Facial Plast. Surg.* – 2002. – Vol. 18, № 1. – P. 27-33.

5. Bhende, S. In vitro assessment of microbial barrier properties of Dermabond topical skin adhesive / S. Bhende [et al.] // *Surgical Infections*. – Vol. 3, № 3. – 2002. – P. 251-257.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В РЕГИОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

***Зверко В.Л.¹, Гутикова Л.В.², Ганчар Е.П.²,
Демина О.В.¹, Пащенко Е.Н.¹***

¹*Гродненский областной клинический перинатальный центр*

²*Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. В современном акушерстве кесарево сечение (КС) – самая распространенная родоразрешающая операция, несмотря на признанный всеми акушерами более высокий риск материнской смертности от анестезиологических, тромбоэмболических, инфекционно-воспалительных осложнений [1-4]. В последние десятилетия произошло значительное расширение показаний к операции КС в интересах матери и плода. Совершенствование техники КС, успехи междисциплинарных участников операции (анестезиологов, неонатологов), современное фармакологическое обеспечение хирургии обеспечивают относительную безопасность абдоминального родоразрешения. Необходимо подчеркнуть и возрастание степени юридического риска врача в случае неблагоприятного исхода родов, рождения ребенка в асфиксии с последующей инвалидизацией. Однако глобальный рост частоты КС вызывает тревогу.

Противоречие в обосновании выбора метода родоразрешения, достижения некой гипотетической «нормы» частоты КС отражено и в позиции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), представленной в 2015 г., где указывается, что частота КС выше 10% на популяционном уровне не сопряжена со снижением показателей материнской и перинатальной смертности. Однако подчеркивается необходимость приложения всех усилий, чтобы обеспечить КС нуждающимся женщинам, а не стремиться к достижению определенного показателя (ВОЗ, 2015) [4].

Анализ частоты и показаний к родоразрешению путем операции КС в каждом акушерском стационаре является актуальным и крайне необходимым в современном здравоохранении.

Цель исследования. Оценить динамику частоты операции КС в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (УЗ «ГОКПЦ») за период 2013-2019 гг.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были проведены следующие мероприятия:

1. Ретроспективный анализ динамики изменения частоты операции КС за период 2013-2019 гг. в УЗ «ГОКПЦ».

2. Расчет линейного тренда динамики частоты операции КС в стационаре.

Данные обработаны методами математической статистики с использованием программного обеспечения MS Excel 2010. С целью расчета тренда в динамике частоты КС применялось линейное уравнение, параметры которо-

го определяли методом наименьших квадратов, способ отсчета времени от условного начала.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе установлено, что за 7 лет частота родов путем операции КС в УЗ «ГОКПЦ» увеличилась на 8,1% (с 33,9 до 42%) (рисунок).

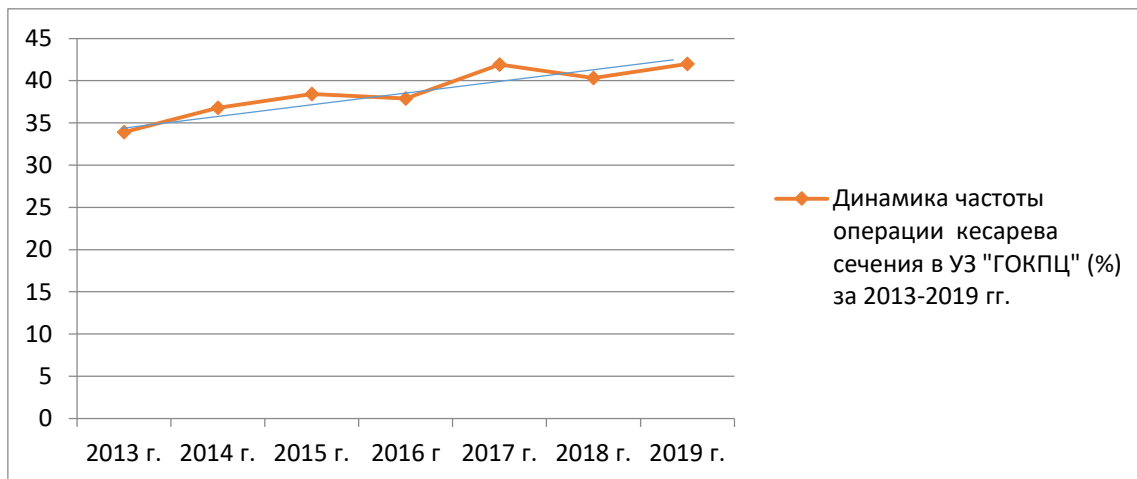


Рисунок – Динамика частоты операции кесарева сечения в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» за 2013-2019 гг.

С целью расчета тренда в динамике частоты операции КС нами применялось линейное уравнение, параметры которого определяли методом наименьших квадратов. Использовали способ отсчета времени от условного начала.

Получено уравнение тренда:

$$y=1,243 \times t - 2466,857,$$

где t – год.

Уравнение отражает общую тенденцию в поведении рассматриваемых переменных. Полученный коэффициент тренда – 1,243, данный показатель прогнозирует увеличение частоты КС в последующие года.

Нами проведен анализ основных показаний к операции кесарева сечения в динамике 2013-2019 гг. (таблица).

Таблица – Показания к операции кесарева сечения в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» за 2013-2019 гг.

Показания	Процент от общего количества операций кесарева сечения						
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Предлежание плаценты	1	1,1	1,7	1,8	2,7	2,1	1,5
Рубец на матке	30	31,0	32,1	35,2	35,3	45,2	35,7
Множественная миома матки больших размеров	2,3	2,1	5,2	3,7	5,2	7,5	4,4
Преэклампсия	1,2	0,9	0,6	0,4	0,8	0,5	0,4

Показания	Процент от общего количества операций кесарева сечения						
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Экстрагенитальная патология	15,8	15,6	13,7	10,9	13,1	20	15,6
Многоплодная беременность	1	1,5	1,7	1,9	1,9	2	1,3
Тазовое предлежание плода	12,3	9,8	7,8	9,7	8,8	12,7	8,6
Плацентарная недостаточность, задержка роста плода	5,8	4,6	5,4	5,5	3,4	4,3	4,5
Возрастная первородящая (старше 30 лет) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (бесплодие, невынашивание)	3,0	4,4	5,2	3,8	4,1	5,9	6,0
Поперечное положение плода	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5
Гигантский плод	0,4	0,4	0,1	0,2	0,1	0,4	0,4
Клинически узкий таз	7,4	6,3	6,4	3,1	3,3	4,2	3,6
Аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции	4	3,9	2,8	3,9	1,7	1,9	2,1
Острая гипоксия плода	6,3	6	5,3	4,9	5,9	5,1	5
Преждевременная отслойка плаценты	2,3	1,7	2,3	2,4	2,46	2,5	2,8
Выпадение петель пуповины	0,07	0,06	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Неправильное вставление головки плода	3,5	3,8	1,07	0,7	1,1	1,2	1,9
Преждевременные роды, требующие оперативного родоразрешения	1,9	4,8	7,9	9,4	9,3	9,8	9

Анализ показаний к операции КС за 7 лет показал стабильность таких показаний, как предлежание плаценты, экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, тазовое предлежание плода, поперечное положение плода, гигантский плод, острая гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты, выпадение петель пуповины, неправильной вставление головки плода.

Мы зарегистрировали снижение частоты таких показаний, как клинически узкий таз – в 2 раза, аномалий родовой деятельности – в 2 раза, преэклампсия – в 3 раза. Анализ таблицы показал рост частоты КС по следующим показаниям: преждевременные роды – в 4,7 раза, возрастная первородящая в возрасте старше 30 лет с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (бесплодием, невынашиванием) – в 2 раза, множественная миома матки – в 2 раза, рубец на матке – в 1,2 раза.

Таким образом, ретроспективный анализ динамики изменения частоты операции КС за последних 7 лет в УЗ «ГОКПЦ» показал, что происходит проградцентное увеличение частоты операции КС. Это диктует необходимость поиска оптимизации ведения родов. Резервом снижения частоты КС является рациональный отбор пациентов для индукции родов, родоразрешение женщин с рубцом на матке через естественные родовые пути.

Выводы:

1. В УЗ «ГОКПЦ» зарегистрирован рост частоты операции КС с 2013 по 2019 гг. на 8,1%.

2. При сохранении показаний к операции и тактики родоразрешения прогнозируется дальнейший рост частоты КС в учреждении на 1,243% в год.

3. Основными причинами увеличения количества абдоминального родоразрешения являются преждевременные роды, возраст первородящих более 30 лет в сочетании с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом; рубец на матке, миома матки больших размеров.

4. Важным резервом снижения частоты КС является рациональный отбор пациентов для индукции родов, родоразрешение женщин с рубцом на матке через естественные родовые пути.

Литература

1. Fahmy W.M., Crispim C.A., Cliffe S. (2018) Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. Midwifery. no 59. pp. 88-93.

2. Molina G., Weiser T.G., Haynes A.B. (2017) Maternal and Neonatal Mortality After Cesarean Delivery-Reply. JAMA, no 10, pp. 315-318.

3. Sandall J., Tribe R.M., Avery L. et al. (2018) Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Review. Lancet. Vol. 392, no 10155, pp. 1349-1357.

4. Di Gennaro F., Marotta C., Pisani L. (2020) Maternal caesarean section infection (MACSI) in Sierra Leone: a case-control study. Epidemiol Infect. no 27, p. 148.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Зверко В.Л.², Калесник М.В.¹, Колола Л.Ф.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет

² Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Оказание своевременной квалифицированной помощи и проведение интенсивной терапии напрямую связано с развитием анестезиологической и реанимационной службы. Невозможно представить работу ни одного хирургического стационара без внедрения разных видов анестезиологического обеспечения. Именно поэтому возрастает востребованность

в организации отделений реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии даже в монопрофильных стационарах [1].

Однако возрастающая востребованность влечет за собой необходимость в постоянном мониторинге работы, нагрузки, уровне и качестве оказания помощи в отделениях реанимации и анестезиологии [2]. Анализ деятельности позволяет вносить коррективы, прогнозировать основные направления развития и совершенствования, вовремя выявлять отрицательные черты и внедрять варианты их устранения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ работы отделения анестезиологии и реаниматологии УЗ «ГОКПЦ» г. Гродно за период с 01.2020 г. по 09.2020 г. по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. Сравнивались основные показатели результативности работы отделения реанимации и осуществления анестезиологических пособий. Данные статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты. Отделение анестезиологии и реаниматологии УЗ «ГОКПЦ» г. Гродно рассчитано на 9 коек. В условиях отделения реанимации за период с 01.2020 г. по 09.2020 г. пролечено 1152 пациента, что составило 85,5% от аналогичного периода прошлого года. Из них с диагнозом преэклампсия умеренная – 15 (48% от 2019 г.) пациенток, тяжелая – 2 (идентичное количество за 2019 г.), с диагнозом эклампсия пациенток за 2019-2020 гг. не было. Основной категорией пролеченных пациенток являются женщины в раннем послеоперационном периоде после операции кесарева сечения (КС). Всего проведено койко-дней по отделению – 1092 (на 16% меньше 2019 г.). Оформлено 64 консилиума, что на 11% меньше 2019 г.

Анестезиологическое обеспечение можно условно разделить на два направления: акушерское и гинекологическое. Если рассматривать акушерское – за 9 месяцев 2020 года (в процентах от аналогичного периода 2019 г.) получены следующие результаты: многокомпонентная сбалансированная анестезия с механической вентиляцией легких проводилась в 78 случаях (152%), спинальная анестезия – в 1209 (114%), эпидуральная анестезия в родах – в 189 (115%), тотальная внутривенная анестезия – в 229 (111%), спинальная анестезия в родах – в 4 (133%). Экстренные КС занимают 24% от всех проведенных КС. Зафиксировано 25 случаев кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, что на 41% меньше, чем в 2019 г. В двух случаях операция кесарево сечение закончилась экстирпацией матки по причине кровотечения. Гинекологическим пациенткам осуществлялось: многокомпонентная сбалансированная анестезия с механической вентиляцией легких – 142 (112%), спинальная анестезия – 76 (110%), тотальная внутривенная анестезия – 490 (112%).

Выводы:

1. В условиях отделения анестезиологии и реаниматологии основную категорию составляют пациентки в раннем послеоперационном периоде после операции КС, что ставит вопрос об организации палаты пробуждения.

2. Наиболее тяжелыми случаями, требовавшими интенсивного наблюдения и лечения являлись клинические случаи, сопровождающиеся кровотечением в связи с отслойкой и предлежанием плаценты.

3. Большую часть анестезиологического обеспечения занимают регионарные методики (спинальная и эпидуральная анестезия).

4. Многокомпонентная сбалансированная анестезия с механической вентиляцией легких является методом выбора при преждевременной отслойке плаценты и кровотечении, при острой гипоксии плода, при асфиксии плода в родах – это составляет не более 5% от всех КС.

5. Показатели работы отделения анестезиологии и реаниматологии соответствуют основным задачам, тенденциям и направлениям современной медицины.

Литература

1. Давыдова, В. Р. Актуальные вопросы организации анестезиолого-реанимационной службы / В. Р. Давыдова, Ф. В. Хузаханов // Организация здравоохранения. – Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93, № 1. – С. 126-129.

2. Полушин, Ю. С. Проблемные вопросы анестезиолого-реанимационной помощи/ Ю. С. Полушин // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2019. – Т. 16, № 1. – С. 5-11.

АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, КАК ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Зверко В.Л.², Калесник М.В.¹, Тарасов В.Ю.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет

² Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Основной задачей анестезиологии, как и всей современной медицины, является оказание качественной медицинской помощи. К одному из компонентов эффективности работы медицинского персонала можно отнести удовлетворенность пациентов проводимым лечением. Конечно, это скорее субъективный показатель, и может значительно варьировать, так как отражает скорее эмоциональный отзыв человека на терапию [1]. Несмотря на субъективность, сложности оценки, отсутствие общепринятых показателей, анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью очень важен и имеет большое перспективное значение. Он способствует выявлению основных сложностей и проблем, вариантов их устранения или минимизации, а также помогает спрогнозировать актуальные направления дальнейшего развития как анестезиологии, так и медицины в целом [2].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Были проанализированы ответы 40 пациенток, которым в плановом порядке проводилась операция кесарево сечения (КС) в 2019-2020 гг. под спинальной анестезией. Различий в технике проведения анестезии и выборе местного анестетика не было. Для спинальной анестезии использовался раствор бупивакаина-спинал 0,5% (2,5-3 мл) вместе с адьювантом морфин-спинал 0,1 мг. Анализ проводился с помощью анонимных анкет-опросников на вторые сутки после операции КС. Учитывались следующие показатели: внимание, информация, дискомфорт, ожидание. Показатели статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. После обработки анкет получены следующие результаты. На вопрос удовлетворенности положительно высказались 29 пациенток (72,5%), отрицательно – 11 пациенток (27,5%). Из основных причин, явившихся (по мнению пациенток) причиной наибольшего дискомфорта, были указаны следующие: у 13 человек (32,5%) – тошнота и/или рвота, у 19 пациенток (47,5%) – озноб и низкий температурный режим в операционной и в реанимационном отделении, где они находились в раннем послеоперационном периоде, 4 (10%) – вынужденное положение на операционном столе, и 4 (10%) – болезненность в животе. 32 пациентки (80%) оценили уровень оказанного внимания со стороны анестезиолога, как достаточный; 8 пациенток (20%) – не достаточный. Отдельно анализировались объем и качество полученной пациентками информации о своем состоянии со стороны медицинского персонала: удовлетворены 27 пациенток (74%), а 13 (26%) – нет. На вопрос, совпало ли качество оказания анестезиологического обеспечения с ожиданиями пациентки, перенесшие первое КС положительно ответили 22 (73%) и 8 (27%) ответили отрицательно; среди пациенток, которым проводилось повторное оперативное вмешательство, положительно ответили 9 (90%), а отрицательный ответ был только у 1(10%).

Выводы:

1. Одним из перспективных направлений оценки качества оказанной анестезиологической помощи можно считать разработку и внедрение адаптированных шкал оценки удовлетворенности пациентов, что позволит упростить анализ и получить более объективные результаты.

2. Постоянный мониторинг анализа удовлетворенности пациентов уровнем оказания анестезиологической помощи, позволит своевременно выявлять существующие проблемы и первостепенные пути совершенствования службы.

3. Важно уделить особое внимание качеству общения и информирования пациентов о их состоянии, этапах, объеме и результатах проводимого лечения, а также предоставлению медицинской документации.

4. Налаживание диалога между пациентом и анестезиологом способствует большему психологическому комфорту пациентов и улучшает удовлетворенность, а, следовательно, и исход лечения.

5. Прогнозирование и своевременное купирование симптомов, которые вызывают максимальный дискомфорт у пациентов, значительно повысило бы удовлетворенность качеством анестезиологического обеспечения в частности, и медицинской помощи в целом.

Литература

1. Удовлетворенность пациентов анестезией / Е. В. Синбухова [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2019. – № 1. – С. 50-56.

2. Development and Validation of a Perioperative Satisfaction Questionnaire in Regional Anesthesia / A. Maurice-Szamburski [et al.] // Anesthesiology. – 2013. – Vol. 118 (1). – P. 78-87.

ОКАЗАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ, РОДИЛЬНИЦАМ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 В УЗ «ГОКПЦ»

*Зверко В.Л., Новосад Е.А., Сайковская В.Э., Кузьмич И.И.,
Добрук Е.Е., Клименкова Д.С.*

Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. На сегодняшний день актуальность проблемы диагностики и лечения данной инфекции не вызывает сомнения. В настоящее время имеется мало сведений о влиянии НКИ COVID-19 на беременных женщин и детей грудного возраста.

По мнению экспертов ВОЗ, RCOG и RANZCOG, FIGO (2020), беременные женщины подвержены коронавирусной инфекции из-за изменений в организме (прежде всего, в органах дыхательной и иммунной системы), в связи с чем должны соблюдать меры социального дистанцирования. В то же время имеющиеся данные не свидетельствуют о более тяжелом течении COVID-19 у беременных женщин по сравнению с общей популяцией взрослых людей

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 создан 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 УЗ «ГОКПЦ», согласно данного приказа, оказывается помощь женщинам г. Гродно и Щучинского района.

На данном этапе оказание помощи осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.11.2020

№ 1195 «Об изменении приказов министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2020г. № 615 и от 15 апреля 2020г. № 433», от 06.04.2020 № 387 «Об утверждении инструкции «Об организации медицинской помощи беременным, роженицам, и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19 и дополнительных противоэпидемических мерах», от 30.09.2020 № 1019 «О некоторых вопросах лечения пациентов в возрасте до 18 лет с инфекцией COVID-19».

В нашем учреждении лечение беременных и наблюдение в послеродовом периоде пациентов с инфекцией COVID-19 осуществляется в акушерском наблюдационном отделении. Родоразрешение осуществляется в наблюдационном родильном зале. Новорожденные от матерей с вероятными или подтвержденными случаями изолируются в отделении для новорожденных наблюдационном до получения результатов исследования ПЦР, выполняемыми в соответствии с нормативными документами. В соответствии с санитарными нормами и требованиями организованы шлюзы для входа в «грязную зону», организованы места снятия санитарной одежды и средств индивидуальной защиты.

Цель исследования. Определение особенностей течения родов, осложнений, возникающих во время беременности и родов у пациенток с подтвержденным диагнозом инфекции COVID-19.

Материалы и методы исследования. Группу наблюдения составили 61 родильница с подтвержденным диагнозом инфекции COVID-19 находившихся на стационарном лечении в акушерском наблюдационном отделении УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в июле-октябре 2020 г. Данные анамнеза, клинической характеристики группы получены в результате анализа сведений из медицинской документации форма № 096/у «История родов».

Результаты. Поступление пациенток с подтвержденным диагнозом началось в июле 2020 года. За период июль – октябрь 2020 в УЗ «ГОКПЦ» родоразрешена 61 пациентка (июль – 4; август – 8; сентябрь – 16; октябрь – 33). Несмотря на вступление в силу в июле 2020 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь о необходимости получения результатов ПЦР при плановой госпитализации беременных женщин, количество подтвержденных случаев значительно возрастает ежемесячно (в геометрической прогрессии).

По степени тяжести пациентки распределились в следующем порядке:

- бессимптомное течение – 46, легкое – 13,
- средней тяжести (пневмония) – 2 (июль – реконвалесцент, сентябрь – переведена в УЗ «ГОИКБ»).

Хочется отметить, что до октября месяца преобладали пациентки с бессимптомным течением (26 из 28 случаев), то с октября значительно увеличилось количество пациенток с клиническими проявлениями инфекции в легкой форме (13 из 33).

По способу родоразрешения пациентки поделились следующим образом:
– через естественные родовые пути 34 пациентки (55,7%);

– путем операции кесарева сечения 27 пациенток (44,3%), из них в плановом порядке выполнено 19 операций (70%), в экстренном – 8 (30%). Данное распределение методов родоразрешения соответствует средним показателям в учреждении.

Показаниями для планового оперативного родоразрешения явились: послеоперационный рубец матки – 8, неправильное положение плода – 5, бесплодие – 3, экстрагенитальные заболевания – 2, ЭКО – 1.

Показания для экстренного оперативного родоразрешения: плацентарные нарушения – 2, роды, осложнившиеся изменением частоты сердечных сокращений у плода – 1, роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость – 1, первичная слабость родовой деятельности – 2, высокое прямое стояние стреловидного шва – 2.

Случаев преждевременных родов не было.

Акушерских осложнений в послеродовом периоде не зарегистрировано.

На 3 сутки выписаны 19 женщин после естественных родов, на 4 сутки – 9 родильниц (8 после естественных родов и 1 после плановой операции кесарева сечения). Остальные пациентки – на 5 и более суток.

Выводы:

1. Течение коронавирусной инфекции у беременных и послеродовом периоде чаще бессимптомное либо легкое.

2. Особенности при родоразрешении и наблюдении в послеродовом периоде не наблюдались.

3. Доля оперативного родоразрешения и показания соответствует показателям в стационаре.

Литература

1. Методические рекомендации министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Москва, май 2020 год. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2. Nan Yu PhD. Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: retrospective, single-centre, descriptive study / Nan Yu PhD, Wei Li PhD // The Lancet Infectious Diseases. – 2020. – V. 20, (5). – P. 559-564.

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.11.2020 № 1195 «Об изменении приказов министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2020 г. № 615 и от 15 апреля 2020 г. № 433».

4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.04.2020 № 387 «Об утверждении инструкции «Об организации медицинской помощи беременным, роженицам, и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19 и дополнительных противоэпидемических мерах».

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2020 № 1019 «О некоторых вопросах лечения пациентов в возрасте до 18 лет с инфекцией COVID-19».

6. Приказ главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома от 13.07.2020 № 695 «О госпитализации беременных женщин с признаками респираторной инфекции в Гродненской области».

СТРАТЕГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В УЗ «ГРОДНЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Зверко В.Л.¹, Пальцева А.И.², Пономаренко С.М.¹

¹*Гродненский областной клинический перинатальный центр*

²*Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. Результаты молекулярно-генетических исследований последних лет свидетельствуют, что микробная колонизация новорожденного начинается внутриутробно, продолжается в родах и в постнатальном периоде [1, 2].

Микробиома человека – это эволюционно сложившаяся экологическая система разнообразных микроорганизмов, населяющих открытые полости организма и поддерживающих биохимическое, метаболическое, иммунологическое равновесие, что необходимо для здоровья человека [1].

Наиболее многочисленная микробная популяция обитает в желудочно-кишечном тракте, в большей степени – в толстой кишке, которая содержит примерно 10^{14} бактериальных клеток, что в десятки раз превышает общее количество клеток организма, а общий геном бактерий желудочно-кишечного тракта насчитывает около 150 млн генов [1, 3].

Неблагоприятные воздействия в период формирования микробиомы у детей неонатального и грудного возрастов создают благоприятную почву для ее нарушения и отсроченной патологии. В настоящее время доказано, что нарушение состава кишечной микробиомы повышает риск или является непосредственной причиной развития как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний. Так при избыточном бактериальном росте, повышении проницаемости слизистой кишечника и при снижении иммунного статуса макроорганизма развиваются условия для бактериальной транслокации, бактериемии и сепсиса [2, 4]. Доказана роль нарушения кишечной микрофлоры в развитии ожирения, сахарного диабета 2-го типа, атеросклероза, артериальной гипертензии [4]. Нарушение состава кишечной микрофлоры, так называемой микробиоты, может быть причиной атопических заболеваний (бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит) [5].

Состав формирующейся микробиоты зависит от гестационного возраста ребенка, способа родоразрешения, типа вскармливания, антибактериальной терапии, санитарно-гигиенических условий окружающей среды, географических условий и др. [3, 4]. Наиболее чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов неонатальная микробиота.

Более глубокое понимание процессов микробной колонизации у новорожденных будет способствовать своевременной коррекции условий формирования микробиома.

Цель исследования. Оптимизировать адаптацию новорожденных к внеутробной жизни с учетом их микробиологической колонизации.

Методы и объект исследования. Проанализированы результаты микробиологического исследования у 279 детей, находившихся под наблюдением в отделениях для новорожденных УЗ «ГОКПЦ»: физиологическом, обсервационном, педиатрическом и отделении анестезиологии и реанимации. Исследование проводилось за период с января 2018 по 1-й квартал 2019 г. включительно. Материалом для исследования служили мазки, взятые у новорожденных из следующих локусов: глаз, наружный слуховой проход, зев, пуповинный остаток.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10» и «Excel» с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. За весь период с января 2018 г. по 1-й квартал 2019 г. в УЗ «ГОКПЦ» г. Гродно родились 5814 детей. У 279 детей был выявлен рост микроорганизмов, что составило 4,8% от всех рожденных детей и у 13% от всех обследованных. Следует отметить, что 73,5% новорожденных с положительным результатом микробиологического исследования – это дети, рожденные путем операции кесарева сечения (205 детей).

Проанализированы частота обследования детей и выделения условно патогенной и патогенной микрофлоры у новорожденных в зависимости от отделения, в котором они наблюдались. В течение исследуемого периода в отделении новорожденных физиологическом находилось 2363 ребенка. Из них 188 детям в 2018 г. и 300 родившимся в 1 квартале 2019 г. выполнено микробиологическое исследование. У 79 детей была обнаружена условно патогенная микрофлора, что составило 16% от общего количества обследованных в отделении за весь период. Всего выделено 84 штамма разных видов микроорганизмов (30 – 2018; 54 – 1-й квартал 2019 г.). Основными штаммами микроорганизмов были *Streptococcus mitis et oralis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus haemolyticus*.

В отделении новорожденных обсервационном получены следующие данные: под наблюдением находились 1199 младенцев, у 35% детей выполнено микробиологическое исследование. Положительные результаты обследования получены у 32 новорожденных, что составило 7,6% от всех обследованных детей в отделении. Получен рост микроорганизмов в 33 биотопах, что значительно реже, чем в отделении для новорожденных физиологическом ($p < 0,05$). Чаще всего были выделены *Staphylococcus haemolyticus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*.

В педиатрическом отделении за период исследования пролечено 1944 ребенка, из них микробиологическое исследование проводилось в 1068 случаев и это составило 54% от всех детей отделения. У 142 новорожденных была выявлена условно патогенная микрофлора, что составило 7,3% от всех пролеченных и 13% от всех обследованных детей педиатрического отделения. Выделен 151 штамм микроорганизмов, что достоверно выше, чем в отделении для новорожденных физиологическом и обсервационном. В педиатриче-

ском отделении чаще других выделялись *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus agalactiae*.

В отделении анестезиологии и реанимации для новорожденных за указанный период пролечено 308 детей. Все дети были обследованы микробиологически. У 30 младенцев (9,7%) была выделена условно-патогенная и патогенная микрофлора. Основными штаммами были *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida parapsilosis*, *Staphylococcus haemolyticus*.

Из полученных результатов следует, что самый большой обхват в процентном соотношении детей микробиологическим исследованием зарегистрирован в отделении анестезиологии и реанимации для новорожденных и в педиатрическом отделении, что обусловлено госпитализацией в эти отделения детей, требующих интенсивного лечения.

Следует отметить, что наименьший процент положительных результатов исследований – в отделении для новорожденных обсервационном. Данные результаты, вероятно, связаны с внедрением современных стратегий ухода за новорожденными. В отделении с 2018 г. внедрена система эффективной поддержки грудного вскармливания новорожденных, требующих интенсивной терапии и в том числе рожденных путем кесарева сечения. Грудное молоко служит важным фактором в формировании микробиоценоза ребенка, поскольку содержит вещества с антимикробным и пребиотическим потенциалом (бета-лактоза, лактоферрин, олигосахариды, секреторные иммуноглобулины А, лейкоциты, лизоцим и др.) и является главным источником симбиотических микроорганизмов (бифидобактерий, лактобактерий, энтерококков) для грудного ребенка. Грудное молоко содержит не менее 10^3 КОЕ/мл живых бактерий и широкий спектр бактериальных ДНК, включая ДНК бифидобактерий, которые могут программировать иммунную систему новорожденного [2, 3].

Для новорожденных, нуждающихся в лечении на посту интенсивной терапии, были предложены следующие шаги для максимального обеспечения их грудным материнским молоком:

- создание комфортных условий для общения матери и ребенка,
- первую порцию молозива ребенок получал в родильном зале, в том числе в операционной,
- при наличии кислородозависимости, одышки для эффективной лактации рекомендовано регулярное сцеживание молока в течение суток, включая ночное время и кормление ребенка через соску или из шприца,
- при наличии у ребенка зрелого сосательного рефлекса и координации сосания, глотания и дыхания, отсутствия кислородозависимости – прикладывание ребенка к груди даже при проведении инфузионной терапии.

Заключение. Таким образом, важнейшим элементом профилактики нарушений формирования микробиома новорожденного служит поддержка грудного вскармливания. Показано, что организация вскармливания грудным молоком с первых минут жизни снижает частоту микробиологических высевов и улучшает раннюю адаптацию, поэтому контроль у детей микробного пейзажа и его анализ является обязательным в неонатальных отделениях.

Литература

1. Николаева И.В., Царегородцев А.Д., Шайхиева Г.С. Формирование кишечной микробиоты ребенка и факторы, влияющие на этот процесс. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2018; 63:(3): 13–18.
2. Thompson A. L. Developmental origins of obesity: early feeding environments, infant growth, and the intestinal microbiome. Am J Hum Biol. 2012; 24: 350–360.
3. Sherman M.P. New concepts of microbial translocation in the neonatal intestine: mechanisms and prevention. Clin Perinatol 2010; 37 (3): 565–579. DOI: 10.1016/j.clp. 2010.05.006.
4. Boulangé C.L., Neves A.L., Chilloux J., Nicholson J.K., Dumas M. Impact of the gut microbiota on inflammation, obesity, and metabolic disease. Genome Medicine 2016; 8 (42): 1–12. DOI: 10.1186/s13073-016-0303-2.
5. Короткий Н.Г., Наринская Н.М., Бельмер С.В., Ардатская М.Д. Микробиотические и моторные расстройства желудочно-кишечного тракта при тяжелом атопическом дерматите у детей. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2016; 1 (125): 21–27.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У МАТЕРИ

Бердовская А.Н., Короткая В.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Основные показатели здоровья детей во многом определяются анте- и интранатальными факторами, важное значение имеет поддержание состояния здоровья беременной [1].

На развитие детей оказывает влияние целый комплекс факторов, в числе которых значительный удельный вес занимает течение беременности, возраст и образ жизни родителей ребенка, наличие различных профессиональных вредностей, вредных привычек, хронические заболевания родителей, отношение матери к беременности, течение беременности и родов [2, 3].

Внутриутробная гипоксия плода может являться причиной нарушения механизмов регуляции кислородзависимых систем энергообеспечения, что приводит к снижению стрессорной устойчивости организма ребенка, ограничению компенсаторно-приспособительных возможностей [2].

Цель. Выявить особенности гемограммы у детей первого года жизни при осложненном течении беременности у матери.

Методы исследования. Проанализированы данные гемограммы 60 детей первого года жизни, поступивших в соматические отделения отделения УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». Анализ акушерско-гинекологических факторов, влияющих на состояние здоровья детей, включал изучение акушерского анамнеза, особенностей течения беременности, родов.

Результаты. 65% составили мальчики, 35% – девочки. Средний возраст составил $5,8 \pm 2,79$ месяцев.

Во всех случаях отмечалось неблагоприятное течение беременности, сопровождающееся фетоплацентарной недостаточностью. У 31,25% женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез. В 2,1% отмечены кровопотери в родах. У 5 беременных была выявлена анемия различной степени.

В 50% случаев дети рождены от первой беременности, 23% – от второй, 18% – от третьей, 9% – от четвертой и более беременности. 57% – от первых родов, 37% – от вторых, 7% – от третьих и более родов.

5,2% детей родились недоношенными. Масса тела при рождении составила $3317,0 \pm 254,0$ грамм (минимальный – 1300,0 грамм).

После рождения 17 младенцам проводилась гемотрансфузия: 4 случая однократно, 13 – неоднократно. Осложнений гемотрансфузии не имели.

Грудное вскармливание получили 76%. На искусственном вскармливании с рождения находились 20,4%, на смешанном – 2,1% детей. 1 ребенок с рождения получал цельное коровье молоко.

Отмечались изменения следующих систем: пищеварительной (17,7%), дыхательной (29,2%), мочевой (24%), сердечно-сосудистой (17,7%), нервной (9,4%). В 15,6% случаев отмечалась аллергия.

У 63% выявлен синдром двигательных расстройств, 15% – судорожный синдром, 18% – гидроцефальный синдром, 4% – генетические аномалии, сопровождающиеся изменениями со стороны нервной системы.

При анализе гемограммы выявлены следующие изменения. 35% младенцев имели анемию. Из них 95% легкой (средний уровень гемоглобина – 102 ± 4 г/л), 5% средней степени тяжести (средний уровень гемоглобина – 84 ± 4 г/л). В 87% случаев диагноз анемии был установлен при госпитализации в соматические отделения впервые, в 13% – амбулаторно. Из них лишь 44% получали терапию препаратами железа.

В 32% случаев в крови отмечалась нейтропения различной степени. У 16% детей диагностирована эозинофилия, у 2% тромбоцитопения, 16% тромбоцитоз.

Выводы:

1. У младенцев матерей с осложненным течением беременности в 35% случаев выставлен диагноз анемии.

2. В 87% случаев анемия диагностирована впервые при обследовании в стационаре.

3. У 18% отмечались изменения количества тромбоцитов, в 48% случаев выявлены изменения лейкоцитарной формулы.

Литература

1. Жорова, В. Е. Частота и распространенность железодефицитной анемии / В. Е. Жорова, Е. Г. Хилькевич // Мед. совет. – 2018. – № 13. – С. 78-81.

2. Кувшинников В. А. Дефицитные анемии у детей: учеб.-метод. пособие / В. А. Кувшинников, С. Г. Шенец, А. П. Стадник. – Минск: БГМУ, 2013. – 32с.

3. Новикова И. А. Клиническая и лабораторная гематология / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск: Выш. школа, 2013. – 387с.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТОШНОТА И РВОТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПОД СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Виноградов С.В., Виноградова Т.А., Предко В.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Значительные физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины, затрагивают сердечно-сосудистую, нервную, дыхательную, пищеварительную, выделительную системы. К концу беременности наблюдается существенный рост коагуляционного потенциала крови за счет увеличения концентрации плазменных факторов свертывания крови [1]. Имеет место существенная гормональная перестройка организма. Так уровень прогестерона к концу третьего триместра беременности значительно возрастает. В результате действия прогестерона снижается моторика желудочно-кишечного тракта, что наряду с усилением секреции соляной кислоты под влиянием гастрина, продуцируемого плацентой, увеличивает остаточного объема желудочного содержимого и его кислотность [2]. Предоперационное назначение опиоидов так же замедляет эвакуацию из желудка [3]. Замедление эвакуации желудочного содержимого и имеющееся снижение тонуса кардиального сфинктера пищевода создает предпосылки для возникновения интраоперационной тошноты и рвоты (ИОТР). Само по себе данное осложнение при сохраненном сознании во время спинномозговой анестезии не является фатальным, но существенно снижает у пациенток удовлетворенность качеством анестезии. Частота ИОТР при проведении кесарева сечения под спинномозговой анестезией по данным литературы может достигать 66%. [4]. Поэтому поиск способов снижения частоты ИОТР представляется весьма актуальным.

Цель работы. Исследование проводилось с целью установления этапов операции кесарева сечения во время которых возникает ИОТР, анализ причин ее возникновения, а также предложение способов профилактики и лечения данного осложнения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 112 пациенток в возрасте от 18 до 37 лет в сроке гестации от 38 до 40 недель, по физическому состоянию относящиеся к I и II классам по классификации ASA. Средний возраст пациенток составил $25,14 \pm 3,29$ года. Плановое кесарево сечение у всех пациенток производилось доступом по Пфанненштилю под спинномозговой анестезией с использованием гипербарического раствора бупивакаина. Премедикация включала атропин внутривенно в дозе 0,5 мг за несколько минут до пункции. Преинфузия раствора NaCl 0,9% в объеме 500 мл проводилась в предоперационной палате в течение 30 мин и сочеталась с антибактериальной профилактикой цефазолином в дозе 2 грамм. Люмбальные пункции проводились иглами типа «pencil-point» 25 G в положении лежа на боку

на уровне L₂₋₃. Гипербарический раствор бупивакаина вводился в объеме 2,6-3,0 мл в зависимости от роста пациентки. После укладывания женщин на спину, для предотвращения синдрома аорто-кавальной компрессии, операционному столу придавался наклон влево 15°. Интраоперационная инфузионная терапия во всех группах проводилась растворами кристаллоидов в объеме 20 мл/кг. Из исследования исключались пациентки со снижением среднего АД более 20% от исходного уровня, пациентки с кровопотерей более 700 мл, потребовавшей инфузионной терапии с применением коллоидов и трансфузионной терапии. Мониторировались: ЭКГ, АД, ЧСС и SpO₂.

Все пациентки были разделены на три репрезентативные группы по антропометрическим, возрастным и гемодинамическим показателям.

1 группу (контроль) составили 28 пациенток, получавших только волевую терапию кристаллоидами.

Во 2 группу вошли 30 пациенток, которым наряду с инфузией кристаллоидов в течение всей операции проводилась инсуффляция увлажненного O₂ 6 л/мин через лицевую маску.

32 пациентки 3-й группы на фоне инфузионной терапии кристаллоидами вводился мезатон через шприцевой дозатор со скоростью 20 мкг/мин.

Распределение результатов исследований соответствовало нормальному закону распределения, поэтому для статистического анализа использовали параметрические методы, основанные на t-критерии Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выяснение наиболее критических этапов операции кесарева сечения по возникновению ИОТР проводилось на пациентках 1 группы.

В результате проведенного исследования установлено, что ИОТР возникала у 11 (39,29%) пациенток еще на этапе подготовки к операции, после укладывания женщин на спину на операционном столе. Это объясняется снижением венозного возврата к правым отделам сердца и сердечного выброса в результате синдрома аорто-кавальной компрессии. Снижается перфузия головного мозга и, как следствие, возникает ишемия рвотного центра. Снижение церебрального перфузионного давления, вызывающее ИОТР, также является следствием симпатической блокады, развивающейся при спинномозговой анестезии [5]. Отмечено, что ИОТР возникла у 5 (17,85%) пациенток после внутривенного введения окситоцина. На третьем «критическом» этапе операции кесарева сечения – санации брюшной полости ИОТР наблюдалась в 9 (32,14%) случаях. У 3-х рожениц 1-й группы ИОТР наблюдалось как на начальном этапе операции, так и при завершающей санации брюшной полости. Таким образом ИОТР наблюдалась у 22 (78,57%) пациенток, вошедших в 1 группу.

У пациенток 2-й группы ИОТР возникала в 10 (43,33%, $p < 0,05$) случаях только на этапе санации брюшной полости. Достоверное снижение частоты ИОТР при инсуффляции O₂, вероятно, можно объяснить снижением степени

гипоксии рвотного центра, вызванной симпатической блокадой. Однако при сравнении частоты возникновения данного осложнения у пациенток 1 и 2-й групп исключительно на этапе санации брюшной полости достоверных изменений выявлено не было.

На фоне проводимой инфузии мезатона в 3-й группе так же наблюдалось достоверное снижение случаев ИОТР – 13 (40,63%, $p < 0,05$), что объясняется улучшением перфузии головного мозга.

Выводы:

1. Синдром аорто-кавальной компрессии ассоциирован с возникновением ИОТР.
2. Внутривенное введение окситоцина может провоцировать ИОТР.
3. Интенсивная стимуляция рефлексогенных зон при санации брюшной полости с большой вероятностью вызывает ОИТР.
4. Инсуффляция O_2 и инфузия мезатона на протяжении операции эффективно снижают частоту возникновения ИОТР.

Литература

1. Birnbach DJ, Gatt SP, Datta S (eds): Textbook of Obstetric Anesthesia. New York, Churchill Livingstone, 2000, p 41.
2. Wong CA, Loffredi M, Ganchiff JN, et al: Gastric emptying of water in term pregnancy. Anesthesiology 96:1395-1400, 2002.
3. Sandhar BK, Elliot RH, Windram I, et al: Peripartum changes in gastric emptying. Anaesthesia 47:196, 1992. 22. Holdsworth JD: Relationship between stomach contents and analgesia in labour. Br J Anaesth 50:1145, 1978.
4. Pan P.H., Moore C.H. Intraoperative antiemetic efficacy of prophylactic ondansetron versus droperidol for cesarean section patients under epidural anesthesia. Anesthesia and analgesia. 1996; 83: 982-986.
5. Balki M., Carvalho J.C. Intraoperative nausea and vomiting during cesarean section under regional anesthesia. International journal of obstetric anesthesia. 2005. 14(3): 230-241.

МЕТФОРМИН В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П.¹, Кажина М.В.¹, Разина С.А.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет*

²*Гродненский областной клинический перинатальный центр*

Актуальность. В настоящее время исследование метаболического синдрома (МС) приобрело особую значимость в связи с пандемическим характером его распространения. Частота данной патологии составляет около 30-35% в структуре нарушений репродуктивной функции и достигает 70% среди пациентов с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия.

Ввиду того, что в основе МС лежит инсулинорезистентность, для его терапии применяют инсулинсенситайзеры – препараты, увеличивающие чувствительность тканей к инсулину, к которым относятся бигуаниды (метформин). Метформин был синтезирован в 1922 г. и применяется в клинической практике с 1957 г., являясь на современном этапе единственным представителем группы бигуанидов, используемых для терапии нарушений углеводного обмена. Метформин впервые был применен с целью восстановления менструального цикла у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) E. Velazquez в 1994 г. В ряде исследований показана эффективность метформина в индукции регулярных овуляторных менструальных циклов.

Однако до сих пор не систематизированы показания для назначения метформина для пациентов в гинекологической практике у женщин с МС, нет четких регламентирующих документов, позволяющих назначать данный препарат, с целью индукции овуляции, нормализации менструального цикла у пациентов с МС. Вопрос о роли метформина в репродуктивной эндокринологии остается одним из значимых.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексной терапии, включающей метформин, в лечении бесплодия у женщин с МС.

Материал и методы. Обследованы 322 пациентки с МС в возрасте от 24 до 35 лет ($29,7 \pm 5,2$ года), страдающих бесплодием. Индекс массы тела (ИМТ) составил – $34,5 \pm 4,3$ кг/м². Клинические признаки андрогенизации были отмечены у 241 (74,8%); среднее значение гирсутного числа по шкале Ферримана-Голлвея составило $15,3 \pm 0,7$. Нарушение функции яичников было диагностировано у всех пациенток. У 25,5% женщин была выявлена ановуляция на фоне регулярного ритма менструации, у 55,9% – олигоменорея, у 18,6% – аменорея. Средняя длительность нарушений менструального цикла составила $8,5 \pm 1,2$ года. СПКЯ выявлено у 74,5% женщин с МС. Длительность бесплодия составила $3,8 \pm 1,5$ года. Диагноз МС выставлялся согласно критериям International Diabetes Federation (2005). В сыворотке крови определяли уровень антимюллерова гормона (АМГ) иммуноферментным методом.

Критериями исключения являлись: индивидуальная непереносимость метформина, гиперпролактинемия, гипотиреоз, другие эндокринные или системные заболевания, потенциально оказывающие влияние на физиологию репродукции человека, прием лекарственных препаратов, способных нарушать нормальную функцию системы гипоталамус-гипофиз-яичники, заболевания печени и почек; мужской, цервикальный, иммунологический фактор бесплодия. Всем пациентам были даны четкие диетические рекомендации, предлагалось ведение пищевого дневника. Проводилась постепенная коррекция питания и введение умеренно гипокалорийной диеты. Рекомендовалась физическая нагрузка: по 30-60 минут в день умеренные динамические нагрузки ежедневно; по 30 минут 3-4 раза в неделю; интенсивные физические нагрузки (езда на велосипеде (30 минут), ходьба быстрым шагом (3 км за 30 минут); плавание 2 раза в неделю (40 минут)).

Все пациентки получали метформина гидрохлорид, назначаемый перорально по 1 таблетке (500 мг) 3 раза в день в течение 3-6 месяцев, суточная доза – 1500 мг. Через 3 и 6 месяцев после начала терапии оценивались антропометрические показатели, метаболический профиль, факт восстановления менструального цикла и наступления беременности.

Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета программ Statistica 6,0. Оценку эффективности метода проводили с помощью метода парных сравнений Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате проведенной терапии произошли изменения в антропометрических параметрах пациентов с МС (таблица 1).

Таблица 1. – Антропометрическая характеристика пациентов с МС до и после лечения (Me, (25; 75%))

Параметры	До лечения n=322	Через 3 месяца лечения n=288	Через 6 месяцев лечения n=220
Вес, кг	99,0 (92,9-105,4)	88,6 (81,7-94,0)*	84,6 (78,7-94,0)*
ИМТ, кг/м ²	34,5 (33,97-38,16)	32,05 (29,96-33,83)*	30,05 (27,96-30,83)*
ОТ/ОБ	0,95 (0,92-0,97)	0,89 (0,85-0,91)*	0,82 (0,80-0,89)*

Примечание – * различия достоверны по сравнению с исходными параметрами ($p < 0,05$)

Уменьшение объема жировой ткани сопровождалось улучшением метаболических процессов, снижением атерогенных фракций липидов и повышению ХС ЛПВП, нормализацией углеводного обмена. Основные показатели метаболического статуса на фоне лечения у женщин с МС отражены в таблице 2.

Таблица 2. – Метаболический статус на фоне лечения у женщин с МС (Me, (25; 75%))

Показатель	До лечения n=322	Через 3 месяца лечения n=288	Через 6 месяцев лечения n=220
Гликемия, ммоль/л	5,8 (5,6-5,9)	5,4 (5,4-5,5)	5,4 (5,4-5,5)
Инсулин	25,16 (19,99-35,67)	15,88 (12,11-17,55)*	11,88 (9,11-13,55) *
Индекс Нома	6,37 (4,85-9,15)	5,35 (3,94-7,57) *	4,35 (3,94-6,57) *
Индекс Саго	0,23 (0,16-0,3)	0,28 (0,2-0,36)*	0,38 (0,34-0,42)*
Холестерин, ммоль/л	5,8 (5,7-6,0)	5,5 (5,4-5,7) *	5,3 (5,3-5,7) *
Триглицериды, ммоль/л	1,89 (1,78-,1)	1,87 (1,78-2,01) *	1,7 (1,7-2,0) *
ЛПВП, ммоль/л	1,21 (1,14-1,25)	1,28 (1,23-1,32) *	1,3 (1,28-1,36) *
ЛПНП, ммоль/л	1,81 (1,46-2,06)	1,7 (1,28-1,98) *	1,6 (1,2-1,9) *
Коэффициент атерогенности	3,88 (3,61-4,09)	3,35 (3,23-3,47) *	3,3 (3,2-3,4) *

Примечание – * различия достоверны по сравнению с исходными параметрами ($p < 0,05$)

Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют о значительном уменьшении уровня инсулина на фоне лечения у пациентов с МС. Так, после 6 месяцев приема метформина уровень инсулина снизился в 2,1 раза, индекс Нома – снизился в 1,6 раза, индекс Саго повысился в 1,7 раза.

Уровень АМГ на фоне лечения снизился в 3,4 раза с 11 (14,1-9,1) нг/мл до 3,2 (2,6-3,7) нг/мл ($p < 0,05$).

Клиническая эффективность терапии метформином, оцениваемая по восстановлению ритма менструаций, была достигнута у 64,2% пациентов. Наступление беременности на фоне терапии отмечено у 31,7% женщин. Значительного улучшения клинических признаков гиперандрогении не наблюдалось, средний показатель гирсутного числа значительно не изменился и составил в $14,8 \pm 0,7$, и $12,7 \pm 0,7$, соответственно ($p > 0,05$). На фоне приема метформина (в первые недели) жалобы на тошноту, метеоризм и диарею предъявляли 42 (13,0%) пациента, что, однако, не явилось причиной отказа от лечения. Данные жалобы нивелировались постепенным повышением дозы препарата.

Таким образом, несмотря на высокую частоту распространенности и всестороннее изучение патогенетических основ МС, способствующих совершенствованию фармакотерапии данного заболевания, до настоящего времени проблема выбора метода лечения остается актуальной. Традиционная терапия пациентов с МС с нарушением менструальной функции и бесплодием, включающая применение гестагенов, индукторов овуляции, не всегда способна восстановить ритм менструаций и фертильность. Более того, в ряде случаев отмечается усугубление метаболических нарушений, коррекция которых необходима как с целью профилактики отдаленных последствий, так и для предотвращения ранних потерь беременностей, гестационного диабета, преэклампсии. Открытие взаимосвязи инсулинорезистентности и функции яичников позволило с новых позиций, путем применения инсулиносенситайзеров, подойти к терапии бесплодия у женщин с МС.

Выводы:

1. Комплексная терапия, сочетающая диетические рекомендации, физическую нагрузку и прием метформина, у женщин с МС способствует редукции массы тела, нормализации метаболического фона.

2. Доказана высокая эффективность терапии метформином, проявляющаяся нормализацией менструального цикла (62,4%) и восстановлением фертильности (31,7%).

3. Снижение концентрации АМГ в процессе терапии метформином является маркером эффективности препарата в восстановлении овариальной дисфункции.

НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ганчар Е.П., Кажина М.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В начале третьего тысячелетия для человечества, преодолевшего на протяжении многовековой истории эпидемии опасных для жизни инфекций, на первое место по актуальности среди всех причин заболеваемости и смертности вышла проблема сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, МС является одной из наиболее частых причин ановуляторного бесплодия, ранних потерь беременности у женщин репродуктивного возраста. Частота МС в структуре нарушений репродуктивной функции составляет около 30-35% и достигает 70% среди пациентов с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия [1]. 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 является обратимым, т.е. при соответствующем лечении можно добиться исчезновения основных его симптомов и осложнений [2].

Одним из актуальных направлений в диагностике заболеваний XXI века является метаболомика [3]. Метаболомика – наука, изучающая конечные и промежуточные продукты обмена веществ в биологической системе, будь то клетка, орган или организм в целом. Метаболом – представляет собой совокупность низкомолекулярных метаболитов биологического образца, являясь уникальным «отпечатком пальцев», специфичным для процессов, протекающих в живых клетках [4].

Таким образом, исследование метаболома у пациентов с МС даст возможность создать новые диагностические критерии данного синдрома, позволит дополнить специфическую дифференцированную терапию.

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), гомоцистеин (Hcy), цистеинглицин (CysGly), глутатиона (GSH) методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографической системе Agilent 1100 с детектированием флуоресценции. Идентификация определяемых соединений и количественная обработка хроматограмм проводилась с использованием метода внутреннего стандарта (ванилиновой кислоты) с помощью программы Agilent 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 уровня 16 из 43 исследуемых параметров. У пациентов с МС выявлены статистически значимое повышение концентрации аспартата, глутамата, α -амино-адипиновой 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 группы ($p < 0,05$). 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, и 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:

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

где Asp – аспарагин, нмоль/мл;

Gly – глицин, нмоль/мл.

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

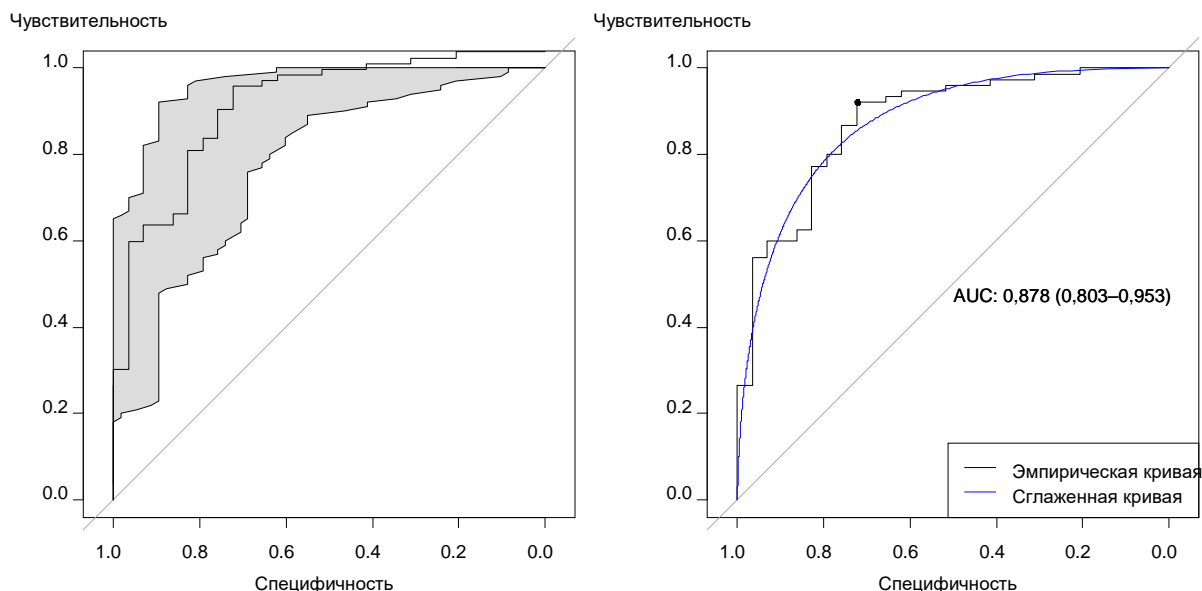


Рисунок – ROC-кривая полученных данных для диагностики метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста

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, мы получили 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 – 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. Дьяконов, С.А. Метаболический синдром и репродуктивная система женщин (обзор литературы) / С.А. Дьяконов // Проблемы репродукции. – 2016. – № 22 (2). – С. 37-43.

2. 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.

3. Metabolomic profiles delineate potential role for sarcosine in prostate cancer progression / A. Sreekumar [et al.] // Nature. – 2009. – Vol. 457. – P. 910-914.

4. Metabolomics: a revolution for novel cancer marker identification / Q. Bu [et al.] // Comb. Chem. High. Thorough. Screen. – 2012. – Vol. 15, № 3. – P. 266-275.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Ганчар Е.П.¹, Колесникова Т.А.²,
Сайковская В.Э.², Кажина М.В.¹*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Невынашивание беременности остается важной проблемой современного акушерства и перинатологии. Частота невынашивания беременности составляет 10-25% всех беременностей. Среди множества факторов, приводящих к досрочному прерыванию беременности, важное место занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Частота ИЦН составляет 1-9% в популяции и 15,5-42,7% у пациентов с невынашиванием беременности. В этой ситуации крайне важным является решение вопросов, связанных с рациональной тактикой ведения при ИЦН во время беременности [1]. В настоящее время в литературе много работ подтверждающих эффективность коррекции функциональной ИЦН препаратами прогестерона [2, 3]. Однако актуальными остаются вопросы: предикция ИЦН, своевременная терапия препаратами прогестерона в группе риска по ИЦН. Основным скрининговым методом диагностики ИЦН как на этапе формирования ИЦН, так при наличии раскрытия шейки матки, является ультразвуковой (УЗИ). При этом известно, что одним из наиболее критичных периодов для формирования ИЦН является срок беременности между 12 и 16 неделями, когда в случае плацентарного дефицита синтеза прогестерона и развивается ИЦН. Учитывая, что ни определение уровня прогестерона, ни цервикометрия не являются доказательными, а следовательно, облигатными методами диагностики, вопрос ранней диагностики и возможности назначения превентивной терапии ИЦН остается одной из наиболее актуальных проблем.

Цель исследования. Оценить эффективность превентивного назначения микронизированного прогестерона в группе риска функциональной ИЦН (укорочении шейки матки 35-25 мм в сроке беременности 16-18 недель).

Материалы и методы. С целью оценки эффективности превентивного назначения микронизированного прогестерона в группе риска функциональной ИЦН было выделено 2 группы пациентов. Основную группу составили 106 женщин, получивших превентивную терапию в группе риска функциональной ИЦН. В группу сравнения вошли 102 беременные, которые не получали превентивного лечения. Критериями отбора беременных для исследования были: срок беременности 16-18 недель, одноплодная беременность, отсутствие беременностей в анамнезе, группа риска по ИЦН (укорочение шейки матки 35-25 мм в сроке беременности 16-18 недель), нормальный уровень 17-оксипрогестерона, дегидроэпиандростерона. Был проведен детальный анализ амбулаторных карт и историй родов.

Ультразвуковые исследования проводились на аппарате Aloka Alpha 5 с использованием вагинального многочастотного датчика 4,5-7,5 МГц. В начале, при трансабдоминальной эхографии оценивались фетометрические показатели, отсутствие врожденных пороков развития и маркеров хромосомных аномалий, отсутствие предлежания плаценты, признаков отслойки плаценты и пролабирования плодного пузыря. Затем проводилось измерение длины шейки матки трансвагинальным датчиком по следующей методике: женщина опорожняет мочевой пузырь и укладывается на спину, при этом ноги должны быть согнуты в коленях; ультразвуковой датчик вводится во влагалище и располагается в переднем своде; на экране должно отображаться сагиттальное сечение шейки матки, и эхогенная слизистая эндоцервикса используется как ориентир настоящего месторасположения внутреннего зева, таким образом, удаётся избежать ошибочного измерения нижнего маточного сегмента; калиперы используются для измерения линейного расстояния между треугольной областью повышенной эхогенности наружного зева и V-образной выемкой в области внутреннего зева; каждое измерение должно проводиться с перерывом в 2-3 минуты. Измерение длины шейки матки трансвагинальным методом обладает высокой воспроизводимостью, и в 95% случаев разница между двумя измерениями, выполненными одним и тем же специалистом или двумя разными составляет 4 мм и менее. Терапию микронизированным прогестероном начинали с момента диагностики укорочения шейки матки 35-25 мм в сроке беременности 16-18 недель и продолжали до 36 недель гестации. Режим дозирования – ежедневное применение 400 мг препарата прогестерона вагинально.

Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Количественные данные представлены в виде медианы значения с указанием границ интерквартильного размаха (Me, 25%, 75%). При оценке долей доверительный интервал (ДИ) принят 95%.

Результаты и обсуждение. Сравнимые группы достоверно не различались по возрасту. Возраст женщин колебался от 21 до 38 лет, составляя в среднем $29 \pm 3,2$ года ($p > 0,05$). Не выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости экстрагенитальной патологии ($p > 0,05$). По данным анамнеза, средний возраст наступления менархе у пациентов основной

группы составил $14 \pm 1,5$ года, контрольной – $14 \pm 1,2$ года ($p > 0,05$). Длительность менструального цикла в основной группе – $35 \pm 1,5$ дня, в контрольной – $33 \pm 1,5$ ($p > 0,05$). У 18,9% исследуемых основной группы и у 17,6% контрольной группы имелось нарушение менструального цикла по типу олигоменореи ($p > 0,05$). Не выявлены достоверные различия в структуре гинекологических заболеваний в основной и контрольной группе ($p > 0,05$). Среди гинекологических заболеваний преобладали: патология шейки матки (16,9% и 9,8%), неспецифические и специфические воспалительные заболевания (26,4% и 14,7%), кисты яичников (5,7% и 4,9%), миома матки (3,8% и 2,9%).

Среди осложнений настоящей беременности в основной и контрольной группе выявлены статистически значимые различия по частоте угрозы прерывания, плацентарных нарушений ($p < 0,05$). Частота клинически выраженной угрозы прерывания беременности в основной группе составила – 34% (ДИ₉₅ 25,7–43,4), в контрольной – 63,7% (ДИ₉₅ 54,1–72,4) ($p < 0,05$). Частота госпитализаций по поводу угрозы прерывания беременности в сравниваемых группах была также различной. В основной группе она потребовалась для 28 из 106 беременных (26,4% (ДИ₉₅ 19–35,5)), в контрольной группе частота госпитализаций была достоверно выше 65 из 102 беременных – 63,7% (ДИ₉₅ 54,1–72,4) ($p < 0,05$). У женщин контрольной группы достоверно чаще беременность осложнялась плацентарными нарушениями – 41,5% (ДИ₉₅ 32,1–50,1) и 10,4% (ДИ₉₅ 5,6–17,6), соответственно, ($p < 0,05$). Выявлены достоверные различия в сроках родоразрешения в сравниваемых группах ($p < 0,05$). Частота встречаемости преждевременных родов в основной группе составила 5,7% (ДИ₉₅ 2,6–11,8), в контрольной – 18,6% (ДИ₉₅ 12,3–27,3) ($p < 0,05$). Все преждевременные роды в основной группе произошли в интервале 34–37 недель гестации, тогда как в контрольной группе – 9 из 19 случаев преждевременных родов произошли до 34 нед. Достоверных различий в способах родоразрешения женщин в сравниваемых группах выявлено не было ($p > 0,05$). Женщины из основной группы родоразрешены в 22,6% (ДИ₉₅ 15,7–31,5) случаев путем операции кесарева сечения, через естественные родовые пути в 77,4% (ДИ₉₅ 68,5–84,2), в контрольной группе 34,3% (ДИ₉₅ 25,8–43,9) и 65,7% (ДИ₉₅ 56,1–74,1) соответственно. Достоверных различий в течение послеродового периода в сравниваемых группах не было ($p > 0,05$). Средний вес плодов у женщин основной группы и у пациентов из контрольной группы достоверно различим и составил 3300 ± 150 г и 2800 ± 150 г соответственно ($p < 0,05$). Частота маловесных детей в основной группе составила 4,7% (ДИ₉₅ 2–10,6), в контрольной группе – 11,8% (ДИ₉₅ 6,9–19,4) ($p > 0,05$).

Выводы:

1. Проведение планового ультразвукового исследования в сроке 16–18 недель необходимо с целью формирования группы риска по ИЦН.
2. Превентивное назначение микронизированного прогестерона при укорочении шейки матки 35–25 мм в сроке 16–18 недель приводит к достоверному снижению частоты преждевременных родов, плацентарных нарушений.

Литература

1. Угрожающие преждевременные роды: спорные вопросы диагностики и токолитической терапии (обзор литературы) / А.С. Галкина, А.В. Ван, К.Р. Некрасова и др. // Проблемы репродукции. – 2014. – № 1 (20). – С. 77-81.
2. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data / Romero R., Nicolaides K., Conde-Agudelo A., Tabor A., O'Brien J.M., Cetingoz E., Da Fonseca E., Creasy, G., Klein, K., Rode, L., Soma-Pillay, P., Fusey, S., Cam, C., Alfirevic, Z., Hassan, S.S. // Am. J Obstet. Gynecol. – 2012. – 206(2). 124. – P. 1-19.
3. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with history of preterm birth and a sonographic short cervix / Alfirevic Z., Owen J., E. Carreras Moratonas, Sharp A.N., Szychowski J.M., Goya M.// Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2013. – № 41. – P. 146-151.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

*Гурин А.Л.¹, Колесникова Т.А.², Сайковская В.Э.²,
Новосад Е.А.², Ганчар Е.П.¹*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Наиболее частой гинекологической операцией в большинстве стран мира является гистерэктомия, выполняемая по поводу миомы матки. Так, в Швеции частота гистерэктомии среди полостных гинекологических операций составляет 38%, в США – 36%, в Великобритании – 25%, в России – 32,5 до 38,2% [1, 2]. До сих пор 70% гистерэктомий в США, 88% в Великобритании, 95% в Швеции производятся абдоминальным доступом [3, 4]. Такой высокий процент абдоминальных гистерэктомий связан, возможно, с экономическими причинами или с высокими требованиями к оперативной технике хирурга.

Между тем, влагалищный доступ для гистерэктомии применялся с давних пор. Влагалищная гистерэктомия при больших размерах матки возможна и безопасна [5]. К неоспоримым достоинствам влагалищного доступа можно отнести значительно меньшую травматизацию, косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, короткие сроки нахождения в стационаре в послеоперационном периоде (3-5 дней), малые сроки реабилитации, низкую частоту послеоперационных осложнений и отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода. Смертность после влагалищной гистерэктомии колеблется от 3,1 на 10000 в США, до 2,7 на 10000 в Германии, что почти в 3 раза ниже, чем после абдоминальной экстирпации матки [1]. Однако влагалищный доступ тоже имеет свои недостатки.

К таким недостаткам необходимо отнести отсутствие возможности полноценной ревизии вследствие небольшой площади операционного поля. В то же время риск интраоперационных осложнений (ранение мочеточников, мочевого пузыря, прямой кишки, сосудов) ниже, чем при лапароскопической гистерэктомии. Этот доступ имеет относительные противопоказания: повторность хирургического вмешательства (так как невозможно контролировать возможный спаечный процесс), большие размеры опухоли, способные привести к анатомическим изменениям, отсутствие родов в анамнезе прогнозирует технические трудности при низведении матки и, безусловно, эндометриоз, когда необходима полноценная ревизия органов брюшной полости.

В связи с вышеперечисленными фактами, в Беларуси влагалищная гистерэктомия используется чаще всего лишь для хирургического лечения пролапса половых органов.

Цель исследования: изучить клинические аспекты гистерэктомии по поводу миомы матки с использованием влагалищного оперативного доступа.

Материалы и методы. Нами проведен анализ историй болезни 54 пациентов, которым была произведена влагалищная гистерэктомия с придатками по поводу миомы матки. Для каждого пациента составлялись протоколы, в которых отражались анамнестические данные, методы дооперационного обследования, ход операции, течение послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов – $49 \pm 1,5$ года. Показаниями к влагалищной гистерэктомии являлись: миома, сопровождающаяся мено-метрорагиями, быстрым ростом, нарушениями функции соседних органов, гиперпластическими процессами эндометрия. Размеры матки в 10 (18,5%) случаях соответствовали 11-12 нед. беременности, в 23 (42,6%) случаях – 9-10 нед., в 21 (38,9%) – 7-8 нед. Диаметр узлов варьировал от 3 до 6 см.

Влагалищная гистерэктомия состояла из традиционных этапов: радикального рассечения слизистой влагалища на уровне сводов, смещения мочевого пузыря и прямой кишки краниально, задней кольпотомии, пересечения пузырно-маточных связок, при необходимости – выполнения передней кольпотомии, наложения гемостатических швов на брюшину и заднюю стенку влагалища. С целью лигирования маточных сосудов, связочного аппарата матки и придатков мы использовали биполярную электрохирургическую установку LigaSure. Методика основана на биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которой не сопровождается кровотечением. Эта система обеспечивает точное дозирование подаваемой энергии, времени воздействия с целью полного заваривания просвета сосудов, а также позволяет свести к минимуму обугливание и термическое повреждение близлежащих тканей. Аппарат позволяет коагулировать сосуды диаметром до 7 мм. Матка выводилась в рану. При необходимости размеры миомы уменьшали путем применения техники коринга (иссечение «сердцевины» матки вместе с ее шейкой) и бисекции (секция матки в продольном направле-

нии через ее срединную ось). Далее осуществлялся гемостаз, накладывались 2 обвивных шва на брюшину, культи связок и слизистую влагалища. В заключение влагалище туго тампонировалось на 4-5 ч.

Величина интраоперационной кровопотери колебалась в пределах 50-320 мл (в 88,9% случаев составила 100-125 мл). Средняя продолжительность операции составила 55±15 минут. Интраоперационных и послеоперационных осложнений выявлено не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода – 6 койко/день.

Выводы:

1. Влагалищный доступ при выполнении гистерэктомии имеет ряд преимуществ: минимальная травматизация, косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, отсутствие осложнений послеоперационного периода.

2. Используемая нами техника гистерэктомий с использованием влагалищного оперативного доступа базируется на лигировании маточных сосудов и связочного аппарата биполярной установкой LigaSure и применении техники уменьшения в объеме матки – бисекции и коринга.

Литература

1. Дифференцированный подход к выбору операционного доступа для гистерэктомии / А. Н. Плеханов, Н.А. Татарова, Г.Б. Рябинин, А. Кхедири, В.И. Гамолин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 4 (40). – 130-133.

2. Кулаков, В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины / В.И. Кулаков, Л.В. Адамьян, С.И. Аскольская. – М.: Медицина, 1999. – 311 с.

3. Brown, D.S., Hysterectomy revisited / D.S. Brown, M.I. Frazer // Aust. NZJ obstet. gynecol. – 1991. – Vol. 31. – P. 148.

4. Dicker, R.C. Hysterectomy among women of reproductive age: trends in the United States / R.C. Dicker, M.J. Scally, J.R. Greenspan // JAMA. – 1982. – Vol. 248. – P. 323-338.

5. Zekam, N. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists / N. Zekam, Y. Oyelese, K. Goodwin, C. Colin, I. Sinai, J. T. Queenan // Obstet Gynecol. – 2003. – № 102(2). – P. 301-305.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гурина Л.Н.¹, Бурак Е.А.¹, Денисик Н.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная детская клиническая больница

Актуальность. В последние годы отмечена тенденция к увеличению количества новорожденных с нарушениями сердечного ритма. Нарушения ритма сердца (НРС) в периоде новорожденности, по данным публикаций разных авторов, встречаются у 1–3% детей. Следует помнить, что нарушения

сердечного ритма в периоде новорожденности часто имеют транзиторный характер, благоприятное течение, не требуют лечения. Изучение клинических форм нарушений сердечного ритма у новорожденных позволит расширить кругозор врачей о возможных нарушениях сердечного ритма в периоде новорожденности [1, 2].

Цель исследования – дать клиническую характеристику нарушений сердечного ритма у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 55 новорождённых детей с нарушениями сердечного ритма, находившихся на стационарном лечении во 2-м педиатрическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2012-2019 гг. Данные анамнеза, клинической характеристики группы получены в результате анализа сведений из медицинской документации форма № 003/у-7 «Медицинская карта стационарного пациента».

Результаты и обсуждение. Всего во 2-м педиатрическом отделении пролечено за период исследования 5971 новорождённых. Общее количество детей за исследуемый период, с установленными нарушениями сердечного ритма – 55, что составило 0,94% от общего числа новорождённых, находившихся в условиях нашего стационара. При этом существенного различия по полу установлено не было, мальчики составили 51,1%, девочки – 48,9%, ($p > 0,5$), городские жители по сравнению с сельскими 68,1% против 31,9%, соответственно ($p < 0,05$).

При оценке гестационного возраста определено, что практически все дети родились в срок и только 4 ребенка были недоношенными 30 и 34 недели, что составило 7,2%. Параметры физического развития не выходили за пределы 10 и 90 перцентилей и соответствовали гестационному возрасту. Практически все дети родились без асфиксии, один новорожденный с гестационным возрастом 30 недель имел низкие баллы по шкале Апгар.

Нарушение ритма сердца стало проявлением таких патологических синдромов как экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада. При этом более чем у половины детей (65,9%) отмечались экстрасистолии, пароксизмальная тахикардия была диагностирована у 13,0% детей, атриовентрикулярные блокады имели 7,4% новорожденных с НРС, синусовая тахикардия составила 9,4%, синусовая брадикардия – 4,3%.

Следует отметить, что нарушения сердечного ритма у детей с экстрасистолиями, синусовыми тахикардиями, синусовыми брадикардиями были диагностированы на 2-3 сутки жизни методом аускультации. Приступы пароксизмальной наджелудочковой тахикардии диагностированы у детей, которые выписаны из родильных домов домой: на 5-6 и 27-29 сутки жизни.

Нарушения ритма сердца сочетались с врожденными пороками сердца у семи детей (12,7%). Наиболее часто, у 48,7% обследованных, нарушения сердечного ритма сочетались с изменениями со стороны центральной нервной системы. Синдром угнетения был отмечен в 23,1% случаев, синдром

возбуждения в 25,6%. Врождённые инфекции различных этиологий и локализации выявлены у 25,6% детей.

Выводы:

1. Наиболее частые нарушения сердечного ритма у новорожденных – экстрасистолии (65,9%).

2. Нарушения сердечного ритма чаще были у доношенных новорожденных, практически здоровых, в нашем исследовании у 95,0%. Все пациенты при рождении имели нормальные параметры физического развития.

3. Нарушение сердечного ритма статистически значимо чаще диагностированы у жителей города, по сравнению с пациентами, проживающими в сельской местности ($p < 0,05$).

Литература

1. Бокерия, Е. Л. Перинатальная кардиология: настоящее и будущее. – в 2 ч. // Российский Вестник перинатологии и педиатрии. – Москва, 2019. – Часть II: Нарушения ритма сердца и проводимости. – С. 6-10.

2. Шарыкин, А. С. Перинатальная кардиология / А. С. Шарыкин. – М.: Волшебный Фонарь, 2007. – 259 с.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
У ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**

*Демина О.В.¹, Новосад Е.А.¹, Сайковская В.Э.¹,
Ганчар Е.П.², Качук Н.В.¹*

¹ Гродненский областной клинический перинатальный центр

² Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Предлежание плаценты является одной из важных проблем в современном акушерстве, так как аномалии расположения плаценты в нетипичном месте являются основной причиной массивных акушерских кровотечений [1, 2]. Кровотечения, возникающие во время беременности или в родах, характеризуются высоким риском материнской и перинатальной смертности. Материнская смертность при предлежании плаценты, по данным многих авторов, колеблется от 2,3 до 10,1% [1, 3], а перинатальная смертность варьирует от 22,2 до 41,7‰, и она обусловлена недоношенностью, физиологической незрелостью плода. Предлежание плаценты, по данным литературы, встречается в 0,3-3,0% к общему числу родов [4, 5].

Цель исследования: определить частоту предлежания плаценты в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (УЗ «ГОКПЦ») – региональном перинатальном центре III уровня, за период 2013-2019 гг.; изучить особенности течения беременности и родов у женщин с предлежанием плаценты.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач был проведен анализ частоты предлежания плаценты за период 2013-2019 гг., изучено течение беременности и родов у 64 пациенток с предлежанием плаценты. В исследования использовались журналы родов (2013-2019 гг.), истории болезни, карты диспансерного наблюдения.

Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ Excel.

Результаты и обсуждение. Частота предлежания плаценты в УЗ «ГОКПЦ» составила в 2013 г. – 0,3%, в 2014 г. – 0,4%, в 2015 г. – 0,7%, в 2016 г. – 0,7%, в 2017 г. – 1,1%, в 2018 г. – 0,8%, в 2019 г. – 0,6%.

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. Средний возраст женщин, входящих в исследуемую группу, был 35 ± 2 года. Средний срок гестации составил – 254 ± 8 дней.

При анализе акушерского анамнеза пациенток с предлежанием плаценты выявлено: 10 (15,6%) первобеременных, 54 (84,4%) повторнобеременные. У повторнобеременных в 12 (18,8%) случаях отмечались аборт (один и более), самопроизвольных выкидышей – 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 повторнобеременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом по аборт, выкидышам и операционным вмешательствам на матке.

При анализе гинекологического анамнеза пациенток с предлежанием плаценты 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%).

Также важно отметить, что, по нашим данным, практически во всех случаях – 58 (90,6%) – у женщин с предлежанием плаценты, наблюдалась различная 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% были 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 – 26 (40,6%), в плановом порядке – 38 (59,4%), при доношенном сроке родоразрешалось 46 (71,9%), преждевременно – 18 (28,1%). Очень ранние преждевременные роды наблюдались у 1 (1,6%) пациентки (срок беременности 176 дней), ранние преждевременные роды – у 1 (1,6%) пациентки (срок беременности 208 дней). В 2 (3,1%) случаях наблюдалось истинное приращение плаценты, в связи с чем выполнена экстирпация матки с маточными трубами.

При анализе перинатальных исходов выявлено: гендерное распределение свидетельствует об практически равном количестве мальчиков и девочек (31 (48,4%) и 33 (51,6%)). Масса тела новорожденных варьировала от 500 до 3950 граммов. Родилось детей с очень низкой массой тела 1 (1,6%), с низкой – 14 (21,9%), с массой тела более 2500 граммов – 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.

Выводы:

1. Частота предлежания плаценты по отношению к общему числу родов за период 2013-2019 гг. в УЗ «ГОКПЦ» составила 0,7%, что соответствует данным литературы.

2. Возраст матери на момент беременности составил 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 предлежанием плаценты.

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

5. У 90,6% женщин с предлежанием плаценты выявлена экстрагениальная патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания эндокринной системы, заболевания почек).

Исходя из проведенного анализа, мы видим, что женщины с предлежанием плаценты входят в группу риска по развитию преждевременных родов, анемии. В связи с этим, беременным с предлежанием плаценты стоит строго придерживаться рекомендациям акушера-гинеколога, наблюдающего за беременностью, по профилактике преждевременных родов, анемии. Профилактика предлежания плаценты заключается в рациональном ведении женщин с началом беременности, в качественном наблюдении за женщиной в амбулаторно-поликлинических условиях до планирования беременности – снижение числа абортов, раннее выявление и лечение воспалительных заболеваний женских половых органов, а также выявление и по возможности коррекция факторов риска и проведение прегравидарной подготовки.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: руководство для врачей / Э. К. Айламазян. – 4-е изд. – СПб.: Спец-Лит, 2007. – 278 с.
2. Айламазян, Э. К. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М., 2007. – 1200 с.
3. Фадеева, Н. И. Факторы риска формирования предлежания плаценты / Н.И. Фадеева, О.А. Бельницкая, И.А. Мяделец // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – № 3. – С. 25-31.
4. Cresswell, J. A. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis / J.A. Cresswell, C. Ronsmans, V. Filippi // Trop Med Int Health. – 2013. – № 18. – P. 712–724.
5. Silver, R.M. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta / R.M. Silver // Obstet Gynecol. – 2015. – Vol. 126, № 3. – P. 654–668.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ КАК ОСНОВА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Егорова Т.Ю., Новицкая Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Охрана здоровья матери и ребенка – важнейшая проблема акушерства. Одним из основных направлений реализации данной проблемы является усиление профилактической направленности здравоохранения. В настоящее время большое внимание уделяется влиянию психоэмоционального состояния женщины на репродуктивную функцию, течение беременности и перинатальные исходы [1, 2]. Беременность – это критический период в личностном развитии женщины, этап серьезного пересмотра жизненных ориентиров и приоритетов. Совокупность личностных и социальных проблем, переживаемых современной женщиной, затрудняет, иногда обостряет адаптационный процесс к состоянию беременности. Индикатором происходящих изменений может являться репродуктивная мотивация женщины. Репродуктивные мотивации понимаются как совокупность внешних и внутренних движущих сил, побуждающих индивида к достижению разного рода смыслов и целей, обусловленных рождением ребенка [3, 4].

Практически все беременные подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями – как физическими, так и эмоциональными. Ранняя диагностика, прогнозирование возможных осложнений беременности и предстоящих родов, выбор рациональной тактики ведения беременности, проведение профилактических мероприятий и выбор метода родоразрешения являются основой безопасного материнства.

Эмоциональное состояние женщины, ее контакт с ребенком, психологический комфорт в семье являются такими же факторами сохранения здоровья матери и формирования соматического и душевного здоровья ребенка. Актуален вопрос о необходимости ведения беременности и подготовки к родам комплексно: с медицинской и с психологической точки зрения, с учетом психоэмоционального статуса женщины, личностных, социальных и семейных особенностей, учитывая закономерности медицинской психологии [5, 6].

Цель исследования: оценить уровень психоэмоциональной напряженности, определить показатели ситуативной и личностной тревожности, с целью решения вопроса о необходимости психоэмоционального сопровождения беременности.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» и путём анкетирования 88 пациентов по шкале самооценки Зунга, шкале самооценки Спилбергера-Ханина. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана Спилбергером Ч.Д. и адаптирована Ханиным Ю.Л. Тест состоит из 2 опросников по 20 вопросов в каждом. Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале 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. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для пациента [3, 5]. Шкала Цунга (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 и позволяет избежать дополнительных экономических, временных затрат и связанных с медицинским обследованием этических проблем [5, 6].

Результаты. Обследованные группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст пациенток составил $28 \pm 0,6$ лет, при этом максимальный возраст – 39 лет, минимальный – 19 лет. У 67% пациенток были первые роды, у 33% – повторные роды. Проанализировав данные теста Зунга, мы получили следующие результаты: выделены две группы – беременные с признаками легкой депрессии – 35,2%, ДИ 25,2-45,2% и беременные без депрессии 64,8% ДИ 54,8-74,8%. Средняя и тяжелая степень депрессии выявлены не были. В ходе анализа теста Спилбергера-Ханина, получены следующие результаты: уровень личностной тревожности: низкий – 1,1% (ДИ 0,0-3,3%), умеренный – 50,0% (ДИ 39,5-60,4%), высокий – 48,9% (ДИ 38,4-59,3%). Проанализировав опросник ситуативной тревожности, мы получили следующие результаты: низкий уровень был отмечен в 84,1% (ДИ 76,5-91,7); умеренный – 14,8% (ДИ 7,4 – 22,2%); высокий – 1,1% (ДИ 0,0-3,3%).

Выводы. При физиологически протекающей беременности средняя и тяжелая степень депрессии по шкале Зунга не выявлены. Легкая степень депрессии выявлена у 35,2% женщин с физиологическим течением беременности и связана с опасением за исход родов, что требует психосоциальной поддержки. Выявленная высокая личностная тревожность у 48,9% объяснялась желанием иметь беременность без осложнений. Оценка психоэмоционального статуса позволит оптимизировать прегравидарную подготовку пациенток и психологическое сопровождение во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Литература

1. Лохина Е.В. Особенности родов и состояние новорожденного у беременных, прошедших подготовку к родам по программе медикопсихологических тренингов «Счастливые материнства» / ГБОУ ВПО «Нижегородская медицинская академия МЗ РФ» / Журнал Современные проблемы науки и образования № 3 – 2013.
2. Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва, Российская Федерация.
3. Скрицкая Т.В., Дмитриева Н.В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2002. – 96 с.
4. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. – 240 с.
5. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов: Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина / Минск, Современ. шк., 2007. – 496 с.
6. Маслова В.Э. Психологическое состояние женщины в период беременности / Воронежский государственный университет / Журнал «Молодой ученый» № 21 (207).

НАРУЖНЫЙ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: ГРАНИ ПРОБЛЕМЫ

*Зайцева Т.П.¹, Биркос В.А.², Амбрушкевич Л.П.²,
Довнар Л.Н.², Кучук Д.О.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Эндометриоз в современных реалиях – доброкачественное хроническое прогрессирующее заболевание. Основную часть всех локализаций составляет генитальный эндометриоз (92–94%), реже – экстрагенитальный (6–8%). Из генитального эндометриоза наиболее частой формой является аденомиоз (70–90%) и эндометриоз яичников (8–26%) [1, 3]. Однако эндометриоз яичников может быть бессимптомным, пока в значительной степени не увеличивается размер кист, микроперфорация камер, вовлечение в процесс прилежащих органов малого таза. Различают поверхностную форму эндометриоза яичников и глубокие формы – узловую и кистозную. Кистозную форму также называют эндометриомами яичников [2, 4].

Материал и методы. Проанализированы клинические данные и результаты гистологического исследования 49 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, представленным кистами яичников. Возраст пациенток варьировал от 23 до 55 лет, средний составил $37,6 \pm 0,7$ лет, при этом 39,57% пациентов были в возрасте до 35 лет, 39,57% – от 36 до 45 лет, 20,86% – от 46 до 55 лет. До оперативного вмешательства эндометриоз яичников диагностирован только у 18 (36,7%) пациенток. Подавляющее большинство женщин (86,3%) были госпитализированы и прооперированы в плановом порядке, 13,7% – в экстренном. Объем оперативного вмешательства определялся возрастом пациенток, характером патологии придатков матки, сопутствующей патологией матки. Большинству женщин (66,9%) оперативное вмешательство выполнено лапароскопическим доступом в объеме цист- или аднексэктомии, в 33,1% – лапаротомическим доступом в объеме надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки с придатками из-за сочетания эндометриоза яичников с миомой матки и/или аденомиозом. Клиническое исследование проведено по нескольким направлениям: опрос прооперированных пациентов, направленный на выявление характера жалоб пациентов, детализацию их проявлений в динамике развития заболевания; изучались данные анамнеза; результаты общеклинических, гинекологических и инструментальных методов обследования. Весь операционный материал был исследован макро- и микроскопически. Гистологическое исследование подтвердило эндометриоз.

Результаты. При поступлении в клиническое учреждение обследованные пациентки предъявляли жалобы, связанные с различными проявлениями болевого синдрома и нарушением менструального цикла. На периодические умеренные боли, дискомфорт в течение большей части менструального цикла

указывали 50,4% пациенток, периодически возникающие интенсивные боли, нарушающие работоспособность, в течение менструального цикла были у 19,4%, боли перед менструациями отмечали 4,3% женщин. Большинство обследованных (64%) отмечали усиление болей накануне или во время менструаций. Дисменорею отмечали 34 (69,3%) пациентки. Боли во время менструаций носили умеренный (43,2%) или выраженный (28,1%) характер. Некоторые женщины отмечали связанные с менструальным циклом боли при дефекации, тенезмы (10,8%), боли при мочеиспускании (4,3%). На диспареюнию указывали 30,2% пациенток. В 24,3% случаев болевой синдром сопровождался различными вегетативными расстройствами: тошнота – 23,0%, рвота – 7,9%, потеря сознания – 2,9%. Для купирования болевого синдрома 59,7% женщин с эндометриозом яичников были вынуждены использовать анальгетики. Усиление болевого синдрома отмечали в динамике развития заболевания 41,7% обследованных. В анамнезе у 40,3% женщин отмечено нарушение менструального цикла. При сохранении у большинства (80,6%) пациенток регулярного менструального цикла наиболее частыми проявлениями его нарушения были обильные менструации (40,3%), мажущие темно-коричневые выделения из половых путей до и после менструаций (39,5%), межменструальные кровотечения при сохраненном менструальном цикле (11,5%). В 49,6% случаев эндометриоза яичников ведущим в проявлении заболевания манифестировал болевой синдром; в 21,6% – нарушение менструального цикла. Выявлено, что для пациенток с эндометриозом яичников характерен средний возраст менархе – $14,26 \pm 1,5$ лет. У большинства пациенток цикл установился сразу, был регулярным (96,4%). В анамнезе у 65,5% пациенток было указание на 1–2 родов, у 9,4% – на 3 родов и более, у 59,0% – на 1–2 аборта, у 22,3% – на 3 аборта и более, у 8,6% пациенток было вторичное бесплодие, у 7,2% – вторичное, у 11,5% женщин – самопроизвольные выкидыши.

Во время оперативного вмешательства было обнаружено, что у 64,7% женщин наблюдалось одностороннее поражение яичника, чаще левого (41,7%), у остальных 35,3% – двустороннее. Увеличение размеров яичника за счет формирования кисты диаметром до 5 см было у 37,4% пациентов, диаметром 5–10 см – 30,9%, более 10 см в диаметре – в 28,8% случаев. Для большинства женщин было характерно наличие спаечного процесса в малом тазу. Морфологическим исследованием удаленных яичников установлено, что у 80,6% пациенток имелась макрокистозная форма процесса; у 17,98% – сочетание кисты с эндометриоидными гетеротопиями в ткани другого яичника; у 1,44% – железисто-стромальные эндометриоидные очаги без формирования кист.

Вывод. Таким образом, ведущими клиническими симптомами эндометриоза яичников являются нарушение менструального цикла и болевой синдром циклического характера, с постоянством иррадиацией болей и вегетативными расстройствами. Основной (80,6%) формой эндометриоза яичников является кистообразование.

Литература

1. Адамян Л.В. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Гинекология. – 2005. – № 2. – С. 95-102.
2. Адамян, Л.В. Эволюция гормональной терапии эндометриоза (обзор литературы) / Л.В. Адамян, А.А. Осипова, М.М. Сонова // Проблемы репродукции. – 2006. – № 5. – С. 11-16.
3. Баскаков, В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков – Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
4. Баскаков, В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб., 2002. – 452 с.

АНТИГЕСТАГЕНЫ В ТЕРАПИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Кажина М.В.¹, Ганчар Е.П.¹, Гурин А.Л.¹, Колесникова Т.А.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет

² Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Регистрируемая в настоящее время частота гистерэктомий по поводу лейомиомы матки определяет острую потребность в проведении качественных исследований по разработке и внедрению в практику новых алгоритмов комплексного ведения пациентов с такой патологией. Одним из новых лекарственных средств, используемых в лечении лейомиомы матки, является мифепристон. Первое исследование мифепристона в лечении миомы матки завершено в 1993 г. Мифепристон – синтетический стероидный препарат, конкурентный ингибитор прогестерона. Клинический эффект препарата обусловлен блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов. Также мифепристон проявляет антагонизм с глюкокортикостероидами и андрогенами. Важное преимущество в том, что препарат активен при пероральном применении. Абсолютная биодоступность составляет 69%. Максимальная концентрация препарата в крови достигается через 1,5 часа. Мифепристон на 98% связывается с белками плазмы: альбумином и кислым α 1-гликопротеином. Период полувыведения препарата составляет 18 часов. Мифепристон уменьшает число рецепторов прогестерона в ткани миомы и гистологически неизменной ткани миометрия. Гормональный фон при поступлении мифепристона соответствует ранней фолликулярной фазе. Мифепристон уменьшает кровоток в ткани миомы посредством прямого влияния на сосуды матки. Мифепристон также проявляет свойства антиоксиданта.

Использование свойства мифепристона блокировать прогестероновые рецепторы позволяет добиться не только торможения роста опухоли, но и уменьшения исходных размеров миоматозных узлов и матки. Клинический эффект препарата обусловлен блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость мифепристона при использовании его для лечения лейомиомы матки размерами до 12 недель беременности у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Отбор пациентов проведен по основному диагнозу: множественная лейомиома матки размерами до 12 недель беременности. Критерии включения в исследование: возраст от 25 до 45 лет; интерстициальное и субсерозное расположение миоматозных узлов; отсутствие гиперпластических процессов эндометрия. Критерии исключения из исследования: возраст более 45 лет; субмукозное расположение миоматозных узлов; сочетание лейомиомы матки с опухолями яичников и/или гиперплазией эндометрия; быстрый рост лейомиомы матки; аллергические реакции на мифепристон; беременность; лактация.

Схема назначения препарата. Препарат мифепристон назначался с целью уменьшения размеров матки и миоматозных узлов в дозе 50 мг ежедневно перорально в течение трех месяцев. У всех пациентов лечение начиналось со второго дня менструального цикла.

Из 26 участниц исследования 18 были с реализованной репродуктивной функцией. При сборе анамнеза 18 пациентов предъявляли жалобы на обильные менструации, у 9 из них менструации были болезненными и у 9 из них длительными (от 8 до 10 дней), у 4 пациентов отмечалось учащённое мочеиспускание, у 4 жалоб – не было. Длительность заболевания с момента выявления составляла от 2 до 8 лет (в среднем 4,2 года).

Размеры миоматозных узлов до лечения были в пределах от 1,2 до 6,8 см, размеры наибольшего узла от 5,6 до 6,8 см. Состояние эндометрия и яичников соответствовало возрастной норме.

У всех пациентов получено письменное информированное согласие на проведение исследования, после чего каждая из них в соответствии с протоколом исследования получила мифепристон (30 таблеток по 50 мг). После проведенного курса консервативной терапии оценивали менструальный цикл, общее состояние и самочувствие пациента, динамику клинических симптомов миомы матки, ее объем.

Результаты исследования и обсуждение. При оценке результатов исследования в качестве основных параметров эффективности проведенной терапии учитывали: уменьшение размеров матки и миоматозных узлов, подтвержденные данными УЗИ, проводимого через 1, 2 и 3 месяца исследования и доплерометрии, проводимой до начала лечения и через 3 месяца; уменьшение степени тяжести или исчезновение клинической симптоматики. Заслуживают обсуждения данные об уменьшении объема опухоли под влиянием проводимой терапии. До начала лечения средний объем матки составлял $187,9 \pm 34,5$ см³, а объем суммы миоматозных узлов $93,3 \pm 15,2$ см³, максимальный диаметр доминантного узла 6,8 см. У подавляющего большинства пациентов (90%) достигнуто уменьшение объема матки в среднем на 46%. Объем миоматозных узлов уменьшился на 48%. Объем доминантного узла снизился на 43%. Среднее уменьшение объема матки составило 21% через 1 месяц,

32% – через 2 месяца и 46% – через 3 месяца лечения. Однако у 5 (19,2%) участниц исследования уменьшения объемов матки и миоматозных узлов не отмечено. Полученные данные совпадают с результатами исследований других авторов, изучавших эффективность антигестагенов. В целом, объем матки может служить интегральным показателем изменения ее размеров, а суммарный объем миоматозных узлов и, особенно, их доля в общем объеме органа – критерием пораженности матки. Динамика этих показателей под влиянием терапии может служить надежным критерием оценки эффективности выбранной тактики лечения.

Убедительным подтверждением эффективности применения препарата мифепристон явилось также уменьшение интенсивности кровообращения в миоматозных узлах, по данным доплерометрии, через 3 месяца после начала лечения в среднем на 10,6%, по сравнению с показателями до начала лечения. По данным ультразвукового исследования толщина эндометрия после лечения мифепристоном в течение 6 месяцев колебалась в пределах 0,3-0,9 см. Следует отметить положительное влияние мифепристона на эндометрий, который у обследованных женщин соответствовал ранней стадии фазы пролиферации. После первого месяца лечения у всех пациентов наступала псевдоменопауза, после окончания лечения менструальная функция восстанавливалась через 3-6 недель. В период лечения и после его окончания у 19 пациентов жалобы отсутствовали, у двух пациентов к концу третьего месяца лечения появились кратковременные «приливы» до 2-4 раз в день. Других возможных осложнений таких как, прибавка массы тела, отеки, тошнота, головная боль, кровотечения «прорыва» нами не зафиксировано. Следует отметить хорошую переносимость препарата.

Состояние молочных желёз на фоне лечения оставалось без изменений. Контрольные лабораторные показатели были в пределах нормы, статистически достоверных колебаний показателей в процессе и по окончании курса терапии по сравнению с таковыми до начала лечения не выявлено. Аллергических реакций на мифепристон или его индивидуальной непереносимости ни у одного из пациентов выявлено не было. Какие-либо другие побочные эффекты во время лечения также не зафиксированы.

Выводы.

1. Применение 50 мг мифепристона перорально ежедневно в течение трех месяцев приводит к торможению роста узлов и существенному регрессу лейомиомы размерами до 12 недель беременности у женщин репродуктивного возраста.

2. Курсовая монотерапия мифепристоном обеспечивает значительное снижение частоты и степени тяжести клинической симптоматики лейомиомы матки.

3. Уменьшение объема миомы и снижение степени тяжести негативной симптоматики доказывают клиническую эффективность применения мифепристона в монотерапии лейомиомы матки размерами до 12 недель беременности.

4. Отсутствие осложнений и побочных реакций в период исследования и дальнейшего наблюдения (в течение 6 месяцев) подтверждают безопасность и хорошую переносимость мифепристона.

В заключение, терапия лейомиомы матки антигестагенами имеет большие перспективы. По клинической эффективности мифепристон не уступает агонистам гонадотропин рилизинг гормонов. Важным конкурентным преимуществом антигестагенов является отсутствие отрицательного воздействия на эстрогензависимые нерепродуктивные ткани-мишени вследствие поддержания концентрации эстрадиола в сыворотке крови на уровне, соответствующем ранней фолликулярной фазе. Преимуществами мифепристона также являются хорошая переносимость, удобство применения и быстрота восстановления менструальной функции.

Доказанные клиническая эффективность и безопасность мифепристона определяют направление дальнейших исследований по разработке персонализированного применения данного препарата в лечении лейомиомы матки в зависимости от степени пораженности матки, состояния рецепторного аппарата миометрия и миоматозных узлов. Весьма актуально направление по исследованию особенностей применения мифепристона в объеме предоперационной подготовки до и для профилактики рецидивов после консервативной миомэктомии.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ ВАРИАНТАХ КАРДИОТОКОГРАММ

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

¹*Гродненский областной клинический перинатальный центр*

²*Гродненский государственный медицинский университет*

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 и 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 являются предвестниками или симптомами 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 являются мотивом к динамической оценке состояния плода, к повторной кардиоотокографии, 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 заключается 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 появлении 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 136 пациентов с сомнительным вариантом КТГ. Кардиоотокографическое исследование выполнялось с помощью фетальных мониторов «Philips-50А» и балльной оценки по шкале Фишера.

Результаты и обсуждение. По возрасту беременные распределились следующим образом: до 20 лет 18 пациентов (13,2%); 20-35 лет – 81 (59,6%); старше 35 лет – 37 (27,2%). Первородящих – 95 (69,9%), из них отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, аборт) имели 59 женщин (62,1%). Повторно-

родящих – 41 (30,1%), с отягощенным акушерским анамнезом – 27 (85,4%). 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 явились следующие причины: гестационный пиелонефрит выявлен у 14 пациентов (10,3%); угроза прерывания беременности – 83 (61,0%); перенесли ОРВИ во время беременности – 73 (53,7%); экстрагенитальная патология отмечена в 118 случаях (86,8%); преэклампсией осложнилось течение беременности в 24 случаях (17,6%). В среднем, каждая беременная имела по 2,55 фактора риска по развитию плацентарной недостаточности.

У 24 (17,6%) 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 (82,4%) 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 пирацетама с задержкой дыхания беременной на вдохе позволяет выявить начальные признаки гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

2. Преимуществом указанного метода диагностики гипоксии плода является 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. Chandrharan // 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. Woodring T. C. 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 пирацетама 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.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ФРАНЦУЗСКОГО ТИПА

Конюх Е.А.¹, Осипова-Егорова Е.А.², Кизелевич А.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная детская клиническая больница

Несмотря на то, что в течение многих десятилетий в педиатрической нефрологии используется термин «нефротический синдром» (НС), неоднородность как по этиологии и патогенезу, так и по морфологическим проявлениям порой приводит к затруднениям в его диагностике. С одной стороны, НС может рассматриваться как самостоятельная нозологическая форма (первичный нефротический синдром), с другой – как проявление системного заболевания и нефрологической патологии у детей (вторичный нефротический синдром).

По данным литературы, первичный нефротический синдром встречается с частотой 2-13 случаев на 100000 детского населения в возрасте до 10 лет, до 1-3% приходится на врожденный НС, который выявляется с частотой 0,9-1,2 на 10000 детей. Среди НС, возникшего у детей грудного возраста, врожденный НС диагностируют в 16-41% случаев [1, 2].

Диффузный мезангиальный склероз (ДМС) – «врожденный нефротический синдром французского типа», «инфантильный НС» впервые был описан французскими врачами Habib и Vois в 1973 году. ДМС наследуется по ауто-сомно-рецессивному типу, может быть изолированным или сочетаться с синдромом Дэниса-Драша или Фрайзера [3].

Представляем историю болезни ребенка с диффузным мезангиальным склерозом, которого мы наблюдали в соматическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ»).

Мальчик, в возрасте 20 месяцев поступил в приемное отделение УЗ «ГОДКБ» с жалобами мамы на частый малопродуктивный кашель у ребенка, сохраняющийся в течение 1,5-2 месяцев. Из анамнеза установлено, что на 3-и сутки после проведения плановой вакцинации у мальчика появился сухой кашель. Амбулаторно получал лечение по поводу ОРВИ. Учитывая отсутствие положительного эффекта на фоне проводимой терапии, ребенок был госпитализирован в детское отделение районного стационара. При лабораторном обследовании выявлены следующие изменения: в общем анализе крови (ОАК) – эозинофилия (9%), ускорение СОЭ до 51 мм/ч; в биохимическом анализе крови (БАК) – гиперхолестеринемия до 5,6 ммоль/л, гипопротейнемия – 51 г/л; в общем анализе мочи (ОАМ) – протеинурия до 4,0 г/л, микроскопически – гиалиновые и зернистые цилиндры. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в стационар областного уровня.

При поступлении в УЗ «ГОДКБ» состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски, отмечалась легкая пастозность век и стоп. Подкожно-жировой слой развит слабо. При осмотре слизистая полости рта бледно-розовая, задняя стенка глотки неярко гиперемирована. При аускультации над легкими выслушивается пуэрильное дыхание, ЧД – 24/мин. Границы сердца перкуторно не расширены. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 120/мин. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, селезенка +2 см. Стул регулярный, оформленный. Мочится, со слов мамы, достаточно. Моча соломенно-желтого цвета. При контроле диуреза отмечалась полиурия (7,5-5,1 мл/кг/час).

При лабораторно-инструментальном исследовании в ОАК эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, тромбоциты – $550 \times 10^9/л$, лейкоциты – $10,4 \times 10^9/л$, э-10%, п-4%, с-30%, л-53%, м-3%, СОЭ – 23 мм/ч. В БАК прогрессирует гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия (общий белок – 46 г/л, альбумин – 17 г/л, мочевины – 3,1 ммоль/л, креатинин – 29 мкмоль/л, холестерин – 10,8 ммоль/л, кальций – 2,01 ммоль/л). В ОАМ –

протеинурия 1,98 г/л. При УЗИ почек отмечалось повышение эхогенности паренхимы. Свободной жидкости в полостях (брюшной, плевральной, полости перикарда) не выявлено. Клинический диагноз: идиопатический нефротический синдром. С заместительной целью проводилась трансфузия альбумина, с целью профилактики тромботических и инфекционных осложнений – антиагрегантная и антибактериальная терапия, соответственно. С противовоспалительной целью назначен преднизолон в дозе 2 мг/кг/сутки per os (масса тела при поступлении – 11 кг, суточная доза – 22 мг/сутки).

В течение 39 дней проводимой терапии положительной динамики не отмечалось: протеинурия – 1,56-6,36 г/л, гипопроteinемия – 45-48 г/л, гипоальбуминемия – 14,2-20,0 г/л, гиперхолестеринемия – 9,8-14,2 ммоль/л, гиперфибриногенемия – 6,29-5,27 г/л. При объективном осмотре: нормотермия, нарушения сна нет, пастозности не отмечалось, диурез был сохранен, периодически – полиурия, нарушения азотвыделительной функции почек не выявлено. С диагнозом «Неполный нефротический синдром (врожденный нефротический синдром?)» мальчик переведен в Республиканский центр детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска для проведения нефробиопсии и решения вопроса о тактике дальнейшего ведения пациента на основании результатов морфологического исследования.

В возрасте 22 месяцев ребенку проведена пункционная нефробиопсия. На основании проведенного морфологического исследования выставлен диагноз: Врожденный нефротический синдром французского типа, морфологически – диффузный мезангиальный склероз. Учитывая результаты морфологического исследования почечной ткани, отсутствие эффекта от проводимой преднизолонотерапии доза препарата снижалась постепенно до полной отмены в течение 3-х месяцев, с назначением индометацина в дозе 2 мг/кг/сутки, сохранялись плановые трансфузии 20% раствора альбумина 2 раза в неделю. На фоне проводимых терапевтических мероприятий у пациента сохранялись ускорение СОЭ (64-40 мм/ч), гипопроteinемия (37-47 г/л), гипоальбуминемия (25,3-19,6 г/л), гиперхолестеринемия (до 13 ммоль/л), гиперфибриногенемия (7,9-5,98 г/л), нарушения азотвыделительной функции почек в течение этого периода наблюдения выявлено не было, в ОАК в динамике отмечалось снижение уровня гемоглобина (115-91 г/л). В ОАМ постоянно определялся нефротический уровень протеинурии (1,7-7,5 г/л), присоединилась незначительная гематурия (до 15 в поле зрения). При объективном обследовании отмечено повышение артериального давления, в связи с чем был назначен эналаприл в дозе 0,3 мг/кг/сутки в 2 приема.

Несмотря на проводимую терапию в течение последующих 4-х месяцев состояние пациента прогрессивно ухудшалось: появились признаки метаболического ацидоза (рН 7,29, SBE – 10,6 ммоль/л), нарастала степень анемии (уровень гемоглобина снизился до 80 г/л), отмечалось повышение уровня мочевины 23,6-31,8 ммоль/л, креатинина до 191,0-644,1 мкмоль/л, что явилось показанием для начала заместительной почечной терапии (ЗПТ).

С возраста 29 месяцев (2,5 лет) ребенок получал ЗПТ постоянным автоматическим перитонеальным диализом. В возрасте 3-х лет 11 месяцев пациенту проведена аллотрансплантация почки от умершего донора. Учитывая компенсированное общее состояние, стабильность клинико-лабораторных показателей ребенок выписан на амбулаторный этап лечения с назначением иммуносупрессивной цитостатической терапии, препаратов для коррекции артериальной гипертензии, анемии, гипотироза.

Таким образом, у данного пациента отсутствовали характерные для нефротического синдрома клинические проявления заболевания. И лишь обследование по поводу респираторной инфекции, течение которой было затяжным, а терапия не давала положительного эффекта, позволило установить лабораторную картину, типичную для этого варианта поражения почек. Морфологическое исследование почечной ткани, которое в нашей республике пациентам до 18 лет проводится только на базе Центра детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска, подтвердило французский тип врожденного нефротического синдрома. Своевременное проведение диализной терапии и трансплантации почки позволило сохранить жизнь пациенту. На момент написания статьи ребенку исполнилось 8 лет 2 месяца.

По данным статистической отчетности УЗ «ГОДКБ» представленный случай диффузного мезангиального склероза – единственный в Гродненской области за последние 15 лет.

Литература

1. Результаты эпидемиологического исследования нефротического синдрома у детей по данным регионального регистра больных / Т.Л. Настаушева [и др.] // Нефрология и диализ. – 2010. – № 2, Т. 12. – С. 90-95.
2. Приходина, Л.С. Клинико-генетическая гетерогенность стероидрезистентного нефротического синдрома у детей (Обзор литературы) / Л.С. Приходина // Нефрология и диализ. – 2014. – № 2, Т. 16. – С. 236-254.
3. A familial WT1 mutation associated with incomplete Denys-Drash syndrome / C. Zhu [et al.] // European Journal of Pediatrics. – 2013. – Vol. 172, № 10. – P. 1357-1362. doi: 10.1007/s00431-013-2004-9.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Косцова Л.В., Гутикова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Невынашивание беременности является одной из актуальных проблем современного акушерства. В последние годы не прослеживается тенденции к снижению процента репродуктивных потерь, что, возможно, связано с полиэтиологичностью данной патологии.

Ранняя диагностика потери беременности способствует сокращению сроков обследования пациенток и уменьшению риска возникновения осложнений, связанных с длительным пребыванием погибшего плодного яйца в полости матки [1].

Диагностика любого патологического состояния, в том числе и невынашивания беременности, начинается с целенаправленного подробного сбора анамнеза и оценки клинической картины. Необходимо проводить физикальное исследование. Информативным методом диагностики считают ультразвуковое исследование, позволяющее обнаружить неразвивающуюся беременность задолго до возникновения клинических симптомов. В качестве дополнительных тестов используют определение в сыворотке крови уровней альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина человека и трофобластического бета-1-гликопротеина[1], а также уровень провоспалительных цитокинов, которые по данным Н.К. Тетрашвили, во всех случаях невынашивания беременности превышают уровень регуляторных цитокинов[2].

Цель. Оценить уровень провоспалительных цитокинов и С-реактивного белка в сыворотке крови у женщин с потерей беременности в ранние сроки до медикаментозного или инструментального опорожнения полости матки.

Материалы и методы исследования. Уровни фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина шесть, С-реактивного белка определялись в сыворотке крови 35 женщин с потерей беременности в ранние сроки до опорожнения полости матки в возрасте 18-40 лет методом иммуноферментного анализа с применением стандартных наборов реагентов.

Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты. По результатам лабораторного тестирования уровень фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина шесть, С-реактивного белка у женщин с потерей беременности ранних сроков до опорожнения полости матки составил $300,4 \pm 41,8$, $87,7 \pm 14,9$, $178,5 \pm 9,1$ соответственно.

По нашему мнению, высокий уровень провоспалительных цитокинов и С-реактивного белка свидетельствуют о переключении иммунного ответа матери в сторону Th1-доминирования, что с учетом повышения концентрации С-реактивного белка, укладывается в синдром системного воспалительного ответа, характерный для беременных с ранними репродуктивными потерями.

Выводы.

Обследование женщин с ранними репродуктивными потерями должно быть комплексным и включать в себя современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.

Определение уровней провоспалительных цитокинов и С-реактивного белка могут использоваться в качестве диагностического теста, которые задолго до клинических проявлений угрозы самопроизвольного прерывания могут указывать на нарушение течения беременности.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Краткое руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с.

2. Тетруашвили, Н.К. Ранние потери беременности: иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 48 с.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ КОАГУЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Лашковская Т.А.¹, Гузаревич В.Б.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная детская клиническая больница

Введение. Наиболее часто диагностируемыми наследственными коагулопатиями в периоде новорожденности является гемофилия и болезнь Виллебранда (БВ). Причиной геморрагического синдрома при БВ является дефицит или дисфункция белка, называемого фактором Виллебранда (ФВ). ФВ выполняет в гемостазе две основные функции: инициирует адгезию тромбоцитов к поврежденной стенке сосуда и стабилизирует циркулирующий VIII фактор за счет комплексообразования с ним [1]. Выделяют три типа БВ. Установлено, что ген, контролирующий синтез ФВ, расположен на коротком плече 2-й хромосомы.

Гемофилия – наследственное X-сцепленное заболевание, характеризующееся нарушением коагуляционного гемостаза и встречающееся 1:10000 новорожденных мальчиков [2]. Примерно 80% случаев гемофилии приходится на гемофилию А и 20% на гемофилию В [2]. Среди пациентов с впервые диагностированной гемофилией около 30% имеют спорадическое заболевание [3]. Первые признаки заболевания у детей чаще появляются к концу первого года жизни, но могут обнаруживаться уже и у новорожденных [4].

Цель работы – анализ особенностей клинических проявлений гемофилии и болезни Виллебранда в периоде новорожденности и катamnестическое наблюдения за особенностями течения данных коагулопатий у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 5 детей с болезнью Виллебранда (3 мальчика и 2 девочки) и 15 детей с гемофилией, состоящих на диспансерном учете в Гродненской области в 2020 г. Гемофилия А диагностирована у 14 (93,3%), гемофилия В – у одного ребенка. Тяжелая форма БВ выявлена у одного ребенка, у остальных – легкая форма.

Тяжелая форма гемофилии А (содержание коагуляционного фактора VIII (FVIII) менее 1%) выявлена у 7 (50,0%) детей, средней степени тяжести (уровень коагуляционного фактора VIII 1–5%) – у 4 (28,6%) и легкой степени

тяжести (уровень коагуляционного фактора VIII 5–30%) – у 3 (21,4%) детей. У мальчика с гемофилией В установлена тяжелая форма заболевания (уровень FIX – 0,7%). X-сцепленное рецессивное наследование выявлено в родословных у 9 (60,0%) пациентов, спорадическая мутация явилась причиной гемофилии у 6 (40,0%). В двух случаях диагноз гемофилии поставлен при проведении пренатальной диагностики.

Результаты исследования и их обсуждение. У одного доношенного новорожденного мальчика, родившегося от II беременности, протекавшей на фоне гестоза второй половины беременности с массой тела 3025,0 г болезнь Виллебранда проявилась в первые сутки после рождения тяжелым геморрагическим синдромом (внутрижелудочковое кровоизлияние), который купировался введением одногруппной свежезамороженной плазмы. При обследовании в РНПЦ «ДОГиИ» в коагулограмме выявлено удлинение активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) – 45,7 сек., уровень VII фактора – 9,0%, IX фактора – 24,2%, антиген ФВБ – 4,37%, ристоцитинкофакторная активность ФВБ – 0,1%. Выставлен диагноз БВ 1 тип, тяжелая форма. В течение первого года жизни у ребенка трижды отмечались длительные носовые кровотечения, которые купировались введением криопреципитата.

Среди всех детей у 6 (40,0%) диагноз гемофилии заподозрен в периоде новорожденности. У одного ребенка на третьи сутки диагностирована субдуральная гематома в левом полушарии головного мозга, потребовавшая нейрохирургического вмешательства: трепанации черепа и удаления субдуральной гематомы. У второго ребенка на шестые сутки при проведении магнитно-резонансной томографии головного мозга выявлены признаки паренхиматозного кровоизлияния в левой затылочно-теменной области с прорывом в субарахноидальное пространство.

У четырех детей в периоде новорожденности отмечались кефалогематомы, внутрикожные кровоизлияния, у двух из них – кровотечение из сосудов пуповинного остатка.

При исследовании системы гемостаза у новорожденных с гемофилией отмечалось удлинение АПТВ от 59,6 до 96,3 сек., уровень VIII фактора колебался от 0,5 до 0,73%. У всех новорожденных диагностирована гемофилия А тяжелой степени.

Отягощенная наследственность по гемофилии среди детей, у которых геморрагический синдром манифестировал в периоде новорожденности, выявлена у каждого третьего ребенка.

При наблюдении за детьми в катамнезе у 4 (60,6%) выявлена ингибиторная форма гемофилии. Клиническими проявлениями, связанными с появлением ингибитора являются: отсутствие ожидаемого гемостатического эффекта от введения расчетной дозы факторного концентрата; утрата эффекта от профилактической терапии путем введения рекомендованной протоколом дозы факторного концентрата; необходимость повышения дозы или увеличения кратности введения факторного концентрата для остановки кровотечения [2].

Всех пациентов по типу ингибиторного ответа подразделяют на низко реагирующих пациентов (уровень ингибиторной активности на текущий момент менее или равен 5,0 BU/ml); высоко реагирующих пациентов (уровень ингибиторной активности на текущий момент более 5,0 BU/ml) [3].

У одного ребенка через 18 месяцев от начала заместительной терапии плазменным концентратом фактора VIII по факту кровотечения выявлены антитела к FVIII (уровень ингибитора 4,4 BU/ml). У двух пациентов первыми клиническими признаками появления ингибитора было наличие аллергической сыпи на коже, а также появление бронхоспазма на введение концентрата FVIII. У этих детей ингибиторная форма гемофилии развилась на первом году жизни (уровень ингибитора 5,3–0,2 BU/ml). У одного ребенка, у которого первые признаки гемофилии появились в периоде новорожденности, в школьном возрасте диагностирована ингибиторная форма гемофилии (уровень ингибитора к FVIII 360 BU/ml).

Двум детям, с постоянно низким титром ингибитора, для остановки кровотечения вводится концентрат FVIII в дозе 20–40 МЕ/кг на каждую единицу ингибитора (максимально до 200 МЕ/кг) плюс гемостатическая доза. Двум пациентам прекращено применение коагуляционного фактора свертывания крови VIII. Для остановки кровотечения у этих детей в настоящее время применяются препараты шунтирующего действия (активированный фактор VIIa – эптаког альфа (НовоСэвен)) в дозе 90 мкг/кг каждые 3–4 часа или Фейба 100 ЕД/кг через 12 часов до достижения гемостатического эффекта.

Купирование геморрагического синдрома у ребенка 3 лет с БВ, проявляющейся частыми носовыми кровотечениями, проводится по требованию введением Октаната в дозе 30–40 МЕ/кг через 12 часов.

Выводы:

1. При манифестации гемофилии в периоде новорожденности и раннем введении заместительных факторов свертывания крови высок риск развития ингибиторной формы гемофилии.

2. При появлении первых клинических признаков гемофилии и болезни Виллебранда в периоде новорожденности заболевание характеризуется тяжелым течением.

3. У каждого третьего новорожденного причиной гемофилии в настоящее время является спонтанная мутация.

Литература

1. Костерина, А.В. Вопросы диагностики и лечения болезни Виллебранда / А.В. Костерина // Практическая медицина. – 2018. – № 7. – С. 51-54.

2. Румянцев, А.Г. Гемофилия в практике врачей различных специальностей / А.Г. Румянцев, С.А. Румянцев, В.М. Чернов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 136 с.

3. Внутрочерепные кровоизлияния у детей с гемофилией / М.И. Лившиц [и др.] // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2015. – № 1. – С. 49-53.

4. Суворова, Н.М. Ранняя диагностика клинических проявлений гемофилии и нарушений гемостаза у новорожденных / Н.М. Суворова, А.В. Федоров. – Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 1, т. 25. – С. 17-19.

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Лашковский В.В., Иванцов В.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Врожденная патология тазобедренных суставов у детей первого года жизни занимает первое место среди всех ортопедических заболеваний этого возраста. Частота данной патологии в разных странах составляет от 1,6 до 43 случаев на 1000 новорожденных [1, 4, 5]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в клинической и инструментальной диагностике, раннем функциональном лечении, многие вопросы этой проблемы остаются не решенными.

В настоящее время данная патология в большинстве случаев диагностируется в первые месяцы жизни ребёнка и проводится раннее функциональное лечение. Однако в 10,1-62,0% случаев в отдаленные периоды развития выявляются остаточные дефекты тазобедренного сустава [2, 3]. Залог успешного решения данной проблемы – максимально ранняя диагностика патологии в ранний неонатальный период при совместной работе неонатологов и ортопедов.

Цель работы: проанализировать развитие тазобедренных суставов в первые три месяца жизни в группе детей, у которых в ранний неонатальный период была клинически диагностирована врожденная патология тазобедренных суставов.

Материалы и методы. Нами, в условиях родильного дома, за 8 лет в ранний неонатальный период, по методу массового скрининга осмотрено 41,758 новорожденных. У 378 (0,91%) детей при клиническом обследовании выявлены признаки нестабильности тазобедренного сустава. Под нестабильностью тазобедренного сустава мы понимаем возможность при клиническом осмотре одномоментного вывихивания и последующего вправления головки бедренной кости в вертлужную впадину.

Диагноз «врожденный нестабильный тазобедренный сустав» может рассматриваться как предварительный диагноз, нацеленный на проведение максимально раннего консервативного лечения в течение первых 1-2 месяцев после рождения ребенка. Последующее рентгенологическое исследование, которое не должно выполняться ранее 2,5-3-месячного возраста с рентгенометрическим анализом по схеме Хильгенрейнера определяет окончательный диагноз: дисплазия тазобедренных суставов – головка бедренной кости строго центрирована по отношению к вертлужной впадине, но имеет место увеличение ацетабулярного индекса более 30°; подвывих бедра – увеличение ацетабулярного индекса более 30°, величины d более 4-6 мм; врожденный вывих бедра – увеличение ацетабулярного индекса более 30°, величины d более 4-6 мм,

расстояние h менее 9-10 мм. В настоящее время так же широко используется УЗИ исследование тазобедренных суставов и классификация изменений по методу Р. Графа.

Для выявления клинических признаков врожденной патологии тазобедренных суставов в виде нестабильности сустава определяли следующие клинические признаки: симптомы Маркса–Ортолани, Барлоу и предложенный нами симптом ротационной нестабильности (Лашковский В.В., Мацкевич Б.И. Способ диагностики врожденного вывиха бедра у новорожденных при недоразвитии задне-наружного края вертлужной впадины. А.с. № 1827198, СССР, МКИ А 61 F 5/04 опубл. 15.07.93 г.)

Методика определения симптомов. Симптом Маркса–Ортолани: у лежащего на спине ребенка ноги сгибают в коленных и тазобедренных суставах до прямого угла и бедра разводятся в стороны. Когда отведение бедра достигает угла $45-50^\circ$ головка бедра вправляется в вертлужную впадину, при обратном движении, приведении – она вывихивается.

Симптом Барлоу: положение ребенка на спине. Ноги в тазобедренных суставах сгибают до прямого угла, в коленных полностью. Средний палец располагают в области большого вертела, большой палец в проекции малого вертела. Попеременное давление на область малого и большого вертелов сопровождается вывихиванием и вправлением головки бедренной кости.

Симптом ротационной нестабильности: положение ребенка на спине, ноги в тазобедренных суставах сгибаются до прямого угла, в коленных полностью, разведение бедер доводят до $20-30^\circ$ с каждой стороны; совершают ротационные движения в тазобедренном суставе с одновременной нагрузкой по оси бедра. Если при внутренней ротации головка бедренной кости вывихивается, а при наружной вправляется – диагностируется врожденный нестабильный тазобедренный сустав.

Из других клинических признаков патологии в ранний неонатальный период изучены: ограничение отведения бедра и асимметрия кожных складок. Ограничение пассивного отведения бедер по нашим данным встречается у 7,1% новорожденных в первые 5-7 дней после рождения и в большей степени указывает на возможную неврологическую патологию. Асимметрия кожных складок отмечена у 41% детей, и данный признак не имеет большого диагностического значения, если не сочетается с другими симптомами.

Таким образом, основные клинические признаки, на которых проводилась диагностика, – это симптомы Маркса–Ортолани, Барлоу и ротационной нестабильности.

Детям, у которых выявлена патология в ранний неонатальный период, в течение первых 3-х месяцев жизни проводилось ортопедическое лечение с использованием широкого пеленания с поперечным валиком (типа подушки Фрейка) и ежемесячный осмотр ортопеда. В 3-месячном возрасте выполнено рентгенологическое обследование тазобедренных суставов в 0-положении с рентгенометрическим анализом по схеме Хильгенрейнера.

Нами предложен диагностический алгоритм для врачей ортопедов при выявлении врожденной нестабильности тазобедренного сустава у детей первых 3-х месяцев жизни (рисунок).

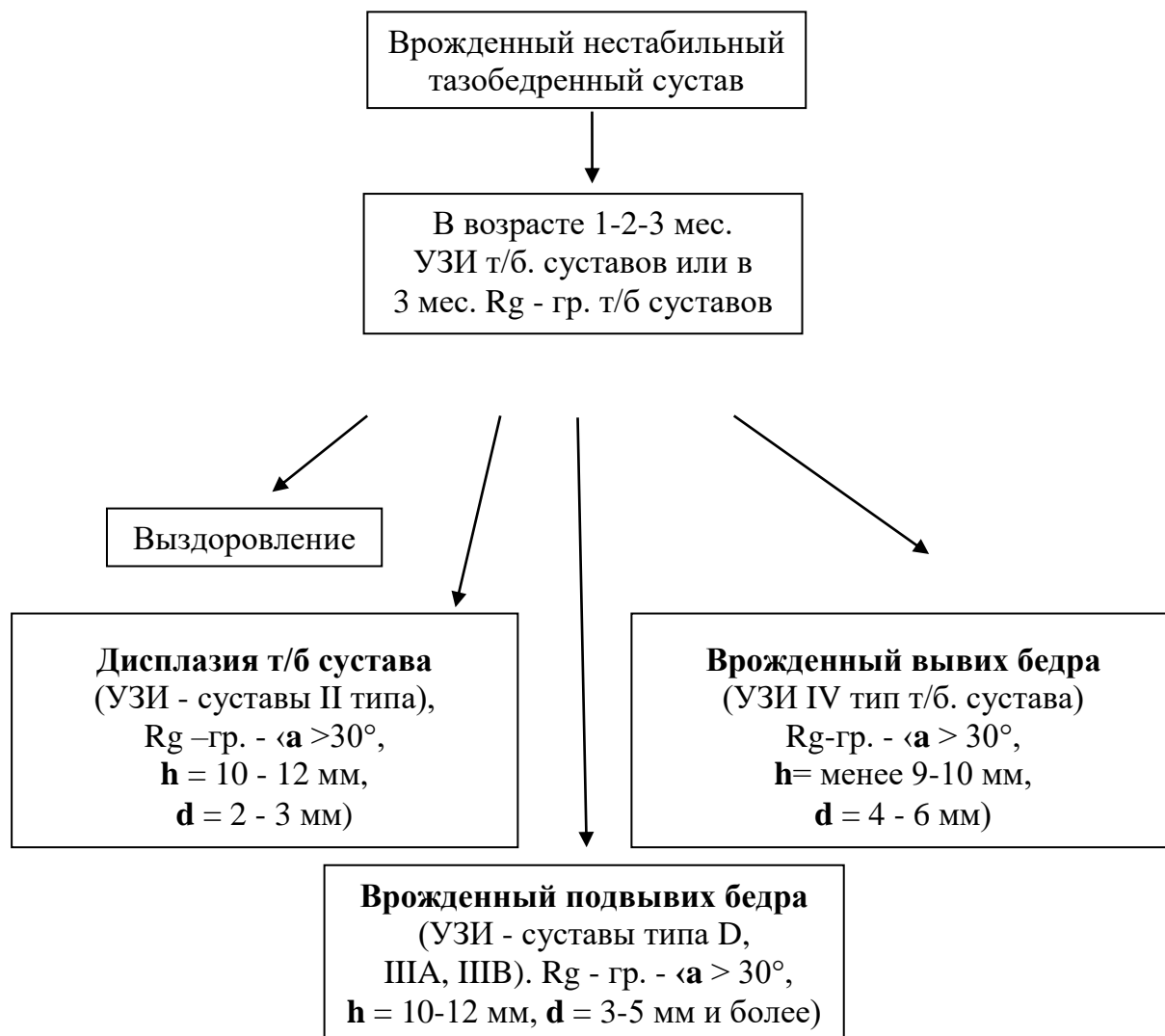


Рисунок – Диагностический алгоритм при врожденной нестабильности тазобедренного сустава у детей первых трех месяцев жизни

Результаты. У 93 детей (28,9%) к трехмесячному возрасту после лечения методом широкого пеленания с поперечным валиком наступило выздоровление, подтвержденное рентгенологически. 18 детей (4,8%) выбыли из-под наблюдения в связи с изменением места жительства.

37 пациентам (9,8%) с врожденным нестабильным тазобедренным суставом, по независящим от нас социально-бытовым причинам, лечение до 3-месячного возраста не проводилось, но всем им в 3 месяца выполнено рентгенологическое обследование. В этой группе пациентов двусторонний врожденный вывих бедра диагностирован у 12 (32,43%) детей, односторонний вывих бедра в сочетании с дисплазией противоположного тазобедренного сустава – у 7 (18,91%), подвывих бедра у 2 (5,4%), дисплазия тазобедренных

суставов у 13 (35,13%), выздоровление наступило только у 3 (8,1%) детей. Низкий процент самопроизвольного излечения в группе пациентов с врожденным нестабильным тазобедренным суставом, которым не проводилось лечение, указывает на необходимость обязательного ортопедического лечения.

В группе детей, которым проводилось широкое пеленание с поперечным валиком (типа подушки Фрейка) в 3-месячном возрасте выздоровление наступило у 93 пациентов (28,9%), врожденный вывих бедра отмечен у 159 (51,4%), подвывих бедра у 12 (3,7%), у 59 (18,3%) пациентов диагностирована дисплазия тазобедренных суставов. С 3-месячного возраста лечение продолжено с использованием ортопедической шины, физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, массажа.

Таким образом, из 378 детей с врожденным нестабильным тазобедренным суставом у 28,9% пациентов к 3-месячному возрасту при проведении простейших ортопедических лечебных мероприятий наступило выздоровление и только у 8,1% выздоровление наступило без лечения. Полученные данные указывают на значимость морфофункциональных изменений сустава в ранний неонатальный период, клинически проявляющийся нестабильностью, для его последующего развития.

Выводы:

1. Врожденную патологию тазобедренных суставов необходимо клинически диагностировать в ранний неонатальный период в условиях родильного дома.

2. Термин «врожденный нестабильный тазобедренный сустав» может быть использован в практическом здравоохранении как предварительный диагноз у детей в период новорожденности.

3. Наличие у пациента в раннем неонатальном периоде признаков нестабильного тазобедренного сустава требует обязательного лечения, динамического ортопедического наблюдения и сонографического или рентгенологического контроля в возрасте от 1 до 3 месяцев для установления окончательного диагноза и принятия решения о дальнейшем рациональном лечении.

Литература

1. Малахов, О.А. Врожденный вывих бедра / О.А. Малахов, С.Э Коалина. – М.: Медицина, 2006. – 128 с.

2. Отдаленные результаты консервативного лечения врожденного вывиха бедра, осложнившегося развитием асептического некроза головки у детей / С.С. Наумович [и др.] // Материалы 5 съезда травматологов-ортопедов Белорусской ССР. – Гродно, 1991. – С. 63-64.

3. Соколовский, А.М. Хирургическая профилактика и лечение диспластического коксартроза / А.М. Соколовский // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.22. – Минск, 1984. – 34 с.

4. Roposch, A. Weighted diagnostic criteria for developmental dysplasia of the hip / A. Roposch, E. Protopapa // J. Pediatr. – 2014. – 165(6). – P. 1236-1240.

5. Wicart, P. Congenital dislocation of the hip: optimal screening strategies in 2014

СТРУКТУРА И РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВУЛЬВОВАГИНИТАМИ

Милош Т.С.¹, Гутикова Л.В.¹, Разина С.А.².

¹*Гродненский государственный медицинский университет*

²*Гродненский областной клинический перинатальный центр*

Известно, что воспалительные инфекционные болезни женской половой сферы являются одними из доминирующих в структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков группы риска. Частота, в частности, вульвовагинита, по разным данным, колеблется от 12 до 93% и в 60% случаев приобретает рецидивирующий характер [1]. Актуальность этой проблемы определяется тем, что хронизация воспалительного процесса в подростковом возрасте может способствовать нарушению репродуктивной функции в дальнейшем [2].

По данным литературы, с началом сексуальной жизни у юных пациенток диагностируют воспаление слизистой оболочки половых органов [3], среди девушек в возрасте от 14 до 19 лет каждая третья, живущая половой жизнью, инфицирована высокоонкогенным штаммом ВПЧ [4]. Установлено, что местные механизмы иммунной защиты, такие как секреторный иммуноглобулин А и лизоцим, продуцируемые эндоцервиксом шейки матки, в подростковом возрасте еще недостаточно развиты, и их защитная функция минимальна. Доказано, что наличие вульвовагинита у таких пациенток является благоприятным фоном для развития предопухолевого патологического процесса шейки матки [5]. Поэтому изучение инфекционных факторов в комплексном подходе к проблемам подросткового возраста является особенно значимым.

По нашим данным в 2018 году вульвовагинитов и кольпитов у девочек после 15 лет выявлено в Гродно 198 случаев, в Гродненской области – 303, в 2019 году соответственно 200 и 294 случая.

Целью данного исследования является – изучить структуру и показать роль некоторых инфекционных факторов в формировании репродуктивного здоровья девочек-подростков группы риска с вульвовагинитами в г. Гродно.

Объект и методы исследования. Было проведено ретроспективное, интервенционное исследование 48 амбулаторных карт девочек в возрасте $17,0 \pm 0,7$ лет, находившихся на базе городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 2 г. Гродно» и городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 1 г. Гродно» в «Центрах дружественных подросткам» с 2018 по 2019 год. Критерием отбора в группу исследования был верифицированный диагноз вульвовагинит с основными жалобами – обильные выделения из половых путей – у сексуально активных подростков, которые имели в анамнезе неоднократные половые контакты.

Суть исследования – выявление взаимосвязей между обозначенными переменными внутри одной группы. Диагноз был выставлен на основе сбора жалоб, анамнеза, гинекологического осмотра (после информированного согласия) с оценкой состояния наружных половых органов и характера выделений. Диагностика включала микроскопию влагалищного мазка, окрашенного по Грамму, посев содержимого на факультативно-анаэробную группу микроорганизмов. Обследование составляло (по показаниям) бактериологическое исследование мочи и исследование полимеразной цепной реакции для исключения урогенитальной инфекции – мазка-соскоба со слизистой боковой стенки влагалища, взятые одноразовым урогенитальным зондом.

Дополнительно был взят анализ кала на яйца гельминтов и соскоб с перианальных складок на энтеробиоз, серологическое исследование крови на наличие антипаразитарных антител. Проводился подробный анализ анамнестических данных начала и течения данного заболевания, соблюдения правил ухода за гениталиями, питание девочки, роли сопутствующих соматических заболеваний (мочеполовых органов, эндокринопатий, желудочно-кишечного тракта) и данные аллергоанамнеза.

Ведущими жалобами пациенток были периодически возникающее чувство дискомфорта в области гениталий, иногда жжение в области вульвы в покое или после мочеиспускания, дизурические явления, зуд, выделения, гиперемия кожи больших половых губ, бедер, боли в промежности, паховых областях, чаще при ходьбе.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6,0». В работе рассчитывали среднее арифметическое значение и стандартное отклонение или процент от анализируемой группы. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Девочки-подростки группы риска обращались к гинекологу детского и подросткового возраста (в 48,2% случаев – повторно) с жалобами на патологические влагалищные выделения – бели, которые имели причину как генитального, так и экстрагенитального происхождения.

В проведенном исследовании установлены генитальные причины патологических белей у девочек-подростков с диагностируемым вульвовагинитом: глистные инвазии – 33,3% (n=16); у 37,5% (n=18) – *Escherichia coli*, у 49,5% (n=19) – *Staphylococcus epidermidis*, у 54,1% (n=26) – *Gardnerella vaginalis* и у 18,8% (n=9) – *Candida albicans*, передающиеся половым путем инфекционные заболевания – 29,2% (n=14), механические раздражения (в том числе инородным телом) – 8,3% (n=4); химические воздействия (в том числе реакция на спермициды) – 4,2% (n=2).

Экстрагенитальные причины белей у девочек-подростков: инфекционные заболевания: грипп – 6,3% (n=3), корь – 2,1% (n=1), ветряная оспа – 4,2% (n=2); хронические заболевания дыхательной системы (бронхит, аденоидит, тонзиллит) – 27% (n=13); дисбактериоз кишечника с хроническими запорами,

дискинезия желчевыводящих путей – 8,3% (n=4); сахарный диабет – 2,1% (n=1); инфекция мочевыводящих путей – 29,2% (n=14).

При сопоставлении результатов посева мочи и влагалищного секрета совпадение патогенной микрофлоры отмечено у всех 14 пациенток, страдающих инфекцией мочевыводящих путей. Результаты серологического исследования крови на наличие антипаразитарных антител на энтеробиоз коррелировали с лабораторно подтвержденными глистными инвазиями у 16 пациенток.

При выяснении вопроса соблюдения личной гигиены у обследованных пациенток установлено, что неправильное подмывание девочек встречается у 89,6% (n=43) из них, при этом с ежедневным использованием мыла – у 54,2% (n=26). Отмечается факт длительного ношения ежедневных прокладок – у 93,8% (n=45) пациенток, стринг – у 39,6% (n=19) девочек.

Лечение девочек осуществлялось амбулаторно и поэтапно. Вначале местно использовали орошение настоями и отварами (ромашки, фиалки), антисептическими средствами. Рекомендовалась гипоаллергенная диета, богатая белком. В зависимости от вида возбудителя вводились суппозитории *во взрослой дозе*. Назначались витамины А, В₆, Е и адаптогены экстракт элеутерококка в суточных возрастных дозировках в течение 2-4-х недель. Затем использовали антибактериальные препараты местно и перорально, с учетом выделенного возбудителя и его чувствительности к противомикробным препаратам курсами 10-14 дней, в сочетании с антигистаминными препаратами, эубиотиками и постоянным увлажнением слизистой, наряду с терапией экстрагенитальной патологии. Для профилактики рецидивов рекомендовалась иммуннобиокоррекция, гигиена, правильное использование прокладок и нижнего белья.

Выводы. Итак, установлена высокая роль влияния инфекционных факторов в развитии как неспецифического, так и специфического вульвовагинита, что отражается на формировании репродуктивного здоровья в подростковом возрасте группы риска. Подтверждается роль соматических заболеваний, как фактора риска, способствующего возникновению вульвовагинита, которые являются хроническим очагом инфекции, но и опосредованно снижают иммунологическую реактивность организма, в частности – репродуктивной системы, способствуя нарушению состояния вагинального микроценоза. Значительный процент обострений неспецифического вульвовагинита коррелировал с обострением хронического соматического заболевания.

В процессе диагностики сбор анамнеза должен предусматривать выяснение деталей, касающихся личной гигиены, образа жизни всех юных пациенток, предъявляющих жалобы, связанные с поражением уrogenитального тракта. Необходимо проводить скрининговое обследование для выявления инфекций, в том числе, передающихся половым путем, беседы о важности правильной гигиены, ответственного полового поведения и использования контрацепции.

Необходимо продолжить профилактику, раннее выявление и лечение

заболеваний и осложнений в области репродуктивного здоровья с активным вовлечением самих подростков в заботу о собственном здоровье.

Литература

1. Чайка В. К. Практическая гинекология: [учебное пособие] / В. К. Чайка [и др.]; под ред. В. К. Чайки. – Харьков: Изд-во НТМТ, 2017. – 517 с.
2. Лабзина М. В. Вульвовагиниты в структуре гинекологической патологии девочек-подростков / М. В. Лабзина [и др.] // Наука, техника и образование. – 2019. – № 6 (59). – С. 72-78.
3. Бабенко-Сорокопуд, И. В. Качество консультирования по вопросам сохранения репродуктивного здоровья девочек-подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией / И. В. Бабенко-Сорокопуд // Медико-социальные проблемы семьи. – 2020. – Т. 25, № 1. – С. 48-54.
4. Barritt, A. S. Treatment of Hepatitis C during Pregnancy-Weighing the Risks and Benefits in Contrast to HIV / A. S. Barritt, R. Jhaveri // Curr HIV/AIDS Rep. – 2018. – Vol. 15 (2). – P. 155-161.
5. Давыденко, Л. А. Половое поведение и репродуктивные установки девочек-подростков в условиях социальноэкономической трансформации общества: гигиенические и социальные аспекты / Л. А. Давыденко, Н. И. Латышевская, А. В. Беляева // Репродукт. здоровье детей и подростков. – 2019. – Т. 15, № 3. – С. 81-88.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАНИЯ СИМПТОМНОЙ МИОМЫ МАТКИ И ТОТАЛЬНОЙ ОВАРИЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Милош Т. С.¹, Костяхин А. Е.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница № 4 г. Гродно

Актуальность. Миома матки является доброкачественной гормоночувствительной гладкомышечной опухолью и встречается у 20-40% женщин репродуктивного возраста и у 50% женщин за 50 лет [1, 2].

В последние годы отмечается рост частоты обнаружения миомы матки у девственниц и женщин молодого возраста (до 20-25 лет), что связано, скорее всего, с наследственным характером заболевания (когда у матери, близких родственниц также имелось данное заболевание), так и с внедрением новых, более совершенных методов диагностики и большей их доступностью [3, 4]. Миома, сопровождающаяся выраженной клинической симптоматикой, вынуждает гинекологов прибегать к хирургическому лечению. Однако эти операции зачастую сопряжены с тотальной овариэктомией, в результате чего происходит полное выключение процесса стероидогенеза в яичниках. Как результат – не только потеря репродуктивного органа, но и развитие широкого симптомокомплекса климактерических расстройств и дисбаланс различных систем женского организма.

Цель и задачи исследования. Проанализировать особенности соматического и гинекологического статуса сочетания симптомной миомы матки с *тотальной овариэктомией* у женщин в менопаузе.

Методы исследования. Данные были получены при анализе 75 историй болезней прооперированных женщин за 2016-2019 годы, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Городская клиническая больница № 4». Из этого числа были отобраны женщины с диагнозом симптомная миома матки в возрасте 45-50 лет, которым выполнялась гистерэктомия в сочетании с двухсторонним удалением яичников.

Изучен акушерско-гинекологический и соматический анамнез; антропометрия, расчет ИМТ, данные лабораторных и клинических исследований, выполнено УЗ-исследование органов малого таза.

Контрольная группа – 18 практически здоровых пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста (40-45 лет), у которых возрастная перестройка протекала без осложнений.

Полученные результаты обрабатывались при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Для оценки статистической значимости различий при неравномерном распределении признака использовался U-критерий Манна–Уитни или процент от анализируемой группы. При описании относительной частоты бинарного признака рассчитывался доверительный интервал (95% ДИ) по формулам Клоппера–Пирсона (Clopper–Pearson interval). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациенток с симптомной миомой составил $47,7 \pm 1,9$ лет, контрольной группы $45 \pm 2,3$ года. Длительность течения заболевания была от 0 (впервые обнаружена) до 20 лет, в среднем – $5,75 \pm 0,25$ года. У прооперированных участниц среди симптомов преобладали в 32% ($n=24$) маточные кровотечения, приводящие к развитию железодефицитной анемии различной степени тяжести, 6,7% ($n=5$) тазовые боли различной интенсивности, нарушение функции соседних органов 5,3% ($n=4$) (учащенное мочеиспускание, запоры), а так же нарушение репродуктивной функции (снижение фертильности 29,3% ($n=22$), невынашивание беременности 12% ($n=16$), осложнения в родах – слабость родовой деятельности 9,3% ($n=7$), преждевременные роды 5,3% ($n=4$), послеродовые кровотечения 4% ($n=3$)).

В основной группе преобладали женщины со средне-специальным образованием, имевшие высокий процент стрессовых ситуаций, нормопонирующий менструальный цикл, что составило $26,9 \pm 1,6$ дней со средней продолжительностью менструации $5 \pm 5,6$ дней, в 16% ($n=12$) случаев были зарегистрированы болезненные месячные, в 50,7% ($n=38$) отмечена неудовлетворенность сексуальной функцией.

Из экстрагенитальной патологии у них наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного комплекса – 23,3% (95% ДИ 9,8-42,6), сердечно-сосудистой системы в 16,7% (95% ДИ 5,6-34,7), дыхания и фиброзно-кистозная мастопатия поровну, составив 13,3% (95% ДИ 3,8-30,7),

патология почек 6,7% (95% ДИ 0,8-22,1) наблюдений. У пациенток контрольной группы выявлена патология сердечно-сосудистой системы и почек поровну, составив 5,6% (95% ДИ 0,99-25,76). У большинства пациенток основной группы ИМТ составил 28,3 Ме (25,3; 31,98) кг/м², указывая на нарушение жирового обмена в сравнении с группой контроля 24,0 М (18,6; 27,28).

Среди гинекологических заболеваний чаще в основной группе встречались: эрозия шейки матки 26,7% (95% ДИ 12,3-45,9) с микс-инфекцией, аднекситы 20% (95% ДИ 7,7-38,6), кисты в 16,7% (95% ДИ 5,6-34,7) наблюдений.

У прооперированных женщин с первой группой крови по системе АВО отмечено 40% женщин, 52% – со второй и 8% – с четвертой. Количество женщин с положительным резус фактором составило 92%.

Среди прооперированных женщин выполнена экстирпация матки с придатками в 65% (95% ДИ 34,4-73,7) случаях, надвлагалищная ампутация матки с придатками – у 35% (95% ДИ 10,2-39,3) пациенток.

Выводы. Таким образом, данные, полученные при анализе, свидетельствуют, что пациентками с диагнозом симптомная миома матки в возрасте 45-50 лет явились женщины со средне-специальным образованием, имевшие высокий процент стрессовых ситуаций, дисменорею, сложности в сексуальных отношениях. Наиболее частыми симптомами явились маточное кровотечение, тазовые боли различной интенсивности, нарушение функции соседних органов, снижение способности к зачатию, невынашивание беременности, осложнения в родах и послеродовом периоде. У них преобладали заболевания желудочно-кишечного комплекса и сердечно-сосудистой системы, нарушение жирового обмена, воспалительные заболевания и кистозные образования яичников. Кистозные изменения гонад стали причиной их удаления с целью профилактики онкопатологии, приводя к хирургической менопаузе, что требует дальнейшего наблюдения и коррекции.

Литература

1. Gupta, S., Jose J., Manyonda I. Clinical presentation of fibroids / S. Gupta, J. Jose, I. Manyonda // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2008. – Vol. 22(4). – P. 615-626.
2. Duhan, N. Current and emerging treatments for uterine myoma – an update / N. Duhan // Int. J. Womens Health. – 2011. – Vol. 3. – P. 231-41.
3. Адамян, Л. В. Новые подходы к медикаментозному лечению симптомной миомы матки (обзор литературы) / Л. В. Адамян, А. В. Козаченко, З. В. Ревазова // Проблемы репродукции. – 2013. – Т. 19. – № 3. – С. 22-24.
4. Буянова, С. Н. Современные аспекты роста миомы матки / С. Н. Буянова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – 12 (4) – С. 42-48.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЛИНЕОПЛАЗИИ В РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНАХ У ЖЕНЩИН

*Савоневич Е.Л.¹, Новицкая Т.В.¹,
Абдрашитов В.В.², Семеняко И.А.², Рапецкая В.И.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Наследственные синдромы являются самой частой медико-генетической патологией. Популяционная частота мутаций, ассоциированных с фатальной предрасположенностью к онкологическим заболеваниям, достигает 1-2% [1]. На долю наследственного рака приходится 5-8% случаев рака молочной железы и около 15% случаев рака яичников [2]. Идентификация мутаций, ассоциированных с наследственными опухолевыми синдромами, имеет колоссальную медицинскую значимость. Выявление здоровых носителей подобных мутаций позволяет организовать комплекс персонализированных профилактических мероприятий. Изучение первично-множественных опухолей позволяет приблизиться к пониманию как различий, существующих между отдельными опухолями, так и их схожести, основанной на единстве значительного числа факторов риска. Под полинеоплазией понимают независимое появление и развитие у одного человека двух и более новообразований. Особый интерес представляют те злокачественные новообразования, которые так или иначе связаны с проблемой «гормоны и рак». Изучение особенностей заболеваемости первично-множественными злокачественными опухолями становится все более актуальным в связи с улучшением результатов лечения онкологических пациентов и увеличением продолжительности их жизни, а следовательно, и повышением вероятности возникновения у них второго и последующих злокачественных новообразований. Поэтому выявление лиц, подверженных риску развития рака яичников, и его ранняя диагностика, на сегодняшний день являются одним из перспективных направлений медицины.

Цель исследования - изучение клинко-диагностических особенностей полинеоплазии органов репродуктивной системы с поражением яичников.

Материалы и методы. В УЗ «Гродненская университетская клиника» в период с 2009 по 2019 гг. было проведено обследование 83 пациенток с карциномой яичников, у которых имел место первично-множественный характер развития опухоли. Методы исследования включали сбор семейного онкоанамнеза, детализацию жалоб, изучение гинекологического и соматического анамнеза. Всем пациенткам было выполнено молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР-РВ образца венозной крови на наличие «основных» мутаций в гене BRCA1: 5382insC, 4153delA, 300T>G. Работа выполнена при поддержке БРФФИ, грант № M20P-400 от 04.05.2020 «Новые мутации в генах наследственного рака молочной железы и яичника у пациенток в Республике Беларусь».

Результаты. У 83 пациенток, включенных в исследование, было диагностировано 178 злокачественных опухолей, одна из которых локализовалась в яичниках. Первичная множественность новообразований в большинстве случаев была представлена двумя локализациями – 72 (87%), реже – тремя 10 (12%). Только у 1 пациентки были диагностированы четыре опухоли с интервалами в 7-9 лет, при этом первая опухоль возникла в молочной железе в возрасте 39 лет. В 89% наблюдений эпителиальные новообразования яичников сочетались с опухолями эпителиального гистотипа других локализаций и только в 10% случаев эпителиальные опухоли сочетались с неэпителиальными (саркомы матки, гранулезоклеточные опухоли яичников, менингиома). У двух женщин были диагностированы злокачественные гранулезоклеточные опухоли яичников одновременно с раком эндометрия (2,5%).

Чаще всего развитие злокачественных новообразований яичников сочетается с раком молочной железы – 27 случаев (33%), опухолями тела матки – 24 (29%) и опухолями желудочно-кишечного тракта – 17 (20%).

Рак молочной железы, безусловно, лидирует среди злокачественных новообразований у женщин. Очевидна при этом заболеванием и связь с влиянием гормонально-метаболических факторов на возникновение опухоли. Среди факторов риска рака молочной железы, наряду с наличием того же заболевания у родственников и доброкачественными процессами в молочной железе значение имеют поздние первые роды, раннее менархе и поздняя менопауза. Однако, если сочетание раннего начала менструальной функции и поздней менопаузы свидетельствует о длительном репродуктивном периоде и, соответственно, о более длительной гормональной стимуляции молочной железы, то поздние первые роды отражают отсроченное завершение полноценного функционального созревания органа. Рак тела матки встречается в несколько раз реже, чем рак молочной железы и на сегодняшний день среди всех гормонозависимых новообразований этиология рака тела матки представляется нам наиболее понятной. В группе факторов риска рака эндометрия доминируют малое число родов или бесплодие, ожирение, поздняя менопауза, в то время как раннее менархе и поздние первые роды далеко не так важны, как в отношении развития рака молочной железы. Считается, что основную роль в патогенезе заболевания играет избыточная эстрогенная стимуляция эндометрия в сочетании с недостаточностью гормонов желтого тела. В эту теорию укладываются многие имеющиеся факты и наблюдения, с ее позиций можно объяснить связь возникновения болезни с бесплодием, ожирением, поликистозом яичников. Увеличение частоты развития рака эндометрия у пациенток с раком молочной железы на фоне длительного приема тамоксифена демонстрирует различия в патогенезе этих гормонозависимых опухолей. Важный момент, сближающий особенности патогенеза рака яичников с раком эндометрия, заключается в том, что длительный прием контрацептивов уменьшает риск развития и того, и другого.

В трех случаях имел место первично-множественный синхронный рак яичников и толстой кишки (4%). Среди 10 женщин с первично-множественным метакронным раком толстой кишки и яичников во всех случаях рак яичников был второй либо третьей опухолью у пациентки. Рак яичников в большинстве случаев был выявлен спустя 1-4 года после лечения рака толстой кишки. Рак желудка был диагностирован одновременно с раком яичников у 1 женщины в возрасте 58 лет. Имело место сочетание серозной аденокарциномы яичников с перстневидно-клеточным раком желудка. Первично-множественный синхронный рак яичников и рак желчного пузыря был диагностирован у женщины в возрасте 75 лет. У пациентки первично-множественным раком яичников, молочной железы и толстой кишки опухоли развивались метакронно. Первая опухоль – блюдцеобразный рак (аденокарцинома pT2N0M0 1в стадия) ободочной кишки – была диагностирована в возрасте 32 лет. Спустя 15 лет после хирургического лечения новообразования был выявлен рак левой молочной железы (низкодифференцированная инфильтрирующая карцинома pT2N1M0 IIв стадия). Распространенный рак яичников с вовлечением маточной трубы (умеренно дифференцированная серозная аденокарцинома) был диагностирован у этой пациентки через еще 14 лет. Сред пациенток с первично-множественным метакронным раком злокачественное новообразование яичников было диагностировано раньше рака молочной железы только в 3 случаях (7%). Еще в одном случае спустя 7 лет после лечения рака яичников был выявлен рак желудка.

Анализ клинических данных показал, что в группе первично-множественного метакронного рака возраст женщин при обнаружении первой опухоли колебался от 18 до 69 лет. Обращает внимание наличие связи возраста и локализации первой опухоли. Так большинство случаев рака молочной железы было диагностировано в возрасте до 50 лет (79 %), тогда как рак толстой кишки в 50% случаев манифестировал после 63 лет. Средний возраст заболевания раком молочной железы составил $45,9 \pm 6$ лет, раком толстой кишки – $55,1 \pm 13,6$ лет.

Первично-множественный синхронный рак с поражением яичников и матки развился у 26 женщин в возрасте от 36 до 78 лет. Злокачественные гранулезоклеточные опухоли яичников сочетались с развитием рака эндометрия у двух пациенток в возрасте 64 и 78 лет. Злокачественные опухоли яичников эпителиального генеза были представлены серозной аденокарциномой в 13 случаях, эндометриодной аденокарциномой – в 5, муцинозной аденокарциномой – у 4 пациенток.

Средний возраст обнаружения первично-множественного синхронного рака яичников и матки составил 54 ± 10 лет. В двух из 23 случаев рака яичников диагностирована аденокарцинома шейки матки (8%), в трех – саркома тела матки (12%), остальные пациентки имели рак эндометрия. Рак эндометрия у 14 женщин был эндометриодным, еще у 2 – муцинозным, в 1 случае имел место железисто-плоскоклеточный вариант рака эндометрия. Учитывая

особенности диагностики рака эндометрия и хирургического лечения при злокачественных новообразованиях яичников, в большинстве случаев рак эндометрия был диагностирован в 1-2 стадиях. Только у 2 женщин опухолевый процесс выходил за пределы матки.

Особая роль в развитии рака яичников в настоящее время отводится генетическим факторам. Генетическая предрасположенность к раку яичников стала предметом активных исследований, когда в 90-е годы XX века был открыт ген BRCA1. Мутации в гене BRCA1 наследуются по аутосомно-доминантному типу с неполной пенетрантностью и ассоциируются с очень высоким риском развития рака яичников и рака молочной железы. Изучение семейного анамнеза указывает на наличие наследственной предрасположенности к развитию опухолей у 36 женщин (44%). Только в 16% случаев родственники первой линии страдали раком яичников и/или молочной железы. По результатам молекулярно-генетического обследования у 20 из 83 женщин (24%) подтверждено наличие одной из «основных» мутаций в гене BRCA1. Самыми распространенными среди пациенток с первично-множественными опухолями были мутации 5382insC (55%) and 4153delA (25%). Среди женщин с раком молочной железы и раком яичников мутация в гене BRCA1 подтверждена в 56% случаев, что подтверждает значимость генетических факторов в развитии первично-множественных опухолей женской репродуктивной системы.

Выводы. Отягощенный семейный анамнез и выявление мутаций в гене BRCA1 необходимо рассматривать как неотъемлемую часть комплексного обследования женщин с злокачественным новообразованием женской репродуктивной системы для определения генетического риска развития новых опухолей женской репродуктивной системы и разработки принципов генетической профилактики рака. Отличия между гормонозависимыми опухолями различных локализаций характеризуются определенным возрастным периодом, в котором они обнаруживаются чаще всего, а также частотой данной патологии в постменопаузе.

Литература

1. Germline Variation in Cancer-Susceptibility Genes in a Healthy, Ancestrally Diverse Cohort: Implications for Individual Genome Sequencing / D. L. Bodian [et al.] // PLoS ONE. – 2014. – Vol. 9, iss. 4. – P. e94554.
2. Nielsen, F. C. Hereditary breast and ovarian cancer: new genes in confined pathways / F. C. Nielsen, H. T. van Overeem, C. S. Sorensen // Nat. Rev. Cancer. – 2016. – Vol. 16, iss. 9. – P. 599-612.

ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Синица Л.Н.¹, Новосад Е.А.², Русина А.В.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет*

²*Гродненская областная детская клиническая больница*

Актуальность. Важнейшей задачей современной перинатологии является предупреждение тяжелых осложнений беременности и родов, мертворождений, заболеваемости и смертности новорожденных. Помимо вирусных гепатитов наиболее распространенным заболеванием печени во время гестации является холестатический гепатоз беременных (ХГБ). По литературным данным частота ХГБ колеблется от 1 на 270 до 1 на 7000 беременностей [1, 3].

Поражение жизненно важных органов при ХГБ обуславливает развитие гестозов (87%), угрозы прерывания беременности (65%), преждевременных родов (35%), оперативного родоразрешения [1, 2]. Прогноз для новорожденных не менее серьезный – частота перинатальных потерь при ХГБ в среднем составляет 4,7% [1, 3]; возрастает частота синдрома внутриутробной задержки развития плода (29%), асфиксии и перинатального поражения ЦНС – 17% [1].

Цель работы: установить особенности течения интранатального и раннего неонатального периода у младенцев, рожденных от матерей, имевших холестатический гепатоз беременных.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 85 историй развития новорожденных от матерей, имевших холестатический гепатоз беременных. Роды происходили в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в 2017-2019 годах. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 45 детей, рожденных от матерей с ХГБ, 2 группу сравнения составили 40 младенцев от матерей с неосложненным течением гестации. Оценивали анамнез беременности и родов, необходимость госпитализации новорожденного для проведения интенсивной терапии, структуру состояний перинатального периода.

Результаты исследования.

В 1 группе у 12 матерей (30%) беременность протекала на фоне хронических очагов инфекции: хронического тонзиллита, хронического пиелонефрита, хронического аднексита, кариеса. Урогенитальные были диагностированы у 17,5% беременных. Заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, ожирение, сахарный диабет, адреногенитальный синдром, др.) осложняли гестацию у 12 женщин 1 группы (30%). Угроза прерывания в течение настоящей беременности наблюдалась в 22,5% случаев, фетоплацентарная недостаточность в 37,5%, гестоз у 40% женщин. У 2 женщин (5%) беременность наступила после ЭКО. Также в 1 группе женщин отмечались и нарушения течения родов: преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод,

многоводие – в 14 случаях (35%). Во 2 группе, несмотря на благоприятное течение беременности, осложнения родов наблюдались в 15% случаев.

Роды через естественные родовые пути произошли у 17 женщин 1 группы (42,5%), проведение операции кесарево сечение потребовалось в 23 случаях (57,5%). В то же время в группе сравнения к операции кесарево сечение прибегали в 15,7% случаев ($p < 0,02$). У 5 женщин родились двойни. Доношенными родились 39 детей (86,7%), недоношенными – 6 детей (13,3%). В группе сравнения преждевременные роды произошли в 5,2% случаев.

Средняя масса новорожденных детей от матерей с ХГБ составила 3124 ± 631 г. В группе сравнения – 3458 ± 628 г.

При анализе необходимости госпитализации детей, установлено, что 22,2% новорожденных нуждались в интенсивной терапии в условиях педиатрического или реанимационного отделений. В то время как в группе сравнения госпитализировано для лечения 5,2% новорожденных ($p < 0,05$). Оценены причины, обусловившие необходимость госпитализации детей. В первой группе практически у равного количества детей выявлены врожденные инфекции (пневмония, ринофарингит, менингит) и заболевания ЦНС (синдром церебральной депрессии, кефалогематома, гидроцефалия, ВЖК) – 13 (28,9%) и 12 (26,7%) детей соответственно. Другие заболевания: ВПС, респираторный дистресс-синдром диагностированы у 4 детей (8,9%) 1 группы. В группе сравнения госпитализирован 1 ребенок с ВПС и 1 ребенок с кефалогематомой (5,2%).

Проанализированы биохимические показатели крови женщин и их новорожденных: содержание билирубина и его фракций, активность ферментов сыворотки крови – аланинаминотрансферазы (АЛТ); аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы, общего белка сыворотки, альбумина, холестерина. На момент родов у 7 женщин (17,5%) с ХГБ отмечалось повышение уровня билирубина, в 34 случаях (85%) – повышение АЛТ, у 37 женщин (92,5%) – АСТ. Гипербилирубинемия при рождении диагностирована у 6 младенцев 1 группы, причем у одного из них выявлена гемолитическая болезнь новорожденных. У 12 детей (26,7%) при рождении отмечалось значительное повышение уровня АСТ (до 108 Ед/л), у 4 детей (8,9%) выявлено повышение уровня АЛТ (до 78 Ед/л). В группе сравнения гипербилирубинемия диагностирована в 1 случае, повышение АЛТ и АСТ выявлено не было ($p < 0,001$).

Проанализированы сроки лечения детей от матерей с ХГБ. Средняя продолжительность нахождения новорожденных в стационаре – 7,5 койко-дней, в группе сравнения – 4,6.

Выводы:

1. Роды у женщин с ХГБ, диагностированным на различных сроках гестации, происходили на фоне высокой активности трансаминаз (92,5%).

2. Подавляющее большинство детей родились доношенными (86,7%), вместе с тем частота преждевременных родов была в 2,5 раза чаще, чем в группе сравнения.

3. Младенцы от матерей с ХГБ рождались путем операции кесарева сечения чаще, чем от матерей с неосложненным течением беременности: 57,5% и 15,7% соответственно ($p < 0,02$).

4. Частота госпитализации новорожденных в педиатрическое и реанимационное отделения в первой группе выше, чем в группе сравнения: 22,2% и 5,2% соответственно ($p < 0,05$).

5. Повышенный уровень трансаминаз (АСТ и АЛТ) имел каждый четвертый ребенок, в тоже время в группе сравнения повышения трансаминаз у детей выявлено не было.

Литература

1. Кротова, В.Ю. Клинико-морфологическая оценка биологической системы мать–плацента–плод–новорожденный при холестатическом гепатозе беременных и пути коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Ю. Кротова. – Самара, 2005. – 135 с.

2. Jenkins, J.K. Treatment of itching associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy / J.K. Jenkins, L.A. Boothby // *Ann Pharmacother.* – 2002. – Vol. 36. – P. 462-465.

3. Obstetric cholestasis, outcome with active management: a series of 70 cases / A.P. Kenyon [et al.]. – *BJOG.* – 2002. – Vol. 109. – P. 282–288.

4. Ursodeoxycholic acid in the treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy. A 12-year experience / R. Zapata [et al.] // *Liver Int.* – 2005. – Vol. 25. – P. 548–554.

УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Синица Л.Н.¹, Сайковская В.Э.², Пархоменко А.В.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет*

²*Гродненская областная детская клиническая больница*

Актуальность. Неонатальный период является одним из наиболее критических в жизни недоношенного ребенка и именно в это время происходит серьезная адаптация его функциональных систем, прежде всего дыхания и кровообращения, к внеутробной жизни. У недоношенных детей интенсивные реанимационные мероприятия с жесткими параметрами искусственной вентиляции легких, сохраняя жизнь ребенку, влекут за собой развитие серьезного поражения респираторной системы.

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – полиэтиологическое заболевание, в его основе лежит первичное (РДС и/или пневмония) и ятрогенное (ИВЛ с «жесткими» параметрами: высокие концентрации кислорода, давление) поражение морфо-функционально незрелых легких [1, 2]. При этом заболевании поражаются бронхиолы и паренхима легких, развивается фиброз, эмфизема, нарушается репликация альвеол. Легкие недоношенного ребенка

при наличии дыхательной недостаточности подвергаются негативным воздействиям в результате оксидативного стресса и механической вентиляции. Под действием гипоксии, инфекции и прочих повреждающих факторов, происходит нарушение функционирования эндотелия, который играет важную роль в регуляции вазодилатации и вазоконстрикции, адгезии тромбоцитов, росте гладкомышечных клеток сосудов, что реализуется в развитие патологии со стороны различных органов и систем, в том числе легочного повреждения. Одним из факторов, приводящих к дисфункции эндотелия, является гомоцистеин, являющийся цитотоксической аминокислотой, содержание которой в плазме крови может варьировать в довольно широких пределах, в то время как в клетке ее концентрация незначительна [3]. Повышение уровня гомоцистеина стимулирует пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов и синтез ими коллагена, вызывает дисфункцию эндотелия и повреждение клеток.

Цель исследования: определить в динамике уровень гомоцистеина в сыворотке крови у детей с бронхолегочной дисплазией в неонатальном периоде.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 42 недоношенных младенца. Все дети родились на 3-м перинатальном уровне в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». На 1-2 сутки жизни, в динамике на 5-7 и на 28-е сутки жизни было проведено определение гомоцистеина в сыворотке крови. В дальнейшем для решения поставленных задач все пациенты разделены на 2 группы: основную группу (1) составили 20 недоношенных детей (12 мальчиков и 8 девочек), с клиническим диагнозом бронхолегочная дисплазия. В группу 2 включено 22 недоношенных ребенка (10 мальчиков и 12 девочек), у которых не сформировалась бронхолегочная дисплазия. Критериями невключения в исследование явились сопутствующие врожденные пороки развития, врожденный сепсис, которые способны оказать влияние на течение основного заболевания.

Проведен анализ особенностей течения беременности и родов, клиническая характеристика ребенка, общеклинические лабораторные и инструментальные исследования. Для статистического анализа данных применяли непараметрические методы с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0 для Windows (Stat Soft, Inc., США). Количественные данные, распределение которых не являлось нормальным, приводились в виде медианы, 25,0% и 75,0% квартилей. Для оценки различий количественных признаков между двумя независимыми группами использовался критерий Мана-Уитни. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анализ антенатальных факторов, воздействовавших на новорожденных детей исследуемых групп, показал, что дети 1 группы родились у женщин, средний возраст которых составил 27 (16;39) лет, в группе 2 – 25 (19;37) лет. Количество беременностей в группе детей с БЛД в среднем – 3 (1;11), родов 2 (1;6), в группе сравнения 2 (1;6), 1 (1;6) соответственно. Настоящая беременность у женщин исследуемых групп

протекала на фоне соматической и акушерской патологии. В первой группе маловодие встречалось у 20,0% женщин, во второй – у 18,2%; инфекционные заболевания матери – у 80,0% и 59,0% соответственно; хроническая фетоплацентарная недостаточность – у 65,0% и 59,0% матерей; однако достоверной разницы выявлено не было. При анализе гестационного возраста установлено, что в 1-й группе дети родились в сроке 28,2 недели, во второй – в сроке 29,8 недели. Масса тела при рождении составила 890,6 г у младенцев первой группы и 1125,4 г – у детей второй группы.

В неонатальном периоде недоношенные дети исследуемых групп имели различную патологию: неврологические нарушения, гемодинамические проблемы, дисфункцию желудочно-кишечного тракта (срывы энтерального кормления, синдром абдоминальной дистензии, некротический энтероколит), ДВС-синдром с геморрагическими проявлениями.

У детей первой группы, у которых сформировалась БЛД, неонатальный период протекал с более тяжелой патологией. В 2 раза чаще регистрировалась врожденная пневмония, осложненная пневмотораксом и легочным кровотечением. Дети основной группы чаще страдали заболеваниями с перинатальным поражением нервной системы (судорожный, гипертензионно-гидроцефальный синдромы). Дети группы сравнения не имели внутрижелудочковых кровоизлияний тяжелой степени, некротического энтероколита, потребовавшего оперативного лечения. Достоверно реже ($p < 0,05$) у детей, не имеющих БЛД, регистрировалась ретинопатия недоношенных, являющаяся проблемой токсического действия кислорода на незрелую сетчатку глаз недоношенного ребенка. Задержка темпов физического развития в первые месяцы внеутробной жизни отмечалась у всех детей 1-й группы и у только у 54,5% детей группы сравнения ($p = 0,0004$).

Клиническая картина синдрома дыхательных расстройств развивалась у всех наблюдаемых детей в обеих группах с первых часов жизни в виде прогрессирования дыхательной недостаточности. Сурфактантную терапию получили все дети из 1-й группы; 90,9% детей второй группы. В связи с развитием тяжелой дыхательной недостаточности новорожденные дети требовали проведения инвазивной ИВЛ. При оценке сроков вентиляции отмечено, что более длительная инвазивная ИВЛ проводилась у детей основной группы, средние сроки составили 21,3 дня, в группе сравнения 6,5 дней. Обращает на себя внимание, что 80,0% детей, у которых сформировалась БЛД, имели факт повторных реинтубаций по поводу дыхательной недостаточности, в группе сравнения 22,7% ($p < 0,05$).

По результатам проведенного лабораторного исследования выявлено, что тяжелая анемия, потребовавшая переливания препаратов крови с заместительной целью (эритроцитарная масса), была диагностирована у всех детей 1-й группы и у 81,8% младенце 2-й группы ($p = 0,0654$). Однако гемотрансфузия в первые трое суток потребовалась 16 детям (80,0%) 1-й группы, и только 4 младенцам (18,2%) группы сравнения ($p = 0,0001$).

Учитывая научные данные о роли гипергомоцистеинемии в патогенезе механизмов, приводящих к накоплению коллагена и росту гладкомышечных клеток в сосудистой стенке, было определено содержание гомоцистеина в сыворотке крови у недоношенных новорожденных в периоде новорожденности в динамике в 1-2 сутки жизни, на 5-7 и на 28-е сутки жизни. Результаты проведенного исследования представлены в таблице.

Таблица – Уровень гомоцистеина (мкмоль/л) у новорожденных в разные возрастные периоды, Ме (25%;75%)

Возраст	1-я группа, n=20	2-я группа, n=22
1–2 сутки жизни	2,841 (1,193;4,344)	3,137(2,034;7,064)
5–7 сутки жизни	2,619 (1,112;4,924)	3,950 (2,194;5,957)
28 сутки жизни	8,233(5,969;21,144)	5,071 (2,598;7,102)

Данные о нормальной концентрации гомоцистеина в периоде новорожденности весьма противоречивы. В плазме крови взрослого человека содержание гомоцистеина находится в диапазоне 5,0-10,0 мкмоль/л [4]. Р.М.Ueland с соавторами отмечают, что у детей до 12 лет уровень гомоцистеина составляет 4,0-8,0 мкмоль/л (60% уровня взрослых) [5]. Полученные нами данные свидетельствуют о невысоком, сравнимом в обеих группах уровне гомоцистеина в раннем неонатальном периоде (до 7 суток). К окончанию периода новорожденности и формирования БЛД отмечается значительное увеличение концентрации гомоцистеина в сыворотке крови – в 4 раза от предыдущих исследований. В группе сравнения младенцы, которые также получали интенсивную терапию, длительную дотацию кислорода на фоне морфологически незрелых органов и систем тоже показали рост содержания гомоцистеина к 28 суткам жизни, но не столь значительный – в 2 раза в сравнении с ранним неонатальным периодом.

Выводы:

1. Недоношенные дети с бронхолегочной дисплазией родились от матерей с отягощенным соматическим и акушерским анамнезом: большинство матерей перенесли инфекционные заболевания во время беременности, более половины имели признаки фетоплацентарной недостаточности.

2. Неонатальный период протекал с развитием тяжелой перинатальной патологии. Достоверно чаще у младенцев с БЛД развивалась ретинопатия недоношенных, тяжелая анемия, требовавшая гемокоррекции в первые трое суток жизни, для них была характерна задержка темпов физического развития.

3. Исследование уровня гомоцистеина в сыворотке крови у детей с БЛД показало, что к моменту формирования специфических для БЛД изменений в легких происходит значительный рост уровня гомоцистеина (в 4 раза).

Литература

1. Овсянников, Д. Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией : руководство для практикующих врачей / под ред. Л. Г. Кузьменко. – М. : МДВ, 2010. – С. 15, 19, 49.

2. Avery's diseases of the newborn / [edited by] C. A. Gleason, S. U. Devaskar. – 9th ed. – 2012. – P. 659, 665-666, 670.

3. Наумов, А. В. Гомоцистеин. Медико-биологические проблемы: монография / А. В. Наумов. – Минск : Профессиональные издания, 2013. – 311 с.

4. Williams, K. T. Homocysteine metabolism and its relation to health and disease / K. T. Williams, K. L. Schalinske // Biofactors. – 2010. – Vol. 36 (1). – P. 19-24.

5. Ueland, P. M. Total homocysteine is making its way into pediatric laboratory diagnostics / P. M. Ueland, A-L. Bjorke Monsen // Eur. J. Clin. Invest. – 2001. – Vol. 31 (11). – P. 928-930.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Смолей Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Согласно статистическим данным бесплодием страдает около 10% населения репродуктивного возраста, что приводит к снижению количества родов и общей численности населения. 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 бесплодия и способов восстановления репродуктивной функции.

В настоящее время в гинекологии возросла частота выполнения эндоскопических операций (лапароскопия, гистероскопия) как для диагностики причин бесплодия, так и для коррекции выявленной патологии. Однако не во всех случаях после хирургического лечения наступает беременность. Поэтому проблема восстановления репродуктивной функции после выполнения лапароскопического вмешательства при бесплодии является актуальной в настоящее время [1, 2, 4].

Цель исследования. Изучить влияние гипербарической оксигенотерапии в сочетании с выполненным оперативным вмешательством у женщин с бесплодием трубно-перитонеального происхождения на восстановление репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Проведен сравнительный анализ 80 историй болезни пациенток с бесплодием трубно-перитонеального происхождения, которые проходили лечение в гинекологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно». Пациентки были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 50 женщин, которым совместно

с хирургическим лечением бесплодия назначались курсы гипербарической оксигенотерапии; во 2-ю группу вошли 30 женщин с исключительно хирургической коррекцией бесплодия без воздействия физиотерапевтических процедур.

Результаты. Средний возраст обследованных пациентов составил $32,15 \pm 0,42$ года. Средняя продолжительность бесплодия составила $5,2 \pm 0,3$ года. Следует отметить, что большинство пациентов страдали гинекологическими заболеваниями, такими как эктопия шейки матки, кисты яичников, миома матки, патология эндометрия, эндометриоз, нарушения овариально-менструального цикла.

Установлено, что по этиологии в обеих группах преобладало бесплодие смешанного генеза (82,8% и 92,9% соответственно). Наступлению беременности способствовали различные процедуры и манипуляции, в том числе стимуляция овуляции, хирургическая коррекция и ЭКО.

Следует отметить, что у пациентов 1 группы лечебное воздействие на органы малого таза включало в себя сочетание хирургического метода лечения, направленного на восстановление проходимости маточных труб у женщин с бесплодием трубно-перитонеального происхождения, и использование физиотерапевтического метода, основанного на гипербарической оксигенации органов и тканей и всего организма.

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 [3].

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 [3].

Использование гипербарической оксигенации в клинике показано почти при всех выраженных случаях острой и хронической кислородной недостаточности. Причем гипербарическая оксигенация (иногда в сочетании с гипотермией и фармакологическими препаратами) применяют не только для борьбы с уже развивающейся гипоксией, но и для ее профилактики [3].

Кроме этого, 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, то есть для этого необходимо добиться значительной гипероксигенации тканей [3].

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 [3].

Перенесенные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы отражены в таблице.

Таблица – Перенесенные гинекологические операции

Вид операции	1-я группа	2-я группа	Вся выборка
Гистерорезектоскопия	13 (26%)	9 (30%)	22 (27,5%)
Операции на яичниках	7 (14%)	4 (13,3%)	11 (13,8%)
Тубэктомия	3 (6%)	5 (16,7%)	8 (10%)
Миомэктомия	3 (6%)	0 (0%)	3 (3,8%)
Пластика маточных труб	47 (94%)	25 (83,3%)	72 (90%)
Полипэктомия	2 (4%)	2 (6,7%)	2 (2,5%)

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. Применение гипербарической оксигенотерапии у пациентов с бесплодием трубно-перитонеального происхождения после выполнения у них оперативных вмешательств, направленных на восстановление проходимости маточных труб, способствует восстановлению микроциркуляции и улучшению венозного оттока, улучшению метаболических процессов в органах малого таза, что приводит к стабилизации овариально-менструального цикла и является благоприятным для наступления беременности.

Литература

1. 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.
2. 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.
3. Каримова, Л.А. Метод гипербарической оксигенации в комплексном лечении / Л.А. Каримова // Медицина и здравоохранение. – 2012. – № 1. – Т. 14. – С. 30-33.
4. 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.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Смолей Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Известно, что бесплодие является актуальной проблемой современного акушерства и гинекологии. Бесплодием страдают около 10% супружеских пар репродуктивного возраста. По мнению некоторых авторов, бесплодие является заболеванием, которое приводит к инвалидности как к нарушению функции. Кроме этого, бесплодие ведет к таким социальным, экономическим и культурным последствиям, как снижение числа родов, общей численности населения, естественного прироста. Согласно мнению ученых в структуре причин бесплодия преобладающими являются сочетанные нарушения репродуктивной системы, что усложняет выбор необходимых методов диагностики и лечения данных состояний [1, 4, 5].

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 установления причин бесплодия и способов восстановления фертильности [2].

В настоящее время в гинекологии возросла частота выполнения эндоскопических операций (лапароскопия, гистероскопия) как для выявления, так и для коррекции обнаруженной патологии. В последние годы в клиническую практику ряда стран внедряется новый метод фертилоскопии, сочетающий в себе гистероскопию и трансвагинальную гидролапароскопию, который позволяет визуализировать органы малого таза и их анатомо-функциональные взаимоотношения. Известно, что фертилоскопия является малоинвазивным методом диагностики, который позволяет эффективно выявлять причины бесплодия. Во время данной операции возможно одномоментно выполнить рассечение спаек и синехий, коагуляцию эндометриоидных очагов, дреллинг яичников и другие манипуляции [3].

Цель. Провести сравнительный анализ методов диагностики и лечения бесплодия.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 64 индивидуальных карт беременных и родильниц, которые наблюдались в кабинете по невынашиванию беременности в женской консультации № 5 г. Гродно и родили в 2017 году.

Результаты. Все обследованные пациенты были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 45 человек (70,3%), страдающих первичным бесплодием. Во 2-ю группу вошли 14 женщин (21,9%) с вторичным бесплодием. 5 женщин (7,8%) имели в анамнезе первичное и вторичное бесплодие и были отнесены к 3-й группе.

Средний возраст обследованных пациентов составил $31,11 \pm 0,47$ лет. Средняя продолжительность бесплодия – $5,23 \pm 0,38$ лет. Следует отметить, что большинство пациентов страдали гинекологическими заболеваниями, такими как эрозия шейки матки, кисты яичников, миома матки, патология эндометрия, эндометриоз, нарушения менструального цикла: в 1-й группе – 62,2%, во 2-й группе – 78,6% и в 3-й группе – 80,0%.

Установлено, что по этиологии во всех группах преобладало бесплодие смешанного генеза (82,8%; 77,8% и 92,9% соответственно). Проверка проходимости маточных труб методами хромодиагностики, метросальпингографии выполнялась у 13,3% женщин 1-й группы, 14,3% – 2-й группы и не проводилась у пациентов 3-й группы. Наступлению беременности способствовали различные процедуры и манипуляции, представленные в таблице 1.

Таблица 1. – Методы, способствующие наступлению беременности

Метод	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Вся выборка
Стимуляция овуляции	4 (8,9%)	1 (7,1%)	0 (0%)	5 (7,8%)
Оперативное лечение	22 (48,9%)	7 (50,0%)	3 (60,0%)	32 (50,0%)
ЭКО	15 (33,3%)	4 (28,6%)	0 (0%)	19 (29,7%)

Перенесенные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы отражены в таблице 2.

Таблица 2. – Перенесенные гинекологические операции

Вид операции	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Вся выборка
Диагностическая лапароскопия	12 (26,7%)	1 (7,1%)	0 (0%)	13 (20,3%)
Гистероскопия	3 (6,7%)	2 (14,3%)	0 (0%)	5 (7,8%)
Операции на яичниках	7 (15,6%)	2 (14,3%)	2 (40,0%)	11 (17,2%)
Тубэктомия	3 (6,7%)	5 (35,7%)	2 (40,0%)	10 (15,6%)
Миомэктомия	3 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,7%)
Пластика маточных труб	1 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Полипэктомия	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (20,0%)	2 (3,1%)

Выводы. Таким образом, высокая частота бесплодия среди женщин репродуктивного возраста обусловлена главным образом наличием гинекологической патологии, требующей детальной диагностики, а также своевременного консервативного и хирургического лечения при подготовке к беременности. Большое количество хирургических вмешательств, которым подвергаются женщины с бесплодием, требует внедрения в репродуктивную хирургию современных малоинвазивных эндоскопических и микрохирургических методов, таких как фертилоскопия, которые значительно сокращают длительность и улучшают течение послеоперационного периода.

Литература

1. 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.
2. 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.
3. Зайцева, О.В. Фертилоскопия как альтернатива гистеросальпингографии / О.В. Зайцева, Е.С. Любомудрова, Л.И. Кабакова // Медицина ХХІ століття : матеріали науково-практичної конференції молодих вчених, присвяченої 90-річчю ХМАПО, 27 листопада 2014 р. / ХМАПО. – Харків, 2014. – С. 46-47.
4. Roura, Z. Causes of infertility in women at reproductive age / Z. Roura, M. Polikandrioti, P. Sotiropoulou et al. // Health Science Journal. – 2009. – Vol. 3, Issue 2. – P. 80-87.
5. 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.

СПОСОБ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Смолей Н.А., Зайцева Т.П.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Заживление раны после операции – важнейший физиологический процесс, от успешности течения которого зависит скорость восстановления пациента и его дальнейшее здоровье. Известно, что после удачного хирургического вмешательства в период реабилитации могут возникать осложнения, связанные именно с несовершенством обработки раны [1].

Первое и главное, что делает хирург для скорейшего заживления раны после операции, это правильно накладывает шов на рану, сближая ее края при помощи шовного материала. Выделяют три последовательных этапа процесса заживления раны. Первый этап включает эпителизацию. При этом образующиеся клетки плоского эпителия покрывают самые пораженные участки (с максимально глубокими повреждениями тканей). Второй этап представляет собой конвергенцию или стягивание раны, когда края соединяются между собой, скрывая обнаженную слизистую полностью. Третий этап заживления послеоперационной раны – это коллагенизация, когда коллагеновые волокна покрывают нежную кожу раны, обеспечивая ей прочную защиту [1].

Известно, что у пациентов с ожирением в виду наличия нарушенного обмена веществ, различных сопутствующих заболеваний, значительной

толщины подкожно-жировой клетчатки заживление послеоперационной раны протекает дольше и хуже. При этом частыми осложнениями являются мокнутие раны, нагноение, расхождение краев, образование гематомы и вторичное воспаление [1, 2].

Для полноценного заживления послеоперационной раны необходима тщательная и регулярная ее обработка с применением антисептических средств. Хорошее наружное антисептическое средство должно обладать следующими свойствами: обеззараживающим (не позволять образовываться вредным микробам и уничтожать старые), противовоспалительным (останавливать и предотвращать воспалительные процессы), анестезирующим (облегчать боль), регенерирующим (способствовать скорейшему заживлению). При этом не обязательно применять 4 разных препарата. Современные средства обладают сразу несколькими вышеперечисленными свойствами, что делает их использование удобным. Поэтому важной задачей современной гинекологии является индивидуальный подбор способа обработки послеоперационной раны с целью ускорения ее заживления.

Задачи исследования. Совершенствование обработки послеоперационной раны после лапаротомного оперативного вмешательства у пациентов с ожирением путем нанесения средства Банеоцин и воздействия лампой Биоптрон. Такое воздействие на послеоперационную рану позволяет улучшить заживление, ускорить регенерацию кожного покрова, препятствует мокнутию в области швов, предупреждает инфицирование и образование гематомы.

Материалы и методы исследования. Проведено сравнительный анализ общепринятого ведения пациентов после лапаротомного оперативного вмешательства и комплексного лечения, включающего использование средства Банеоцин и светотерапии с применением прибора Биоптрон. Первую группу определили 30 пациентов с общепринятой схемой ведения послеоперационного периода. Вторую группу определили 30 пациентов с разработанной нами схемой заживления послеоперационной раны.

В основе принципа действия светотерапии лежит положительное воздействие на организм человека поляризованного света. Его пучки, попадая на конкретный участок тела, усиливают ток крови. Благодаря этому использование светотерапии способствует уменьшению местных воспалительных процессов, снятию проявления аллергических реакций, укреплению иммунитета.

Банеоцин является комбинированным антибактериальным препаратом, предназначенным исключительно для местного применения. Банеоцин содержит два бактерицидных антибиотика: неомицин и бацитрацин. Неомицин является аминогликозидным антибиотиком, который ингибирует синтез белков бактерий. Бацитрацин является полипептидным антибиотиком, который ингибирует синтез клеточной оболочки бактерий.

Неомицин в составе Банеоцина активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, таких как стафилококки, *Proteus*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonellae*, *Shigellae*,

Haemophilus influenzae, Pasteurella, Neisseria meningitidis, Vibrio cholerae, Bordetella pertussis, Bacillus anthracis, Corynebacterium diphtheriae, Streptococcus faecalis, Listeria monocytogenes, Escherichia coli, Mycobacterium tuberculosis, Borrelia и Leptospira interrogans (L. icterohaemorrhagicae).

Бацитрацин, входящий в состав Банеоцина, активен главным образом в отношении грамположительных микроорганизмов, таких как гемолитический стрептококк, стафилококк, Clostridium spp., Corynebacterium diphtheriae, Treponema pallidum, а также в отношении некоторых грамотрицательных патогенных микроорганизмов, таких как Neisseria spp. и Haemophilus influenzae. Спектр действия препарата включает также актиномицеты и фузобактерии. Резистентность к бацитрацину встречается чрезвычайно редко. Комбинированное применение бацитрацина и неомицина обеспечивает широкий антимикробный спектр.

Способ осуществляют следующим образом. При наличии у пациентки с ожирением послеоперационного шва на передней брюшной стенке после лапаротомного оперативного вмешательства во время обработки на швы тонким слоем наносят порошок Банеоцин и далее воздействуют лампой Биоптрон излучением широкого спектра 480-3400 нм на протяжении до 10 минут.

Результаты. Пациенты из первой группы исследования были выписаны на 8,5-е сутки после оперативного вмешательства, в то время как у пациентов второй группы заживление послеоперационной раны наступило раньше, что способствовало их выписке на 7-е сутки. Кроме того, использование нами разработанной схемы обработки послеоперационной раны способствовало заживлению первичным натяжением в 100% случаев. У 13,3% пациентов первой группы регистрировались такие осложнения, как гематомы и инфицирование.

Выводы. Таким образом, сочетанное воздействие Банеоцина и светотерапии с помощью лампы Биоптрон на послеоперационные швы у пациентов с ожирением способствует ускорению регенерации кожи с заживлением первичным натяжением, улучшению микроциркуляции, препятствует образованию гранулем, мокнущих язв, гематом. Это благоприятно влияет на течение послеоперационного периода, что способствует ранней реабилитации пациентов после операции и снижает риск развития послеоперационных осложнений.

Литература

1. Дуда, В. И. Гинекология : учеб. для студентов высш. учеб. заведений по специальности «Лечебное дело» / В. И. Дуда. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2012. – С. 628-638.
2. Жилиев, Н. И. Оперативная хирургия в акушерстве и гинекологии / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – С. 276-280.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ УШИВАНИЯ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА

Смолей Н.А.¹, Костяхин А.Е.²

¹Гродненский государственный медицинский университет»

²Городская клиническая больница № 4 г. Гродно

Актуальность. Известно, что лапароскопическая гистерэктомия в последнее время активно внедряется в лечебную практику. Это требует от врача совершенствования хирургической техники. Особенно это актуально на этапе ушивания и фиксации культи влагалища. В практике существует несколько способов.

Известен способ ушивания культи влагалища путем наложения боковых швов, в которые могут быть захвачены кровотокающие участки и культи сосудистых маточных пучков, а затем – двух матрацных швов и одного срединного. Боковые лигатуры при этом обрезаются, а за остальные влагалище фиксируется кверху. Возможно ушивание культи стенок влагалища непрерывным обвивным швом, а затем их соединение отдельными швами. Недостатком при этом является трудоемкость процесса ушивания, что приводит к увеличению количества необходимого шовного материала и увеличению продолжительности оперативного вмешательства [1, 2].

В последнее время широко внедряется в практику способ ушивания культи влагалища при лапароскопической гистерэктомии, согласно которому с помощью модульной ушивающей иглы на стенки культи влагалища накладывают отдельные узловые швы, завязывают их экстракорпорально и затягивают с помощью пушера. Перитонизацию при этом обычно не выполняют [3]. Недостатком этого способа является сложность накладывания швов, что требует специальной подготовки специалиста. Кроме того, при данном способе ушивания культи влагалища значительно увеличивается продолжительность оперативного вмешательства.

Поэтому актуальным является совершенствование способов ушивания культи влагалища при лапароскопической гистерэктомии, обладающих простотой выполнения, меньшей травматичностью тканей, улучшением фиксации культи влагалища со связочным аппаратом, быстротой выполнения.

Материалы и методы исследования. Проведено хирургическое лечение миомы матки у 200 пациенток, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 70 женщин, которым была выполнена лапаротомная экстирпация матки. Во вторую группу вошли 80 пациенток, которым была выполнена лапароскопическая тотальная гистерэктомия с классическим общепринятым ушиванием культи влагалища. Третью группу определили 50 женщин, которым была выполнена лапароскопическая тотальная гистерэктомия

с применением модульной конструкции иглы для ушивания культи влагалища согласно нами разработанного способа.

Результаты. Средний возраст обследованных женщин составил $47,0 \pm 0,64$, $46,1 \pm 0,75$ и $47,2 \pm 0,78$ лет в 1, 2 и 3 группах соответственно.

Общая продолжительность гистерэктомии составила от 65 до 150 минут. При этом в первой группе пациенток ее среднее значение $110 \pm 12,4$ минуты, во второй группе – $98 \pm 10,6$ минут, а в третьей группе – $76 \pm 8,2$ минуты соответственно. Таким образом, предлагаемый способ позволяет достоверно сократить продолжительность оперативного вмешательства и наркотического пособия на 31% ($p < 0,05$).

Объем кровопотери при выполнении оперативного вмешательства лапаротомным путем составил $226 \pm 12,5$ мл, у пациенток второй группы – $184 \pm 10,2$ мл, а у женщин третьей группы – $125 \pm 7,6$ мл. Таким образом, предлагаемый нами способ ушивания культи влагалища позволяет статистически значимо снизить объем кровопотери (в 1,8 раза) ($p < 0,05$), что минимизирует риск возникновения анемии различной степени тяжести в послеоперационном периоде.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре у женщин первой группы составила 11 ± 3 дня. У пациенток второй группы данный показатель был существенно ниже и составил 8 ± 2 дня, а у пациенток третьей группы – 6 ± 2 дня соответственно, что является статистически значимым ($p < 0,05$). Указанная задача достигается тем, что при ушивании культи влагалища после лапароскопической гистерэктомии накладывают швы на стенки культи влагалища начиная от правых маточных сосудов, захватывая ткани передней и задней стенок влагалища, доходя до уровня левых маточных сосудов, с помощью модульной ушивающей иглы с лигатурой, которую вводят в брюшную полость с коротким концом лигатуры через правый троакар, оставляя длинный конец лигатуры вне брюшной полости, при этом отличие состоит в том, что длинную лигатуру из иглы подтягивают мягким зажимом на 1-2 сантиметра, формируя петлю таким образом, чтобы короткий конец лигатуры остался с обратной стороны культи влагалища, и протягивают его через образованную петлю, затем иглу с длинной лигатурой выводят обратно из культи, короткую и длинную лигатуры натягивают, затягивая первую петлю шва, затем, не выходя инструментами из брюшной полости и не перезаряжая иглы таким же образом накладывают следующие петли шва до полного ушивания культи, после чего иглу извлекают из брюшной полости, затягивают последнюю петлю шва и завязывают интракорпоральный узел.

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что разработанный нами способ ушивания культи влагалища при лапароскопической гистерэктомии имеет возможность накладывать непрерывный интракорпоральный шов, не вынимая иглы из брюшной полости, не травмируя троакарное отверстие, что значительно снижает общую продолжительность оперативного вмешательства за счет того, что нет необходимости хирургу перезаряжать

иглу, менять иглодержатель и использовать пушер для затягивания каждого шва. Во время операции снижается объем кровопотери вследствие более плотного и герметичного ушивания культи влагалища и снижения продолжительности операции. Кроме того, у данных пациенток значительно облегчается течение послеоперационного периода, что приводит к раннему восстановлению пациентов после операции и уменьшению продолжительности временной нетрудоспособности, а также снижению продолжительности койко-дня и необходимости в стационарном лечении.

Выводы:

1. Каждый способ ушивания культи влагалища обладает своими преимуществами и недостатками, что требует совершенствования оперативной техники.

2. Разработанный нами способ ушивания культи влагалища при лапароскопической гистерэктомии приводит к уменьшению травматичности тканей и продолжительности оперативного вмешательства, снижению объема кровопотери, улучшению реабилитации пациентов в послеоперационном периоде и сокращению пребывания в стационаре за счет уменьшения койко-дней.

Литература

1. Дуда, В.И. Гинекология : учеб. для студентов высш. учеб. заведений по специальности «Лечебное дело» / В.И. Дуда. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2012. – С. 628-638.

2. Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – 2011. – С. 410-425.

3. Пучков, К.В. Использование лапароскопических технологий в лечении миомы матки / К.В. Пучков, А.К. Политова, О.П. Козлачкова // Рязан. мед. вестн. – 2001. – № 33. – С. 10-11.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ ЮНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (ОПЫТ РАБОТЫ В УЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ГРОДНО)

Сурова Н.А.¹, Семенцова С.В.², Лисовская О.Н.¹

¹Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

²Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В Республике Беларусь значительное внимание уделяется охране материнства и детства. Особую заботу вызывает категория беременных юного возраста. Основным документом в данной работе является Декрет Президента Республики Беларусь № 18 от 24 ноября 2006 года.

Система охраны материнства и детства во всем мире считается приоритетным направлением медицины. В службе охраны материнства и детства предусматриваются постоянные качественные совершенствования. Перед акушерами-гинекологами Республики Беларусь стоят следующие задачи: на основании современных научных достижений постоянно повышать качество и эффективность обслуживания женщин и детей, претворять в жизнь лечебно-профилактические мероприятия, направленные на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, профилактику и своевременное лечение гинекологических заболеваний, инфекций, передающихся половым путем.

Особую заботу и беспокойство акушеров-гинекологов вызывает категория беременных и родильниц юного возраста. К категории юных беременных относятся беременные, не достигшие половой зрелости, их паспортный возраст колеблется от 12 до 18 лет.

Пубертатный период – важнейший этап в жизни женщины. В это время происходит становление образа жизни, моральных и духовных ценностей, вырабатываются стиль и стереотипы поведения, включая репродуктивное и сексуальное. Подростковый период характеризуется перестройкой гормональной системы и высокими темпами роста и развития организма, которые сопровождаются функциональной нестабильностью органов и систем девочек в подростковом возрасте, приводят к нарушению гомеостаза и уменьшению устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. Возникновение беременности у юных женщин напрямую связано с повышением сексуальной активности подростков. Кроме того, большое значение имеет низкий уровень культуры, недостатки воспитания, отсутствие элементарных знаний о репродуктивном здоровье, неосведомленность о методах контрацепции и нежелание пользоваться контрацептивами [3]. Беременность и роды у юных женщин в условиях их биологической, психологической, социальной незрелости имеют отличительные особенности, поскольку связаны с большой нагрузкой на незрелый организм подростка и являются серьезным испытанием, так как протекают в условиях функциональной незрелости организма и неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как у матери, так и у плода. У юных беременных течение гестации гораздо чаще, чем у женщин благоприятного фертильного возраста, осложняется анемией, повышением частоты инфекционно-воспалительных заболеваний, отеками, связанными с беременностью, данная патология диагностируется практически у каждой второй пациентки), плацентарной недостаточностью, угрозой прерывания.

К патологиям родового акта у юных первородящих относятся: клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери, аномалии родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, травматизм мягких родовых путей, гипотонические кровотечения [1].

Беременность юной женщины вызывает тяжелые конфликты в семьях, которые зачастую оказываются ни морально, ни материально не готовыми

к вынашиванию и рождению ребенка. Не встретив поддержки от родителей, разорвав связь с половым партнером, осуждаемые в школе или в колледже, девушки переживают тяжелый психологический кризис.

Цель работы. Провести анализ государственной поддержки в Республике Беларусь беременным и родильницам юного возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ оказания медицинской помощи и государственной поддержки беременным и родильницам юного возраста в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» за период с 2015 г. – 10 месяцев 2020 г.

Результаты. Работа УЗ «ГКБСМП г. Гродно» направлена на наблюдение и медико-социальное сопровождение беременных и родильниц юного возраста, особенно, имеющих факторы социального неблагополучия, на обеспечение защиты интересов новорожденных детей, а также на предотвращение ситуаций, которые могут угрожать непосредственно жизни и здоровью ребенка.

За период с 2015 года, включая 10 месяцев 2020 года, в учреждение для родоразрешения поступили 39 юные беременные (в возрасте до 18 лет).

Данные по несовершеннолетним пациенткам акушерско-обсервационного отделения УЗ «ГКБСМП г. Гродно» представлены ниже:

Показатели	Годы					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Всего родов	9	9	6	1	9	5
Возраст:						
15 лет	1	0	1	0	0	0
16 лет	4	1	0	0	2	2
17 лет	4	8	5	1	7	3
Первородящие	9	8	5	1	8	5
Повторнородящие	0	1	1	0	1	1
Роды	8	8	7	1	9	5
Кесарево сечение	1	1	1	0	0	0

С целью повышения эффективности работы по реализации Декрета Президента Республики Беларусь № 18 в Гродненской области четко организовано взаимодействие социальных служб и медицинских учреждений: амбулаторно-поликлинического звена (женские консультации, поликлиники для детского и взрослого населения), акушерских и неонатальных отделений перинатальных центров, а также районных отделов внутренних дел.

При поступлении в родильное отделение учреждения здравоохранения несовершеннолетней беременной в течение суток после родов информация о родах по электронной почте направляется отдел образования, детскую поликлинику, поликлинику по месту жительства пациентки.

Существует и государственная поддержка женщин данной категории: осуществляется адресная социальная помощь: функционирует Гродненский

Центр защиты жизни и семьи «Радзіма», где нуждающиеся могут получить бесплатно бывшие в употреблении вещи (кровать, коляску, одежду, средства гигиены и ухода) для новорожденного ребенка; открыт пункт временного проживания, в котором мама с ребенком могут найти приют при отсутствии собственного жилья или в случае, когда жилищно-бытовые условия проживания не соответствуют нормативным требованиям. В городе Гродно функционируют Центры по социально-психологической реабилитации детей и подростков «Позитив» и «Контакт».

Выводы. Данное сотрудничество представляет собой действенный и эффективный подход в программе обеспечения защиты прав и законных интересов новорожденных, предусматривает решение ряда задач: оказание квалифицированной медицинской и социально-психолого-педагогической помощи, обеспечение условий для формирования здорового образа жизни, разработка эффективной системы профилактических мер по обеспечению здоровой жизнедеятельности, осуществление контроля за санитарно-эпидемиологическим благополучием.

Однако существует необходимость формировать у подростков сознательное отношение к сексуальному и репродуктивному здоровью, информировать молодых девушек о способах профилактики и лечения инфекций, передающихся половым путем, совершенствовать санитарно-просветительную работу по предупреждению нежелательной беременности у юных женщин, расширять сеть молодежных консультативных центров в сфере охраны репродуктивного здоровья.

Литература

1. Брюхина, Е. В. Беременность у подростков. Влияние на репродуктивное здоровье / О. В. Сафронов // Акушерство и гинекология.
2. Декрет Президента Республики Беларусь от 24.11.2006 г. № 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях».
3. Жукова, Н. П. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних / Н. П. Жукова, Н. И. Киселева // Рецензируемый научно-практический медицинский журнал «Охрана материнства и детства».
4. Закон Республики Беларусь № 2435-12 «О здравоохранении».
5. Хворик, Н.В. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих/ Н.В. Хворик // Безопасное материнство в XXI веке сборник материалов VIII съезда акушеров-гинекологов и неонатологов республики Беларусь, Витебск, 2007. – С. 430.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ И МИКСТ-ИНФЕКЦИЯМИ

*Хворик Н.В.¹, Белуга В.Б.¹,
Никольская А.К.², Сурова Н.А.²*

¹*Гродненский государственный медицинский университет*

²*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

В настоящее время одной из актуальных проблем в медицине является широкое распространение инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта, которые оказывают неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию как женщин, так и мужчин, а также ухудшают перинатальные исходы у их потомства [1, 2]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 330 млн урогенитальных инфекций, среди которых одно из лидирующих позиций занимает *Ureaplasma urealyticum* [3].

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, послеродовой эндометрит. Другие исследователи придерживаются абсолютно противоположного мнения, утверждая, что данные микроорганизмы не более чем комменсалы и не оказывают никакого неблагоприятного воздействия на течение беременности, родов и послеродового периода. Существует также мнение, что определяющую роль в патогенезе неблагоприятного воздействия генитальных микоплазм на мать, плод и новорождённого играет не столько сам факт обнаружения данных микроорганизмов в половых путях матери, сколько степень их колонизации, то есть чем выше концентрация генитальных микоплазм, тем чаще наблюдаются различного рода осложнения [3, 4]. Уреаплазмы редко существуют в виде моноинфекции. Наиболее частыми являются 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]. 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.

Материал и методы. Проведен анализ историй родов 121 женщины, среди которых 90 – с диагностированными инфекциями как уреаплазменной,

так и микст-инфекциями, 31 женщина – с физиологически протекающей беременностью. Средний возраст женщин в основной группе – $26,7 \pm 3,1$ года, в группе сравнения – $28,6 \pm 2,7$ года. В браке состояло 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. Средний возраст наступления менархе у женщин основной группы составил $13,3 \pm 1,9$ года, у женщин из контрольной группы – $12,9 \pm 1,8$. Более раннее начало половой жизни отмечено у женщин основной группы – 17,5 лет, в сравнении с контрольной группой – 18,2 года. Женщины основной группы чаще были первобеременными – 47 (52,2%), тогда как в контрольной группе чаще встречалась 3 по счету беременность – у 15 (48%) пациенток, 1 по счету – у 7 (22,6%) женщин. В основной группе частота выкидышей (13 – 14,4%) и аборт (10 – 11,1%) была выше, чем в контрольной группе – 6 (19,4%) выкидышей и 5 (16,1%) абортов.

Во время настоящей беременности уреоплазменная моноинфекция диагностирована у 80 (88,9%) пациенток, у 10 (11,1%) – микст-инфекция (микоплазмоз, уреоплазмоз, 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%) случаев, 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 отрицательными результаты. В большинстве случаев лечение оказалось неэффективным. Также установлено, что лечение урогенитальной инфекции не влияет существенно на улучшение течения беременности и родов. Так, среди принимавших лечение женщин у 27 (42,2%) наблюдалось раннее излитие околоплодных вод, у 9 (14%) – преждевременное. Тогда как у не принимавших лечение раннее излитие околоплодных наблюдалось у 9 (34,6%) женщин, преждевременное – у 5 (19,2%). Помимо ИППП у 60 (66,7%) женщин из основной группы имели место другие гинекологические заболевания: у 36 (40%) – цервикальная эктопия, у 8 (8,9%) – часто рецидивирующий 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 составил $275 \pm 5,7$ дней, в контрольной – $277 \pm 6,1$ дня. Причем, в основной группе наблюдались 1 преждевременные роды. Анализируя способ родоразрешения было установлено, что доля кесарево сечения была выше в основной группе – 24 (26,7%), тогда как в контрольной группе она составила 3 (9,7%) случая. Средняя кровопотеря в родах основной группы 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 же 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 частым осложнением в родах явилось раннее излитие околоплодных вод, которое практически в 2 раза чаще встречалось у женщин основной группы. В то время как преждевременное излитие околоплодных вод встречалось только в основной группе у каждой 5 женщины. Физиологическое течение родов наблюдалось в 2 раза чаще в контрольной группе, нежели в основной.

При гистологическом исследовании плацент 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 основной группы 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.

Вывод. Таким образом, у пациенток с уреаплазменной и микст-инфекциями отмечается увеличение частоты выкидышей и аборт в анамнезе. Инфицированность предрасполагает к более частой встречаемости других гинекологических заболеваний – цервикальной эктопии, часто рецидивирующих воспалительных процессов влагалища, доброкачественных образований яичников. Течение родового акта на фоне инфицированности нижнего отдела полового тракта осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод, риск рождения детей с признаками внутриутробного инфицирования значимо выше у данной категории пациенток. Гистологические изменения плаценты отражают инфицированность матери, с более частой встречаемостью воспалительных изменений в плаценте.

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 дородовое 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.

ГНОЙНЫЕ ТУБОУВАРИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

*Хворик Н.В.¹, Биркос В.А.², Амбрушкевич Л.П.²,
Довнар Л.Н.², Кучук Д.О.²*

¹*Гродненский государственный медицинский университет*

²*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

Актуальность проблемы гнойных тубоовариальных образований у женщин обусловлена не имеющей тенденции к снижению этого заболевания в популяции, а также молодым возрастом подавляющего большинства пациенток [1, 2, 3]. Воспалительные заболевания органов малого таза – всегда острый процесс, который пациентки могут переносить несколько раз в течение жизни. Под хроническим процессом подразумеваются последствия острого: образование спаек, непроходимость маточных труб, грубые сращения. Инфицирование придатков матки является результатом восходящей инфекции из эндоцервикса с последующим развитием эндометрита, сальпингита, оофрита, параметрита, тубоовариальных абсцессов, пельвиоперитонита [2, 3].

Материал и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 75 пациенток с гнойными тубоовариальными образованиями, находившихся на лечении в гинекологическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно». Всем пациенткам выполнялся минимально достаточный уровень диагностики, который включал: почасовую термометрию, оценку показателей общего и биохимического анализа крови, КЩС, общий анализ мочи, коагулограмму, исследование в зеркалах, бимануальное влагалищное и ректальное исследование, бактериоскопию влагалищного мазка, культуральный анализ, кульдоцентез с исследованием перитонеальной жидкости, ультразвуковое исследование, при необходимости – МРТ малого таза, консультацию смежных специалистов (терапевта, уролога, анестезиолога). Возраст обследованных пациенток варьировал от 18 до 53 лет, в среднем составил $35,3 \pm 11,6$ года. Женщины в основном поступали по направлению врачей женских консультаций или переводились из гинекологических отделений области с уже диагностированными гнойными процессами органов малого таза.

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 (р) со статистической ошибкой (Sp), среднюю арифметическую (M) и ошибку средней арифметической (m).

Результаты. Проведенное наблюдение и лечение за 75 женщинами с гнойными тубоовариальными образованиями, позволило установить, что практически половина обследованных пациенток находились в активном репродуктивном периоде – 35 женщин, большинство – старше 35 лет, у 3 пациенток

диагностирована менопауза длительностью от 3 до 11 лет. Возраст наступления менархе составил $13,8 \pm 1,5$ года. Начало половой жизни пациентки отмечали в среднем с $18,2 \pm 1,6$ года, при этом до 17 лет половую жизнь начали 18 (24%) женщин. Оперативные вмешательства в анамнезе по поводу внематочной беременности имели 4 (5,3%) пациентки. Методом предохранения от нежелательной беременности у большинства обследованных был прерванный половой акт – 40 (53,3%), презерватив – у 6 (8%), комбинированные оральные контрацептивы использовали 5 (6,7%) пациенток. Внутриматочные контрацептивы служили методом предохранения у 24 (32%) женщин, тогда как длительность ношения на момент установления диагноза составила от 6 месяцев до 18 лет. Основными клиническими проявлениями явились: боли в нижних отделах живота различной интенсивности, которые зависели от вовлеченности брюшины и соседних органов в патологический процесс, температурная реакция – от субфебрильной до умеренной, патологические выделения из половых путей, общие симптомы интоксикации. При осмотре у всех пациенток определялась болезненность передней брюшной стенки при пальпации живота в нижних отделах, слабopоложительные симптомы раздражения брюшины – у $41,3 \pm 5,0\%$, положительные симптомы раздражения брюшины – у $21,3 \pm 4,1\%$. Бактериальный вагиноз диагностирован более чем в половине случаев – 49 ($65,3 \pm 4,8\%$). До возникновения острого состояния, только 17 ($22,7 \pm 4,2\%$) пациенток указывали на предшествующее обследование по поводу ИППП с обнаружением уреapлазменной инфекции в анамнезе. Женщины-носительницы ВМС до введения контрацептива обследование на ИППП не проходили. Лабораторное исследование показало отклонение в показателях красной крови у 28 (37,3%) пациенток. Снижение гемоглобина отмечалось у 22 (29,3%), тромбоцитоз зафиксирован – у 12 (16%) обследованных. Нейтрофильный лейкоцитоз имел место у 63 (84%) женщин, сдвиг лейкоцитарной формулы влево – у 59 (78,7%), лейкопения наблюдалась в 4 (5,3%) случаях. В среднем, выраженность лейкоцитоза составила $14,2 \pm 3,4 \times 10^9/\text{л}$. Ускоренная СОЭ наблюдалась во всех случаях и составила $37,3 \pm 16,5$ мм/ч. Из острофазовых фракций содержание С-реактивный белок варьировал от отрицательных значений в 6 (8%) случаях до 252 (среднее значение $85,6 \pm 62,7$) мг/л.

Практически в трети случаев – 29,3% выполнена лапароскопия. Как диагностическая манипуляция данный метод применен в 4 (5,3%) случаях с последующим переходом на лапаротомию. У 6 (8%) женщин при остром и обострении хронического аднексита с явлениями пельвиоперитонита произведена санация, сальпингоовариолизис, дренирование малого таза. Лапаротомный доступ предпринят у 53 (70,7%) пациенток в связи с диагностированными одно- и двусторонними тубоовариальными образованиями (50,7%), тазовым абсцессом (1,3%), пиоваром (5,3%), метроэндометритом (6,7%), тазовым перитонитом (16%), сепсисом (2,7%), кистой яичника с нагноением (5,3%), пиосальпинксом (18,7%).

В комплекс проводимых лечебных мероприятий, включалось внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), которое является одним из наиболее распространенных способов повышения резистентности организма человека, что позволило добиться положительных результатов в лечении и провести выписку из стационара на 8-12 сутки послеоперационного периода при отсутствии значимых осложнений.

Выводы. Таким образом, гнойные воспалительные заболевания придатков матки в последние годы составляют от 8,9% до 16,5% от всех воспалительных заболеваний органов малого таза. Женщины, использующие внутриматочные контрацептивы, представляют высокую группу риска по возникновению гнойных тубоовариальных образований, основной профилактической мерой которых является адекватное обследование на ИППП перед введением контрацептива и своевременное его извлечение. Эндоскопические методы в реалиях повседневной гинекологии – «золотой» стандарт в диагностике и лечении неосложненных форм воспалительных заболеваний органов малого таза. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки остается одной из наиболее сложных задач оперативной гинекологии, требующей мультидисциплинарного подхода. Включение процедуры ВЛОК в комплексное лечение позволяет избежать осложненного течения послеоперационного периода.

Литература

1. Радзинский, В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / В. Е. Радзинский [и др.] // Акуш. и гинек. – 2011. – № 2 (14). – С. 78-81.
2. Лебедев, В.А. Современные принципы лечения больных с абсцедирующими формами воспалительных заболеваний придатков матки / В. А. Лебедев, В. М. Пашков, И. А. Клиндухов // Трудный пациент. – 2010. – № 8. – С. 10-14.
3. Brunham, R.C. Pelvic inflammatory disease. / R.C. Brunham, S.L. Gottlieb, J. Paavonen // N Engl J Med. – 2015. – Vol. 5. – P. 2039-2048.

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПРЕДИКТОР ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

**Янковская Н.И.¹, Вабищевич И.М.², Каткова Е.В.²,
Крайняя А.Ф.², Васильченко Л.Н.², Мешкевич Т.В.², Медведская И.М.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная детская клиническая больница

Актуальность. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) – это одна из универсальных реакций плода в ответ на нарушение функционирования различных систем материнского организма, ответственных за развитие адаптационных изменений в течение беременности [1]. ЗВУР любой

этиологии, как правило сопровождается изменениями в плаценте, что свидетельствует о плацентарной недостаточности. Гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод – ведущий патогенетический механизм нарушения состояния и развития ребенка совместно с имеющим место нарушением клеточного метаболизма, в виде угнетения анаэробного, и аэробного его путей [2, 3]. Анализ патологического состояния во время беременности у женщин способствует прогнозированию состояния плода.

Цель – определение возможных предикторов задержки внутриутробного развития плода.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 290 карт стационарных пациентов в педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей УЗ «ГОДКБ». Проанализировано течение беременности у 108 женщин, родивших детей с ЗВУР (основная группа) и у 182 женщин, у которых роды закончились рождением младенцев с антропометрическими показателями, соответствующими их гестационному возрасту (группа сравнения).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты. При анализе документации было установлено, что в основной группе 72 (66,67%) ребенка родились с ассиметричным вариантом ЗВУР и 36 детей с симметричным, что составило 33,33%. Возраст матерей, родивших детей с ЗВУР, колебался от 14 до 40 лет (средний возраст $27 \pm 0,72$ года). Возраст матерей в группе сравнения составил от 19 до 43 лет (средний возраст – $28 \pm 0,50$ лет), что практически не отличалось от возраста матерей основной группы. При анализе характера течения беременности у женщин, родивших детей с ЗВУР, было отмечено, что у них беременность часто осложнялась такими патологическими состояниями как: острые респираторные заболевания, угроза прерывания беременности, патология околоплодных вод, фетоплацентарная недостаточность, инфекционные заболевания. У 43 матерей выявлены неоднократные угрозы прерывания беременности, что составило 43,52%, это достоверно чаще, чем у беременных группы сравнения – 6,15% ($p < 0,01$). Изучение влияния течения беременности на характер ЗВУР у плода показал, что у матерей, родивших новорожденных с ассиметричным вариантом ЗВУР угроза прерывания беременности была у 29 (43,52%) женщин, а при симметричном варианте у 18 (50,00%), разница недостоверна. Фетоплацентарная недостаточность во время беременности была диагностирована у 34 (25,00%) матерей из основной группы, что почти в 3 раза чаще, чем в группе сравнения – 11 (6,00%). Данные показатели достоверно различались ($p < 0,01$).

Острые респираторные инфекции являются одними из наиболее частых заболеваний у женщин во время беременности. У матерей основной группы данная патология была отмечена в 26 случаях, что составило 24,00%, в группе сравнения – 44 (24,20%), разница недостоверна. Нарушение околоплодной

среды, одно из осложнений беременности, которое может обуславливать высокий риск перинатальной заболеваемости, так как влияет на плацентарный гомеостаз. Маловодие в основной группе было выявлено у 14 матерей, что составило 13,00%, в группе сравнения – у 6 (3,30%). Среди основной группы матерей, родивших детей с ассиметричным вариантом ЗВУР маловодие было у 6 (8,30%) женщин, что практически не отличалось от беременных, роды у которых закончились рождением младенцев с симметричным вариантом ЗВУР – 8 (22,20%). Многоводие в основной группе диагностировано у 5 (4,60%) женщин, в группе сравнения у 15 (8,00%). Одной из часто встречаемых причин, пагубно влияющих на развивающийся плод, является хроническая никотиновая интоксикация. Изучая данный вопрос, установлено, что в основной группе курили 13,00% матерей, в группе сравнения – 2,75% ($p < 0,05$). Инфекционные болезни также часто встречаются во время беременности, порой они отличаются тяжелым течением, что может привести к расстройству функций жизненно важных органов и систем плода. Частота встречаемости инфекционной патологии у женщин, входивших в состав основной группы составила 39 (36,00%) случаев, в группе сравнения эти заболевания встречались только у 5,00% матерей ($p < 0,01$). Из основных возбудителей инфекционной патологии были выявлены: уреоплазма – 19 (18,00%), вирус простого герпеса – 6 (6,00%), хламидии – 4 (4,00%). Реже встречались такие возбудители, как кандиды, трихомонады, микоплазмы. Анализируя метод родоразрешения в обеих группах беременных женщин установлено, что в основной группе 65,00% беременностей закончились путем операции кесарево сечение, естественным путем было рождено 35,00% детей. В группе сравнения большая часть новорожденных родилась через естественные родовые пути – (77,00%), путем операции кесарево сечение – 23,00% ($p < 0,01$). Достоверные различия получены при сравнении частоты оперативного родоразрешения у матерей, родивших младенцев с ЗВУР (65,00%) и у женщин, у которых беременность закончилась рождением ребенка с параметрами физического развития, соответствующими его гестационному возрасту (23,00%), $p < 0,01$.

Выводы:

1. Неоднократные угрозы прерывания беременности, инфекционная патология, фетоплацентарная недостаточность, а также хроническая никотиновая интоксикация у беременных женщин являются основными предикторами задержки внутриутробного развития плода.

2. Совокупность неблагоприятных факторов течения беременности формируют у матерей со ЗВУР плода показания к оперативному родоразрешению.

3. Острые респираторные заболевания и другая инфекционная патология у беременной, нарушение околоплодной среды, фетоплацентарная недостаточность препятствуют физиологическому развитию плода.

4. Оценка значимости основных предикторов развития ЗВУР плода дают возможность проведения коррекции неблагоприятных факторов, влия-

ющих на течение беременности и организации эффективной помощи новорожденным детям, способствуя повышению качества их жизни в последующие возрастные периоды, что имеет важное медико-социальное значение.

Литература

1. Дементьева, Г. М. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного / Г. М. Дементьева // Российский вестник перинатологии и педиатрии (приложение к журналу). – 2003. – 89 с.
2. Хазанов, А. И. Клиническая неонатология. – СПб : Гиппократ, 2009. – 424 с.
3. Кириллова, Е. А. Физическое и нервно-психическое развитие детей с задержкой внутриутробного развития / Е. А. Кириллова // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 11. – С. 23–27.

РЕДКАЯ НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОБМЕНА АМИНОКИСЛОТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-НЕОНАТОЛОГОВ

*Янковская Н.И.¹, Каткова Е.В.², Васильченко Л.Н.²,
Крайняя А.Ф.², Мотюк И.Н.³, Красовская Т.А.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная детская клиническая больница

³Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Лейциноз (болезнь кленового сиропа) – это наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования (частота – 1 на 120–300 тыс. новорожденных).

В основе патогенеза заболевания лежит накопление разветвленно-цепочечных аминокислот и их производных и дефицит других аминокислот. В крови и моче повышается содержание изолейцина, валина и лейцина. Накопление в организме лейцина и определяет главный токсический эффект. Заболевание характеризуется жизнеугрожающим состоянием, сопровождается задержкой развития, угнетением нервно-рефлекторной возбудимости, специфическим запахом мочи (запах «кленового сиропа»), кетоацидозом, гипогликемией [1, 2].

Ранняя диагностика наследственной патологии обмена веществ у новорожденных позволит принять правильную лечебную тактику и минимизировать развитие тяжелых неврологических нарушений.

Цель – раннее выявление и диагностика редко встречающейся наследственной патологии обмена веществ у новорожденных.

Результаты исследования и их обсуждение. Ниже приведено описание клинического случая лейциноза у новорожденного ребенка, диагностированного в УЗ «ГОДКБ».

Максим С., 06.11.2018 г. р., находился на лечении в УЗ «ГОДКБ» с 16.11.2018 по 21.01.2019 гг. Доставлен в отделение анестезиологии и реанимации для новорожденных детей из районной больницы в возрасте 10 суток жизни, куда поступил на 2-й день заболевания с жалобами на выраженную вялость, сменяющуюся периодами возбуждения, отказ от еды, появившийся специфический, сладковатый запах от ребенка. Новорожденный переведен через несколько часов с момента поступления в районную больницу с диагнозом: Внутриутробная инфекция, неуточненной этиологии. Кандидоз слизистой полости рта. Синдром угнетения ЦНС. Недокармливание новорожденного. Экзикоз I степени.

Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности, I срочных родов с массой тела 3600,0 г, длиной 55 см, оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Беременность протекала без особенностей. Выписан из роддома на 7-е сутки жизни в удовлетворительном состоянии. Аллергологический анамнез и наследственность не отягощены. На искусственном вскармливании смесью «Беллакт-Иммунис». Сосал из рожка по 80 мл через 3 часа.

Общее состояние ребенка при поступлении в отделение реанимации тяжелое. Брадипноэ (ЧД 35–40/мин), нечастые ступенчатые вдохи, показатели транскутанной SpO_2 и КОС в пределах нормы. Гемодинамика стабильная. Периоды возбуждения (хаотичные движения в конечностях, педалирование ногами, скрещивание голеней, обнимание себя руками, болезненный, короткий со стоном плач) сменяются выраженным угнетением. Гепатолиенальный синдром. От ребенка исходит специфический сладковатый запах. Выставлен предварительный диагноз: Наследственная патология обмена веществ (лейциноз)? Энцефалопатия новорожденного тяжелой степени, синдром угнетения ЦНС. Врожденная инфекция, неуточненная. Кандидоз кожи и слизистых.

За время нахождения ребенка в отделении состояние с постепенно нарастающей отрицательной динамикой: участилось брадипноэ, в неврологическом статусе превалирует синдром общего угнетения, появляется судорожный синдром. По данным КОС – нарастает респираторный ацидоз. Ребенок переведен на аппаратную ИВЛ. Гемодинамика стабильная. Отменено энтеральное кормление в связи с остаточными объемами до 100% от объема кормления.

Проведены обследования:

Тандемная масс-спектрометрия (ТМС) – повышение в крови концентрации лейцина – 2741 мкмоль/л (N – 69,6–196 мкмоль/л) и валина – 504 мкмоль/л (N – 61,6–171 мкмоль/л). НСГ: УЗ-признаки венгерулодилатации слева, расширения наружных ликворных пространств. МРТ: МР-признаки лейкоэнцефалопатии с цитотоксическим отеком на выше указанных уровнях (вероятнее как проявление болезней обмена). ЭхоКГ: АРХЛЖ. УЗИ ОБП: УЗ-признаки увеличения линейных размеров селезенки. УЗИ почек: УЗ-признаки каликопиелозктазии слева. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. Общий анализ крови: сдвиг лейкоцитарной формулы

влево, анемия. Биохимический анализ крови: повышение уровня СРБ. Гемостазиограмма в пределах возрастной нормы. Осмотр офтальмолога: острый конъюнктивит. Осмотр уролога – ВПР: гидронефроз слева 1 ст.

Учитывая клинико-лабораторные данные, выставлен клинический диагноз: Лейциноз. Период субметаболической компенсации. ДН 3 степени. Врожденная инфекция неуточненной этиологии. Острый конъюнктивит ОУ. Правосторонний средний отит. Кандидоз кожи и слизистых. Каликопиелоектазия слева. МАС: АРХЛЖ. Анемия тяжелой степени.

26.11.2018 г. начато энтеральное кормление специализированной смесью «MSUD Анамикс инфант», содержащей заменимые и незаменимые аминокислоты, за исключением изолейцина, лейцина и валина.

Параллельно проводилось лечение: частичное парентеральное питание (глюкозо-солевые растворы, интралипид 10%); антибактериальная терапия (цефтазидим, гентамицин, меропенем, левофлоксацин, колистат, цефосульбактам, линезолид); противогрибковая терапия (флюконазол, вориконазол, нистатин); витаминотерапия (В₁, В₆, А, Д, Е); метаболические (карнитин); противосудорожные (фенобарбитал) препараты; дважды проводилась трансфузия эритроцитарной массы А (II) Rh (+).

На фоне лечения отмечалась положительная динамика в неврологическом и соматическом статусе: переведен на спонтанное дыхание, нормализовался аппетит, ребенок стал более активным, купирован судорожный синдром, исчезли симптомы интоксикации, нормализовались размеры печени и селезенки. За время нахождения в стационаре (2 мес. 5 дней) увеличилась масса тела на 1575,0 г. Отмечено значительное снижение валина – 53 мкмоль/л, лейцина – 1299 мкмоль/л.

Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии под динамическое наблюдение генетика, невролога, педиатра.

Выводы. Знание ранних клинических проявлений такого редкого наследственного заболевания как лейциноз, позволит своевременно поставить правильный диагноз и назначить специализированное лечение, которое обеспечит относительно благоприятный прогноз его нервно-психического развития в катамнезе.

Литература

1. Баранов, А. А. Руководство по педиатрии. Врожденные и наследственные заболевания / А. А. Баранов, Б. С. Каганов, Р. Р. Шиляев. – М. : Династия, 2007. – 544 с.
2. Лейциноз – болезнь кленового сиропа (лекция с описанием клинического наблюдения) / Ю. А. Царева [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2020. – № 48. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2020-48-018>.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГИПОВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА D НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Янушко Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Причины развития недостаточности и дефицита витамина D многообразны и 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 зависят от возраста, сопутствующих заболеваний и 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 печеночная недостаточность; применение некоторых лекарственных средств (противосудорожные, противотуберкулезные); 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 сопровождаются низкой продолжительностью и качеством жизни. С 1 года и до 70 лет человеку необходимо в среднем 600 МЕ витамина в сутки. Эта доза является профилактической для взрослого человека. Это же количество необходимо женщинам во время беременности и периода грудного вскармливания. Для лиц старше 70 лет суточная норма увеличивается до 800 МЕ. Недостаточное обеспечение витамином D негативно отражается на течении беременности и внутриутробном развитии плода. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что биологические функции витамина D в организме многообразны, а геномные и негеномные эффекты витамина многочисленны. На сегодняшний день доказано, что мишенями активных метаболитов витамина D₃ являются рецепторы витамина D₃ (VDR- vitamin D receptor), которые присутствуют более чем в 38 органах и тканях организма [1, 4, 5]. Очевидна ассоциация роли витамина D с репродуктивным здоровьем, поскольку рецепторы VDR обнаружены в тканях репродуктивных органов, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз. Витамин D 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 витамина D 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. Снижение уровня витамина D может коррелировать с повышением интенсивности многих предменструальных симптомов, таких как снижение концентрации внимания, стремление уединиться, усталость, частая смена настроения, сексуальное желание, судороги. Дефицит витамина D во втором триместре тесно связан с неблагоприятными последствиями для матери и ребенка [2,6].

Целью нашего исследования явилась оценка распространенности дефицита витамина D у женщин, проживающих в Гродненском регионе, в разные возрастные периоды

Задачи. Установить распространенность дефицита витамина D у женщин в различные возрастные периоды, проживающих в Гродненской области.

Материалы и методы. Нами было обследовано 390 женщин различного возраста от 18 до 58 лет, обратившихся в учреждение здравоохранения с жалобами различного генеза, при комплексном обследовании которых в обязательном порядке назначалось определение в венозной крови пациента уровня промежуточного метаболита витамина D-25(OH)D.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных нами исследований все женщины были разделены на 3 клинические группы: 18-29 лет – 165 человек; 30-45 лет – 153 женщины; 3-я группа включала в себя 72 пациента в возрасте 46-58 лет. При интерпретации результатов мы использовали шкалу интерпретации концентраций промежуточного метаболита 25(OH)D, принятой Российской Ассоциацией Эндокринологов: 0-10 нг/мл – выраженный дефицит; 10-20 нг/мл – умеренный дефицит; 20-30 нг/мл – недостаточный уровень; 30-150 нг/мл достаточный уровень; более 150 нг/мл – возможен токсический эффект. В ходе наших исследований было выявлено, что 65% всех обследованных имели дефицит витамина D различной степени выраженности, достаточный уровень имели 35%. Чаще всего выраженный дефицит витамина D наблюдался в группе 18-29 лет (80%); в группе 46-58 лет (65,2%).

Таким образом, учитывая результаты клинико-лабораторных исследований, можно сделать вывод, что из 390 обследованных женщин – 252 имели дефицит витамина D различных степеней выраженности, что составило 65%. Из 252 женщин выраженный дефицит витамина D наблюдался у 72 женщин (уровень 25(OH)D <10 нг/мл), что составило 28%. Наиболее часто выраженный дефицит наблюдался у женщин до 30 и после 49 лет. Из 390 обследованных женщин 138 имели достаточный уровень витамина D в диапазоне 30-150 нг/мл, что составило 35%.

Нами установлено, что имеются изменения содержания в крови 25(ОН)D в разное время года: зимой средний уровень витамина D составил 17 нг/мл, летом – 38,2 нг/мл, при этом зимой дефицит витамина D отмечается у 60% женщин (234 женщины), летом – у 10% (39 женщин).

Выводы. Таким образом, учитывая результаты клинико-лабораторных исследований, можно сделать вывод, что из 390 обследованных женщин – 252 имели дефицит витамина D различных степеней выраженности, что составило 65%. Из 252 женщин выраженный дефицит витамина D наблюдался у 72 женщин, что составило 28%. Наиболее часто выраженный дефицит наблюдался у женщин до 30 и после 49 лет, что необходимо иметь в виду при ведении таких пациенток. Из 390 обследованных женщин 138 имели достаточный уровень витамина D в диапазоне 30- 150 нг/мл, что составило 35%.

Нами установлено, что имеются изменения содержания в крови 25(ОН)D в разное время года: зимой средний уровень витамина D составил 17 нг/мл, летом – 38,2 нг/мл, при этом зимой дефицит витамина D отмечается у 60% женщин (234 женщины), летом – у 10% (39 женщин).

Роль витамина D в здоровье женской половой системы сложно переоценить. Целесообразным является скрининг недостаточности витамина D у беременных первого триместра и женщин на этапе предгравидарной подготовки для распределения их по группам риска – преэклампсии, преждевременных родов и гестационного диабета.

В заключение хотелось бы еще раз отметить, что пандемия дефицита витамина D носит массовый характер, в том числе в РБ, что было подтверждено в нашем исследовании.

В настоящее время уже не вызывает сомнений, что коррекция дефицита витамина D это не только педиатрическая проблема, так как множество заболеваний у лиц молодого и пожилого возраста непосредственно ассоциировано с дефицитом витамина D [1, 3, 6].

Многочисленные исследования подтверждают колоссальное влияние витамина D на все системы жизнедеятельности и женщин, и мужчин. Именно поэтому, своевременная коррекция дефицита витамина D приобретает огромное значение при решении репродуктивных проблем. Отдельно хотелось бы отметить важность не только коррекции, но и последующей планомерной профилактики дефицита витамина D: определения уровня общего 25(ОН)D в сыворотке крови несколько раз в год (поддерживать уровень 25(ОН)D в пределах 30-150 нг/мл); обеспечить адекватное поступление кальция с пищей, что может играть роль в необходимости менее высоких поддерживающих доз витамина D для поддержания его адекватных уровней в сыворотке крови; ввести в свой рацион следующие продукты: жирную рыбу (лосось, скумбрия, тунец), яйца, сыр, печень животных, грибы; пребывание на солнце, особенно в утренние часы и перед закатом [2, 4].

Литература

1. Семин С.Г., Волкова Л.В., Моисеев А.Б., Никитина Н.В. Перспективы изучения биологической роли витамина D // Педиатрия. – 2013. – Т. 91, № 2. – С. 122-131.

2. Спиричев В.Б. О биологических эффектах витамина Д // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, № 6. – С. 113-119.
3. Шварц Г.Я. Дефицит витамина D и его фармакологическая коррекция // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 17 (7). – С. 477-486.
4. Autier P, Boniol M, Pizot C, Mullie P. Vitamin D status and ill health: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014; 2:76-89.
5. Norman A.W., Bouillon R. Vitamin D nutritional policy needs a vision for the future // *Exp. Biol. Med.* – 2010. – 235 (9). – P. 1034-1045.
6. Tomlinson PB, Joseph C, Angioi M. Effects of vitamin D supplementation on upper and lower body muscle strength levels in healthy individuals. A systematic review with meta-analysis. *J Sci Med Sport.* 2015; 18(5):575-580.

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ

Материалы областной юбилейной
научно-практической конференции,
посвященной 75-летию учреждения здравоохранения
«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

20 ноября 2020 года

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

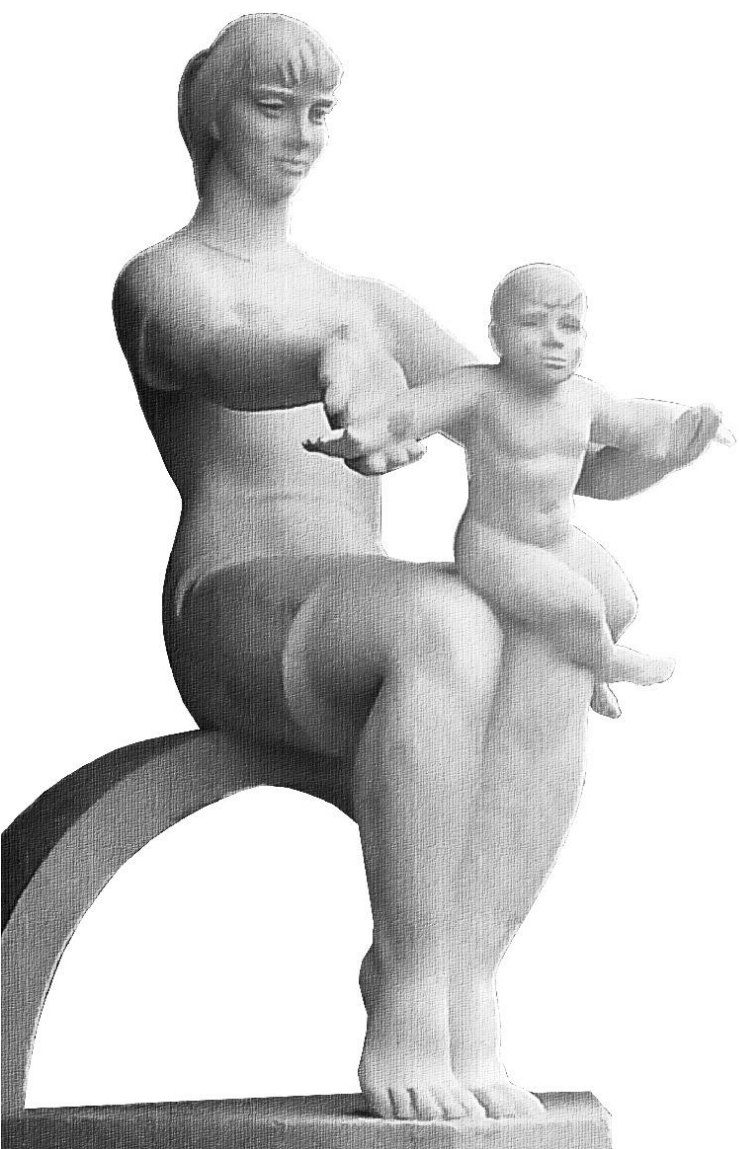
Компьютерная верстка М. Я. Милевской

Подписано в печать 10.12.2020.

Тираж 9 экз. Заказ 184.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.



Адрес:
230009 г.Гродно, ул. Горького, 77

Тел./факс:
+375 152 43 69 40

E-mail:
perinatalcenter@mail.grodno.by

Сайт:
www.roddom.by

ISBN 978-985-595-255-9

