The Fetus As Patient

31st international congress

FETUS as a PATIENT

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2015 год

А

АБДРАХМАНОВА ЛИЛИЯ

Тема: Сравнение допплерометрического исследования скорости мозгового кровотока у плодов при резус-иммунизации.

Л. Абдрахманова, О. Токтарова, М. Ситарская, Д. Мусина.
Республиканская клиническая больница, Государственный медицинский Университет, Казань, Россия.

Цель исследования: Сравнительная оценка показателей скорости мозгового кровотока – пиковой систолической скорости мозгового кровотока (ПССК) плодов у беременных с резус- иммунизацией, родивших детей с Rh(-) принадлежностью крови и Rh(+) принадлежностью крови и различной степенью гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБП, ГБН), потребовавших как консервативного лечения без заменного переливания крови (ЗПК), так и с ЗПК и с использованием инвазивных технологий внутриутробного переливания крови (ВПК) плоду.

Материал и методы: Проведено ультразвуковое исследование плодов у 50 повторнобеременных с резус- иммунизацией с изучением скорости мозгового кровотока- пиковой систолической скорости (ПСС) в средней мозговой артерии на сроке 30-34 недели беременности. Возраст беременных составил – от 25 до 40 лет. 1 группа (n-10)- беременные, с наличием титра резус- антител от 1:2 до 1: 128, родившие детей с Rh(-) принадлежностью крови. Данная группа является группой контроля. 2 группа(n-18)- беременные с наличием титра резус- антител от-1: 4 до 1: 32, родившие детей с Rh(+) принадлежностью крови и ГБН послеродовой формы без заменного переливания крови (ЗПК). 3 группа(n-14)- беременные с наличием титра Rh антител от 1:32 до1: 128, родившие детей с Rh(+)и с ГБН и ГБП, потребовавшие ЗПК и переливание эритромассы в раннем и позднем неонатальном периоде в количестве от 1 до 3. 4 группа (n-8)- беременные с наличием резус антител от 1: 16 до 1: 256. В данной группе плодам проведено от 1 до 4 инвазивных манипуляций- ВПК плодам с Rh(+) принадлежностью крови отмытых эритроцитов 0(I) Rh(-)принадлежности группы на сроке от 20 до 35 недель беременности.

Результаты исследования: Анализ ПСС в средней мозговой артерии показал достоверное увеличение скорости мозгового кровотока у плодов в 3 и 4 группе беременных и достоверное различие с 1 и 2 группой. В тоже время достоверных отличий между 1 и 2 группой не найдено. При динамическом исследовании скорость мозгового кровотока- у плодов- ПСС в средней мозговой артерии в 1 и 2 группе увеличивается максимально в 1-1,2 раза, в 3 группе в 1,4-1,6 раз, в 4 группе в 1,8-2 раза. При анализе нашей группы 46% беременных с резус-иммунизацией родоразрешены операцией кесарева сечения. Наибольший % кесаревых сечений составил у резус- иммунизированных беременных 4 группы риска. У 20% исследуемых беременных, родивших детей с Rh(-) принадлежностью крови, мужья были гетерозиготами по Rh(D) фактору.

Выводы: Метод допплерометрии- измерение скорости мозгового кровотока (пиковой систолической скорости) в средней мозговой артерии является эффективным практическим методом диагностики тяжелых форм гемолитических болезней плода и новорожденного, обусловленных несовместимостью по Rh(D) и другим антигенам.

Ключевые слова: резус-иммунизация, допплерометрия, пиковая систолическая скорость кровотока.

ABDRAHMANOVA LILIYA

Abstract name: Comparision of doppler uktrasonography of velocity of the cerebral blood flow of fetus with rh alloimmunization.

L. Abdrahmanova-1, O.Toktarova-2, M.Sitarskaya-3, D. Mysina-4
Republican Clinical Hospital (1,2,3,4), State Medical University(1), Kazan, Russia

Brief Introduction: Research objective: A comparative assessment of indicators velocity of the cerebral blood flow - the peak systolic velocity of the cerebral blood flow of fetus of pregnant women with Rh alloimmunization, given birth to newborn with RhD (-) and RhD(+) blood group and various extent of Rh(D,C) hemolytic disease of fetus and newborn (HDF, HDN), required (which demanded) just as conservative treatment without exchange blood neonatal transfusion (ENBT) and with ENBT, so with use of invasive technologies – intrauterine blood transfusion (IBT) to a fetus.

Materials and Methods: Ultrasonic research of fetus conducted of 50 multigravida pregnants with Rh alloimmunization with studying of velocity of the cerebral blood flow - the peak systolic velocity (PSV) in middel cerebral artery on the 30-34 weeks of pregnancy. The age of pregnant women: from 25 to 40 years. The 1st group (n-10) - pregnant women with existence of Rh alloantibodies from 1:2 to 1: 128, given birth to newborn with RhD(-) blood group. This group is a control group. The 2nd group (n-18) - pregnant women with existence of Rh alloantibodies from 1:4 to 1:32, given birth to newborn with RhD(+) blood group and HDN postpartum form without exchange blood transfusion (ENBT). The 3rd group (n-14) - pregnant women with existence of Rh alloantibody from 1:32 to 1:128, given birth to newborn with RhD(+) blood group and HDF and HDN which demanded ENBT and late neonatal transfusion of an erythromass from 1 to 3. The 4th group (n-8) - pregnant women with existence of Rh alloantibodies from 1:16 to 1:256. The invasive procedures (from 1 to 4)were carried out to the fetus with RhD(+) blood group – IBT of fetus washed erythrocytes 0 (I) RhD(-) blood group on the duration of gestation from 20 to 35 weeks .

Clinical Cases or Summary Results: The analysis of PSV in a middle cerebral artery showed reliable increase in velocity of a cerebral blood flow of fetus in the 3d and the 4th groups of pregnant women and reliable differences with the 1st and the 2nd groups. At the same time, there are no significant differences between the 1st and the 2nd groups. At dynamic study the velocity of the cerebral blood flow of fetus – PSV in a middle cerebral artery is increasing maximally by 1-1,2 times in the 1st and in the 2nd group, in the 3rd group – by 1,4-1,6 times, in the 4th group – by 1,8-2 times. The analysis of our group showed that 46% of pregnant women with Rh immunization were abdominal delivered. The biggest % of abdominal delivery concerned to pregnant women with Rh immunization from the 4th group of risk. 20% of being studied pregnant women who gave birth to newborns with RhD(-) blood group have husbands who were heterozygotes on Rh(D) factor.

Conclusions: The Doppler velocimetry method - measurement of velocity of the cerebral blood flow (peak systolic velocity) in a middle cerebral artery, is the effective practical method of diagnostics of the severity of hemolytic diseases of a fetus and a newborn caused by incompatibility on Rh(D) and other anti-genes.

Key words: Rh alloimmunization, Doppler ultrasonography, peak systolic velocity of blood flow.

АВРУЦКАЯ ВАЛЕРИЯ

Тема: Эффективность пренатальной диагностики хромосомной патологии в Ростовской области.

В. Авруцкая, Н. Кривенцова, В. Линде, Р. Шокарев, В. Гимбут, С. Кригер, Н. Горская.
ФГБУ Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Минздрава России, Ростов-на-Дону.

С 2010 года в Ростовской области (РО) внедряется новый алгоритм раннего прена-тального скрининга (РПС) – обследование всех беременных в I триместре с расчетом комби-нированного риска по хромосомной аномалии (ХА). Это позволяет своевременно сформиро-вать группу риска и провести уточняющую инвазивную пренатальную диагностику (ИПД) в I триместре с проведением хорионбиопсии, а не кордоцентеза, который имеет наибольший риск прерывания беременности (до 3%). В нашем исследовании мы оценили эффективность выявления наиболее частых ане-уплоидий у пациенток Ростова и Ростовской области в 2014 году.

В 2014 году беременным с повышенным риском по ХА было выполнено 454 ИПД. Доля проведенных кордоцентезов составляла 1,6%, что соответствует международным стан-дартам - менее 2%. Однако доля хорионбиопсии, проводимой в 1 триместре беременности, составила 6,8%. Это во многом объясняется поздним (после 12-13 недель) получением ре-зультата расчета индивидуального риска. Оптимальным решением для ИПД в этих условиях является амниоцентез, который возможно проводить начиная с 16 недель беременности. На долю молекулярно-генетического исследования околоплодных вод методом количественной флуоресцентной полимеразной цепной реакции приходится 91,6% всех ИПД Ростовской области.

В 2014 году по данным Минздрава РО было зарегистрировано 42463 родов, только 57% беременных прошли РПС первого триместра, что не соответствует показателю для мас-сового скрининга (не менее 80%). В группу высокого риска по ХА были выделены 2,6%, что несколько больше международного стандарта, составляющего 1-2%. ИПД проведена только 60% из этих пациенток. Это, на наш взгляд, свидетельствует о недостаточном уровне информационно-просветительской работы на местах.
Таким образом, в 2014 году нами выявлено 45 случаев беременностей с синдромом Дауна (СД), 5 - с синдромом Эдвардса, 4 - с синдромом Патау, 4 - с синдромом Тернера и 2 случая с синдромом Клайнфельтера. Эффективность пренатального выявления ХА, опреде-ляемая как отношение числа установленных ХА к общему числу проведенных инвазивных процедур, составила 13%, что немного меньше международного стандарта (не менее 15%). Из женщин, беременных плодами с синдромом Дауна только 29 (64%) имели высокий ком-бинированный риск (больше, чем 1:100), у 10 (22%) был рассчитан низкий риск, но присут-ствовали УЗИ маркеры ХА. 6 женщин (14%) не участвовали в биохимическом скрининге, но так, же попали в группу риска по УЗИ маркерам. Таким образом, в условиях РО, при формировании группы риска с критерием 1:100, часть женщин, беременных плодами с СД, не будет направлена на ИПД.
Всего за 2014 год родилось 39 детей с СД, т.о. эффективность выявления СД в РО со-ставляет 53,6%. Поздно встали на учет и не прошли РПС 36% из этих женщин, нет данных на 33%, низкий риск (меньше чем 1:250) был у 18%, у 5% риск был в границах от 1:100 до 1:250. У троих (8%) риск был высокий, но от ИПД они отказались.

Исходя из всего вышесказанного, основным путем повышения эффективности РПС в области мы видим в увеличении охвата беременных женщин ранним пренатальным скринингом до международного стандарта (не менее 80%), совершенствование формирования группы риска и повышении уровня информационно-просветительской работы на местах.

Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 43, r715@yandex.ru

AVRUTSKAYA VALERIYA

Abstract name: Prenatal diagnosis efficiency of chromosomal pathology in Rostov Region.

V. Avrutskaya, N. Kriventsova, V. Linde, R. Shokarev, V. Gimbut, S. Kriger, N. Gorskaya
Rostov Research and Development Institute of Obstetrics and Pediatrics of Russian Health Ministry, Rostov-on-Don.

Since 2010 in Rostov region we introduced a new algorithm for early prenatal screening (EPS) – a survey of all pregnant women in the I trimester combined with the calculation of risk for chromosomal abnormalities (CA). It allows to establish a group of risk and conduct a clarifying in-vasive prenatal diagnosis (IPD) in the I trimester with carrying out chorion villus sampling (CVS) and avoid a cordocentesis which has the higher risk of miscarriage (up to 3%).
In our study we evaluated the efficacy of detection of the most common aneuploidies in pa-tients of Rostov-on-Don and Rostov region in 2014.

At total in 2014 it was performed 454 IPD in pregnant women with an increased risk for CA. Held out percentage of cordocentesis was 1.6%, which corresponds to international standards - less than 2%. However the share CVS carried out in 1 trimester of pregnancy was 6.8%. This is largely due to the late (after 12-13 weeks) result of the calculation of individual CA risk. The opti-mal solution for IPD in these conditions is amniocentesis, which may carry out since the 16th week of pregnancy. Current percentage of molecular genetic studies of amniotic fluid by quantitative flu-orescence polymerase chain reaction is 91.6% of all IPD in Rostov region.
According to the data of local Health Ministry in 2014 from of total 42463 births only 57% of pregnant women have conducted the EPS of the first trimester which is lower than overall indica-tor for the mass screening (at least 80%). In the high-risk group for CA were allocated 2.6% and it slightly more than the international standard of 1-2%. IPD conducted only in 60% of these patients. This in our view indicates a lack of proper level of outreach in women's clinics.
Thus in 2014 we identified 45 cases of pregnancies with Down syndrome, 5 - with Edwards syndrome, 4 - with Patau syndrome, 4 - with Turner syndrome and 2 cases with Klinefelter's syn-drome. Prenatal screening for CA efficacy, defined as the ratio of CA to total number of invasive procedures was 13% which is slightly less than international standard (not less than 15%).

In women with Down syndrome fetuses only 29 (64%) had a high combined risk (greater than 1:100) and 10 (22%) had calculated lower risk but there were ultrasound markers of CA. 6 women (14%) did not take part in the biochemical screening but they also were at high risk due to ultrasound markers detected. Thus in Rostov region in forming the risk to criterion 1:100 some women with Down syndrome fetuses is not directed to IPD. Overall in 2014 were born 39 children with Down syndrome so the effectiveness of Down's syndrome screening in the Rostov region is 53.6%. About of 36% of these women did not passed the EPS, there is no data to for 33%, lower risk (less than 1: 250) was calculated in 18% and 5% women had risk in range from 1:100 to 1:250. In three women (8%) the risk was high but they had refused the IPD.

The main way of increasing efficiency of the EPS we see by growth in coverage of pregnant women with early prenatal screening according to international standard (not less than 80%), in im-provement the risk group forming and improving outreach in women's clinics.

Rostov-on-Don, ul. Mechnikova, 43, r715@yandex.ru

АЛЕКСЕЕВА ЛИЛИЯ

Тема: Состояние новорожденных от матерей с эссенциальной артериальной гипертензией.

Л.Л. Алексеева, И.Б. Фаткуллина, Т.К. Губарь.
ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», г. Улан-Удэ
Медицинский центр «Диамед».

Введение. Учитывая значительную распространенность эссенциальной артериальной гипертензии у беременных в последние годы, выявление осложнений с ранних сроков беременности, предупреждение материнской и перинатальной смертности определяет актуальность изучения исходов беременности, состояние здоровья новорожденных от матерей с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ).
Материалы и методы: Нами изучено внутриутробное состояние здоровья плодов, а также новорожденных и детей в возрасте 1 года от матерей этнический групп русских и бурят с ЭАГ. Использовали: ультразвуковое исследование с допплерометрией, исследование газового состава пуповинной крови проводился на анализаторе «ABL», нейросонография.

Результаты. При рождении 33,3% новорожденных группы бурят и 20% русских имели гиперадаптацию. При оценке кислотно-основного состояния отмечено у новорожденных бурят наличие декомпенсированного ацидоза, более выраженной задолженности тканей в кислороде, а также гиперкапнии в сравнении с русскими детьми ($p<0,05$). При анализе динамики показателей церебральной артериальной резистентности отмечена частота встречаемости высоких значений индекса резистентности в обеих группах детей, которая достаточно четко коррелировала с реализацией перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС. При клиническом обследовании детей, рожденных от матерей с ЭАГ в возрасте 6 месяцев установлена частота встречаемости церебральной ишемии средней степени у детей бурят, церебральной ишемии легкой степени у русских детей, последнее является более благоприятным в неврологическом плане, но сопровождалась изменениями на глазном дне.

Заключение. В структуре заболеваемости новорожденных от матерей с ЭАГ преобладает гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) I и II степени в обеих этнических группах, при этом более тяжелое течение, отмечено у бурят проявляющееся декомпенсированным метаболическим ацидозом, большей кислородной задолженностью тканей, выраженной гиперкапнией с исходом в ГИЭ II степени. У детей от матерей с ЭАГ обеих этнических групп отмечен рост артериальной резистентности в возрасте 3 месяцев, сменяющийся стабилизацией кровотока к году.
Авторы:

Докладчик: Алексеева Лилия Лазаревна – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства-гинекологии с курсом педиатрии медицинского института Бурятского государственного университета, заместитель главного врача по акушерству-гинекологии ООО МЦ «Диамед», г. Улан-Удэ.
E-mail: l.alekseeva09@mail.ru

Содокладчики:
1. Фаткуллина Ирина Борисовна – доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой акушерства-гинекологии с курсом педиатрии медицинского института Бурятского государственного университета, заместитель главного врача по акушерству-гинекологии Республиканского перинатального центра, г. Улан-Удэ
2. Губарь Татьяна Константиновна – врач акушер-гинеколог ООО МЦ «Диамед», г. Улан-Удэ

ALEKSEEVA LILIYA

Abstract name: the condition of the newborns from mothers with essential arterial hypertension.

L.L. Alekseeva, I.B. Fatkullina, T.K. Gubar
FGBOU VPO "Buryat state University, Ulan-Ude, Medical Center "Diamed".

Introduction. Given the high prevalence of essential hypertension in pregnant women in recent years, the detection of complications in early pregnancy, the prevention of maternal and perinatal mortality determines the relevance of the study of pregnancy outcomes, the health status of infants of mothers with essential arterial hypertension.

Materials and methods: We studied fetal health status of fetuses, and infants and children aged 1 year to mothers ethnic groups of Russians and Buryats with EAH. Used: ultrasound with Doppler ultrasound, the study of gas composition of cord blood was performed on the analyzer "ABL", neurosonography.

Results. At birth, 33.3% of the newborns of the group of Buryats and 20% of Russians had hyperadiposity. When evaluating acid-base status were observed in newborns drilled the presence of decompensated acidosis, more severe debt for tissue oxygen and hypercapnia in comparison with Russian children ($p<0.05$). In the analysis of dynamics of indicators of cerebral arterial resistance observed frequency of occurrence of high values of the resistance index in both groups of children, which is clearly correlated with the implementation of perinatal hypoxic-ischemic lesion of the Central nervous system. Clinical examination of children born to mothers with essential arterial hypertension at the age of 6 months the frequency of occurrence of cerebral ischemia secondary level in children Buryats, cerebral ischemia mild of the Russian children, the latter is more favourable in neurological terms, but was accompanied by changes in the fundus.

Conclusion. In the structure of morbidity in infants of mothers with EAH prevails hypoxic-ischemic encephalopathy I and II degrees in both ethnic groups, with a more severe course, were drilled manifested decompensated metabolic acidosis, greater oxygen debt fabrics, severe hypercapnia with STI outcome in the second degree. In children of mothers with EAH both ethnic groups showed an increase in arterial resistance in the age of 3 months followed by stabilization of blood flow to the year.

АРУТЮНЯН ТАМАРА

Тема: Возможности антенатального прогнозирования дискоординации родовой деятельности.

Т. Арутюнян, В. Линде, Ж. Эльжорукаева
Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии. г. Ростов-на-Дону.

Введение. Несмотря на обширную информацию, до настоящего времени нет полной определенности в отношении роли того или иного биоактивного компонента в процессах регуляции родовой деятельности, недостаточно выяснены взаимоотношения между отдельными клеточно-молекулярными регуляторами сократительной активности миометрия.

Цель. Оптимизировать антенатальный прогноз дискоординации родовой деятельности путем определения роли кортикотропин-рилизинг гормона и его взаимосвязи с биорегуляторами сократительной деятельности матки.

Материалы и методы. Методом ИФА исследовалось содержание кортикотропин-рилизинг гормона (CRH), субстанции Р (SP), нейромедиаторов (NA, NB), провоспалительных цитокинов (IL-6, IL-8), простагландина F2α (PGF2α), релаксина в сыворотке крови и околоплодных водах 100 беременных, ретроспективно разделенных на 3 клинические группы. В 1 группу включены 40 пациенток с самопроизвольными физиологическими родами, 2 группа – 20 женщин с дискоординацией родовой деятельности (дистоция шейки матки), у которых роды завершились экстренным оперативным родоразрешением. 3-я группа - 40 пациенток с плановым кесаревым сечением. Из исследования были исключены женщины с эндокринной патологией, нарушениями в системе гемостаза, дисфункцией коры надпочечников. По паритету родов, наличию экстрагенитальной патологии, состоянию функциональной системы «мать-плацента-плод» к моменту родоразрешения, клинические группы были репрезентативны.

Результаты. Дискоординация родовой деятельности развивается на фоне достоверно высокого уровня CRH, SP, PGF2α и низкого уровня IL-6 в сыворотке крови, что сопровождается нарушением процессов раскрытия маточного зева и развитием патологической болевой импульсации. Определены высокоинформативные критерии прогнозирования дискоординации родовой деятельности, в виде коэффициентов отношения PGF2α/релаксин и CRH/IL8 в сыворотке крови накануне родов. Прогностическим критерием развития и завершения родов физиологически является коэффициент CRH/IL-8, равный 6,92 и ниже, при коэффициенте отношения PGF2α/релаксин равный 11,7 и выше накануне родов в срок следует прогнозировать дискоординацию родовой деятельности.

Выводы. Полученные результаты исследования дают возможность прогнозировать развитие дискоординации родовой деятельности до начала родов, что позволит начать терапию нарушения сократительной активности матки в родах и завершить их физиологически.

Арутюнян Тамара Геворговна, м.н.с РНИИАП; e-mail: tamarut@yandex.ru

HARUTYUNYAN T.

Abstract name: Possibility of distocia antenatal forecasting.

T. Harutyunyan, V. Linde, J. Elzhorukaeva
Rostov Scientific - Research Institute of Obstetrics and Pediatrics. Rostov-on-Don.

Introduction. Despite the wealth of information, so far there is no complete certainty about the role of a bioactive component in the regulation of labor, insufficient clarified the relationship between the individual cell-molecular regulators of contractile activity of the myometrium.

Goal. Optimize distocia antenatal forecast by defining the role of corticotropin-releasing hormone and its relationship with bioregulators uterine activity.

Materials and methods. The content by ELISA corticotropin - releasing hormone (CRH), substance P (SP), neurotransmitters (NA, NB), proinflammatory cytokines (IL-6, IL-8), prostaglandin F2α (PGF2α), relaxin in serum and amniotic fluid 100 pregnant women, retrospectively divided into 3 clinical groups. In Group 1 included 40 patients with spontaneous physiological childbirth, Group 2 - 20 women with discoordination labor (cervical dystocia), whose birth resulted in an emergency operative delivery. 3rd group - 40 patients with elective **Caesarean section.** Women with endocrine disorders, disturbances in the hemostatic system, dysfunction of the adrenal cortex were excluded. By parity of labor, presence extragenital pathology of the functional system "mother-placenta-fetus" at the time of delivery, clinical groups were representative.

Results. Distocia develops against the backdrop of significantly high level of CRH, SP, PGF2α and low levels of IL-6 in the serum, which is accompanied by a violation of the processes of disclosure of uterine throat and the development of pathological pain impulses. Criteria for predicting highly informative incoordination of labor, in the form of the ratio of PGF2α / relaxin and CRH / IL8 serum before birth are defined. The prognostic index of development and completion of normal birth is CRH/IL-8 index, equal to 6.92 and below; on the eve of terms the ratio of PGF2α / relaxin should be equal to 11.7 and above to be able to predict labor discoordination (distocia).

Conclusions. The obtained results of the study make it possible to predict the development of labor discoordination (distocia) before delivery, which will start the therapy of abnormal uterine activity in labor and complete their physiologically.

Tamara Harutyunyan Gevorgovna, m.n.s RNIIAP; e-mail: tamarut@yandex.ru

Б

БАЙБУЛАТОВА ШУКРАН

Тема: Особенности состояния эндокринной системы плода при плацентарной недостаточности.

Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Карданова М.А., Байбулатова Ш.Ш.
ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва.

Введение: Нарушение внутреутробного роста увеличивает частоту развития ожирения Юишемической болезни сердца,резистентности к инсулину и ряд других заболеваний во взрослой жизни.

Цель: определение эндокринного статуса плода при неосложненной беременности и плацентарной недостаточности(ПН) различной степени тяжести.
Материалы и методы: проведено комплексное обследование 90 беременных с неосложненной беременностью и 230 – с плацентарной недостаточностью различной степени тяжести.

Результаты: при синдроме задежки роста плода происходит уменьшение всех размеров щитовидной железы плода по сравнению с нормативными для срока беременности. Степень отставания зависит от степени тяжести СЗРП – на 31% от нормы при СЗРП III степени. При ПН происходит снижение сосудистого сопротивления в щитовидных артериях на 22,2% от нормы при СЗРП III степени. ПРИ СЗРП II-III степени снижается концентрация тиреоидных гормонов и повышается уровень тиреотропного гормона. При СЗРП II-III степени отмечается выраженное отставание темпов роста надпочечников по сравнению с неосложненной беременностью – на 25% по ширине 26% по высоте и 15,5% по толщине. При СЗРП I степени происходит рост сосудистого сопротивления в надпочечниковых артериях на 16% от нормы. При СЗРП III степени – снижение сосудистого сопротивления на 27% от нормы. При СЗРП II-III степени снижается концентрация кортизола в крови новорожденного - <105 нмоль/л.

Выводы: эндокринные нарушения, возникающие антенатально, будут сказываться в виде отклонений или серьезных нарушений эндокринного звена гомеостаза и связанных с ним нервных и иммунологических звеньев. Перспективным представляется углубление возможностей в отношении антенатальной и неонатальной диагностики не только эндокринных заболеваний, но и конституциональных вариантов эндокринного статуса.

БАЛАКШИНА НАТАЛЬЯ

Тема: Анализ критических случаев в акушерстве «near-miss».

Шаталова Е.В., Балакшина Н.Г., Козыренко Е.М.
ОГБУЗ «Томская областная клиническая больница», ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», Томск, Россия.

Актуальность проблемы. Материнская смертность является одним из основных показателей цивилизованности любой страны. С целью снижения показателя материнской смертности, проведен анализ критических случаев «near-miss» – «почти потерянные» или «едва выжившие».
Цель исследования. Организация и разработка новых направлений в профилактике тяжелых акушерских осложнений и материнской смертности.

Материалы и методы исследования. В 2014 году на территории Томской области был проведен анализ тяжелых акушерских осложнений у матерей без летального исхода.
Согласно данным ВОЗ, к критериям включения в группу near-miss были отнесены следующие: кровотечение более 2000 л, пребывание на искусственной вентиляции легких более 24 часов, синдром полиорганной недостаточности (СПОН), гистерэктомия, эмболия околоплодными водами, тромбоэмболия легочной артерии, тяжелая преэклампсия, эклампсия в сочетании с органной дисфункцией, экстрагенитальные заболевание в стадии декомпенсации.

Результаты исследования. В категорию near-miss были включены 43 пациентки: 26 (60,47%) – городские жительницы, 16 (37,21%) – жительницы области, 1 (2,33%) – иностранка (республика Кыргызстан). Возраст пациенток был от 17 до 42 лет. Средний возраст женщин составил 30,2 года. Пациентки доставлялись бригадой скорой медицинской помощи и санитарной авиации в различные подразделения ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», при этом родильниц было 18 (41,9%), беременных с экстрагенитальной патологией – 25 (58,1%). Все пациентки были родоразрешены в экстренном порядке. Срочные роды были у 13 (52%), преждевременные – у 12 (48%) женщин (22 - 28 недель – 4; 29 - 35 недель – 6; 36 - 37 недель – 2). Оперативные роды путем операции кесарево сечения были у 20 (80%) женщин, самопроизвольные у 5 (20%).
Согласно организации работы трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде на территории Томской области, беременные женщины высокой степени акушерского риска родоразрешаются в ОГАУЗ «Областной перинатальный центр». По распоряжению Департамента здравоохранения Томской области госпитализация беременных женщин с экстрагенитальной патологией, родильниц с тяжелыми послеродовыми осложнениями гнойно-септического характера, синдромом полиорганной недостаточности, острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии из всех учреждений родовспоможения осуществляется в ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница».
В структуре причин тяжелого состояния пациенток были следующие: акушерские кровотечения – 18 (41,9%), тяжелые формы преэклампсии – 10 (23,4%), септические состояния – 6 (13,9%), злокачественные новообразования шейки матки – 3 (6,9%), экстрагенитальная патология – 2 (4,6%), другие причины – 4 (9,3%).
Причиной массивной кровопотери были: гипотоническое послеродовое кровотечение, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, центральное предлежание плаценты, осложнившееся преждевременной отслойкой. При этом объем кровопотери составил от 1500 мл до 6300 мл. Алгоритм оказания неотложной помощи соблюдался во всех случаях. При гипотоническом кровотечении были использованы: баллонная внутриматочная тампонада, введение пабала. В 8 случаях проведено экстренное хирургическое лечение – гистерэктомия. Интраоперационно с целью остановки кровотечения накладывали гемостатические швы на матку, которые были не эффективны. Для восполнения кровопотери был использован для реинфузии аутокрови аппарат «Аутолог в 11 (68,8%) случаях.
Тяжелая преэклампсия и эклампсия была у 10 (23,4%) пациенток, при этом с развитием HELLP – синдрома – у 1, СПОН - у 6 (13,9%).
Длительность лечения пациенток составила от 8 до 106 дней. Средний срок госпитализации был 23 дня. Количество дней, проведенные в отделении реанимации ОГАУЗ «Областной перинатальный центр» и ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» колебался от 4 до 74 дней.

Выводы. Мониторинг случаев «near-miss» является важным разделом работы службы охраны материнства и детства. Проведение параллельного анализа случаев материнской смертности и случаев «near-miss» показал значимость своевременной транспортировки пациенток в многопрофильный стационар – ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», важность соблюдения алгоритма оказания медицинской помощи, согласно, клинических протоколов и порядков, и огромные возможности ОГАУЗ «Областной перинатальный центр» в оказании диагностических и лечебных мероприятий у наиболее тяжелой группы беременных женщин.

Одним из важных шагов в снижении уровня материнской смертности и выхаживании «едва выживших» пациенток, является организация в Томской области систематического круглосуточного контроля и взаимодействия с медицинскими учреждениями акушерского профиля, осуществляемого службой мониторинга, организация консилиума специалистов и грамотный персонал ведущих лечебных подразделений, куда госпитализируется данная группа пациенток.

Г

ГАЙДАЙ АНДРЕЙ

Тема: Тромбоцитарно – эндотелиальная дисфункция как метод диагностики гипертензивных состояний у беременных.

А. Гайдай, А. Тусупкалиев.
Западно – Казахстанский Государственный медицинский университет имени Марата Оспанова.
Республика Казахстан, город Актобе.

Введение: Гипертензивные состояния беременных в настоящее время занимают одно из ведущих мест в структуре причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Проведено исследование изучения содержания маркеров дисфункции в периферической крови беременных с артериальной гипертензией. Обследовано 96 женщин с гипертензивными состояниями и здоровые беременные женщины, которые были разделены на 4 группы.

Материалы и методы: определение уровня маркеров тромбоцитарно - эндотелиальной дисфункции проводилось путем определения морфометрических показателей тромбоцитов, иммуноферментного анализа, спектрофотометрии, биохимическим энзимотическим методами.

Результаты: Особенностями эндотелиальной дисфункции сосудов при гипертензивных состояниях являются снижение уровней оксида азота (NO-) и NO- синтазы в сыворотке крови беременных с преэклампсией легкой степени в 2,0 и 1,2 раза, тяжелой степени – в 2,5 и 1,4 раза; содержание эндотелина и гомоцистеина с нарастанием тяжести преэклямпсии увеличивается в 4,5 и 4,8 раза. Установлены достоверные корреляционные связи между маркерами эндотелиальной дисфункции, морфометрическими показателями тромбоцитов, показателями коагулограммы и степенью тяжести гипертензивного состояния. В 41,6%(10) случаях, отмечалось переход легкой преэклампсии в тяжелую, при этом отмечается достоверное снижение NO ниже 6,0±0,8 мкмоль/л , NO-синтазы ниже 20,0±0,2 мкмоль/л и достоверное повышение уровня гомоцистеина выше 10,0±0,4 мкмоль/л выявленное при первичном обследовании.

Заключение: 1. Тромбоцитарно-эндотелиальная дисфункция является ведущим патогенетическим механизмом при гипертензии во время беременности и преэклампсии, а степень поражения этих систем коррелирует с их степенью тяжести.
2. Особенностями эндотелиальной дисфункции сосудов при гипертензивных состояниях являются снижение уровней оксида азота (NO-) и NO – синтазы в сыворотке крови беременных с преэклампсией; содержание эндотелина и гомоцистеина с нарастанием тяжести преэклямпсии увеличивается, что может служить диагностическими критериями при оценки тяжести.
3. Снижение уровня NO до 6,0 и NO-синтазы до 20,0 мкмоль/л, в сочетании с повышением уровня гомоцистеина выше 10,0 мкмоль/л при легкой преэклампсии, в перспективе предполагает развитие тяжелой преэклампсии. Данные показатели могут быть методом ранней диагностики и прогнозирования тяжелой преэклампсии.

Ключевые слова: гипертензии беременных, диагностика, маркеры, эндотелин-1, оксид азота, гомоцистеин, тромбоциты.

ГЕРАСИМЕНКО АЛЕКСЕЙ

Тема: Экономические и эпидемиологические аспекты реализации системы эпидемиологической безопасности в перинатальном центре.

А.В. Герасименко
Мордовский республиканский клинический перинатальный центр.

В сложившейся сложной демографической ситуации репродуктивное здоровье России является фактором национальной безопасности. Для обеспечения демографического благополучия страны необходимо гарантировать и безопасность госпитальной среды учреждений родовспоможения, в части перинатальных центров. Одна из определяющих видов безопасности медицинской организации – это эпидемиологическая безопасность, для обеспечения которой важны как эпидемиологические, так и экономические аспекты.

Проблема профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощью (ИСМП) в настоящее время рассматривается как составляющая часть проблемы безопасности пациентов и персонала в учреждениях здравоохранения и качества оказания медицинской помощи.

Стратегическим направлением обеспечения качества и безопасности родовспоможения в ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр» является создание системы эпидемиологической безопасности основывающейся на централизации управления ведущими разделами профилактической и противоэпидемической работы. Формой реализации системы эпидемиологической безопасности является отдел эпидемиологической безопасности, созданный в августе 2013года путем объединения в этой структуре подразделений, непосредственно задействованных в обеспечении эпидемиологической безопасности. К ним отнесены: отделение уборки и дезинфекции помещений (медицинский клининг), централизованное стерилизационное отделение, отделение обеспечения бельем и питанием, дезинфекционная камера, отделение обеззараживания медицинских отходов, микробиологическая лаборатория.

Отдел находится под непосредственным руководством заместителя директора Центра по эпидемиологии, возглавляется заведующей – врачом инфекционистом. Общая штатная численность – 95 физических лиц, в том числе 2 врача, 2 фельдшера-лаборанта, 4 медицинских сестер, 1 медицинский дезинфектор, 86 лиц младшего медперсонала (57 клинеров, 2 санитарки отделения обеззараживания отходов,15 сестер хозяек, 12 буфетчиц).

Деятельность Отдела основывается на централизации управления комплексом санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также мероприятий, направленных на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний.

В целях контроля качества системы эпидемиологической безопасности создана трехуровневая система контроля, включающая в себя:
1 уровень – визуальный контроль за соответствием госпитальной среды перинатального центра требованиям санитарно-эпидемиологических правил – осуществляют должностные лица отдела инфекционной безопасности;
2 уровень – экспресс-оценка качества уборки помещений с использованием флюоресцирующих меток, данные метки проставляются старшим клинером и затем оцениваются после проведения уборки и дезинфекции;
3 уровень – микробиологический контроль объектов больничной среды на наличие санитарно-показательной и иной микрофлоры, данную работу проводят специалисты бактериологической лаборатории по плану-графику, утвержденному руководителем учреждения.

Для подразделений Центра контрольные мероприятия и обследования являются внезапными. Результаты контроля разбираются на комиссии по профилактике ИСМП, рапортах у директора, производственных совещаниях, по итогам которых корректируются профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Результатом внедрения инновационных технологий в обеспечении эпидемиологической безопасности Перинатального центра явились положительные изменения в эпидемиологической обстановке.
При анализе заболеваемости ГСИ новорожденных за 19 месяцев работы системы эпидемиологической безопасности и аналогичный период времени до ее внедрения отмечено, что при средней заболеваемости – 94,8 на 1000 родившихся живыми имеет место тенденция к снижению показателей заболеваемости. До внедрения системы зарегистрировано два значительных подъема заболеваемости в августе 2012г. – 155,3 на 1000 родившихся и феврале 2013г. – 179,3, после внедрения системы анализируемая заболеваемость не превышала 141,9.

В течение 19 мес. работы Центра после создания системы эпидемиологической безопасности как единой структуры среднемесячная заболеваемость ГСИ новорожденных составила 85,6±6,7 на 1000 родившихся живыми, что достоверно ниже аналогичного показателя за 19 месяцев до внедрения указанной системы – 104,8±10,6 на 1000 родившихся живыми, достигнуто снижение на 18,3%.

За анализируемый период времени следует отметить статистически достоверное снижение среднемесячного числа случаев везикулопустулезов с 5,5±0,7 до 4,0±0,5 на 27,3%, омфалитов с 1,8±0,4 до 1,0±0,1 на 44,4%, энтероколитов – с 1,9±0,4 до 1,0 на 47,4%, сепсиса с 1,4±0,2 до 0 .

Статистически недостоверно выросло среднемесячное число пневмоний с 8,2±1,2 до 8,8±0,9, число конъюктивитов осталось неизменным – 3,8±0,6.

Структура гнойно-септической заболеваемости новорожденных в настоящее время представляет собой пневмонии – 56,3%, везикулопустулезы – 20,5%, конъюктивиты – 18,8%, энтероколиты – 2,7%, омфалиты – 1,8%, сепсис – 0. Данная структура ГСИ новорожденных более благоприятна, чем в предыдущие годы и с учетом отсутствия групповой заболеваемости говорит об относительном благополучии по этим инфекция в Центре.

В ходе анализа гнойно-септической заболеваемости новорожденных по времени выявления установлено, что за 19 месяцев функционирования системы эпидемиологической безопасности среднемесячное число случаев ГСИ, выявленных в 1 день жизни ребенка и рассматриваемых как внутриутробные составило 12,0±1,1 и статистически не различимо с аналогичным периодом времени до внедрения данной системы- 12,2±1,3. Подобная ситуация отмечена по случаям ГСИ, выявленных на 2 день жизни – 4,6±0,9 против 4,2±0,7.

На 3 день жизни и позже зарегистрированы гнойно-септические заболевания, которые с высокой степенью вероятности связаны с внутрибольничными источниками и факторами распространения, среднемесячное число данных случаев за последние 19 месяцев составило 1,5±0,3, что статистически достоверно ниже, чем до внедрения системы эпидемиологической безопасности – 4,2±0,6, снижение на 64,2%.

При осуществлении контроля качества дезинфекционных мероприятий в Центре с декабря 2013г. использовались специальные флюоресцирующие метки. За период декабрь 2013г. –февраль 2015г. в целом по Перинатальному центру поставлено 3696 меток, общее количество неудовлетворительных результатов составило 137 или 3,7%. Причем следует отметить, что число условно негативных (метка не полностью удалена) результатов составило 59 (1,6% от поставленных меток), негативных (метка не тронута) – 78 (2,1%).

При анализе понедельной динамики результатов En-Compass отмечено, что за анализируемый период времени произошло значительное улучшение показателей качества дезинфекции помещений и оборудования. Доля неудовлетворительных меток снизилась с 5,6% (декабрь 2013г.), 7,7% (январь 2014г.) до 1,4% (сентябрь 2014г.), 1,4% (февраль 2015г.).

В разрезе отделений доля неудовлетворительных результатов En-Compass наибольшей была в акушерских отделениях: патологии беременности № 1 – 18,3%, патологии беременности № 2 – 10,9%, акушерско-обсервационном – 10,0%. В неонатологических отделениях эти показатели были

ниже – отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных – 7,8%, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей – 5,7%.

При анализе качества медицинского клининга оцениваются критические точки контроля: выключатели, дверные ручки, консоли, раковины и т.д. За анализируемый период установлено неудовлетворительные метки преобладали на выключателях (24,7%), дверных ручках (13,9%), консолях в палатах (12,1%), раковинах в палатах, ручки мебели (по 9,4%), это свидетельствует о недостаточном качестве дезинфекции указанных объектов. Приведенные данные использованы для коррекции схем уборки и дезинфекции с целью получения позитивных результатов.

Рассматривая экономический эффект функционирования Системы следует отметить основные составляющие этого:
1. Централизация системы уборки и дезинфекции помещений перинатального центра (медицинский клининг).
2. Централизация обеззараживания медицинских отходов.
3. Оптимизация применения антибиотиков.
4. Оптимизация программы производственного контроля.
5. Снижение заболеваемости гнойно-септическими инфекциями родильниц и новорожденных.

Анализируя экономический эффект по каждому из вышеуказанных разделов, установлено, что централизация медицинского клининга против рутинной ведерной уборки составила экономию около 8,3 млн. рублей, в том числе:
- по заработной оплате санитарок – сокращение 50 ставок по 13 тыс. рублей за 12 месяцев дает эффект в 7,8 млн. рублей,
- сокращение объемов дезинфицирующих средств в связи с использованием централизованных автоматических дозаторов – экономия около 411 тыс. рублей,
- снижение объемов потребления воды в связи с использования централизованной стирки мопов и салфеток – экономия около 37 тыс. рублей.
- как дополнительный позитивный эффект медицинского клининга – это высвобождение помещений, задействованных под санитарные комнаты в отделениях, упрощение управления клинерами в связи с централизацией руководства.

Централизация обеззараживания медицинских отходов дает экономию около 520 тыс. рублей в год, состоящую из высвобождения времени работы среднего медицинского персонала по обеспечению оборота медицинских отходов, исключения использования дезинфицирующих средств для обеззараживания медицинских отходов, снижения задействованного в обороте отходов инвентаря и емкостей.

Оптимизация применения антибиотиков в рамках реализации Системы дала экономию около 300 тыс. рублей в год. Переход на периоперационную антибиотикопрофилактику с отказом от рутинной антибиотикотерапии привели к сокращению объемов применяемых антибиотиков в 2,1 раза при стабилизации гнойно-септической заболеваемости родильниц и улучшении эпидемиологической ситуации среди новорожденных.

Оптимизация производственного контроля и в рамках этого экономия до 150 тыс. рублей в год стала возможной в связи с внедрением в работу Отдела экспресс-метода контроля качества уборки и дезинфекции помещений путем постановки флюоресцирующих меток (En-Compass), произошло сокращение количества проб микробиологического производственного контроля с 5000 до 1700.
Снижение заболеваемости гнойно-септическими инфекциями новорожденных на 18,3% (32 случая), с учетом увеличения продолжительности пребывания в стационаре, при выявлении этих заболеваний, в среднем до 5 дней и при стоимости койко-дня отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (2014г.) привело к экономии около 300 тыс. рублей, при госпитализации детей с этой патологией в отделение реанимации новорожденных детей - экономия составляет более 2,5 млн рублей. Это стало особо актуальным в связи с переходом на оплату ФОМС по законченному случаю, а не по койко-дню как было ранее.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать заключение, что формирование единой структуры Перинатального центра, осуществляющей профилактические и противоэпидемические мероприятия по обеспечению эпидемиологической безопасности учреждения здравоохранения, упростило организацию работы в данном направлении, позволило усилить контроль за всеми направлениями дезинфекционно-стерилизационных мероприятий, оптимизировать численность персонала, проводящего эти мероприятия, следствием всего этого явилось улучшение эпидемиологической ситуации по ГСИ новорожденных в Центре.

Результаты внедрения системы эпидемиологической безопасности как комплексной структуры можно разделить три составляющие:
1. Экономическая – при затратах на внедрение Системы около 7,4 млн. рублей, экономическом эффекте около 9,0 млн. за год, данная инновационная технология обеспечения эпидемиологической безопасности перинатального центра окупается в течение 10 месяцев.
2. Эпидемиологическая – стабилизировалась заболеваемость ГСИ новорожденных, структура ГСИ новорожденных эпидемиологически более благополучная (заболеваемость ГСИ новорожденных снизилась на 18,3%, отсутствуют септические состояния, снизилась заболеваемость энтероколитами, заболеваемость ГСИ зарегистрированная на 3 и позже день жизни снизилась на 64,3%). Система En-Compass доказывает качество мероприятий по уборке и дезинфекции больничных объектов (снижение неудовлетворительных меток за год с 5,6% до 1,4% в месяц.
3. Статусная – чистота помещений перинатального центра является его своеобразной «визитной карточкой», это первое, на что обращает внимание пациент, посещая учреждение. Процесс уборки и дезинфекции помещений, оборота медицинских отходов перестал быть унизительным, стал значимым и статусным.

ГНЕТЕЦКАЯ В.

Тема: Молекулярные технологии в пренатальной диагностике.

Гнетецкая В.А., Курцер М.А., Мальмберг О.Л.,
Кузнецова Е.С., Бессонова Л.А.
Медико генетический центр группы компаний «Мать и дитя».

Молекулярно-генетическое исследование методом сравнительной геномной гибридизации (aCGH – array comparative genomic hybridization) существенно повышает эффективность пренатальной диагностики, так как наряду с крупными хромосомными нарушениями позволяет определять субмикроскопические перестройки одновременно во всех 24 хромосомах человека.

За 2014 год нами выполнено 152 пренатальных исследований методом aCGH (Perkin Elmer) при наличии пороков развития или УЗ-маркеров хромосомной патологии плода. Материалом для исследования служили клетки ворсин хориона или клетки амниотической жидкости, полученные в 11-20 нед беременности. На первом этапе проводили анализ кариотипа стандартным методом. В 18 наблюдениях (12%) были обнаружены количественные изменения в хромосомном наборе (трисомия 21 – 8 случаев, трисомия 18 - 3, трисомия 13 - 2, мозаичная трисомия 9 -1, моносомия X - 3 и полиплоидия -1). Методом aCGH у 14 плодов с нормальным кариотипом выявлены структурные перестройки хромосом размером от 0,26 до 17,7 Mb. Обнаруженные микроделеции и/или микродупликации описаны в базе данных OMIM. В 9 из 14 случаев перестройки определены как патогенные, связанные с задержкой развития, пороками развития и характерным фенотипом.

В семи случаях для подтверждения диагноза проводили FISH - анализ с таргетными зондами к соответствующим участкам хромосом. Подтверждены dup 16p13.3p13.2; del 16p13.3/dup 16q23.3q24.3;del 1p36.32; del 22q11.31; del 22q13.3; del 2q37.3/dup17p13.1p13.1; del 4p16.3p16.1. В случае del X p21.1, делеция гена DMD с 45 по 55 экзон была подтверждена методом MLPA, что соответствует диагнозу миопатия Дюшенна.

В трех случаях у плода наблюдали микроделецию и микродупликацию разных участков хромосом. В двух семьях провели FISH-анализ с использованием субтеломерных ДНК-зондов на короткие и длинные плечи соответствующих хромосом и подтвердили наличие сбалансированной транслокации у одного из родителей.

Ультразвуковое исследование является эффективным методом формирования показаний к инвазивной пренатальной диагностике. В группе плодов с пороками развития и маркерами ХА хромосомный дисбаланс обнаружен в 17,8%.

Использование молекулярно-генетического анализа методом сравнительной геномной гибридизации позволило значительно сократить количество недифференцированных комплексов пороков и аномалий развития плода.

V. GNETETSKAYA

Abstract name: Molecular technology in prenatal diagnosis.

M. Kurtser, V. Gnetetskaya, O. Malmberg, E. Kuznetsova, L. Bessonova.
Genetics center of Mother and Child groups of companies

Molecular genetic testing by array-comparative genomic hybridization (aCGH) significantly increases the effectiveness of the prenatal diagnosis, because it allows to determine both large chromosomal abnormalities and submicroscopic alterations simultaneously in 24 human chromosomes.

One hundred fifty two pregnancies with malformations or ultrasound markeres were analyzed in 2014. All patients underwent invasive prenatal testing by chorionic villus sampling or amniocentesis. Chromosomal abnormalities were identified in 18 cases (12%): 8 - trisomy 21, 3 - trisomy 18, 3-monosomy X, 2-trisomy 13, 1-mosaic trisomy 9, 1 - polyploidy.

Structural chromosome imbalances by aCGH (Perkin Elmer) which size ranged from 0,26 to 17,7 Mb were detected in 14 cases with normal karyotype. The microdeletions and microduplications were described in OMIM database. Of the 14 alterations, nine were considered pathogenic and correlated with neurodevelopmental delay, congenital malformations and metabolic impairments.

FISH- analysis with specific probes have been used in 7 cases for confirming dup 16p13.3p13.2; del 16p13.3/dup 16q23.3q24.3; del 1p36.32; del 22q11.31; del 22q13.3; del 2q37.3/dup17p13.1p13.1 and del 4p16.3p16.1. Deletion in DMD gene (Xp21.1, 45-th - 55-th exons) was found in one cases. The deletion and Duchenne muscular dystrophy (OMIM: 310200) was confirmed by MLPA.

Chromosomal microdeletions and microduplication were revealed in 3 fetus. FISH technology with subtelomeric DNA probes was applied in 2 families for confirming of the result. Balanced chromosomal rearrangements were found in one of the parents.

Ultrasound examination is an effective method of formation of indications for invasive prenatal diagnosis. In the group of fetuses with malformations and ultrasound markeres chromosomal imbalance was detected in 17.8%.

The number of undifferentiated complexes of fetal malformations can be significantly reduced with using of molecular genetic analysis by aCGH.

ГОЛОВАЧ МИХАИЛ

Тема: О необходимых мерах по снижению заболеваемости детским церебральным параличом и другими нарушениями развития центральной нервной системы детей.

Головач М.В., врач-невролог, консультант РОБОИ «Содействие защите прав инвалидов с последствиями ДЦП» г. Москва.

Цель: интранатальная профилактика заболеваемости ДЦП.

Материалы: Многолетние медицинские наблюдения больных с ДЦП и другими нарушениями развития ЦНС. Анализ протекания беременности и родов матерей с детьми с ДЦП. Изучение патологии ЦНС, связанной с интранатальными факторами, прежде всего – влиянием утеротонических средств на гемодинамику и ЦНС плода.

Обсуждение: За последние 50 лет в нашей стране отмечен резкий рост ДЦП: (проф.Семёнова К.А., Москва) в 1964г больные ДЦП составляли 0,64 на 1000 детского населения (возраст от 0 до 15 лет), в 1989г - 8,9 на 1000, в 2004г. 19,6 на 1000. В тот же временной период по статистике выросло количество других нарушений развития ЦНС у детей: расстройства аутистического спектра (РАС), СДВ и СДВГ, синдрома вегетативной дисфункции (СВД), задержки речевого развития и др. В 2000г. неврологами Петербурга (проф. А.Б. Пальчик, 2001.) диагностирована перинатальная энцефалопатия у 712 (71,2%) из 1000 детей до 1 года жизни. Рост заболеваемости ЦНС у детей, по нашему мнению, по времени связан с введением в акушерскую практику различных способов вмешательства в процесс родов. Утеротонические средствами и манипуляции используются в более 60% родов (проф.В.Е.Радзинский, 2003г.,Москва). Именно с середины 60-х годов XX века в нашей стране используется в родах синтетический окситоцин, с 70-х - синтетические простагландины, а с 90-х – синтетические антипрогестагены.

Немногочисленные работы отечественных учёных показывают, что врачебная акушерская искусственная имитация процесса родов: преиндукция, индукция и стимуляция, опасна и непредсказуема своими последствиями, как для самих родов, так и самое главное, для состояния маточно-плацентарного кровообращения, для состояния кровообращения в головном мозге плода и для последующего развития ЦНС ребёнка.

Метод кардиотокографии (КТГ), используемый в родах, не обеспечивает адекватного контроля за состоянием кровообращения в головном мозге плода.

Метод УЗДГ (ультразвуковая допплерография) (проф. В.В. Абрамченко, 2003 г., Санкт-Петербург, Lemancewicz, США,1999 г.) показал, что утеротонические средства ухудшают и нарушают маточно-плацентарный кровоток. Состояние церебрального кровообращения у плода во время стимулированных родов методом УЗДГ исследовано в единичных работах (проф. Е.М. Шифман 2011 г., Москва, Н.А. Иванова, 2009 г. Петрозаводск): “У рожениц с первичной слабостью родовой деятельности, потребовавшей коррекции окситоцином, наблюдается нарушение перфузии головного мозга плода. Причем глубина расстройств зависит от дозы вводимого окситоцина: чем выше доза и дольше действие, тем глубже расстройства плодового мозгового кровотока”. УЗДГ выявляет нарушения мозгового кровотока у плода раньше по времени, чем КТГ. Утеротонические средства и манипуляции, нарушая маточно-плацентарное кровообращение, могут вызывать острую гипоксию плода, срыв ауторегуляции церебрального кровотока и острую перинатальную энцефалопатию. Поражаются преимущественно подкорковые структуры головного мозга (Н.К. Пермяков, 1986 г., Москва). Находящиеся здесь клетки нейроглии обеспечивают после рождения миелинизацию и установление связей нейронов коры головного мозга с ниже лежащими отделами, что ведёт к развитию и усложнению движений и др. функций (Барашнев Ю.И., 2005 г., Москва). Перинатальная гибель нейроглии приводит к разнообразным нарушениям развития ЦНС у детей уже после рождения. Но в клинических работах с описанием неврологической патологии у детей (ДЦП, РАС,СДВГ и др.), возникающей в перинатальный период, нет научной опоры на морфологические изменения головного мозга. Об этом несоответствии клинической врачебной оценки состояния ЦНС новорожденного и выраженности морфологических патологических изменений в его головном

мозге написано в работе проф. В.В. Власюка “Морфология и классификация инсультов белого вещества полушарий головного мозга у плодов и новорожденных” (2012 г.). Это несоответствие клиники и морфологии клиницисты могли бы увидеть, используя современные методы МРТ ЦНС новорожденных.

По нашему опыту работы, метод нейросонографии (НСГ) не имеет достаточной разрешающей возможности для объективного сопоставления ультразвуковых патологических изменений головного мозга и выраженности клинических неврологических нарушений (Крицкая И.А., 2003 г.).

Почему возникают инсульты (инфаркты) белого вещества головного мозга у детей?
При гипоксии плода кровь перераспределяется в сторону ствола головного мозга ребёнка, где находятся центры регуляции кровообращения и дыхания. Кора головного мозга в момент родов не работает, следовательно, нейроны коры потребляют минимум кислорода. Страдает от гипоксии, снижения и нарушения кровообращения белое вещество головного мозга, которое состоит из клеток нейроглии и отростков нейронов. Гипоксия белого вещества может закончиться некрозом (гибелью) белого вещества головного мозга. В зависимости от размеров, распространённости и выраженности некрозов (инфарктов) белого вещества мозга (БВМ), проф. Власюк В.В.(Санкт-Петербург,2011г.) опубликовал: Классификацию некрозов (инфарктов, инсультов) БВМ. В этой классификации видно полное сходство причин разных нарушений развития ЦНС у детей. Что окажется клинически более выраженным, и в каком сочетании проявятся эти синдромы, зависит от количества и размеров очагов повреждений белого вещества головного мозга (БВМ) и их расположения (локализации). Элементы синдрома СДВГ, РАС встречаются у большей части больных детей с ДЦП, то есть, кроме тяжёлых двигательных нарушений, у них страдают и участки мозга, от которых зависит социальное развитие и социальная адаптация, что ёще больше затрудняет реабилитацию. Данные МРТ(магнито-резонансной томографии), проведённой в ранний неонатальный период, должны стать эталоном для правильных выводов о безопасности акушерских методов и лекарств для преиндукции, индукции и стимуляции родов, должны послужить доказательством безвредности их для состояния головного мозга новорожденных. Для выявления острых инфарктов БВМ подходят МРТ аппараты, которые позволяют исследовать головной мозг в режиме диффузионного МРТ, по программе диффузионно-взвешенной визуализации (ДВВ). При ишемических инсультах ДВВ особенно чувствительна к изменениям, происходящим в поврежденных тканях. Увеличение барьера для диффузии воды в результате цитотоксического отека ответственно за усиление сигнала на ДВВ сканере. Повышение сигнала ДВВ появляется в течение 5-10 минут после начала проявления симптомов инсульта и остается высоким в течение двух недель . То есть после двухнедельного возраста у новорожденных и у детей более старшего возраста, не смотря на клинические проявления нарушений развития ЦНС, диффузионное МРТ и, тем более, обычное МРТ головного мозга может не выявлять структурных нарушений. Патологические нарушения могут выявить или не подтвердить современные методы функционального МРТ,МРТ-трактография,ПЭТ(позитронно-эмиссионная томография).

Выводы: Чтобы снизить заболеваемость ДЦП и другими нарушениями развития ЦНС у детей целесообразно:1) Следует пересмотреть показания к назначению и резко снизить использование средств для преиндукции, индукции и стимуляции родов (осмотических дилататоров, амниотомии, эпизиотомии, механическое растягивание шейки матки в первом периоде родов и промежности на потугах, метода Кристеллера и т.п., лекарств: окситоцина, простагландинов, антипрогестагенов), исследовать безопасность методов современной анестезии в родах и при Кесаревом сечении. 2) Необходимо проведение научных работ с использованием современных методов диффузионного МРТ головного мозга новорожденных в раннем неонатальном периоде, для уточнения безопасности или ,наоборот, доказательства повышенного риска для ЦНС ребёнка, при использовании средств вмешательства и управления родами.

GOLOVACH MIKHAIL

Abstract name: The necessary measures to lower the cerebral palsy morbidity and other development of child's central nervous system problems.

Mikhail Golovach, M.D., consultant of "Society for defense the handicapped because of cerebral palsy persons" (Moscow).

Aim: intranatal prophylaxis of cerebral palsy morbidity.

Materials: Long-term observation of the children with cerebral palsy and other development of child's central nervous system problems. Analysis of pregnancy and labour of mothers having the children with cerebral palsy. Studies of the pathologies of CNS connected with the intranatal factors (primarily the influence of uteratonics on hemodynamic and CNS of the fetus).

Discussion: From mid-1960s we see the growing rate of the diseases involving brain damage: Cerebral palsy (prof. Semenova K.A., Moscow): in 1964 we had only 0,64 (from 0 to 15 years00, in 1989 8,9 per 1000, in 2004 19,6 per 1000; Autism (Kagan,Moscow) - from 1966 to 2001 it grew 1300% (6,2 per 1000 now); During same period we see the other neurological problems growth - Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (8-22% modern schoolchildren), autonomic dysfunction syndrome, delayed speech development, scoliosis, kyphosis etc; St.Petersburg neurologists (prof. Palchik A.B. , 2001) found perinatal encephalopathy at 712 per 1000 infants. The statistics shows us that with the active labour management and invasive procedures during birth/labour we got the rise of neurological problems with the newborns and children.) In 2003 professor Radsinsky introduced the term "obstetrical aggression": by the data of his OB/GYN department more than 60% of birth in Russia were induced and/or accelerated by uterotonics, and these are only cases which were put on the medical records. The percentage of natural birth in Russia varies from 18 to 30% depending on the region. From mid-1960s pitocin became used in Russia, from 1970s - prostaglandins, from 1990s - antigestagens and osmotic dilators, "though we still do not know what causes labour to begin and to proceed" (Bercow, Lawrens).

The small number of the shows works of russian scientist that medical active management of labour (preinduction, induction and stimulation are dangerous and give unpredictable consequences -for the birth outcome and , more important, for the utero-placental circulation and fetus brain circulation and future child's SNC development.

Cardiotocographie used during labour does not give the adequate control of fetus brain circulation. Only scarce studies of use of ultrasound Dopplerographie (Abramchenko, 2003, Lemancewicz, 1999) mention that uterotonics worsen and disturb placento-uteral blood circulation. The state of fetus blood circulation during labour induction was described in scarce papers (prof. Shifman E.M., 2011, Moscow; Ivanova N.A. 2009, Petrosavodsk. "During contraction of the healthy labouring woman the fetus' brain blood circulation goes through changes. Those women who received Pitocin because of slow labour had the perfusion of their newborn's brain disturbed. The seriousness of this disturbance is linked to the dosage of Pitocin. The more the dosage is the more fetus' brain blood circulation is disturbed. The link between fetus' brain hemodynamic and fetal monitoring makes even clearer the necessity of using Doppler monitor and complex estimation of the fetus state when labour is complicated. Cardiotocography is less effective for it detects the changing later").

The results received showed the necessity of Doppler monitor use as a non-invasive method of complex and dynamic estimation on the fetus' state in pregnancy and labour. It helps to predict the further development of labour and to chose the further tactics in order to lower perinatal damage to fetus' and newborn's CNS. The uterotonics and routine procedures disturb the utero-placental blood flow could cause severe fetal hypoxia, disturb the auto regulation of cerebral blood flow, cause severe perenatal encephalopathy (N.K. Prmiakov, 1986, Moscow). The neuroglia cells normally unsure mielinisation and helps to form connection of the brain's neurons with the lower parts which leads the movement development and elaboration and other functions (Barashnev Y.I., 2005 г., Moscow). The perinatal neuroglia destruction leads to the different problems of CNS development after birth. However the clinical works which describe the neurological children pathology (cerebral palsy, autistic syndrome, ADD&H detected in perinatal period are not based on the morphological brain changes. This discrepancy between clinical estimation of the newborn's NS state and the level of pathological structural

brain changes are very well described in the paper by prof. Vlasiuk V.V."The morphology and classification of alba apoplexies in fetuses and newborns" (2012г). This discrepancy between the symptoms and morphological (structure) defects the clinicians could be demonstrated by the modern methods MRI of the CNS.

For our experience the neurosonographie method does not allow the objective estimation of the correlation between the pathological brain changes detected by sonographie and the seriousness of the clinical symptoms (Kritskaia I.A..,2003 г.).

Why do the white matter infarcts happen with children?
If the fetus hypoxia is detected the blood goes to the brain stem, to the centers which regulats the blood circulation and breathing. The fetus' neocortex does not function during birth hence its neurons need minimum of the oxygen. But the white matter which consists from neuroglia cells and dendrites could suffer. The white matter hypoxia could result in white matter necrosis (death). Depending of the severity of necrosis (acute infarcts) of white matter there is classification published by prof. Vlsiuk V.V. (St.-Petersburg, 2011 г.). From this classification one can see the likeliness of the causes of the problems of children's CNS development.

What would be the clinical symptoms and which syndromes would appear together depends of a number and size of damaged white matter and of course of its location. The elements of ADD and ADD&H syndromes as well as autism are seen in the majority children with cerebral palsy, hence besides motor abnormalities they have damaged brain part responsible for social development and social adaptation. This makes rehabilitation even more difficult. The results of MRT made during the early perinatal period should become the criteria for the conclusion whether the obstetrical protocols and medication used for labour preinduction and induction are safe for the newborn brain's state. For the acute infarcts detection one should use MR imaging (MRI) scans with diffusion-weighted imaging (DWI) and (SWI) susceptibility-weighted imaging. In case of ischemic stroke DWI is the most sensitive to the changes going on in the damaged tissues. The growth of the barrier for the water diffusion as a result of cytotoxic edema causes the rise of the DWI scanner signal. It appears in 5-10 minutes from the stroke and lasts around two weeks It means that after age of two weeks brain DWI (not mentioning MRI) could not detect structural abnormalities. One should use newest methods of the functional MRT, MRT-tractography , positron-emission tomography (PET) etc.

Conclusion: in order to lower the children cerebral palsy and other CNS problems level we recommend:
1) To revise the reasons for administering the medications for labour preinduction and induction (osmotic dilators, amniothomy, episiotomy, as well as manual stretching of the cervix, Kristeller maneuver etc as well as the use of synthetic oxytocin, prostaglandins, antiprogestagens), lower the use of the methods and medications mentioned above; research the level of safety when using the modern anesthesia methods during labour and Cesarean section. 2) The research with use of DWI of the newborn's brain during early neonatal period in order to estimate the safety or higher risk of the use of invasive procedures and active management of labour are necessary.

Д

ДЕРЮГИНА ЛЮДМИЛА

Тема: НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ДИУРЕЗА ПЛОДА В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Л. Дерюгина, И. Горемыкин, Д. Рожкова, Н. Чухрова, В. Журавель
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Росздрава, НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии, Саратовский Областной перинатальный центр.

Актуальность. Объективные методы исследования жизнедеятельности плода являются активно обсуждаемыми аспектами современной перинатологии. Показатель фетального диуреза был впервые описан J.W. Wladimiroff и S. Campbell, 1974 г. при изучении проблемы задержки внутриутробного развития плода.

Целью настоящего исследования явилось определение нормативных значений диуреза плодов 19-40 недель гестации.

Материалы и методы. Ультразвуковое мониторирование размеров мочевого пузыря в течение микционного цикла плода (времени, ограниченном двумя актами мочеиспускания) позволило рассчитать скорость образования мочи в 1 минуту наблюдения путем деления максимального объема пузыря на время накопления мочи. Исследование проводилось у 57 плодов 19-40 недель гестации в физиологических условиях развития беременности при отсутствии патологии плода и новорожденного. Для сравнения полученных данных абсолютные значения диуреза плодов различных сроков гестации пересчитали в соответствии с рассчитанной предполагаемой массой плодов.

Результаты. Полученные данные позволили оценить нарастающую динамику диуреза плода в соответствии с гестационным возрастом, массой плодов. По нашим данным продукция мочи составляла: в 20 недель 4,26 мл/час, 9,93мл/кг/час, 100 мл в сутки; в 30 недель - 25 мл/час, 15,15 мл/кг/час, 600 мл в сутки; в 36 недель 43мл/час и 17,5 мл/кг/час, 1032 мл в сутки. Сопоставляя диурез плода с диурезом новорожденного (3 -5 мл/кг/час), то становится очевидным, что плод находится в состоянии физиологической полиурии.

Заключение. Предложенные показатели диуреза плода могут быть использованы для изучения патологии течения беременности и состояния плода.

Людмила Дерюгина, профессор кафедры хирургии детского возраста ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Росздрава, контактные данные: dludmila1@yandex.ru

DERYUGINA L.

Abstract name: MICTURITION OF THE FETUSES 11-40 WEEKS OF GESTATION UNDER THE PHYSIOLOGICAL CIRCUMSTANCES

L. Derjugina, I. Goremikin, D. Rozkova, N. Chukhrova,
Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky
L. Derjugina- e-mail: dludmila1@yandex.ru

Introduction. Prenatal investigation in the field of the fetal urology and prenatal diagnostic programs for urinary tract abnormalities are possible with the help of introduction the new methodological approach of dynamic control of functional condition of fetal urinary system that is used the volume based principle of monitoring of activity of a fetal bladder during micturition cycle.

The aim of the study is: to represent the lower urinary tract urodynamic parameters of the fetuses between 11 and 40 weeks of gestation under the physiological circumstances.

Materials and methods. " Prenatal ultrasound cystometry with natural filling" - the method for dynamic control of fetal lower urinary tract. During serial ultrasound measurements of fetal bladder in three dimensions we calculate volumes between two successful acts of fetal voiding and register in graphical format where the bladder volume is plotted against the observation time.

Urodynamic characteristics: maximal bladder volume, bladder cycling and micturition frequency, residual volume of the bladder reflected the capacity, reservation and micturition function of the bladder. Fetal urine production was calculated using the increase volume bladder during the observation time.

78 prenatal ultrasound fetal urodynamic investigations were performed during normal pregnancy of the fetus in 11-40 weeks of gestation. No complication of the pregnancies, normal antenatal period, no abnormalities of the fetuses, no pyeloectasia, normal neonatal parameters and postnatal period.

Results: Normal urodynamic parameters under the physiological circumstances of the fetuses between 11 and 40 weeks of gestation are represented.

The gradual increase of capacity, bladder cycling, hourly urine production correlates with gestational age and fetal weight during normal pregnancy.

One-step voiding complete emptying of the bladder at 11-23 weeks of gestational is replaced by two-three-steps of voiding incomplete emptying of the bladder (residual urine ≤15%) at 36-40 weeks. That is called fetal voiding.

The hourly urine production of the fetuses at 19-38 weeks reflect the physiological polyuria. The parameter of the 38-weeks fetus is 17 ml/hour/kg is 4-3 more than newborn baby.

Conclusion. The fetal normal lower urinary tract hydrodynamic parameters base further investigations in the fields of perinatology, antenatal urology, which can be used as a fetal indicator activity.

ДУБОВАЯ Е.

Тема: КОНЦЕПЦИЯ ЭТИКО-ПРАВОВОГО СТАТУСА ПЛОДА КАК ПАЦИЕНТА В РФ. ГРАНИЦЫ ДОПУСТИМОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПЛОД.

Дубовая Е. Г., к.м.н., юрист, доцент кафедры экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. Мечникова И.И.

Аннотация. На основании опроса врачей и обзора литературы анализируется концепция этико-правового статуса плода как пациента в Российской Федерации. Делается вывод о необходимости детализации вопросов свободы и личной неприкосновенности плода для определения границ допустимого воздействия на него. Юридические основания для обязательного детального разъяснения женщине последствий аборта с применением способов визуализации плода признаются достаточными. Обосновывается необходимость совершенствования методик безопасного для женщины обезболивания жизнеспособного плода при проведении плодоразрушающих манипуляций.

Материалы и методы: Изучены результаты опроса 620 врачей разных специальностей по вопросам их личного отношения к свободе и неприкосновенности пациента вообще и плода как пациента в частности, а также к конституционной защите названных прав в Российской Федерации (РФ). Сделан обзор 240 источников права РФ и источников литературы по вопросам личной неприкосновенности жизнеспособного плода с целью определения границ и оснований допустимого воздействия на плод в медицинском, правовом и этическом смысле.

Краткое введение: Статья 17. п. 2 Конституции Российской Федерации (РФ) гласит: «Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения». Таким образом, будущий ребенок, находящийся на стадии внутриутробного развития, не обладает конституционным правом на жизнь, т.к. он еще не родился, юридически его как бы нет, следовательно, государство и право его не защищают. Юридический фактом будет его живорождение, тогда возникнет правовой статус. Есть призывы внести изменения в Конституцию РФ и наделить жизнь конституционной защитой с момента зачатия. Между этими двумя вариантами (от зачатия или от рождения) и располагается сегодня основание для дискуссии об этико-правовом статусе плода как пациента.

Сводные результаты. Данные опроса 620 врачей разных специальностей по вопросам их личного отношения к свободе и неприкосновенности пациента вообще и плода как пациента в частности показал единогласный интерес к данной проблеме. 85% опрошенных отмечают, что в начале практической деятельности вынуждены были преодолеть внутри себя «барьер» личной неприкосновенности своих первых пациентов: выраженное стеснение, затруднение прикасаться к обнаженному незнакомому человеку, невозможность проколоть кожу человека иглой, хирурги – выполнить разрез кожи инструментом. Вопросы о личной неприкосновенности плода как пациента были эмоционально поддержаны врачами не гинекологами. 75% опрошенных знакомы с видео и фотосъемками, отражающими развитие плода, включая ранние сроки беременности, фетальные вмешательства и аборты. Из них 35-40 % подтвердили, что после просмотра качественно изменилось их отношение к абортам, стало более резко негативным. Из опрошенных не гинекологов 85 % к абортам относятся негативно. Никто не настаивал на однозначно положительной оценке искусственного прерывания беременности. Все опрошенные рассматривали проблему абортов как нуждающуюся в решении, но не простым запретом, а комплексной системой мер: повышение культурного уровня людей.

По данным опроса практикующие гинекологи настаивали на мнении о недоразвитии плода, нечувствительности его к манипуляциям. Не применяют к плоду на ранних сроках беременности слова «ребенок», «человек». По-видимому, более устойчиво, чем другие врачи, акцентированы на интересах женщины, готовы к выбору последних в случае конфликта с интересами плода. Врачи хотели бы знать об этом больше, признают необходимость обеспечении их четкими практическими рекомендациями.

Ряд авторов выражает общепринятое мнение о выборе интересов женщины в случае конфликта с интересами плода с акцентом на то, что один из самых важных интересов женщины – стать матерью. Потому выбор тактики не всегда очевиден.

Будущий ребенок, находящийся на стадии внутриутробного развития, не обладает конституционным правом на жизнь, т.к. он еще не родился. Юридический фактом будет его живорождение, тогда возникнет правовой статус (на основании Свидетельства о рождении), состоящий пока только из прав, ни обязанности, ни ответственность для новорожденного правовая система РФ не предусматривает. Право на физическую неприкосновенность человека обеспечивается запретом посягательств на жизнь, здоровье и телесную неприкосновенность.

Относиться ли к зародышу как к «уже человеку» или как к «еще не человеку» – это вопрос, на который на уровне общественного сознания не получен однозначный ответ. Сторонники начала жизни с момента рождения понимают, что на всем протяжении внутриутробного развития плод не является органом или частью материнского организма. Ясно, что это другой человеческий организм, вопросы касаются терминологии, этико-правовой защиты, круга лиц, полномочных распоряжаться жизнью «внутриутробного пациента», оснований для принятия решений. Таким образом, момент начала жизни является первым, основополагающим вопросом. С точки зрения современной биологии (генетики и эмбриологии) жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток и образования единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал.

Критерием морального статуса плода является его включенность в моральное отношение, которое возникает, когда плод, эмбрион, зародыш, «сгусток ткани» становится объектом моральной рефлексии и для матери, и для человеческого общества. Человеческая культура самой постановкой проблемы о моральном статусе эмбриона уже делает его субъектом фундаментальных моральных прав.

Второе основополагающее противоречие заключается в проблеме права распоряжаться жизнью другого человека – решать вопрос о жизни (или смерти) человека, в данном случае – еще не родившегося. Российское законодательство отдает окончательное решение матери, при соблюдении ряда условий – ранний срок и т.д. Представляется, что путь развития проблемы допустимого воздействия - эволюционный. Революционные преобразования здесь опасны. Конституционная охрана жизни человека с момента зачатия – это высокая нравственная декларация, которая в любом обществе приобретает практическую значимость только на фоне развития ответственного родительства и готовности всего общества.

В течение последнего столетия развитие здравоохранения пошло по такому пути, что сегодня цивилизованные страны не готовы отказаться от абортов без медицинских показаний. Поэтому возможности оценки боли/стресса/мучений у плода при инвазивных вмешательствах широко изучаются во всем мире. При этом нет однозначного мнения о болевой чувствительности и сознании плода. Известны двигательные реакции плода на инструмент и гримасы после медикаментозного аборта. Представляется, что логично трактовать сомнения в наличии сознания и болевых ощущений у плода в пользу плода, можно в данном случае воспользоваться принципом правовой презумпции. За отсутствием специального правового регулирования плода как пациента, можно применять по аналогии нормы международного и российского законодательства о живых существах, участвующих в экспериментах. Известно, что сегодня международное право допускает эксперименты на животных только при условии отсутствия у последних мучений и страданий. Если после эксперимента животное обречено на страдания, его следует безболезненно умертвить.

Выводы: 1. Концепция этико-правового статуса «внутриутробного пациента» в Российской Федерации нуждается в дальнейшей разработке. Это междисциплинарный вопрос, необходимо сотрудничество гинекологов, акушеров, педиатров, юристов, других специалистов, общественных организаций и заинтересованных лиц. Понимание морально-этической значимости вопроса на фоне развития ответственного родительства социально значимо для будущего Российской Федерации.
2. Добровольное информированное согласие пациентки – потенциальной мамы и обязательность «периода тишины» между обращением к врачу и прерыванием беременности являются достаточным правовым основанием для обязательного разъяснения этико-правовой и медицинской значимости аборта (беседа, фото, видео плода). Нужно помогать сомневающейся беременной женщине сохранять жизнь будущему ребенку.
3. Право личной неприкосновенности составляет часть этико-правового статуса плода как пациента и нуждается в дальнейшей разработке и детализации с целью оптимального определения медицинских, этических, правовых границ допустимого воздействия на плод. Законодательство и медицинская этика РФ дают достаточное основание совершенствовать методики безопасного для женщины обезболивания жизнеспособного плода при проведении неотвратимых плодоразрушающих манипуляций.

Е

ЕВСЕЕВА МАРИЯ

Тема: ОМЕНТОУТЕРОПЕКСИЯ ПРИ МАТКЕ КУВЕЛЕРА.

М. Евсеева, Т. Густоварова, А. Иванян, Л. Киракосян
ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет»

Введение. Акушерское кровотечение-одна из ведущих причин материнской смертности во всем мире. Кровотечение часто возникает при отслойки плаценты, в результате которой показано срочное хирургическое родоразрешение. Если при интраоперационной ревизии матка оценивается как матка Кувелера, методом выбора является ее экстирпация без придатков. В современной медицине существуют хирургические органосохраняющие способы остановки кровотечения. Один из таких способов – оментоутеропексия, которая приводит к улучшению кровообращения в оперированном органе.

Описание случая. Пациентка Ч.,1981 г.р., 13.07.2010 года поступила в родильное отделение ОГБУЗ «КБ №1» г. Смоленска с диагнозом: Беременность 30 недель, головное предлежение. Антенатальная гибель плода. Преждевременная отслойка нормальнорасположенной плаценты. Кровотечение. Компенсированный геморрагический шок. В связи с чем прооперирована экстренно. Выполнено абдоминальное родоразрешение доступом по Пфанненштилю. Полость матки вскрыта поперечным разрезом в нижнем сегменте. Извлечен мертвый мальчик (масса-1600, длина 39см). Интраоперационно обнаружена тотальная отслойка нормально расположенной плаценты (плацента свободно располагалась в полости матки). После этого ушит разрез на матке двухрядным непрерывным швом. При осмотре матки имеются отдельные участки линейной формы пропитывания общей площадью 10*15 см по передней стенки больше справа; сократительная способность миометрия сохранена. С целью уменьшения кровопотери были перевязаны маточные сосуды на трех уровнях с обеих сторон кетгутом; на передней стенки матки в области плацентарной площадки наложены 2 поперечных компрессионных шва. Учитывая наличие признаков матки Кувелера, была выполнена оментоутеропексия. Она заключалась в том, что матка была окутана хорошо васкуляризированным свободным краем сальника путем фиксации его отдельными швами к передней и задней стенки матки. Общая кровопотеря достигла 1000 мл. Послеоперационный период протекал благоприятно. Пациентка выписана на 9 сутки после операции. Через два года данная пациентка поступила при сроке беременности 37-38 недель на плановую госпитализацию Родоразрешена путем кесарева сечения. Родился живой мальчик (3320г, 52см). Из особенностей операции: матка в области дна, по передней и задней стенкам окутана сальником, нижний сегмент свободный. Кровопотеря 600 мл. Пациентка и ребенок выписаны на 7 сутки после операции.

Заключение. Приведенный клинический случай показывает эффективность применения оментоутеропексии в комплексном лечении акушерских кровотечений у пациенток с маткой Кувелера в качестве органосохраняющей операции.

www.evseevamp@mail.ru

Ж

ЖУКОВСКИЙ ЯКОВ

Тема: Стратегия превентивного подхода в ведении послеродового кровотечения.

Послеродовое кровотечение (ПРК) продолжает оставаться одной из острейших проблем современного акушерства. Более того, по частоте и тяжести кровотечений ситуация в экономически развитых странах прогрессивно ухудшается. И если на показатели материнской смертности эта тенденция пока не оказала существенного влияния, то в структуре причин тяжелой материнской заболеваемости ПРК стабильно занимает ведущее место. Так, в Великобритании на 150 экстирпаций матки, произведенных по причине ПРК, приходится только 1 случай материнской смерти.

Такое положение с послеродовой заболеваемостью указывает на то, что тактика лечения ПРК остается неудовлетворительной. Среди главных недостатков следует выделить два:
1. ПРК останавливают, уже допустив значительную кровопотерю;
2. используемые методики лечения отличаются избыточной хирургической агрессивностью и травматичностью, и в ряде случаев оставляют непреходящие последствия на здоровье и судьбе женщины.

Другими словами, в индустриально развитых странах от ПРК умереть не дадут, но кровотечение остановят с опозданием, задействовав инвазивные и рискованные методики.

Существует обманчивое впечатление благополучия, но за крайне редкими случаями материнской смертности стоят тысячи выживших после массивного кровотечения женщин, которые всю жизнь страдают от его последствий, даже при условии вроде бы адекватного лечения.
Однако в России в последние годы во многих перинатальных центрах сложилась иная тактика борьбы с ПРК.

При естественных родах в отсутствие эффекта от утеротоников кровотечение останавливают в диапазоне 600–700 мл, до развития патологической кровопотери с помощью трансвагинального введения маточного баллонного катетера. Такая практика позволила радикально сократить частоту применения оперативных методов лечения послеродового кровотечения и значительно улучшить показатели послеродовой заболеваемости.

При кесаревом сечении баллонный катетер предусмотрительно вводят в матку через гистеротомический разрез, тем самым уже во время операции, сразу после ушивания матки, высокоэффективно предотвращая послеродовые кровотечения и эндометрит. Такая превентивная стратегия позволила существенно улучшить исходы абдоминального родоразрешения, способствовать сохранению репродуктивной перспективы пациентки, сэкономить значительные материальные ресурсы родовспомогательного учреждения.

Многолетняя практика применения отечественного баллонного катетера показала, что в случае чисто атонического кровотечения и при правильном размещении баллона в матке, гемостатический эффект достигается практически всегда. Ретроспективный анализ случаев продолжающегося кровотечения на фоне применения методики выявил морфологические изменения в сосудистой системе и миометрии, а также наличие выраженных воспалительных поражений матки. По имеющимся у нас данным необходимость перехода к другим методам лечения ПРК возникает в 4-5% применения методики баллонной тампонады

3

ЗИГАНШИН АЙДАР

Тема: Аномалии строения вульвы - маркер задержки роста плода.

A. Ziganshin 1; E. Kulavsky 2
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия.

Диагностика, лечение и профилактика задержки роста плода (ЗРП) является одной из актуальных проблем современного акушерства. Многочисленные исследования свидетельствуют о влиянии низкой массы тела при рождении на повышение количества сердечно-сосудистой и неврологической патологии у детей, рожденных весом ниже 10-й перцентили. Репродуктивные органы, как и другие органы и системы подвержены влиянию неблагоприятных факторов риска. Начиная свое развитие на 4-й неделе, половые органы полностью формируются к 12-й неделе беременности. По мнению В.Е.Неудахина (2001) неблагоприятные факторы риска способны оказывать свое воздействие весь период беременности, но наследственные оказывают свое влияние на плод с первых недель беременности, нарушая процессы гиперплазии клеток, и способствуют рождению ребенка с проявлениями гипоплазии плода (I вариант). Влияние этих факторов в середине срока беременности приводит к гипоплазии и гипотрофии (II вариант), а в последние месяцы к симптомам гипотрофии плода (III вариант). Однако исследований о влиянии ЗРП на формирование наружных половых органов у девочек не проводилось.

82 пациентки с ЗРП были разделены на три группы: I-ю составили - 24 беременных с ЗРП 1-й степени, II-ю - 27 пациенток со 2-й степенью, III-ю – 30 беременных с 3-й степенью ЗРП. Критерием включения являлись установленный антенатально по данным УЗИ диагноз ЗРП, который в дальнейшем подтверждался рождением плода с 1-й, 2-й и 3-й степенью гипотрофии. Контрольную группу составили 20 пациенток с неосложненной беременностью, которые своевременно родили детей без симптомов ЗРП. При ультразвуковом исследовании вульвы и наружном осмотре с проведением пробы Barlow в норме видимыми были лобок и большие половые губы (БПГ), которые прикрывали малые половые губы (МПГ), вход влагалища, уретру, клитор.

Анализ данных по возрасту, соматического, акушерского и гинекологического анамнеза не показал статистически значимых различий в группах исследования, они были однородны по своему составу. Ультразвуковое сканирование вульвы плодов I-й группы обнаружило у 20% плодов различные виды дисхроний в виде гипертрофии и гипоплазии в структуре вульвы. МПГ определялись различной длины, размеров, часто наблюдалась асимметрия, клитор разной величины. Визуальный осмотр лона ребенка после родов выявил в зияющей вульве, асимметрично расположенные элонгированные, гипертрофированные или протрузии МПГ, обнаруженные БПГ были гипоплазированы.

УЗ-исследование наружных половых органов плодов II-й группы показало схожие с I-й группой изменения, но при этом у 19% плодов БПГ имели нормальное строение, но в структуре было снижено количество подкожно-жировой клетчатки. Осмотр после родов девочек данной группы выявил в зияющей вульве асимметрично расположенные МПГ различной длины, размеров и формы, клитор и БПГ были нормального строения, но уменьшены в размерах за счет гипотрофии тканей, что не позволяло полностью прикрыть органы входящие в состав вульвы.

УЗИ в III-ей группе позволило определить в зияющей половой щели нормальные по анатомическому строению малых размеров БПГ, клитор, размеры МПГ были в 42% случаях схожи со II-й группой. Визуальный осмотр выявил у девочек зияние вульвы, асимметричные МПГ различной длины и размеров, уменьшенный в размерах нормального строения клитор и БПГ.

Заключение. У девочек, родившихся с задержкой роста плода наблюдаются различные аномалии строения вульвы, которые характеризуются гипоплазией, гипертрофией, гипотрофией наружных половых органов и их сочетанием.

Ключевые слова: вульва, малые половые губы, асимметрия.

ZIGANSHIN A.

Abstract name: Anomalies in the structure of the vulva - a marker of fetal growth retardation.

A. Ziganshin; E. Kulavsky.
Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Diagnosis, treatment and prevention of fetal growth retardation (FGR) is one of the urgent problems of modern obstetrics. Numerous studies show the influence of low birth weight on the increase in the number of cardiovascular and neurological disorders in infants born weighing less than 10th percentile. Reproductive organs, as well as other organs and systems are affected by adverse of risk factors. Since its development in the 4th week, the sexual organs are fully formed by the 12th week of pregnancy. According to V.E. Neudahina (2001) adverse risk factors can have an impact the whole period of pregnancy, but hereditary exert their effects on the fetus from the first weeks of pregnancy, disrupting the processes of cell hyperplasia, and contribute to the birth of a child with fetal hypoplasia manifestations (I version). The influence of these factors in the middle of pregnancy leads to hypoplasia and malnutrition (II variant), and in recent months the symptoms fetal malnutrition (III version). However, studies on the impact of FGR on the formation oa external genitalia in girls wasт not conducted.

82 patients with FGR were divided into three groups: I-I included - 24 pregnant women with FGR 1st degree, II-nd - 27 patients with 2nd degree, III-th - 30 pregnant women with third degree of FGR. Inclusion criteria were established prenatally by ultrasound diagnosis of FGR, which further confirmed the birth of the fetus from the 1st, 2nd and 3rd degree malnutrition. The control group consisted of 20 patients with uncomplicated pregnancies who gave birth to children in a timely manner without symptoms of FGR. Ultrasound examination of the vulva and external examination with carrying out Barlow test normally visible were pubis and labia majora (LM), which covered the labia minora (Lm), the entrance of the vagina, urethra and clitoris.

Analysis of the data by age, physical, obstetric and gynecological history showed no statistically significant differences in study groups, they were homogeneous in composition.

Ultrasound scan of the vulva fruit I-st group found in 20% of fetuses different types of dischronia as hypertrophy and hypoplasia in the structure of the vulva. Lm defines different lengths, sizes, often observed asymmetry, the clitoris of different sizes. Visual inspection of the womb of the baby after birth revealed a gaping vulva, asymmetrically located, elongated, hypertrophic or protrusion of Lm LM were found hypoplastic.

Ultrasound study of the external genitalia of fetuses II-nd group showed similar to I-st group changes, but in 19% of fetuses LM had normal structure, but the structure was reduced by the amount of subcutaneous fat. Inspection after childbirth girls in this group showed a gaping vulva asymmetrically located Lm different lengths, sizes and shapes, the clitoris and the LM were normal structure, but reduced in size due to malnutrition tissue that does not fully cover the bodies included in the vulva.

III-US in her group helped define a yawning gender gap on the normal anatomy of the small size of the GPO, the clitoris, the size of PGM were in 42% of cases are similar to the II-nd group. Visual inspection revealed a girls gaping vulva, asymmetric IPY varying lengths and sizes, reduction in size of the normal structure of the clitoris and the GPO.

Conclusion. Girls born with fetal growth retardation observed various anomalies of the structure of the vulva, which are characterized by hypoplasia, hypertrophy, hypotrophy of the external genitalia and a combination thereof.

Keywords: vulva, labia minora, asymmetry.

И

ИВАНОВА Л.

Тема: Итоги и перспективы работы специализированного Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних на базе акушерского учреждения второй группы.

Иванова Л.А., Михайлин Е.С.
СПбГБУЗ “Родильный дом №10”, г. Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Одной из приоритетных задач политики государства является обеспечение качественной реализации репродуктивной функции женщин, особой группой среди которых являются девочки-подростки, подрастающее поколение будущих матерей. На базе СПбГБУЗ “Родильный дом № 10” в 2013г. был официально создан городской Центр по ведению беременности и родов у несовершеннолетних “Маленькая мама”. В специализированном Центре, несовершеннолетние беременные девочки и их родители бесплатно могут посещать акушера-гинеколога, сдавать дополнительные анализы, обследовать функциональное состояние плода. Проводятся консультации семейного психолога, юриста и социального работника, несовершеннолетние беременные посещают лекции и занятия лечебной физкультурой в Центре подготовки к родам. При необходимости проводится лечение в дневном стационаре или на отделении патологии беременности, роды и послеродовый период ведутся в отдельных палатах “Маленькая мама”. Цель проекта создания Центра для несовершеннолетних беременных на базе крупного родовспомогательного учреждения Санкт-Петербурга была направлена на улучшение качества оказания помощи беременным несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить ребенка. Целью настоящего исследования был анализ организационных основ оказания медицинской помощи несовершеннолетним, особенностей течения беременности и родов и их исходы у несовершеннолетних пациенток, существовавшие в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” до организации Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних “Маленькая мама” и после организации Центра. Материалы и методы. Первую группу составили 55 несовершеннолетних беременных женщин, родивших в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” до организации Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних “Маленькая мама” (2011-2012 годы). Вторую группу составили 41 несовершеннолетняя беременная женщина, родившая в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” после официальной организации Центра (2013 г.) В отдельную группу (третья группа - 20 человек) были выделены несовершеннолетние беременные, начавшие наблюдаться в амбулаторно - поликлиническом отделении родильного дома, как только узнали о беременности. Результаты. За 2011 - 2012 гг. (до образования Центра) до родов непосредственно в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” наблюдались 10 (18,2%) беременных, что достоверно меньше ($p<0,01$), чем второй группе (после образования Центра) (уже 20 (48,8%) беременных) и в третьей группе (до родов в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” наблюдались все 20 (100%) несовершеннолетних пациенток). Только непосредственно в родах поступило 45 (81,8%) пациенток первой группы, что достоверно больше ($p<0,01$), чем количество пациенток второй группы, поступившей непосредственно в родах (21 (51,2%). В третьей группе подобных случаев не было, все пациентки наблюдались в Центре для несовершеннолетних заранее до родов ($p<0,01$). Предварительно госпитализировались в отделение патологии беременности в 38 недель для обследования и определения тактики родоразрешения только 10 (18,2%) беременных первой группы, что достоверно меньше ($p<0,01$) числа беременных второй (20 (48,8%) и третьей (20 (100%) групп. Пациенткам второй и третьей групп достоверно чаще ($p<0,01$) до родов были выполнены УЗИ и допплерометрия, клинический, биохимический анализы крови и коагулограмма, общий анализ мочи. Быстрыми и стремительными роды были у 12 (21,8%) рожениц первой группы, что достоверно чаще ($p<0,01$), чем у пациенток второй группы (1 (2,4%). Патологическая кровопотеря была выявлена у 4 (7,3%) родильниц из первой группы и 2 (4,9%) второй группы ($p>0,05$). Перинеотомия выполнена 31 (56,4%) роженице первой группы, что достоверно чаще ($p<0,01$), чем роженицам из второй группы (11 (26,8%) и роженицам из третьей группы (5 (25%). В третьей группе не было быстрых и стремительных родов, задержки частей последа, наложения вакуум-экстрактора или акушерских щипцов, не было патологической кровопотери и случаев рождения ребенка в состоянии асфиксии. Обезболивание родов, произошедших через естественные родовые пути было проведено 11 (22,0%) несовершеннолет-

ним роженицам из первой группы, что достоверно реже (p<0,001), чем во второй (19 (67,9%) и третьей (9 (75,0%) группах. В первой группе роды произошли дома у 2 (3,6%) несовершеннолетних беременных, 1 (1,8%) беременная из первой группы отказалась от ребенка в родильном доме. Во второй и третьей группе родов дома и отказов от ребенка не было. Выводы. Осуществление комплексной медицинской, медико-социальной, психологической и юридической помощи юным забеременевшим девочкам в условиях специализированного Центра для беременных несовершеннолетних позволяет улучшить исходы беременностей и качество оказания помощи в целом для такой сложной категории пациентов, как беременные девочки-подростки.

ИВЧЕНКО ЕКАТЕРИНА

Тема: ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Е. Ивченко[1], А. Пиянзин[2], С. Жилин[3], А. Федоров[2], З. Акинина[1], С. Дуплик[4], И. Курдеко[2], М. Сапкина[1], Е. Мошкина[1]
1. КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», г. Барнаул
2. ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул
3. ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет», г. Барнаул
4. КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», г. Барнаул

Введение. В настоящее время перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС) рассматривается как воспалительный процесс. Проводятся клинические и экспериментальные исследования по изучению эффективности противовоспалительной терапии при данной патологии. В связи с этим, актуальным является изучение у новорожденных лейкоцитарных показателей общего анализа крови, которые отражают течение воспалительного процесса.

Материалы и методы. Нами обследовано 187 новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС (основная группа) и 47 детей без данной патологии (контрольная группа), возраст 4-7 день после рождения в обеих группах. Параметры лейкоцитарных клеток крови исследовали с помощью гематологического анализатора Sysmex XT-2000i (Sysmex Corporation, Япония). Статистически значимые различия исследуемых параметров крови устанавливали при помощи непараметрического метода критерия Вилкоксона-Манна-Уитни (уровень значимости $p \leq 0,05$).

Результаты. У новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в основной группе выявлены статистически значимые различия следующих параметров крови: количество лейкоцитов составило 13,46 ± 3,5 $x10^9$/л (контрольная группа 11,16 ± 2,67 x 10^9/л), абсолютное содержание лимфоцитов - 5,71 ± 1,50 $x10^9$/л (контрольная группа 4,14 ± 1,03 $x10^9$/л), абсолютное содержание моноцитов - 2,32 ± 0,70 $x10^9$/л (контрольная группа 2,01 ± 0,59 $x10^9$/л), абсолютное содержание базофилов - 0,090 ± 0,05 $x10^9$/л (контрольная группа 0,065 ± 0,05 $x10^9$/л), абсолютное содержание эозинофилов - 0,70 ± 0,34 $x10^9$/л (контрольная группа 0,59 ± 0,27 $x10^9$/л).

Заключение. У новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы имеет место специфическая лейкоцитарная реакция, которая по сравнению с контрольной группой характеризуется высоким количеством в крови лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов, базофилов.

Ивченко Екатерина Владимировна, врач-неонатолог КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», г. Барнаул, e-mail: opnind3@mail.ru

IVCHENKO E.

Abstract name: BLOOD'S LEUKOCYTIC PARAMETERS OF NEWBORNS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC LESION OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM

E. Ivchenko1, A. Pijanzin2, S. Zhilin3, A. Fedorov2, Z. Akinina1, S. Duplic4, I. Kurdeco2, M. Sapkina1, E. Moshkina1.
1. RSBIH «Altai Regional Clinical Children's Hospital», Barnaul
2. SBEI HPE «Altai State Medical University» the Ministry of Health, Barnaul
3. FSBEI HPE «Altai State University», Barnaul
4. RSBIH «Perinatal Center (clinical) of Altai Region», Barnaul

Introduction. Currently perinatal central nervous system (CNS) lesion is considered as an inflammatory process. Clinical and experimental research on the efficiency of anti-inflammatory therapy is conducted for this pathology. In this connection the study on the newborn's leukocyte index of blood count is actual, this index reflects the course of the inflammatory process.

Materials and methods. We examined 187 neonates with hypoxic-ischemic lesion of CNS (a main group) and 47 children without this pathology (a control group) aged the 4th-7th day after their birth. Parameters of leukocyte blood cells were researched with the help of the hematology analyzer Sysmex XT-2000i (Sysmex Corporation, Japan). Statistically significant differences in the investigated blood parameters were determined by Wilcoxon-Mann-Whitney rank-sum test (a significance level was $p \leq 0.05$).

Results. Statistically significant differences in the following blood parameters were identified amongst newborns with hypoxic-ischemic lesion of CNS in the main group: the amount of leukocytes were 13.46 ± 3.5 x109/l (the control group 11.16 ± 2.67 x 109/l), an absolute content of lymphocytes – 5.71 ± 1.50 x109/l (the control group 4.14 ± 1.03 x109/l), an absolute content of monocytes – 2.32 ± 0.70 x109/l (the control group 2.01 ± 0.59 x109/l), an absolute content of basophils – 0.090 ± 0.05 x109/l (the control group 0.065 ± 0.05 x109/l), an absolute content of eosinophils – 0.70 ± 0.34 x109/l (the control group 0.59 ± 0.27 x109/l). Conclusions. Newborns with hypoxic-ischemic lesion of CNS have got a specific leukocytic reaction which is characterized by a high level of leukocytes, lymphocytes, monocytes, basophils, eosinophils in blood in contrast with the control group.

Ekaterina Ivchenko, neonatologist, «Altai Regional Clinical Children's Hospital», Barnaul,
e-mail: opnind3@mail.ru

К

КАРДАНОВА МАРИНА

А. Стрижаков1; И. Игнатко 2; М. Карданова 3.
Authors' names (Including First Author) (e.g. P. White 1; C. Hurt 2; J. Smith 3) - FIRST NAME ONLY INITIALS А. Стрижаков1; И. Игнатко 2; М. Карданова 3.

Authors' affiliation - # HOSPITAL, CITY, COUNTRY (e.g.: 1 Paediatric Dept., University Hospital of Lausanne, Lausanne, Canada; 2 Neonatology Dept., The Royal Womens' Hospital, Sandringham, Australia; 3 Università degli Studi di Siena, Siena, Italy) Please report all authors affiliations, numbered as matched above
Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Москва, Российская Федерация

Abstract Title: Прогнозирование перинатальных исходов при критическом состоянии плода

Brief Introduction: Декомпенсированная плацентарная недостаточность и критическое состояние плода характеризуются неблагоприятными перинатальными исходами. Так, по данным ряда авторов перинатальная смертность колеблется от 0 до 93%, а затраты, связанные с комплексным наблюдением и лечением детей наносят значительный социальный и экономический ущерб.Введение термина критическое состояние было продиктовано тем обстоятельством, что при обнаружении подобных нарушений у плодов с выраженной задержкой внутриутробного развития в среднем в течение двух недель наступала антенатальная гибель плода. Целью нашего исследования явилась разработка оптимального алгоритма ведения беременных с диагностированным критическим состоянием плода, оценка перинатальных исходов в зависимости от срока гестации, массы тела при рождении, а также показателей допплерометрического исследования в системе мать-плацента-плод.

Materials and Methods: Нами проведено проспективное клиническое обследование 22 женщин с выявленным критическим плодово-плацентарным кровотоком , проведен анализ развития новорожденных в неонатальном периоде. Клиническое исследование включало в себя оценку соматического и репродуктивного здоровья обследуемых женщин, особенностей течения настоящей беременности, лабораторно-инструментальное исследование беременных, изучение состояния плода, оценку состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде. Ультразвуковое исследование с использованием аппаратов Aloka SSD (Japan), Philips M, снабженных датчиком цветного и допплеровского картирования и конвексным электронным датчиком с частотой 3,5 и 2,5 МГц. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы STATISTICA 64 bit for Windows, а также статистических функций программы Microsoft Office Excel 2007

Clinical Cases or Summary Results: Средний возраст беременных с декомпенсированной ПН составил 32,36+-6 года с индивидуальными колебаниями от 22 до 48 лет. У 60 %, женщин с нарушениями плодово-плацентарного кровотока основной группы выявлены соматические заболевания, при этом в 62% диагностирована сочетанная патология. 11 пациенток (50%) были первобеременными, у 6 отмечался высокий паритет. В 17 (77,3%) наблюдений беременность наступила самостоятельно, у 4 (18,2%) – при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, у 1 (4,5%)- на фоне гормональной стимуляции клостельбегитом. Из осложнений настоящей беременности наиболее значимыми факторами риска развития декомпенсированной плацентарной недостаточности были выделены: гестозы, в том числе на фоне экстрагенитальной патологии, угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование плода. 18 (81,2%) пациенток были родоразрешены путем операции кесарево сечения. Масса новорожденных составила в среднем 1429+-764г, рост -40+-6см. Оценка по шкале Апгар на 1 мин после рождения составила 6,3+-0,8 баллов, на 5 мин- 7,55+-0.68 баллов. Все новорожденные были переведены в отделение интенсивной терапии, у 7 них проводилась ИВЛ. Среди остальных живорожденных детей наиболее часто встречающимися осложнениями в неонатальном периоде

были: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС у 19 (100%), внутриутробная гипотрофия у 15 (75%), синдром дыхательных расстройств у 14 (73.7%), внутриутробная пневмония у 10 (52,6%). 2 из родившихся со сроком гестации 38-39 недель в основной группе были выписаны на 7 и 9 сутки жизни вместе с матерью вследствие отсутствия развития осложнений. 16 новорожденных были переведены на 2 этап выхаживания . У 1 новорожденного на 4 сутки жизни наступила ранняя неонатальная смерть вследствие выраженной гипотрофии, тяжелого гипоксического поражения ЦНС. Перинатальная смертность в группе с декомпенсированной ПН составила 18,2%, в 50% в сроке гестации 22-28 недель, в сроке 38-40 недель- перинатальные потери отмечены не были.

Conclusions: Анализ перинатальных исходов при критическом состоянии плода показал, что наиболее неблагоприятным гестационным сроком в плане перинатальной выживаемости являются 22-28 недель, масса менее 1000 г. Морфологически нормальные дети, рожденные в сроке гестации более 38 недель характеризуются низкой перинатальной заболеваемостью и смертностью даже при критическом состоянии плодово-плацентарного кровотока.

Key words: декомпенсированная плацентарная недостаточность, критическое состояние плода, задержка внутриутробного развития, перинатальная заболеваемость, перинатальная смертность.

Related images notes: Для корреспонденции: Стрижаков Александр Николаевич, академик РАН, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Адрес: 119991, Москва, ул.Трубецкая , 8, стр.2 Телефон: (499) 782-3045

Have you provided a Conflict of Interest statement as a separate item for uploading? All authors must disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest which should be disclosed include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations and grants and any other funding. Potential conflicts of interest should be disclosed when the article is submitted for consideration. The journal reserves the right to not publish an article on the basis of the declared conflict.
If there is no conflict of interest then write “None declared”.
Conflict of interest statement
None declared
ABSTRACT ACCEPTANCE
All accepted abstracts are assigned to either a oral or poster presentation session at the discretion of the FETUS 2015 Scientific Committee.
Abstract acceptance letter will be sent to the First author.

КАШТАНОВА Т.

Тема: РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО СКРИНИНГА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ НА БАЗЕ ЦЕНТРА ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РОДИЛЬНОГО ДОМА № 17

Т.Каштанова[1], И.Кянксеп[1], А.Шлыкова[1], С.Потанин[1,2], М.Селиванов[1], С.Лаптиев[1,3],А.Михайлов[1,2]
[1]СПб ГБУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург.
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.
[3]ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И.П.Павлова», г. Санкт-Петербург.

Введение. С 2012 года на территории города Санкт-Петербурга в целях профилактики врожденных заболеваний и хромосомных аномалий (ХА) у плода все беременные женщины, прошедшие постановку на учет в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства проходят пренатальный комбинированный скрининг первого триместра (КС), включающий биохимическое и ультразвуковое исследования. До 2012 года, всем беременным старше 40 лет, предлагалось проведение инвазивной пренатальной диагностики (ИПД) с учётом возрастного риска.

Материалы и методы. Отделение пренатальной диагностики СПбГБУЗ «Родильный дом N17» согласно распоряжению № 231 КЗ СПб обследует пациенток возрастной группы старше 39 лет по программе КС первого триместра беременности. Данная программа включает ультразвуковой скрининг (исключение ВПР и УЗ-маркеров ХА плода) и биохимический скрининг (определение уровня PAPP-A и β-ХГЧ в крови беременной), проводимые при сроке 11-13 6/7 недель беременности. Ультразвуковой скрининг проводится на аппарате экспертного класса «Voluson 8» с участием 2 специалистов, биохимический скрининг и расчет риска рождения ребенка с хромосомной аномалией проводится на аппарате «Delfia express» с участием 1 специалиста.

Результаты. За период 2012-2014 годов по программе КС было обследовано 1836 беременных возрастной группы старше 39 лет, имеющих высокий возрастной риск рождения детей с хромосомными аномалиями. По результатам КС, при полученном расчетном риске рождения ребенка с ХА более 1%, пациенткам предлагалось проведение ИПД. Всего по показаниям КС за указанный период было выполнено 305 инвазивных исследований, что составило 16,6%. По результатам ИПД было выявлено 29 плодов с хромосомными аномалиями.

Заключение. Внедрение программы КС в первом триместре беременности позволило снизить количество инвазивных процедур на 83,4%, что уменьшает риск прерывания беременности, как основного осложнения от этой процедуры. Эффективность диагностической программы КС за указанный период времени составила 93,54%.

КЯНКСЕП АЛЕКСЕЙ

Тема: Оценка эффективности внедрения протокола по ведению новорожденных детей из группы риска по развитию инфекций.

А. Кянксеп[1,3], А. Любимова[1,2], И. Матыенко[1], А. Пулин[3], А. Михайлов[1,2]
[1]СПб ГБУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург.
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.
[3]ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», г. Санкт-Петербург.

Введение: Необоснованное применения антибиотиков приводит к негативным последствиям как для пациента, так и к росту возникновения и распространения антибиотикорезистентности. Поэтому крайне важно иметь четкие критерии для отнесения новорожденных детей в группу риска по развитию инфекции и начала проведения стартовой антибактериальной терапии.

Материалы и методы: Нами были разработаны критерии диагностики внутриамниотической инфекции плода (ВАИП) и на основании данных критериев был разработан протокол по ведению новорожденных детей из группы риска по развитию инфекции. Оценка эффективности протокола проводилась путем наблюдения за детьми, родившимися в 2014 году и сопоставлением частоты использования антибиотиков в 2014 по сравнению с 2009 и 2010 годами (до внедрения протокола).

Результаты и обсуждение: К факторам риска инфицирования новорожденных детей относили – преждевременные роды (срок гестации менее 37 нед.), безводный период более 18 часов, лихорадка в родах > 37,5°С или два и более из следующих признаков: лейкоцитоз > 15,000/mm^3, болезненность матки, тахикардия матери > 100 уд/мин, тахикардия плода > 160 уд/мин, зловонные околоплодные воды. Новорожденным детям из группы риска проводилось развернутое лабораторное обследование и интенсивное наблюдение в течение 48 часов. Стартовая антибактериальная терапия назначалась только при наличии лабораторных признаков системного воспалительного ответа или в случае отрицательной динамики со стороны клинической картины и/или лабораторных показателей у ребенка.
Внедрение в родильном доме протокола ведения новорожденных детей из группы высокого риска по развитию инфекции позволило сократить применение антибиотиков на 39% - с 6,8% до 4,1% (p=0,006).

Заключение: Разработанные нами критерии диагностики ВАИП и новорожденных детей из группы высокого риска по развитию инфекции позволили своевременно оказывать адекватную медицинскую помощь новорожденным детям, что привело к снижению частоты необоснованного применения антибиотиков.

КУЗНЕЦОВА ИРИНА

Тема: «ПРИМЕНЕНИЕ ЖИРОВЫХ ЭМУЛЬСИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РДС».

И. В. Кузнецова 1. Д. С. Земцов 2

1. Заведующая отделением анестезиологии и реанимации для новорожденных КГБУЗ КМДКБ №1, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПО, ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России к.м.н. доцент
2. Клинический ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПО, ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Введение. РДС – одна из основных причин заболеваемости, смертности недоношенных и доношенных новорожденных высокого риска. Жировые эмульсии применяются в клинической практике парентерального питания (ПП) уже 40 лет, остаются противоречивыми данные о влиянии жировых эмульсий на газообмен и легочное сосудистое сопротивление.

Цель исследования: определить влияние жирных кислот на газообмен, легочное сосудистое сопротивление у новорожденных с РДС.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 252 историй болезни новорожденных, поступивших в ОРИТ КМДКБ №1. Взят 2008 (ПП включало только Глюкозу 12,5% + Аминовен 10%) и 2012-2014г., применяли СМОФ-липиды 20%. Включены новорожденные с поражением легких - (РДС) до 32 нед, 33-34 нед, 34-35 нед. При анализе учитывали данные анамнеза, особенности антенатального и перинатального периодов. Все дети находились в одинаковых условиях, имели высокую вероятность развития эндогенной и экзогенной назокомиальной инфекции. Были разделены на 2 группы: исследуемая 126 ребенка и 126 контрольная.

Результаты исследования: Для определения газообмена легких оценивались показатели биомеханики легких: AaDO2 мм рт. ст., PaO2/FiO2, мм рт., IO, Qs/Qt. Для оценки легочного сосудистого сопротивления проводилась: Эхокардиография – (аппарат Logic Book) – показатели: сердечный выброс(ФВ-%), скорость кровотока(V-cm.sec.) в легочной артерии, среднее давление в легочной артерии (AT/ET – sec.) в режиме PW, скорость кровотока(V - cm.sec) на трехстворчатом клапане (ТК).

Получены результаты: Новорожденные - 34-33 нед., контрольная - 33 , исследуемая 36. Стартовые параметры респираторной поддержки (ИВЛ) в обеих группах были одинаковы. Показатели биомеханики: Clt, мл/смH2O/кг -0.48±0.06; Raw, см/л/с-19,3.1±1.19; SaO2,%- 81.4±2.58; PaO2, мм рт. ст.- 55.9±1.01; PaCO2, мм рт. ст.- 61.3±0.60; pH, ед-7.20±0.01; AaDO2, мм рт. ст.- 257.0±19; PaO2/FiO2, мм рт. ст-72.9±6; IO-15 ±1,46; Qs/Qt, %-17.4±0.83 ; Hb, г/л-17,4±0.36. На 6-7 сутки в группе, где не применялись жировые эмульсии, сохранялись нарушения биомеханики дыхания, что требовало сохранение агрессивных параметров ИВЛ. В группе, где с первого дня применялась жировая эмульсия 20%, показатели биомеханики были нормальны. Это позволило к 8 дню провести экстубацию, перевести новорожденных на назальный CPAP(NCPAP). Показатели легочного кровотока в контрольной, и в исследуемой группе были в пределах нормы. В исследуемой группе - кол-во дней на ИВЛ составило 8 , в контрольной -16 дней., кой- ко дни 12 и 24 соответственно. Летальность в исследуемой группе составила: 0 , в контрольной - 1. Новорожденные 32-30 нед. – 43- контрольная и 45 - исследуемые группы. Стартовые параметры ИВЛ и показатели биомеханики были практически одинаковые. В исследуемой группе вместе с СМОФ-липидами 20%, применяли Дипептивен 20% . К 7 суткам, в исследуемой группе, отмечались улучшения биомеханики легких с увеличением Clt, PaO2/FiO2, IO, но еще сохранялись вентиляционная и кислородная зависимость, высокий Qs/Qt. Данное улучшение биомеханики легких позволило уйти от жестких параметров ИВЛ со снижением PIP, MAP, FiO2, SaO2,%- 89.1±2.74. Положительная динамика отмечалась и далее, с нормализацией всех показателей, к 10 дню проведена экстубация, перевод на NCPAP. В контрольной группе к 7 дню сохранялись снижение Clt, высокий AaDO2;, Qs/Qt, низкий IO,PaO2/FiO2. Данные показатели не позволяли уйти от жестких параметров ИВЛ, и составила -18 дней, в исследуемой группе, в среднем- 10 дней. Это позволило сократить койко-дни с 26 в контрольной, до 14 в исследуемой группах. Летальность в группе без применения жировых эмульсий составила 4 ребенка, по сравнению с 0 исследуемой.

Новорожденные менее 30 нед., 38 - контрольная и 35- исследуемая группы. Всем детям в первые часы вводился куросурф 200мг\кг. Стартовые параметры ИВЛ и показатели биомеханики были практически одинаковые. В исследуемой группе вместе с СМОФ-липидами 20% вводился Дипептивен 20%. В этой группе на 9 день отмечалась хорошая положительная динамика по респираторному статусу увеличение Clt, PaO2/FiO2, снижение AaDO2 IO, Qs/Qt. Учитывая, еще сохраняющуюся вентиляционную зависимость до 14 дня, новорожденным применялись вспомогательные режимы ИВЛ, и на 14 день дети были переведены на NCPAP. У новорожденных находящихся на парентеральном питании без применения жировых эмульсий, только к 16 дню ИВЛ удавалось достигнуть положительной динамики по биомеханики легких. В связи с чем, эту группу перевели на NCPAP, в среднем где-то только-19-20день. Койко-дни у них были соответственно в контрольной - 25 койко-день, исследуемой - 16кой-ко день. Летальность составила 2 ребенка в исследуемой, и 6- в контрольной группах. В обеих группах проводилась ЭхоКГ для исключения ухудшений в легочном кровотоке. Показатели проведенного исследования показали отсутствие изменений от стартовых показателей.

Выводы: 1. Применение жировых эмульсий 20% при парентеральном питании у новорожденных с поражением легких не инфекционного характера, позволяет быстрее добиваться улучшением биомеханических показателей, с переводом новорожденных на самостоятельное дыхание и снижает койко-день в ОРИТ.
2. В группе новорожденных 32-30нед. и менее 30 нед., идет сочетание РДС с поражением кишечника. Добавление Дипептивена 20%, приводит к купированию процессов воспаления со стороны кишечника.
3. Применение в ПП Жировых эмульсий 20%, с добавлением Дипептивена 20%., в группе новорожденных менее 30 нед., позволяет добиться снижение летальности.
e-mail: incom9@utsinc.ru

Л

ЛОПАТИН Д.

Тема: Автоматический контроль артериального давления при беременности.

Д.А. Лопатин, В.О. Атласов, С.И. Стожарова, А.В. Михайлов, С.В. Петров, О.В. Фионик, Н.Д. Лопатин, Д.Г. Ларионова

Введение: гипертензия одно из наиболее распространенных заболеваний при беременности и встречается в 10-12% всех случаев беременности, а своевременное выявление повышения артериального давления (АД) одна из основных задач медицинской помощи в антенатальном периоде. Создание условий, способствующих повышению доступности качественного измерения АД является перспективным направлением раннего выявления развивающейся гипертензии при беременности. Стремительное развитие электронных методов измерения АД, технологий сбора, передачи, хранения и обработки информации предоставляют совершенно новые возможности для решения задачи профессионального контроля за показателями АД при беременности.

Цель работы: Создание действующей модели информационной системы «Контроль артериального давления при беременности», способную создать оптимальные условия длительного и эффективного контроля АД у пациентов, наблюдающихся в женской консультации по беременности, с применением профессиональных методов автоматического измерения и информирования ответственного медицинского персонала о полученных результатах.

Материалы и методы. Обследованные пациенты – женщины, вставшие на учет по беременности в женской консультации за период с 2010 по 2014 год. Измерение АД и пульса – профессиональный автоматический измеритель ТМ-2655Р, метод измерения – осциллометрический. Для автоматической идентификации пациента, получения и записи результатов измерений использованы бесконтактные смарт-карты (БСК), МИС «Родильный дом №9», «Национальный кардиологический регистр». Оформление персональных БСК и инструктаж по использованию прибора производились в регистратуре, при постановке пациента на учет по беременности. Измеритель размещался в общедоступном для пациентов помещении учреждения. При посещении консультации, пациенты самостоятельно, без участия медицинского персонала, проводили измерения АД, которые автоматически регистрировались в электронном журнале измерений. Результаты последних десяти измерений распечатывались в каждом талоне амбулаторного приема.

Основные результаты: в процессе внедрения описанной технологии мы столкнулись с ожидаемым недоверием старшего и среднего медицинского персонала к достоверности результатов автоматизированного измерения АД, непонимание пациентами необходимости регулярного измерения АД в течение беременности и некоторые сложности связанные с правилами самостоятельного измерения АД пациентами. Последовательная и целенаправленная работа с пациентами, средним и старшим медицинским персоналом принесла положительные результаты, характеризуемые нижеследующими цифрами. На 1000 пациентов ежегодно вставших на учет по беременности в одном учреждении, за 5 лет внедрения системы мониторинга АД с использованием одного прибора в 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 годах, пациентами было произведено 1317, 6031, 6007, 9259, 13232 самостоятельных исследований, соответственно.

Заключение: полученные за 5 лет результаты внедрения предложенной модели демонстрируют, что применение современных высокоточных автоматических методов измерения АД в сочетании с электронным медицинским документооборотом несут в себе значительно большую профессиональную эффективность и перспективы, чем привычные нам рутинные методы измерения АД с использованием сфигмоманометра.

LOPATIN D.

Abstract name: Automatic control of blood pressure during pregnancy.

D.A.Lopatin, V.O.Atlasov, S.I.Stozharova, A.V.Mikhailov, S.V.Petrov, O.V.Fionik, N.D.Lopatin, D.G.Larionova.

Introduction: Hypertension is one of the most common diseases during pregnancy and it occurs in 10-12% of all pregnancies; early identification of high blood pressure (BP) is one of the main goals of medical care in the antenatal period. Creation of conditions that are conducive to the increase of the availability of the qualified blood pressure measurement during pregnancy is one of the promising ways of early detection of hypertension development during pregnancy. The rapid development of the electronic methods of blood pressure measurement, technology, data collection, transmission, storage and processing of information, provide completely new opportunities for solving the problem of professional monitoring of blood pressure during pregnancy.

Objective: To create a working model of the information system "Monitoring of blood pressure during pregnancy," capable of creating optimal conditions for long-term and effective control of blood pressure in patients observed in the antenatal clinic during pregnancy, using professional techniques of automatic measurment and informing the medical staff responsible for the results obtained.

Materials and methods. Examined patients were women that were registered as pregnant in the antenatal clinic for the period from 2010 to 2014. Measurements of blood pressure and heart rate was done with a professional automatic meter TM-2655P, the method of measurement was oscillometric. For automatic identification of the patient, obtaining and recording the results of measurements there were used contactless smart cards (CSC) and the medical information systems: "Maternity hospital №9» and «National Register of Cardiology.» Registration of a personal CSC and instruction about the use of the device was made at the reception, during the pregnancy registration. The meter was placed in an institution, accessible for all patients. When visiting antenatal clinic patients could fo blood pressure measurement on their own, without the participation of medical personnel. Measurements were automatically recorded in the electronic measurements journal. The results of the last ten measurements were printed on each outpatient admission ticket.

Results: during the implementation of this technology, we faced the expected disbelief of middle and senior nursing staff in the accuracy of the results of the automated blood pressure measurements, lack of understanding of the need for regular blood pressure measurements during pregnancy from patients and some patients' difficulties related to the rules of self blood pressure measurement. The consistent and purposeful work with patients, middle and senior medical staff brought positive results, characterized by the following figures. In 1000 patients registered as pregnant yearly in one institution, for 5 years of the adoption of blood pressure monitoring system using only one device in 2010, 2011, 2012, 2013 and 2014, patients produced 1317, 6031, 6007, 9259, 13232 independent researches respectively.

Conclusion: the 5-year results of the implementation of the proposed model show that the use of modern high-precision automatic methods of measuring blood pressure in combination with the electronic medical documents circulation carry a much greater professional efficiency and prospects than our usual routine methods for measuring blood pressure using a sphygmomanometer.

М

МАКАЦАРИЯ АЛЕКСАНДР

Тезис 1. Тема: СПЕКТР АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОК С НЕУДАЧАМИ ЭКО.

ХИЗРОЕВА Д.Х, МАКАЦАРИЯ Н.А., АБРАМЯН Г.Р.
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ.И.М.СЕЧЕНОВА, КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА, РОССИЯ, МОСКВА.

Цель: ранее неудачи экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) связывали только с качеством эмбриона или недоразвитием рецепторов эндометрия, но не с тромбофилией. В последнее время циркуляцию антифосфолипидных антител (АФА) рассматривают как одну из возможных причин неудач ЭКО. Как оказалось, женщины в программе ЭКО имеют повышенную частоту АФА.

Материалы и методы: в период с 2008 по 2014 годы мы обследовали 367 женщин, находившихся в программе ЭКО. Из них - 228 женщин с неудачами ЭКО (одна и более неудачных попыток ЭКО, число попыток составило от 1 до 9) (I группа) и 139 женщин с наступившей после ЭКО беременностью (II группа). Контрольную группу составили 60 здоровых беременных женщин. Все пациентки были обследованы на наличие различных АФА - антител к кардиолипину, b2-гликопротеину I, аннексину V, протромбину.

Результаты: у 42,1% пациенток I группы имело место циркуляция АФА, в том числе – антитела к кардиолипину у - 8,9%, к b2-GPI - у 31,4%, к аннексину V - у 24,% и у 13,5% пациенток - к протромбину. Циркуляция ВА - у 19,6%. Мультигенная тромбофилия была обнаружена у 58.5%, комбинация генетической тромбофилии и циркуляция АФА - в 34,2% случаев. Во II группе АФ С был диагностирован в 19%. Несмотря на наступившую в результате ВРТ беременность, в 12,4% случаев (у 11 женщин) мы наблюдали ее прерывание. В основном, прерывание происходило по типу неразвивающейся беременности на ранних сроках. Все женщины, беременность у которых наступила после программы ЭКО и которые получали терапию с фертильного цикла и во время беременности (НМГ, антиоксиданты, фолиевая кислота, аспирин, натуральный прогестерон, витамины группы В) были родоразрешены в срок с рождением живых здоровых новорожденных.

Выводы: женщины с циркуляцией АФА демонстрируют достоверно большую частоту неудач ЭКО (42,1%) и худший репродуктивный исход по сравнению с женщинами без циркуляции АФА. Мы считаем, что наличие АФА является временным противопоказанием к проведению ЭКО.
e-mail:gemostasis@mail.ru

Тезис 2. Тема: ЦИРКУЛЯЦИЯ АФА У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ.

ХИЗРОЕВА Д.Х, МАКАЦАРИЯ Н.А., АБРАМЯН Р.Р.

ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ.И.М. СЕЧЕНОВА, КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА, РОССИЯ, МОСКВА.

Цель: исследование частоты различного спектра антифосфолипидных антител у пациенток с тяжёлой преэклампсией в анамнезе.

Материалы и методы: было обследовано 125 женщин с тяжёлой преэклампсией. Контрольную группу составили 60 соматически здоровых женщин. Все пациентки были обследованы на наличие различных АФА - антител к кардиолипину, b2-гликопротеину I, аннексину V, протромбину.

Результаты: в группе пациенток преэклампсией циркуляция АФА была выявлена у 20,8%. У пациенток с тяжёлой преэклампсией АФС был диагностирован почти у 32%. Интересно, что в этой группе превалировали антитела к b2-гликопротеину I (31,6%), а также к кардиолипину и подгруппе фосфолипидов (21%). Циркуляция ВА отмечалась у 15,7%. Антитела к аннексину V – у 5,2%, к протромбину – 5,2%. При этом худшая клиническая картина наблюдалась у женщин с сочетанием различных АФА одновременно. В последующем мы наблюдали и вели беременность у 54 из 125 обследованных ранее женщин. Большинство женщин (39) наблюдалось с фертильного цикла, т.е. с момента планирования беременности. 15 пациенток обратилось за консультацией уже будучи беременными. Все пациенты были обследованы на наличие АФА повторно. В 3 случаях мы наблюдали развитие преэклампсии - в 2-х - легкой формы и 1-й - тяжелой, которые произошли у женщин, обратившихся уже во время беременности, а именно в III триместре, что возможно связано с тем, что пациенты все-таки получали антикоагулянтную терапию. Не было ни одного случая повторного развития тяжелой преэклампсии у пациенток, находившихся на антикоагулянтной терапии с фертильного цикла или с первых дней беременности.

Выводы: наличие преэклампсии в анамнезе является показанием к диагностированию АФА и проведению специфической патогенетической профилактики с момента планирования беременности.

Тезис 3. Тема: РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ.

ХИЗРОЕВА Д.Х, МАКАЦАРИЯ Н.А., СТУЛЕВА Н.С., АБРАМЯН Р.Р.
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ.И.М.СЕЧЕНОВА, КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА, РОССИЯ, МОСКВА.

Цель: исследование частоты различных антифосфолипидных антител у пациенток с синдромом потери плода в анамнезе.

Материалы и методы: было обследовано 146 женщин с синдромом потери плода в анамнезе, из которых 74 наблюдались с момента планирования беременности и 72 – получали терапию с момента обращения со II-III триместров. Контрольную группу составили 60 соматически здоровых женщин. Все пациентки были обследованы на наличие различных АФА - антител к кардиолипину, b2-гликопротеину I, аннексину V, протромбину.

Результаты: у 34% женщин с синдромом потери плода был диагнострован АФС. Среди всех антител превалировали антитела к кардиолипину (31,5%), аннексину V (31%) и b2-GPI (22,6%), что было достоверно выше по сравнению с контрольной группой, в которой АФС был выявлен у 6,6%. Комбинация генетической тромбофилии, гипергомоцистеинемии и циркуляции АФА - в 23% случаев. В группе, которая получала терапию с фертильного цикла самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках было у 1,6%. Не было ни одного случая позднего самопроизвольного выкидыша. Это же касается антенатальной гибели плода и мертворождения. В группе женщин, получавших терапию со 2-3 триместров наблюдалась более высокая частота акушерских осложнений. Но тем не менее, ниже, чем было в анамнезе этих пациентов в отсутствие терапии.

Выводы: полученные данные позволяют предположить, что АФА играют несомненную роль в генезе синдрома потери плода. Интересным представляется факт, что, несмотря на то, что антитела к аннексину V не входят в перечень критериев АФС, уровень данных антител превалировал у пациенток с синдромом потери плода. Также обращает на себя внимание сочетание различных антифосфолипидных антител одновременно у пациенток с наиболее тяжелым акушерским анамнезом, что демонстрирует большую диагностическую значимость определения различных групп АФА у пациенток с осложнённым акушерским анамнезом.

МАКОГОН АРКАДИЙ

Тезис 1. Тема: Ультразвуковая диагностики преждевременного закрытия овального окна.

МЦ «Авиценна» группа компаний «Мать и Дитя» г. Новосибирск
ИХБФМ СО РАН г.Новосибирск

Преждевременное закрытие овального окна является одной из причин расширения правых отделов сердца у плода. У новорожденных в случае преждевременного закрытия овального окна регистрируется персистирующая легочная гипертензия.

Преждевременное закрытие овального окна может быть причиной гипоплазии левых отделов сердца, перегрузки правых отделов, декомпенсации сердечной деятельности и внутриутробной гибели плода. Возможность неблагоприятного исхода подчеркивает особую важность своевременной диагностики преждевременного закрытия овального окна.

Материалы и методы. В третьем триместре беременности диагностировано преждевременное закрытие овального в двух случаях. Других аномалий развития у плодов выявлено не было. Ультразвуковые исследования выполнены на аппарате Voluson E8(GE), в двухмерном режиме с применением цветового допплеровского картирования (ЦДК), импульсной допплерометрии, а также объемном сканировании технологии STIC. Предсердия осматривались в в 4-х камерном и бикавальном сечениях сердца плода.

Результаты. У обоих плодов выявлены расширение правых отделов сердца, снижение подвижности клапана овального окна у одного плода и увеличение подвижности клапана овального окна у другого, у одного плода - брадикардия. После родов (выполнено кесарево сечение в одном случае и самопроизвольные роды в другом случае) диагноз был подтвержден.

Обсуждение. Преждевременное закрытие овального окна возможно на любой стадии пренатального периода. При этом каждому второму случаю сопутствуют экстракардиальные аномалии развития. Легочная гипертензия развивается у 1/3 новорожденных. Преждевременное закрытие овального окна сопровождается увеличением правых отделов (100%), гипермобильностью клапана ОО (91%), изогнутым кзади артериальным протоком (68%). В литературе описаны следующие критерии преждевременного закрытия овального окна: 1. диаметр менее 2,5мм, 2. поток более 40см/сек. 3. отношение ОО/диаметр правого предсердия <0,3. 4. Отношение ОО/длина интраатриальной части перегородки <0,33. 5. Отношение ОО/диаметр восходящей аорты <0,52.

Заключение. 1) При ультразвуковом исследовании в доношенном сроке необходимо оценивать внутрисердечную гемодинамику. 2) Увеличение правых отделов сердца может свидетельствовать о преждевременном закрытии овального окна. 3) Помимо 4-х камерного сечения сердца в этих случаях полезно исследование и бикавального сечения. 4) Преждевременное закрытие овального окна у плода требует тщательного поиска других аномалий развития.

Тезис 2. Тема: Медицина плода – возможности и перспективы нового направления в МЦ «Авиценна».

МЦ «Авиценна» группа компаний «Мать и Дитя» г. Новосибирск, Россия.

В настоящее время перинатальное направление признано самым значимым в деле снижения заболеваемости и инвалидизации детей. Более 40 лет интенсивно развивается перинатология как отдельное научно-практическое направление. Широкое распространение получили неинвазивные и инвазивные методы пренатальной диагностики, развивается хирургия плода. В Международном Клиническом Центре вспомогательных репродуктивных технологий, генетики, гинекологии и родовспоможения «АВИЦЕННА» группы компаний «Мать и Дитя» открыто отделение медицины плода. В настоящее время в отделении выполняются следующие диагностические и лечебные методики: 1. инвазивная пренатальная диагностика хромосомных и моногенных заболеваний (хорионбиопсия,

плацентобиопсия, амниоцентез, кордоцентез); 2. амниоредукция при многоводии; 3. внутриутробное переливание крови плоду; 4. лечебно-диагностические пункции образований и полостей плода; 5. селективная редукция плода при многоплодной беременности; 6. селективная редукция плода при многоплодной беременности методом лазерокоагуляции; фетоскопия, лазерокоагуляция сосудов плаценты при фето-фетальном трансфузионном синдроме; 7. ультразвуковая диагностика; 8. наружный акушерский поворот плода на головку. Коллектив отделения обладает 18-летним опытом инвазивных вмешательств при беременности под контролем ультразвука, приоритетом по внедрению этих методов в регионе.

За истекший период выполнено более 4000 вмешательств. Основное количество вмешательств связано с выполнением инвазивных манипуляций с целью пренатальной диагностики (кордоцентез, амниоцентез, плаценто-, хорионбиопсия), внутриутробного лечения гемолитической болезни плода (внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду – 175 процедур), внутриутробного лечения гидроторакса плода, обструктивной уропатии, коррекции многоводия (амниоредукция). За весь период курировано 11 случаев отечной формы гемолитической болезни плода (ГБ), в 9 из которых удалось достичь положительного результата и реабилитировать новорожденных. Осложнения (внутриутробная гибель плода) в группе плодов с ГБ, которым выполнено внутриутробное переливание крови, составили 2,9% (5 случаев из 175 манипуляций, из которых два – отечная форма ГБ). Перинатальные потери в группе плодов с ГБ, которым выполнено внутриутробное переливание крови, составили 5,3% (3 случая из 57 пациентов, из которых один – отечная форма ГБ). В одном случае выполнено внутриутробное переливание крови плоду при острой фето - фетальной трансфузии, развившейся после гибели одного плода из монохориальной двойни. Выполнено 3 манипуцляции лазерокоагуляции. Выполнено 5 процедур наружного акушерского поворота плода на головку. Исходы для новорожденных благоприятные.

Применение современных, рациональных с точки зрения доказательной медицины методов диагностики и лечения плода позволяет существенно улучшить перинатальные исходы родов, проводить пренатальное консультирование на подлинно научной основе. Такой подход помогает семейной паре принять правильное решение в сложной ситуации, когда речь идет о медицинской помощи плоду, который современной медициной рассматривается как полноценный пациент.

МУРАТНАЗАРОВА НАРГОЗЕЛЬ

Тезис 1. Тема: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

Муратназарова Н.А.
Туркменистан, ТГМУ

Введение. Данные о прогнозировании неблагоприятных исходов беременности при гестозе неоднозначны, несмотря на сообщения о возможности использования ряда параметров в качестве ранних маркеров преэклампсии (ПЭ). Малоизученность морфологических аспектов нарушений маточно-плацентарного взаимоотношения при гестозе не позволяет оптимизировать исходы беременности, предопределяя высокую частоту материнских и перинатальных потерь.

Цель исследования: выполнить анализ зависимости типов геометрии левого желудочка (ЛЖ) при преэклампсии с диастолической дисфункцией (ДД), метаболическими маркерами гестоза, особенностями маточно – плацентарного и почечного кровотока и осложнениями беременности (задержка роста плода (ЗРП) и преждевременные роды (ПР)).

Материалы и методы. Контингент исследования: 54 беременные с преэклампсией (ПЭ), 62 - с ПЭ на фоне артериальной гипертензии (АГ), 46 женщин с физиологической беременностью. Методы исследования: биохимический анализ крови (мочевая кислота) и мочи (микроальбуминурия (МАУ)), фетометрия, плацентометрия, эхокардиография, допплерометрия маточных и почечных сосудов, морфологическое исследование плаценты.

Результаты. Вариант концентрической гипертрофии ЛЖ определял одинаково высокую частоту ДД ЛЖ при ПЭ - 51,9% во II триместре и у 62,9% - с ПЭ на фоне АГ в III триместре. ЗРП в присутствие концентрической гипертрофии ЛЖ выявляли у 33,3% женщин с ПЭ, что в два раза меньше, чем у беременных с ПЭ на фоне АГ (62,9%). Частота ПР также достоверно преобладала - в полтора раза при ПЭ на фоне АГ (43,5% против 33,3%) и данной геометрической модели. Возрастание уровня мочевой кислоты было одинаково высоким, независимо от типа ремоделирования миокарда ЛЖ при ПЭ, чаще во II триместре беременности. МАУ при концентрической гипертрофии ЛЖ выявляли в два раза чаще, чем при концентрическом ремоделировании как во II (69,2% против 33,3%), так и в III триместре беременности – у 56,3% беременных обеих групп - с ПЭ на фоне АГ и 66,7% - с АГ. При АГ МАУ выявляли у 50% беременных с концентрической геометрией миокарда ЛЖ.

Морфоструктура плаценты показала: нарушение маточно-плацентарного кровообращения, сопряженное с образованием очагов инфарктов темно-красного цвета у 64,6% женщин с ПЭ, причем в 44,8% образцов их содержание составляло до 7-10% от общего объема плаценты. Наряду с наличием в котиледоне афункциональных зон (11,2%), зон склероза (14,6%) в материнской поверхности, определены зоны тромбоза маточно-ворсинчатых пространств (в 45,2% плацент при ПЭ на фоне АГ против 29,6% - с АГ) со скоплением фибриноида, очаговых скоплений эритроцитов с явлениями гемолиза. Состояние фетоплацентарного кровотока при гестозе определялось степенью его тяжести и проявлялось эндотелиальной дисфункцией с деструкцией органелл и плазматических мембран, нарушениями реологии (полнокровие, стаз, тромбоз, кровоизлияния). Возросла доля полнокровных (35,3%), фибриноидноизмененных (19,8%) и отечных ворсин (6,9%), содержание фибриноида в межворсинчатом пространстве (5,2%).

Заключение. Определены особенности внутрисердечной и сосудистой гемодинамики для прогнозирования и диагностики нормальной и осложненной преэклампсией беременности. Установлены ранние предикторы ПЭ и ПЭ на фоне АГ и их влияние на клиническое течение и исходы гестационного процесса для матери и плода. Концентрическая гипертрофия ЛЖ определяет высокую частоту неблагоприятных исходов беременности (ПР, ЗРП) при ПЭ на фоне АГ, ухудшение регионарной гемодинамики, нарушение функции почек (МАУ), релаксационный тип ДД ЛЖ. Морфологическими маркерами нарушения маточно-плацентарного кровотока при ПЭ являются эндотелиальная дисфункция и нарушение реологии крови, приводящие к образованию тромбов, инфарктов, кровоизлияний и ишемических изменений в плаценте

Тезис 2. Тема: МАРКЕРЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГЕСТОЗЕ

МУРАТНАЗАРОВА НАРГОЗЕЛЬ

Туркменистан, ТГМУ.

Введение. Проблема «белых пятен» этиологии и патогенеза беременных с преэклампсией (ПЭ) сопряжена с неоднозначностью данных о структурно-функциональных характеристиках миокарда и его диастолической функции при данном осложнении беременности. Остаются дискуссионными аспекты разграничения компенсаторных гемодинамических изменений при физиологической беременности от кардиальной перестройки при гестозе – «чистом» и сочетанном. Полагают приоритетным использование тканевой миокардиальной допплерэхокардиографии как неинвазивного метода контроля материнской сердечной функции при гестозе для выявления структурно – функциональных изменений миокарда. Цель исследования: определить особенности внутрисердечной перестройки при физиологической и осложненной преэклампсией беременности для прогнозирования и диагностики осложненного её течения.

Материалы и методы. Контингент исследования составили 54 беременных с преэклампсией, 62 - с преэклампсией, развившейся на фоне артериальной гипертензии (АГ), 46 - с физиологически протекающей беременностью. Методы исследования: клинико-статистический анализ, эхокардиография. Исследование диастолической функции проводили с помощью традиционной допплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) и методом тканевой миокардиальной допплерэхокардиографии (ТМДЭхоКГ).

Результаты. Параметры линейных (ТЗСЛЖ, ТМЖП) и объемных эхокардиографических параметров левого желудочка в диастолу (КДО) достоверно преобладали при ПЭ на фоне АГ. Наибольший показатель массы миокарда левого желудочка ЛЖ (ММЛЖ) определял не только достоверно большую величину коэффициента диспропорциональности (КД) при ПЭ на фоне АГ, но и изменение геометрии ЛЖ (концентрическую гипертрофию или ремоделирование). Преобладание эксцентрической гипертрофии отмечали у здоровых беременных: во II триместре у 54,3%, в III - у 71,7%. При ПЭ достоверно преобладала нормальная геометрия ЛЖ (72,2%); концентрическое ремоделирование встречалось в два раза реже (18,5% против 37,1%), концентрическая гипертрофия - в четыре раза (9,2% против 32,2%), чем при ПЭ на фоне АГ. В III триместре при ПЭ на фоне АГ частота концентрической гипертрофии и ремоделирования возросла – 45,2% и 40,3%, соответственно; при ПЭ доминировал тип концентрического ремоделирования – в 2,5 раза по сравнению с концентрической гипертрофией ЛЖ (37,0% против 12,9%). Процесс гиперплазии ЛЖ (ГЛЖ) у женщин с ПЭ на фоне АГ оказался выражен в большей степени, так как характер увеличения ММЛЖ превосходил пределы компенсаторного: 142% - во II и 152% - в III триместре.

При ТМДЭхоКГ начальные изменения диастолической функции (ДФ) ЛЖ - нарушения его релаксации были диагностированы у 35,5% женщин с ПЭ на фоне АГ и 18,5% - с ПЭ; при стандартной ДЭхоКГ реже: при ПЭ на фоне АГ - в полтора раза (19,3%), ПЭ – в два раза реже (9,2%). В III триместре частота диастолической дисфункции (ДД) возросла вдвое: релаксационный тип определяли у 59,7% беременных с ПЭ на фоне АГ, что в два раза больше, чем при стандартной ДЭхоКг (32,2%). У беременных с ПЭ нарушенную ДФ выявляли достоверно чаще при тканевом допплере - в два раза по сравнению с традиционным допплером (46,3% и 22,2%).

Заключение. Регистрация начальных изменений ДФ возможна до морфофункциональной перестройки миокарда ЛЖ. Необходимо подчеркнуть самостоятельное значение оценки характера диастолической функции ЛЖ, нарушение которой выступает ранним маркером неадекватной перестройки сердечно – сосудистой системы у беременных с анамнестическими факторами риска ПЭ.
e-mail: nargozel@mail.ru

Н

НУРИЕВА АЙГЮЛЬ

Тема: ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ.

А. Нуриева, Ф. Бадретдинова, А. Хасанов, О. Мамедова, М. Мухамадиева

Введение. Острый аппендицит (ОА) при беременности остается одной из самых спорных диагностических и лечебных проблем, угрожающий жизни матери и плода. Развитие острого аппендицита на фоне беременности сопровождается высокой летальностью для матери (до 2,5-3%) и значительно ухудшает прогноз для плода.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 124 беременных, поступивших в стационар с подозрением на ОА.. Ретроспективное исследование проведено путем изучения архивного материала у 64 беременных женщин, перенесших аппендэктомию (за 1989 - 2005 г.г.). В данной группе для диагностики острого аппендицита не применялись методы ультразвуковой и эндоскопической визуализации органов брюшной полости ввиду отсутствия соответствующей аппаратуры и специалистов. Группу проспективного исследования составили 60 женщин(2006-2014г.г.). Для диагностики ОА большинству беременным применяли ультразвуковое исследование брюшной полости как скрининг-метод и в сложных случаях лапароскопическая диагностика и допплерометрия. При анализе клинических данных использовали балльную оценку Альварадо. Для пациенток проспективной группы использовалась акушерская и хирургическая тактика дифференцированного подхода в выборе хирургического доступа, метода оперативного вмешательства с учетом срока гестации и формы аппендицита. Обе группы обследования были однородны по возрастному составу, акушерскому анамнезу.

Результаты: Одинаково часто в обеих группах ОА встречается в I и во II триместре беременности (соответственно 85,9% и 83,3%). В ретроспективной группе операция выполнялась через разрез Волковича-Дьяконова (53-82,8%) или срединной лапаротомии (17,2%).Во второй группе у 48(80%) разрезом Волковича-Дьяконова, срединным доступом- у 10(16,7%), лапароскопическая аппендэктомия- у 8(13,3%) и у 4(6,7%) выполнена лапароскопически дополненная аппендэктомия.В1-ой группе оперативное лечение выполнялась через 12,4±1,6 часов, во второй группе -5,7±2,3 часа после поступления. Деструктивные формы аппендицита выявлены у 48 (75%) беременных в ретроспективной и у 43(71,6%) в проспективной группе, «перфоративный» аппендицит наблюдался в 18,7% и 15% соответственно. Катаральные формы воспаления чаще диагностированы в ретроспективной группе –у 20(25%).У 11(17,1%) в ретроспективной группе родоразрешение операцией кесарева сечения и у 10(16,6%) в проспективной группе. У 3 женщин в ретроспективной группе после извлечения плода выполнена экстирпация матки. В проспективной группе необходимость удаления матки возникла в одном случае. Летальных исходов не было. Течение беременности после перенесенной аппендэктомии осложнилось в 71,2% и 51,3% соответственно угрозой прерывания беременности, в 54,7% и 43,4% - развитием фетоплацентарной недостаточности, в 28,4% и 27,1% - мало-многоводием в ретроспективной и проспективной группах исследования.

В группе ретроспективного исследования у 6 (9,3%) произошло самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки гестации, у 8 (12,5%) преждевременные роды, у 2(3,1%) запоздалые и у 46(71,8%) срочные роды. В 6,2% наблюдений произошла антенатальная гибель плода. В проспективном исследовании в 11,6% произошли преждевременные роды, в 2-х случаях наблюдалась антенатальная гибель плода. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар в динамическом проспективном исследовании составила на 1 минуте после рождения 7,72±0,09 балла, на 5 минуте 8,91±0,09 балла ($p<0,05$). Частота внутриутробной инфекции отмечена в 48,39% и 12% соответственно в ретроспективной и проспективной группах. В ретроспективной группе дети чаще рождались с низкой и нормальной массой тела и в проспективной группе новорожденные имели нормальную массу тела.

Заключение. Использование современных инновационных инструментальных методов исследования при остром аппендиците у беременных позволяет снизить акушерские и хирургические осложнения. Дифференцированный выбор хирургического вмешательства и оперативного доступа позволяют снизить частоту самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов.

П

ПИЯНЗИН АЛЕКСЕЙ

Тема: КИБЕР ДИАГНОСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

А. Пиянзин[1], С. Жилин[2], Е. Ивченко[3], А. Федоров[1], З. Акинина[3]
1. Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
2. Алтайский государственный университет, г. Барнаул
3. Алтайская краевая клиническая детская больница, г. Барнаул

Введение. В настоящее время для медицинской практики являются приоритетными современные методы и новейшие компьютерные технологии всестороннего анализа данных.

Материалы и методы. Обследовали 187 новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы и 47 без данной патологии (возраст 4-7 день после рождения). С помощью гематологического анализатора Sysmex XT-2000i (Sysmex Corporation, Япония) у детей определяли 30 параметров общего анализа крови. Для построения сложных нелинейных зависимостей и постановки компьютерного диагноза использовались автоматизированные искусственные нейронные сети и метод деревьев классификации. Методом главных компонент выявляли линейные связи между параметрами общего анализа крови.

Результаты. По связям между параметрами крови метод главных компонент показал, что диагноз перинатального поражения центральной нервной системы связан с процентным содержанием лимфоцитов нейтрофилов, ретикулоцитарными индексами, количеством эритроцитов, концентрацией гемоглобина, гематокритом. Метод деревьев классификации определил значимыми для разделения на классы следующие показатели гематологического анализатора: незрелые ретикулоциты, средняя концентрация и содержание гемоглобина в эритроците, степень анизоцитоза. При обучении модели на 194 пациентах при прогнозировании диагноза перинатального поражения центральной нервной системы обеспечил ошибку 5%, на независимой тестовой выборке из 34 человек – ошибку 10%. Искусственные нейронные сети при постановки компьютерного диагноза перинатального поражения центральной нервной системы в процессе обучения показали 100%-ю точность, специфичность и чувствительность, а на тестовой выборке точность диагноза составила 87%, специфичность – 71%, чувствительность – 91%.

Заключение. Совокупность различных математических методов и современные компьютерные технологии по параметрам общего анализа крови позволили с высокой точностью прогнозировать у новорожденных гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы.

Пиянзин Алексей Илларионович, кандидат медицинских наук, докторант кафедры педиатрии ФПК и ППС Алтайского государственного медицинского университета, e-mail: bio7777777@mail.ru

PIJANZIN ALEKSEY

Abstract name: CYBER DIAGNOSIS OF PERINATAL HYPOXIC- ISCHEMIC LESIONS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

A. Pijanzin1, S. Zhilin 2 , E. Ivchenko3, A. Fedorov1, Z. Akinina3

1. Altai State Medical University, Barnaul, Russia
2. Altai State University, Barnaul, Russia
3. Altai Regional Clinical Children's Hospital, Barnaul, Russia

Background. Currently, modern methods and the latest computer technology for the comprehensive analysis of the data are very important for medical practice. Patients and methods. 30 hematologic parameters were analyzed in 187 infants with hypoxic-ischemic lesion of the central nervous system and 47 healthy infants (age 4-7 days after the birth) using Hematology Analyzer Sysmex XT-2000i (Sysmex Corporation, Japan). Linear dependencies between hematological parameters were explored using principal components analysis. Artificial neural nets (ANN) and decision trees were used to model non-linear dependencies in the data and to predict the disease

Results. Principal components analysis of blood characteristics and the disease data has discovered linear relationships between perinatal damage of central "nervous system and percentage of lymphocytes and neutrophil reticulocyte indicies, erythrocyte count, haemoglobin concentration, hematocrit. Decision tree classification has detected the following features as important for discrimination of patients with perinatal damage of the central nervous system: immature reticulocyte, average concentration and content of hemoglobin in the red blood cell, the degree of anizocitoz. Decision tree model has built using the sample of 194 patients with the training error equal to 5%. The testing error of the model on the independent test sample of 34 patients was 10%. Artificial neural nets was well-trained to predict the perinatal damage of the central nervous system disease on the same training sample with the 100% accuracy, specificity and sensitivity. Artificial neural nets predicted the disease for the testing sample with the 87% accuracy, 71% sensitivity and 91% specificity.

Conclusin. Various mathematical techniques and modern computer technology enabled high-precision prediction of neonatal hypoxic-ischemic lesion of the central nervous system based on analysis of hematological parameters.

Alexey Pijanzin, PhD, Department of Pediatrics, Altai State Medical University,
e-mail: bio 7777777 @ mail. ru

ПЕТРОВ ВИКТОР

Тема: ЗАБОЛЕВАНИЯ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ИЛИ МАТЕРИНСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНОЙ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ПРИЧИН ЕГО АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ?

В. Петров, А. Куртяну, Т. Карауш, Н. Бурсаковски
Институт Матери и Ребенка, г. Кишинев, Молдова.

Введение: Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в перинатальном акушерстве, мертворождение является важной проблемой [1, стр.143]. Практически половина перинатальных потерь связана с внутриутробной гибелью доношенного плода [2, стр.167]. Данные литературы утверждают, что большинство этих потерь могли бы быть предотвращены, причем многие – без использования дорогостоящих механизмов [3, p. 3, 13; 2, стр.167]. Для этого крайне важно понимание причин и факторов, связанных с мертворождением [4].

Материалы и методы: Осуществлен анализ 112 случаев антенатальной гибели доношенных плодов в рамках Конфиденциального аудита перинатальной смертности, проведенного в Республике Молдова. Во избежание недоучета случаев смертности плода, рожденного в срок, но с задержкой роста плода, для включения в аудит были использованы 2 критерия: масса тела при рождении ≥2500 г или гестационный возраст > 37 недель.Для выявлениясостояния/й, которые существовали на момент смерти плода в утробе матери, мы использовали классификацию ReCoDe. Отметим, что данная классификация подчеркивает, что пошло не так, не обязательно «почему».

Результаты: Согласно полученным данным почти половина (45,6%) случаев антенатальной гибели плода была вызвана плодовыми причинами, в том числе в 32,1% - внутриутробной задержкой развития, в 5,4% - аномалиями развития, в 4,5% - изоиммунизацией, по 1,8% пришлось на плодово-материнское кровотечение и хроническую инфекцию. Материнская патология не превысила 15 % (14,4%). Она была представлена в 7,2% гипертензивными состояниями, 1,8% - сахарным диабетом, 5,4% -другая патология. Заключение**:** Заболевания плода в три раза чаще являются причиной внутриутробной гибели плода в сравнении с материнской патологией, в связи с этим взор современных акушеров и врачей-неонатологов должен быть не в последнюю очередь обращен на плод как на отдельного пациента.

Е.В., Кулавский В.А. Современные проблемы снижения антенатальных потерь. МедицинскийвестникБашкортостана, выпуск N4, том 1, 2011, стр. 142-147. 2). Stratulat P., Curteanu A., Carauș T., Petrov V., Gardosi J. The experience of the implementation of perinatal audit in Moldova. BJOG 2014; 121 (Suppl. 4): 167–171. 3). Anjali Choudhary1, Vineeta Gupta. Epidemiology of Intrauterine Fetal Deaths: A Study In Tertiary Referral Centre In Uttarakhand. IOSR Journals (IOSR Journal of Dental and Medical Sciences), 2014; Volume 13, Issue 3, Ver. II, p. 3-6 4).Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- andmiddle-income countries: a systematic literature review. BJOG 2014; 121 (Suppl. 4): 141–153.

PETROV VICTOR

THE EFFICACY OF DETECTION OF PHOSPHORYLATED INSULINLIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN-1(IGFBP-1) IN CERVICAL SECRETIONS IN PREDICTING PRETERM DELIVERY

V. Petrov, D. Madan, N. Bursacovschi, I. Opalco
Institute of Mother and Child Care, Scientific Laboratory of Obstetrics
Kishinev, Moldova.

Introduction. The main purpose of the study was to evaluate the efficacy of bedside test kits based on detection of phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1(phIGFBP-1) in cervical secretions in predicting preterm delivery. Material and methods. Patients presenting with symptoms of preterm labor: regular uterine contractions, pelvic pressure, lumbar pain, between 24 and 34 weeks of gestation were recruited. The intact membranes and cervical dilatation <3 cm represented the conditions of including the patients in the research. A commercially available immunochromatography- based rapid strip test (Actim partus test; Medix Biochemica, Kauniainen, Finland) was used to detect phIGFBP-1-1 in cervical secretions.

Results. Sixty-eight patients were recruited into the study. The research showed that Actim partus test was positive in 13 cases (19,1%) and negative in 55 cases (80,9%). The women who tested negative for IGFBP-1 had a significantly shorter stay in the delivery suite, as well as a reduced requirement for tocolysis and a shorter hospitalization. Among all the patients that participated in the research, there were 5 pregnant with positive test and only one pregnant with negative test that gave birth up to 7 days from testing. Sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of Actim partus test is 83,3%; 87,0%; 38,5% and 98,2%, respectively.

According to the tests that were done, the negative results of this biochemical marker can be used in establishing the medical conclusion about the low risk of premature birth. The test shows the efficacy in preventing the unwished hospitalization, thereby excluding the administration of the unnecessary tocolytics and corticosteroids therapy.

Conclusions. Conforming to our data, the test has a higher negative predictive value than a positive predictive value, thus it can prevent unreasonable interventions. The detection of phIGFBP-1 in cervical secretions of the patients with signs and symptoms of preterm labor is an effective method in predicting prematurity.
Contact e-mail: petrovvn@rambler.ru

Р

РОМАНОВСКИЙ АРТЕМ

Тема: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СОСУДИСТЫХ АНАСТОМОЗОВ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ.

А. Романовский[1,2], А. Новикова[1], Т. Каштанова[1], А. Шлыкова[1], А. Михайлов[1,2]

[1]СПб ГБУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург.
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.

Введение: Фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) встречается в 5-20 % монохориальных беременностей и является одним из самых опасных осложнений монохориального многоплодия. Фетоскопическая лазерная коагуляция (ФЛК) при ФФТС является “золотым стандартом” лечения с выживаемостью порядка 53-56 %.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование исходов беременности после ФЛК анастомозов плаценты в период с 2008 по 2012 год в клинике СПбГБУЗ “Родильный дом №17”. В группу исследования были включены 30 пациенток с монохориальными диамниотическими двойнями, осложненными ФФТС (наличие многоводие у плода-реципиента и маловодия у плода-донора, а также стадии III и IV по Quintero) при сроке беременности менее 26 недель. Критериями исключения были гибель одного из плодов, преждевременное излитие околоплодных вод, а также выявление особенностей развития плодов. Выполнялась селективная ФЛК поверхностных анастомозов плаценты по стандартной методике.

Результаты: Первоначально в группу исследования вошли 30 беременных с ФФТС. На момент обращения распределение по стадиям в соответствии с классификацией Quintero было следующим: I – 16,7%, II – 40 %, III - 3,3%, IV – 10%. Плацента локализовалась по передней стенке в 11 (36,6 %) случаев и по задней - в 19 (73,4 %) случаев. 4 случая были исключены из группы исследования, т.к. ФЛК не была выполнена вследствие резкого ухудшения визуализации. ФЛК анастомозов была выполнена в среднем при сроке 22 недели (18 – 25 недель). В среднем была выполнена коагуляция 9 анастомозов (5-27). Антенатальная гибель обоих плодов из двойни в течение 7 суток после ФЛК произошла в 4 случаях (15,4 %). Антенатальная гибель одного плода из двойни в течение 7 суток после ФЛК произошла в 4 случаях (15,4 %). В группе антенатальной гибели одного плода из двойни в 3 случаях (75 %) погиб реципиент, в 1 случае (25 %) – донор. В целом в 84,6% случаев в течение 7 суток после операции лазерной коагуляции выжил хотя бы один плод из двойни, в 69,2 % выжили оба плода. Средний срок родоразрешения в группе беременных с выполненной ФЛК составил 31,9 недели. При локализации плаценты по передней стенке матки – 29,7 недели, при задней локализации – 33,5 недель.

Выводы: Мы получили показатели выживаемости, которые соответствуют данным зарубежной литературы. Наиболее частым интраоперационным осложнением было ранение кровеносных сосудов стенки матки с развитием кровотечения в амниотическую полость, приводящего к резкому ухудшению визуализации. Не было выявлено никаких других осложнений операции со стороны матери, что подтверждает безопасность вмешательства в отношении здоровья женщины . Полученные нами данные подтверждают, что ФЛК является эффективной терапией ФФТС с минимальным риском осложнений для матери

C

SAVELYEV ALEKSEY

Abstract name: GOALS AND OBJECTIVES OF GLOBAL MEDICAL INFORMATION NETWORKS IN THE HEALTHCARE SYSTEM.

Aleksey Savelev, Anton Mikhailov
Maternity Clinic#17, St.Petersburg

At the moment in the world there is no medical information network that meets the needs of the greatest number of people.
Examine most of the existing health information networks; identify their strengths and weaknesses to create a single information space in the global health system.
Develop a global health information network meets the following criteria:
- Orientation to the concept of the development of Internet technologies Web 3.0
- Cross-platform
- The use of mobile applications
- Standardization of data entry-level health care
- Localization of the interface in their native language
- Intuitive Interface
- Nice and neat design
- A complete set of functions for the information interaction
- Easy registration
- A set of functions for production, creation and distribution of information content.
- Advanced privacy settings
- Separation of user groups and communities
- The system of reputation rankings and achievements
- Verification of participation in the reputation rankings and achievements.
- Creating an API for third-party developers.
- Creating an enhanced search technology throughout the information component of medical information network.
- Ability to make purchases, to participate in the charity and sell content.
- Copyright protection and safety.

Conclusions. We suggest that development of global medical information network is really needed.

СЕМЕРИНСКАЯ ИРИНА

Тема: ОБВИТИЕ ПУПОВИНОЙ ВОКРУГ ПЛОДА КАК ОСОБАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ.

Автор. Профессор, доктор медицинских наук, зав. кафедрой генетики, акушерства, гинекологии и медицины плода Л. Назаренко.
Соавтор. Кандидат мед. наук, зав. отделением патологии беременности «Медицина плода» И. Семеринская.

КУОЗ «Харьковский городской клинический родильный дом №6», г. Харьков, 61 075, ул. Луи пастера, 2.
Уточнение спектра стрессовых воздействий в раннем онтогенезе необходимо для понимания причин роста распространённости психоневрологической патологии у детей и подростков. Основными стрессорами в перинатальном периоде выступают острая гипоксия и родовая травма. Одним из общих причинных факторов их является нарушение плацентарно-плодового кровообращения вследствие обвития пуповины (ОП) вокруг плода. Данное явление воспринимается сегодня как случайность, а клиническое значение оценивается противоречиво.

Цель работы – определить популяционную частоту ОП, вклад в структуру патологии перинатального периода, сравнить состояние фето-плацентарного комплекса (ФПК) при наличии и в отсутствие ОП.

Материал и методы исследования: На первом этапе выполнено ретроспективное популяционное исследование, позволившее определить динамику частоты ОП за 2000-2010 гг. На втором этапе проведено выборочное проспективное обследование 179 женщин после 32 нед., с одноплодной неосложнённой беременностью без ВПР плода (в том числе, 87 с ОП, 92 без ОП). Состояние ФПК оценивалось по данным актографии и в ходе стандартного ультразвукового исследования, с допплерометрией параметров кровотока в системе мать-плацента-плод, с особым вниманием к феномену извитости пуповины в трёх сегментах относительно плода и плацентарного диска. После родов был исследован послед, проведены клинико-морфологические параллели.

Результаты исследования: Распространенность ОП в исследуемом промежутке времени в среднем составила 20,3 %, с вариациями от 7,7 % до 29,3 %. Установлен параллелизм траектории перинатальной смертности и частоты ОП, а также ОП и общего числа случаев оперативного родоразрешения. Специфичным и чувствительным для плода с ОП выявился размашистый тип актографии. При ОП достоверно чаще регистрировались проявления централизации кровообращения, начиная с 34 нед. Худшие исходы для плода были при сочетании ОП с гиперизвитостью пуповины или отсутствием спирализации. Морфологической документацией плацентарной дисфункции при ОП явились проявления хронических нарушений пуповинного кровообращения, компенсаторно-приспособительных изменений в плаценте, выраженность которых возрастала по мере увеличения кратности ОП.

Выводы: ОП вокруг плода является перинатально значимым фактором. Пуповину стоит считать важным объектом дородового наблюдения, что может повысить «управляемость» отдельными составляющими перинатальной патологии.

SPRINCEAN M.

Abstract name: NeuroPsychological disorders of development of premature children.

Mariana Sprincean [1,2], Elena Paladi[1], Victor Petrov[1], Igor Opalco[1], Ludmila Eţco[1,2]
[1]Institute of Mother and Child, [2]State University of Medicine and Pharmacy "N. Testemitanu", Chisinau, Republic of Moldova

Introduction: Neuro-psychic healthcare of children, especially of premature newborns, urges a special attention in contemporary conditions of development of the system of services in healthcare.

Objective of the study: emphasizing the psycho-neurological peculiarities of premature children treated with magnesium sulphate as antenatal neuroprotector.

Material and methods: This study has identified in retrospective and prospective analysis a sample of 291 premature children up to 34 weeks of gestation, at the Institute of Mother and Child. First study group of 122 of premature newborns was administrated antenatal MgSO4 and the second placebo study group of 169 newborns neurologically were examined at 3, 6, 9 and 12 month of age.

Results: The analysis of the structure of neurologic abnormalities, identified by dynamic evaluation within 12 month of life of premature newborns with less than 34 weeks of gestation period, in the group in which was administrated magnesium sulphate as antenatal neuroprotection, stipulated: major neurologic deviations - 13,5±3,3%, moderate neurologic deviations – 12,5±3,2%; minor neurologic deviations – 28,9±4,4%; psychomotorial development related to corrected age – 45,3±4,9%. Children prematurely born from first MgSO4 group at the age of 12 month presented high neurologic risks in 13,5±3,3% of cases and those of second placebo group: 20,8±3,7% (t-1,5; p>0,05).

Conclusions: The children of placebo group demonstrated a higher rate of neurologic minor and major deviations, comparing with the first study group in which was administrated antenatal magnesium sulphate.

Key words: premature, psychoneurological, peculiarities, neurodevelopment, antenatal neuroprotector.

СТРИЖАКОВ АЛЕКСАНДР
Тезис 1. Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М.Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Москва, Российская Федерация

П. Буданов 1; А. Стрижаков 2, А. Чурганова 3.

Тема: Инновационный подход к лечению пневмоторакса у новорожденных.

П. Буданов

Введение: В практике неонатолога пневмоторакс это нередкое и грозное осложнение, сопровождающее различные виды респираторной поддержки.

В настоящее время по данным литературы известно, что распространенность пневмоторакса среди детей, родившихся в доношенном сроке гестации, не превышает 1-2%, а заболевания органов дыхания заметно повышают риск развития данного осложнения. Так, при преходящем тахипноэ пневмоторакс наблюдается у 10%, при болезни гиалиновых мембран – у 5-20%, а при аспирации мекония – у 20-50% новорожденных.

После поставленного диагноза – пневмоторакс, требуется принятие экстренных мер – пункция и дренирование плевральных полостей. Особенную трудность представляет процедура закрытия пневмоторакса на фоне тяжелой пневмонии.

Фибриновый криопреципитат (ФК) – это ультракриопреципитат, содержащий в своем составе фибриноген, фибронектин, фибринстабилизирующий фактор (XIII), антигемофильный глобулин (VIII), фактор фон Виллебранда.

При изучении эффектов ФК доказано, что он активно стимулирует регенерацию, а также влияет на скорость и характер заживления тканей. Установлен эффект интенсификации регенераторных процессов с сохранением физиологического соотношения количества клеток без избыточного развития соединительной ткани и функционального истощения делящихся клеток.

Клинический случай и результаты: Нами впервые успешно было осуществлено лечение двустороннего пневмоторакса у доношенного новорожденного с помощью введения в плевральные полости фибринового криопреципитата.

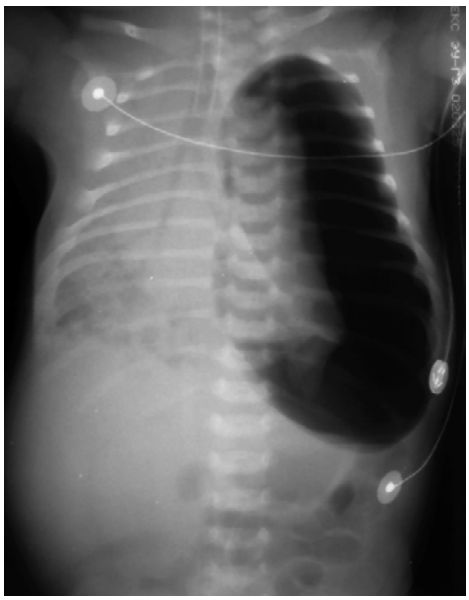
Пациентке Х, 25 лет, гражданка Узбекистана, предстояли вторые роды от второй беременности. Первая беременность закончилась самопроизвольными родами на доношенном сроке без осложнений. Во время настоящей беременности не обследовалась. При поступлении: в области нижних и верхних конечностей женщины пустулезные кожные высыпания. При влагалищном исследование шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода на тазовом дне. Подтекают мекониальные околоплодные воды. На высоте одной из потуг родилась живая доношенная девочка массой 4060 г, ростом 53 см, без видимых травм и пороков развития с оценкой состояния по шкале В.Апгар на 1 минуте 3 балла (2-1-0-0-0) на 5 минуте 5 баллов (2-2-0-0-1). Новорожденная была госпитализирована в отделение интенсивной терапии в крайне тяжелом состоянии, обусловленным дыхательной недостаточностью и явлениями инфекционного токсикоза. Наличие синдрома аспирации мекониальной водами, выраженная дыхательная недостаточность. Ребенок был седатирован и синхронизирован с дыхательной аппаратурой. Учитывая высокий риск развития легочной гипертензии методом выбора ИВЛ был избран режим высокочастотной вентиляции. Параллельно проводилась седативная, антибактериальная, гемостатическая, инфузионная, аналгезирующая терапия, вводились кардиотонические препараты. В первый час жизни новорожденного по клиническим и эхографическим данным был диагностирован двухсторонний гидроторакс больших объемов. Была проведена двусторонняя плевральная пункция, получено по 50,0 мл содержимого желтого цвета с обеих сторон.

Во время санации левой плевральной полости появилась асимметрия грудной клетки с увеличением ее левой половины, произведена пункция левой плевральной полости, получено большое количество воздуха, налажен активный дренаж (Рис. 1).

Через 3 часа диагностирован и правосторонний пневмоторакс, произведена пункция и дренирование второй плевральной полости. Дыхание стало проводиться равномерно.

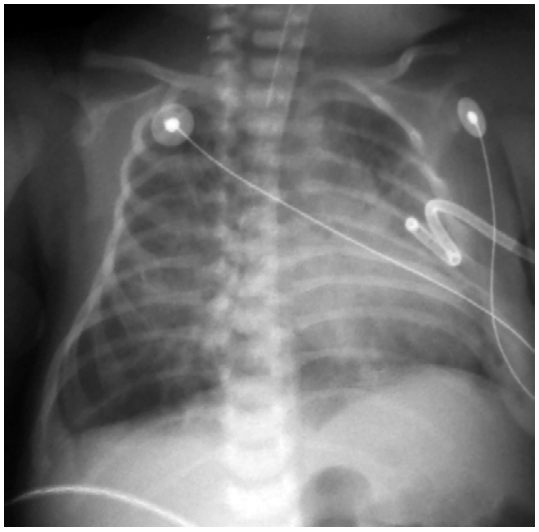
Диагноз: острая интранатальная асфиксия тяжелой степени. Врожденная пневмония. Персистирующая легочная гипертензия. Двусторонний гидропневмоторакс. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, средней степени тяжести.

Рис. 1. Левосторонний пневмоторакс.



На протяжении интенсивной терапии проводилась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия (тиенам, эдицин), противогрибковая, антигеморрагическая, инфузионная, кардиотоническая, седативная и обезболивающая терапия. Иммуннокоррекция пентаглобином; миорелаксация; коррекция электролитных нарушений. В первые сутки жизни взяты бактериальные посевы, выявлено массивное обсеменение клебсиеллой, чувствительность которой соответствовало раннее проводимой антибактериальной терапии. До 11 суток жизни отмечалось медленное улучшение состояния, но сохранялись явления пневмоторакса. С целью купирования длительно существующего (11 суток) двустороннего пневмоторакса, было решено применить раствор фибринового криопреципитата, который был введен в плевральные полости по дренажам в количестве 3,0 мл, одновременно дренажи были удалены с обеих сторон. Через 12 часов после введения фибринового криопреципитата произведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки (Рис. 2).

Рис. 2. Купирование пневмоторакса после введения фибринового криопреципитата.



Явления двустороннего пневмоторакса полностью купированы. Новорожденный экстубирован и переведен в детский боксированный корпус ГКБ №7 г. Москвы для дальнейшего наблюдения и лечения врожденной аспирационной пневмонии.

Заключение: Таким образом, фибриновый криопреципитат, введенный в плевральную полость новорожденного с длительно персистирующим спонтанным пневмотораксом позволил купировать явления пневмоторакса менее чем за 6 часов. Наличие в составе фибринового криопреципитата повышенного количества провоспалительных, противовоспалительных цитокинов и разнонаправленных белков-медиаторов можно рассматривать в качестве перспективы для неинвазивной терапии спонтанного пневмоторакса и врожденной пневмонии новорожденных.

Ключевые слова: фибриновый криопреципитат, пневмоторакс, эффективность.

Заметки: Для корреспонденции: Буданов Павел Валерьевич, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2. Тел.: +7 (499)782-30-45

Тезис 2

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

А. Стрижаков, И. Игнатко, Ю. Толкач

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Москва, Россия.

Введение. Тема преждевременных родов является актуальной в настоящее время, т.к. именно эта акушерская патология в значительной мере определяет перинатальную заболеваемость и смертность. На долю недоношенных детей приходится 65-70 % ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности.

Материалы и методы. Проведено обследование 28 беременных женщин на сроках гестации 23-34 недель с клиническими проявлениями угрожающих преждевременных родов. Вышеуказанный диагноз установлен на основании жалоб пациенток, данных объективного обследования, с подтверждением повышения тонуса матки результатами кардиотокографического и ультразвукового исследования, в том числе с проведением цервикометрии. Всем пациенткам проводили оценку полиморфизма генов цитокинов: IL1Rα, IL4, IL1β, TNF-α путем взятия соскоба со слизистой щеки, после чего из данного материала выделяли геномную ДНК. Генотипирование проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

При анализе гинекологического анамнеза установлено, что 10 (35,7%) женщин имели воспалительные заболевания органов малого таза. Оценка репродуктивной функции показала, что у 4 (14,3 %) отмечалось завершение гестации преждевременными родами, у 16 (57%) – самопроизвольным выкидышем. В структуре осложнений настоящей беременности угроза преждевременных родов составила 100% (28).

При оценке исходов беременности выявлено, что преждевременные роды произошли в 16 (57,2%) наблюдениях – I группа, при этом своевременные роды отмечались в 12 (42,8%) – II группа.

Результаты. Была проведена оценка распределения частоты аллелей гена цитокина IL1β, и обнаружено, что у женщин родивших преждевременно в 4 (25%) наблюдений диагностирован провоспалительный гомозиготный редкий аллель T\T. Во II группе наблюдениях в 12 (100%) был выявлен гомозиготный нормальный аллель C\C. Так же, была установлена отрицательная ассоциация гена TNFα с развитием преждевременных родов. В обеих группах наблюдений диагностирован гомозиготный нормальный

аллель G\G. При исследовании полиморфизма гена IL1Rα в I группе в 2 (12,5%) наблюдений диагностирован противовоспалительный гомозиготный редкий аллель 2R\2R, во II группе данных показателей не выявлено. Для частоты генотипов гена цитокина IL4 не получено статистически значимых отличий в данных группах наблюдений.

Заключение. В ходе анализа результатов выявлена взаимосвязь между наличием мутантных аллелей T\T гена IL1β и развитием преждевременных родов. Данные показатели могут быть использованы для выявления группы риска развития данного осложнения гестации, что будет способствовать снижению риска перинатальных потерь.

Тезис 3
БИОХИМЧЕСКИЙ СКРИНИНГ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

А. Стрижаков 1, И. Игнатко 2, М. Мирющенко 3.
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России
E-mail: kafedra-agp@mail.ru, Тел.: +7(499) 782-30-45

Введение. Первостепенной задачей, требующей решения, является разработка инструментально-лабораторных критериев развития плацентарной недостаточности (ПН) и синдрома задержки роста плода (СЗРП), внедрение системы ведения женщин высокого перинатального риска с ранних сроков гестации. Проведение биохимического и ультразвукового скрининга позволяет своевременно выявить беременных высокого перинатального риска.

Цель исследования – изучить прогностическую значимость показателей β-ХГЧ и PAPP-A, определяемые при проведении перинатального скрининга в I триместре, на исход беременности.

Материалы и методы. Нами было проведено проспективное исследование 56 беременных с неотягощенным соматическим и акушерским анамнезом, спонтанно наступившей одноплодной беременностью. Так же критерием исключения явились выявленные при скрининге пороки развития плода.

Всем беременным в сроке 11-12 нед. проводился пренатальный скрининг, включающий ультразвуковое исследование и исследование крови матери на сывороточные маркеры (β-ХГЧ, PAPP-A) в программе “PRISCA”. В зависимости от исхода беременности пациенты были разделены на две группы, в которых анализировался уровень β-ХГЧ, PAPP-A. В первую группу были включены 52 пациентки, беременность которых завершилась рождение детей с нормальной массой тела (3500±500 г). Во вторую группу вошли 4 пациентки (7,14%), родивших детей с СЗРП (вес при рождении 2500±500 г).

Результаты. Уровни β-ХГЧ, PAPP-A в обеих группах были в пределах референтных значений, но обращало на себя внимание однонаправленные изменения данных маркеров (низким концентрациям PAPP-A соответствуют низкие уровни β-ХГЧ, и наоборот, высокие уровни PAPP-A сопровождаются повышением содержания β-ХГЧ) в первой группе и разнонаправленные изменения во второй группе. Уровень PAPP-A в первой группе варьировал от 1,4 до 3,1 мМд/мл, а уровень B-ХГЧ от 38 до 54 нг/мл. Во второй группе 1,4-2,1 мМд/мл и 71-82 нг/мл соответственно.

Заключение. Таким образом необходима комплексная оценка изменения уровней сывороточных маркеров. Изменение уровня одного из них не может свидетельствовать о патологии плода. А только разнонаправленные изменения PAPP-A и β-ХГЧ позволяют прогнозировать осложненное течение беременности. Выявление групп беременных высокого риска развития ПН и СЗРП дает возможность прогнозировать их формирование еще на предгравидарном этапе, что позволяет провести комплекс профилактических и, при необходимости, лечебных мероприятий, позволяющих в конечном итоге снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

Тезис 4
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АФА МАТЕРИ И ПЛОДА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СЗРП И ПРЕЭКЛАМПСИИ

А. Стрижаков 1; А. Макацария 2; Е. Тимохина 3.

1-ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Москва, Россия2 - ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Кафедра акушерства и гинекологии медико-биологического факультета Москва Россия3- ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Москва, Россия.

Введение: С целью установить клинико-диагностическое значение антифосфолипидных АТ (АФА) в развитии СЗРП и гестоза различной степени тяжести нами было проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование 227 беременных с СЗРП и 227 их новорожденных, а также 60 беременных и новорожденных при физиологической беременности.

Материалы и методы: В основной группе нами выделены 3 подгруппы в зависимости от степени тяжести плацентарной недостаточности: к первой подгруппе было отнесено 87 женщин с СЗРП I ст, ко второй – 79 женщин, беременность которых осложнилась развитием СЗРП II ст., и к третьей –61 женщина с критическим состоянием плода. Методом ELISA исследовалась концентрация антифосфолипидных антител.

Клинические случаи или результаты: Частота циркулирующих АФА и их концентрация значительно отличались в основной и контрольной группах, а также в основной группе в зависимости от степени тяжести СЗРП и эффективности проводимой терапии. В основной группе циркулирующие АФА выявлены в 62,1%. При этом при СЗРП I – в 32,2%, при СЗРП II – в 68,4% , при критическом состоянии плода – в 96,7%. В основной группе не только частота циркулирующих АФА, но и их концентрация коррелирует со степенью тяжести ПН. При СЗРП I ст средняя концентрация АФА составила 0,15±0,06 ед/мл, при СЗРП II – 0,33±0,11 ед/мл, при СЗРП III и критическом состоянии плодового кровотока - 0,63±0,14 ед/мл. Таким образом, концентрация АФА>0,6 ед/мл является прогностически неблагоприятной по развитию критического состояния плода. В целом, АФА> 0,6 ед/мл выявлена у 34,4%. При ней у 80,7% ПН развивалась на фоне среднетяжелого (44,4%) и тяжелого (55,6%) гестоза. У 6,1% пациенток развился приступ эклампсии. У пациенток с АФА>0,6 ед/мл преобладал СЗРП II и III (60,3% и 24,7%). Следует отметить, что при АФА>0,6 ед/мл отмечались выраженные гемодинамические изменения у плода. Критическое состояние диагностировано в 5,6%.Эффективность комплексной терапии при АФА >0,6 ед/мл составила при СЗРП I- 86,0%, при СЗРП II степени – 36,8% и СЗРП III степени – 10,6%, а в остальных наблюдениях требовалось досрочное родоразрешение.При изучение частоты и концентрации циркулирующих АФА у новорожденных в контрольной группе выявлено, что циркулирующие АФА встречаются у 3,33%. Их средняя концентрация - 0,08±0,02 ед/мл.АФА у новорожденных > 0,6 ед/мл при ПН выявлена в 32,1%. Из них в 16,1% при СЗРП I , в 32,9% при СЗРП II и в 50,8% при СЗРП III. Интересно, что концентрация АФА новорожденных напрямую коррелировала с концентрацией материнских АФА. Во всех наблюдениях при выявлении циркулирующих АФА в крови матери отмечается циркуляция АФА в крови новорожденного, а в 93,3% отмечено сочетание их повышенных концентраций - > 0,6 ед/мл.

Заключение: Таким образом, сочетание повышенных концентраций АФА в крови матери и новорожденного является наиболее неблагоприятным при прогнозировании развития СЗРП, степени его тяжести, а также эффективности проводимой терапии. Концентрация АФА более 0,6 ед/мл является прогностически неблагоприятной. При концентрации АФА более 0,6 ед/мл возрастает частота развития СЗРП тяжелой степени, длительно текущего гестоза, выраженных гемодинамических нарушений в фетоплацентарном комплексе и низкой эффективности проводимой терапии.

Ключевые слова: СЗРП, плацентарная недостаточность, преэклампсия , АФА

Тезис 5
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОГО АПОПТОЗА В ВЕДЕНИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.

А. Стрижаков 1 Е. Тимохина 2

1 Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Москва, Россия
2 Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Москва, Россия

Введение: Синдром задержки роста плода (СЗРП) на протяжении многих лет не утрачивает своей актуальности, поскольку занимает ведущее место в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, а также отклонений в развитии детей и серьезных заболеваний в последующие годы. В связи с многогранностью патогенеза в настоящее время лечебные мероприятия при СЗРП включают широкий комплекс средств, однако достичь положительного эффекта удается не всегда В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение причин различной эффективности лечения СЗРП разной степени тяжести с позиций патогенетических механизмов развития данного осложнения.

Материалы и методы: Пациенты и методы:Проведено динамическое обследование 86 беременных с СЗРП различной степени тяжести. При этом СЗРП I степени диагностирован у 36 пациенток, СЗРП II степени – у 30 и СЗРП III степени – у 20 пациенток. СЗРП I степени диагностировалось при отставании фетометрических показателей от нормативных значений для данного срока беременности на 2 недели; СЗРП II степени – на 3 – 4 недели, СЗРП III степени – на 4 недели и более.Контрольную группу составили 30 беременных с физиологическим течением гестации. Методом иммуногистохимического анализа исследовался уровень апоптоза в плаценте по экспрессии антиапоптозного белка Bcl-2. Основные звенья комплексного патогенетического лечения СЗРП включали:• Инфузионную терапию с использованием препаратов, улучшающих микроциркуляциюи (дипиридамол, петоксифиллин) и метаболические агенты (актовегин) и нейропротекторы (инстенон). • При развитии СЗРП на фоне гестоза – инфузии 10% раствора гидроксиэтилированного крахмала целью коррекции гиповолемии, улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции в плаценте. • Антиоксиданты, мембранстабилизаторы – препараты полиненасыщенных жирных кислот, эссенциале, витамин Е в терапевтических дозах. • При выявлении дефектов гемостаза - использование препаратов низкомолекулярного гепарина под контролем параметров коагулограммы и маркеров тромбофилии (D-димер, ТАТ, F 1+2) • Лечение сопутствующих осложнений беременности (гестоза, угрожающих преждевременных родов, анемии, внутриутробного инфицирования) и экстрагенитальных заболеваний.

Клинические случаи или результаты: При СЗРП I степени степень экспрессии Bcl-2 была интенсивной в синцитиотрофобласте ворсин а также от слабой до умеренной в терминальных ворсинах. Степень экспрессии Bcl-2 в плацентарной ткани женщин с СЗРП I степени в среднем составила 2,33±0,12. После проведения комплексной терапии ПН положительный эффект от проведенной терапии отмечен в 82,0% наблюдений. При СЗРП II по степени экспрессии уровня Bcl-2 изучаемые последы были разделены нами на 2 подгруппы: плаценты с умеренной экспрессией Bcl-2 (43,3%) и плаценты с низкой экспрессией Bcl-2 (56,7%). При низком уровне экспрессии Bcl-2 отмечен достоверно более низкий эффект от проводимой терапии, который составил только 17,6%. При умеренной экспрессии Bcl-2 положительный эффект от проведенной терапии ПН отмечен в 53,8% наблюдений. В общем, положительный эффект от проводимой терапии при СЗРП II степени отмечен только в 33,3% наблюдений. Наиболее значимые процессы декомпенсации в плацентарной ткани, проявляющиеся крайне низкой ингибицией апоптоза (следовательно, его высоким уровнем), отмечены нами при СЗРП III степени. Экспрессия Bcl-2 была от крайне низкой (0-1 балл) до низкой (1 балл). Также отмечены многочисленные участки с полностью отсутствующей экспрессией данного белка. Поэтому при оценке эффективности проводимой терапии в данной группе все последы были условно разделены на 2 подгруппы: с низкой экспрессией Bcl-2 (30%) и крайне низкой или отсутствующей экспрессией Bcl-2 (70%). В подгруппе с крайне низкой или отсутствующей экспрессией антиапоптозного белка Bcl-2 отмечалась достоверно низкая эффективность проводимой терапии, которая составила лишь 7,1%. В

остальных же 92,9% наблюдений отмечалось отсутствие положительного эффекта. Важно отметить, что при этом СЗРП III степени сочетался с критическим состоянием плодово-плацентарного кровотока, признаками страдания плода по данным кардиотокографии и допплерометрии, что потребовало досрочного родоразрешения.

Заключение: Таким образом, нарастание степени тяжести СЗРП проявляется выраженным процессом декомпенсации в виде нарастания апоптоза в плацентарной ткани. Данные изменения несомненно влияют на дальнейшее развитие СЗРП, эффективность проводимой терапии, а следовательно, и на перинатальные исходы. Несомненно, что апоптотическая активность плацентарной ткани напрямую отражает функциональную активность плаценты и уровень компенсаторных реакций, а, следовательно, предопределяет эффективность проводимой терапии. Апоптоз – универсальный биологический регулятор клеточной активности, определяющий уровень трансплацентарного обмена в системе “мать-плацента-плод”, закономерно усиливается по мере нарастания степени тяжести СЗРП. Более того, интенсивность процессов апоптоза предопределяет клиническое течение СЗРП и эффективность проводимой терапии.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, апоптоз

Файлы, таблицы

Рис. 1. Корреляция уровня экспрессии Bcl-2 и эффектвность терапии при СЗРП различной степени тяжести.

ТЕЗИС 6
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА

А. Стрижаков1; И. Игнатко 2; М. Карданова 3.
Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Москва, Российская Федерация

А. Стрижаков

Введение: Декомпенсированная плацентарная недостаточность и критическое состояние плода характеризуются неблагоприятными перинатальными исходами. Так, по данным ряда авторов перинатальная смертность колеблется от 0 до 93%, а затраты, связанные с комплексным наблюдением и лечением детей наносят значительный социальный и экономический ущерб.Введение термина критическое состояние было продиктовано тем обстоятельством, что при обнаружении подобных нарушений у плодов с выраженной задержкой внутриутробного развития в среднем в течение двух недель наступала антенатальная гибель плода. Целью нашего исследования явилась разработка оптимального алгоритма ведения беременных с диагностированным критическим состоянием плода, оценка перинатальных исходов в зависимости от срока гестации, массы тела при рождении, а также показателей допплерометрического исследования в системе мать-плацента-плод.

Материалы и методы: Нами проведено проспективное клиническое обследование 22 женщин с выявленным критическим плодово-плацентарным кровотоком , проведен анализ развития новорожденных в неонатальном периоде. Клиническое исследование включало в себя оценку соматического и репродуктивного здоровья обследуемых женщин, особенностей течения настоящей беременности, лабораторно-инструментальное исследование беременных, изучение состояния плода , оценку состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде. Ультразвуковое исследование с использованием аппаратов Aloka SSD (Japan), Philips M, снабженных датчиком цветного и допплеровского картирования и конвексным электронным датчиком с частотой 3,5 и 2,5 МГц. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы STATISTICA 64 bit for Windows, а также статистических функций программы Microsoft Office Excel 2007.

Клинические случаи или результаты: Средний возраст беременных с декомпенсированной ПН составил 32,36+-6 года с индивидуальными колебаниями от 22 до 48 лет. У 60 %, женщин с нарушениями плодово-плацентарного кровотока основной группы выявлены соматические заболевания, при этом в 62% диагностирована сочетанная патология. 11 пациенток (50%) были первобеременными, у 6 отмечался высокий паритет. В 17 (77,3%) наблюдений беременность наступила самостоятельно, у 4 (18,2%) – при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, у 1 (4,5%)- на фоне гормональной стимуляции клостельбегитом. Из осложнений настоящей беременности наиболее значимыми факторами риска развития декомпенсированной плацентарной недостаточности были выделены: гестозы, в том числе на фоне экстрагенитальной патологии, угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование плода. 18 (81,2%) пациенток были родоразрешены путем операции кесарево сечения. Масса новорожденных составила в среднем 1429+-764г, рост -40+-6см. Оценка по шкале Апгар на 1 мин после рождения составила 6,3+-0,8 баллов, на 5 мин- 7,55+-0.68 баллов. Все новорожденные были переведены в отделение интенсивной терапии, у 7 них проводилась ИВЛ. Среди остальных живорожденных детей наиболее часто встречающимися осложнениями в неонатальном периоде были : гипоксически-ишемическое поражение ЦНС у 19 (100%), внутриутробная гипотрофия у 15 (75%), синдром дыхательных расстройств у 14 (73.7%), внутриутробная пневмония у 10 (52,6%). 2 из родившихся со сроком гестации 38-39 недель в основной группе были выписаны на 7 и 9 сутки жизни вместе с матерью вследствие отсутствия развития осложнений. 16 новорожденных были переведены на 2 этап выхаживания . У 1 новорожденного на 4 сутки жизни наступила ранняя неонатальная смерть вследствие выраженной гипотрофии, тяжелого гипоксического поражения ЦНС. Перинатальная смертность в группе с декомпенсированной ПН составила 18,2%, в 50% в сроке гестации 22-28 недель, в сроке 38-40 недель- перинатальные потери отмечены не были.

Заключение: Анализ перинатальных исходов при критическом состоянии плода показал, что наиболее неблагоприятным гестационным сроком в плане перинатальной выживаемости являются 22-28 недель, масса менее 1000 г. Морфологически нормальные дети, рожденные в сроке гестации более 38 недель характеризуются низкой перинатальной заболеваемостью и смертностью даже при критическом состоянии плодово-плацентарного кровотока.

Ключевые слова: декомпенсированная плацентарная недостаточность, критическое состояние плода, задержка внутриутробного развития, перинатальная заболеваемость, перинатальная смертность.

Заметки: Для корреспонденции: Стрижаков Александр Николаевич, академик РАН, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Адрес: 119991, Москва, ул.Трубецкая, 8, стр.2 Тел.: (499) 782-3045

И.Игнатко1; А. Стрижаков 2; М. Карданова 3
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова , кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Москва, Российская федерация

Имя докладчика: И. Игнатко

Название тезисов: Особенности ультразвуковой картины при декомпенсированной плацентарной недостаточности

Введение: Ультразвуковое исследование с оценкой кровотока в маточно-плодово-плацентарной системе на сегодняшний день остается основным методом инструментальной диагностики плацентарной недостаточности и задержки внутриутробного развития плода. При критическом состоянии плода оно играет ведущую роль в тактике дальнейшего ведения беременных . Целью нашего исследования было оценить при ультразвуковом исследовании функциональное состояние маточно-плодово-плацентарного кровотока и плода при декомпенсированной плацентарной недостаточности для разработки рациональной тактики и ведения и оптимальных сроков родоразрешения.

Материалы и методы: Было обследовано 22 женщин, беременность которых осложнилась декомпенсированной плацентарной недостаточностью. Все беременные были разделены на 3 группы в зависимости от срока гестации: 1группа -22-28 недель, 2 группа- 29-36 недель, 3 группа -37-40 недель. Средний срок беременности при ультразвуковом исследовании составил 31,45+-3,88 недель. Нарушения кровотока в системе мать-плацента плод преимущественно (15 (68,2%) наблюдений) были выявлены в сроки 29-36 недель. Анализ данных ультразвукового исследования позволил установить, что у 6 женщин было выявлено изолированное нарушение кровотока в артерии пуповины, у 2 из которых регистрировался реверсивный кровоток , у 10- в сочетании с нарушением кровотока в маточных артериях , у 6 в сочетании нулевым кровотоком в аорте плода, в том числе у 1 –реверсивным кровотоком , у 8 – в сочетании с нарушением кровотока в средней мозговой артерии плода. Сочетанные нарушения кровотока в маточно-плацентарно-плодовом кровотоке отмечены у 8.

Клинические случаи или результаты: Достоверных различий при обнаружении маловодия и многоводия во время ультразвукового исследования по трем группам не выявлено. В тоже время синдром задержки роста плода в группе со сроком гестации 29-36 недель регистрировался чаще, чем в остальных группах, при этом преобладала 2 степень задержки роста. декомпенсации плодово-плацентарного кровотока в сроке гестации с 37 по 40 неделю наблюдаются наиболее благоприятные перинатальные исходы, оценка по шкале Апгар на 1 минуте была в 1,3 и 1,2 раза выше чем в 1 и 2 группах. Во всех группах перевод в отделение реанимации наблюдался в 100% случаев, но на 2 этап выхаживания были переведены дети в сроке гестации 22-28 неделю –в 100%, с 29-36 неделю- в 85,7%, дети в группе с 37 по 40 неделю были выписаны на 7-9 сутки жизни. Перинатальные потери были значительно выше в группе детей , рожденных в сроке с 22 по 28 неделю, в группе детей с 37 по 40 неделю перинатальные потери отмечены не были. Признаки задержки роста плода зафиксированы при ультразвуковом исследовании у 18 беременных основной группы , при этом в 46,7% встречалась 3 степень отставания параметров, в 44,4% и 33,3% была отмечена смешанная и ассиметричная форма . При ультразвуковом исследовании плаценты ее «преждевременное» созревание выявлялось в сроках 33-37 недель лишь у 3 (13,4%) беременных . Гипоплазия плаценты выявлялась в 4 наблюдениях (18,2%) и приходилась на сроки 26-30 недель. Маловодие было диагностировано у половины обследованных беременных с декомпенсированной ФПН; многоводие было выявлено в 2 наблюдениях Крупно- и мелкоочаговые инфаркты в ткани плаценты при ультразвуковой плацентографии были выявлены в 3 (13,4%) наблюдениях. Нормальная эхографическая картина плаценты , количество и качество околоплодных вод, ни в одном наблюдении у беременных с декомпенсированной ФПН диагностированы не были.

Заключение: Для декомпенсированной плацентарной недостаточности характерны следующие ультразвуковые признаки: нулевой диастолический кровоток в артерии пуповины, изолированный или в сочетании с нарушением кровотока как в маточно-плацентарном, так и плодовом кровотоке, преимущественно ЗВУРП 3 степени и смешанной формы, маловодие, нарушение внутриплацентарного кровотока. Наиболее неблагоприятные перинатальные исходы отмечены при декомпенсации плодово-плацентарного кровотока в сроки 22-28 недель гестации. Сроки гестации с 37 по 40 неделю при рождении морфометрически здоровых детей характеризуются более благоприятными перинатальными исходами.

Ключевые слова: допплерометрия маточно-плодово-плацентарного кровотока, нулевой диастолический кровоток в артерии пуповины, перинатальные исходы, задержка внутриутробного развития плода

Файлы, таблицы

Таб. 1. Данные о течении беременности и перинатальных исходах при критическом состоянии плода в зависимости от срока гестации

Показатель	**22-28 недель**	**29-36 недель**	**37-40 недель**
Количество	**n=4 (18,2%)***	**n=15 (68,2%)***	**n=3 (13,6%)***
Угроза прерывания	0*	6 (40%)*	1 (33.3%)*
Гестоз	3 (75%)*	7 (46,67%)*	0*
Инфекционные заболевания во время беременности	1 (25%)	4 (26,67%)	2(66,7%)
СДО АП=0 выявлено при поступлении	2 (50%)	4 (26.67%)	2 (66.7%)
Маловодие	2 (50%)	7 (46,67%)	2 (66,7%)
Многоводие	0	1 (6,7%)	1 (33.3%)
СЗРП 1степени 2 степени 3 степени	3 (75%) 1 2 -	13 (86,7%) 4 4 5	2 (66,7%) - - 2
Срок родоразрешения	27+-2,5нед	31,9+-2,15нед	37,6+-0,57нед
Кесарево сечение	2	14	3
Масса детей	661,6+-169,7г	1423,5+-324г	2620+-796,8г
Оценка по Апгар на 1 мин **	5,5+-0,7б	6,2+-0,57 б	7,3+-1,15 б
Перевод в отделение реанимации **	2 (100%)	14 (100%)	3 (100%)
Перевод на 2 этап **	2 (100%)	12 (85.7%)	0
Перинатальные потери	2 (50%)	2 (13,3%)	0
Антенатальные	2	1	-
Интранатальные	-	-	-
Неонатальные	-	1	-

Примечание: *p<0.05-статистически значимые различия между подгруппами
**-расчет произведен от числа живорожденных в подгруппе

Заметки: Для корреспонденции: Игнатко Ирина Владимировна, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2 Телефон: (499) 782-3045

ТЕЗИС 7
ФЕТАЛЬНЫЕ АРИТМИИ: АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА.

А.Н. Стрижаков1, И.В. Игнатко2, А.М. Родионова3.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины», Москва.

Актуальность. Фетальные аритмии (ФА) выявляют в 8% наблюдений. Они ведут к сердечной недостаточности и фатальным исходам в анте-, интра- и постнатальном периодах. В настоящее время нет универсальной классификаций ФА в виду отсутствия единого мнения как о нормальных показателях сердечного ритма плода, так и о критериях дизритмии у врачей разных специальностей (акушеров, кардиологов, педиатров) и, соответственно, с разным подходом к лечебной тактике.

Целью нашего исследования явилась разработка предварительной классификации ФА, в основу которой положены значимые факторы, характеризующие нарушение ритма сердца плода.

Материалами и методами исследования стали данные отечественной и зарубежной литературы, клинический материал, включающий в себя истории родов 255 наших пациенток, родоразрешенных трансабдоминально в срочном/ экстренном порядке по поводу острой гипоксии плода.

Результаты. На первом этапе нашей работы мы на основании описанных в литературе классификаций ФА попытались создать предварительную, удобную для практического применения в акушерской клинике. Мы разделили фетальные аритмии на обусловленные: а) как патологией сердца плода (пороки, опухоли) и хроническими заболеваниями матери; б) так и функциональными состояниями (гипоксия, ацидоз, гипо- или гипергликемия, гипокалиемия, гипотермия). Ведь именно функциональные аритмии требуют от акушеров неотложного принятия решения – срочного оперативного родоразрешения.

Так, у наших 255 пациенток с острой гипоксией плода, срочно оперированных в сроки 32-40 недель, фетальная аритмия наблюдалась в 8,6% (что соответствует данным мировой литературы).

В отобранных методом случайной выборки 22 историях болезни экстренно оперированных пациенток с дизритмией (бради – тахиформы, тригеминия) плода на дооперационном этапе были выявлены следующие изменения. Это были лейкоцитоз до 31х109 (82%), ОАГА (68%), угроза прерывания настоящей беременности (54,5%), кольпит (41%), инфекционно-воспалительные заболевания во время настоящей беременности (32%), токсикоз первой половины беременности и гестоз различной степени тяжести (27%). Как представляется, эти 22 пациентки с фетальной аритмией (как признак острой гипоксии плода) относятся ко второй (т.н. «функциональной») группе предложенной классификации.

Выводы. Разработанная нами предварительная классификация ФА будет способствовать выработке правильной акушерской тактики у пациенток с ФА.

Т

ТУСУПКАЛИЕВ А.

Тема:ИНДУЦИРОВАННЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ РОДЫ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

А. Тусупкалиев, А. Гайдай.

Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Республика Казахстан, город Актобе.

Введение: за последние годы кесарево сечение перешло из ряда операций, проводимых для спасения жизни матери и ребенка, в область стандартных методов родоразрешения.
Проблемы консервативного родоразрешения после кесарева сечения остается не решенной проблемой и по-прежнему актуальной. В поддержку кесарева сечения при наличии рубца на матке выдвигаются два основных аргумента: роды при рубце на матке сопряжены с высоким риском разрыва матки, что представляет собой существенную опасность для матери и ребенка; во-вторых, повторное плановое кесарево сечение является практически безопасной операцией.

Метод исследования: был проведен обзор истории родов 1428 рожениц с рубцом. Случаи 397 женщин (которые имели один рубец на матке и хотели самостоятельного родоразрешения), подверглись дальнейшему анализу, чтобы определить количество успешных вагинальных родов после кесарева сечения.

Результаты: показали, что у 28,4% (113) родильниц имело место спонтанное начало регулярной деятельности. У 35,2% – имела место индукция родов за счет введения мизопристола. Количество успешных родов с рубцом на матке составило 67,002% (226) случаев, против 32,99% (131) случаев которые закончились операцией кесарева сечения: в 113 случаев (28,46%) операция произведена в первом периоде родов и в 4,53% (18) – во втором периоде родов. При применении у рожениц мизопристола с целью индукции и окситоцина с целью стимуляции не выявлено ни одного случая разрыва матки.

Заключение: вагинальные роды после кесарева сечения могут закончиться успешно. Использование у женщин с рубцом на матке простангландинов (мизопристола) с целью индукции родов и окситоцина для стимуляции родовой деятельности не повышает риск разрыва матки.

Ключевые слова: рубец на матке, вагинальные роды после кесарева сечения, индукция родов, мизопростол, окситоцин.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы роды путем операции кесарева сечения стали настолько распространенными, что многие забывают: это не просто альтернативный метод родоразрешения, а серьезная операция, чреватая многими последствиями. И хотя сейчас намного безопаснее, чем раньше, все же остается высокой частота асфиксии новорожденного, а перинатальная смертность в 3-6 раз выше, чем при естественных родах.

За последние годы кесарево сечение перешло из ряда операций, проводимых для спасения жизни матери и ребенка, в область стандартных методов родоразрешения. Сегодня врачи и общество в целом относятся к оперативному вмешательству в родах как к еще одному «величайших» способов появления ребенка на свет. Многие не видят ничего страшного в том, что ребеночек появится с помощью кесарева сечения, даже если показания к проведению такой операции достаточно туманны. Иногда сами женщины, опасаясь сильной боли или осложнений, просят сделать им кесарево. Во многом такое восприятие кесарева сечения сформировалось из-за достоверной информации о возможных отрицательных последствиях операции, как для матери, так и для ребенка. Кесарево сечение преподносится некоторыми акушерами как благо, как возможность избежать всех «ужасов» естественных родов.

Что тогда говорить о восприятия нашим обществом вагинальных родов с рубцом на матке. Проблемы консервативного родоразрешения после кесарева сечения остается не решенной проблемой и по-прежнему актуальной. В поддержку кесарева сечения при наличии рубца на матке выдвигаются два основных аргумента: роды при рубце на матке сопряжены с высоким риском разрыва матки, что представляет собой существенную опасность для матери и ребенка; во-вторых, повторное плановое кесарево сечение является практически безопасной операцией.

Естественные роды, по оценкам экспертов, доступны от 60 до 85% женщин, чей первый ребенок появился вследствие операции кесарева сечения.

Основным «пугающими» факторами консервативных родов после кесарева сечения, согласно данным литературы, является: расхождение рубца во время родов, что может повысить уровень материнской и перинатальной смертности. Учитывая первое кесарево сечение, чаще всего проведенное в плановом порядке (без родовой деятельности), при повторных беременностях имеет место неподготовленность родовых путей и согласно данным литературы, использование стимулирующих препаратов при естественных родах с рубцом на матке серьезно повышает риск разрыва матки.

Цель: изучить результаты вагинальных родов после кесарева сечения с применением простангландинов (мизопристола) для индукции и окситоцина для стимуляции родовой деятельности.

Материалы и методы – был проведен обзор истории родов 1428 рожениц с рубцом на матке с 1 января 2011 года по 31 декабря 2014 года. Случаи 397 женщин (которые имели один рубец на матке и хотели самостоятельного родоразрешения), подверглись дальнейшему анализу, чтобы определить количество успешных вагинальных родов после кесарева сечения. У всех пациенток были изучены данные общего, акушерского и гинекологического анамнеза, на амбулаторном и стационарном звеньях проведены общепринятые методы исследования. Течение всех трех периодов родов оценивался по истории родов. Роды велись согласно общеклиническим протоколам утвержденными Министерством Здравоохранения Республики Казахстан. В течении раннего неонатального периода оценивалось состояние ребенка, описанное в истории развития новорожденного: оценка по шкале Апгар при рождении; масса тела; наличие дыхательных расстройств; признаки травмы ЦНС и прочее.

Результаты исследования: всего за четыре года в нашей клинике было проведено 26425 родов, с одним рубцом на матке всего поступило 1428 женщин, что составило 5,4%. В работу были включены 397 роженицы с одним рубцом на матке, что составило 27,8% случаев от всех женщин с одним рубцом на матке.

Возраст родильниц распределился следующим образом: основной процент 53,4% (212) пришелся на возраст от 18 до 29 лет, в 46,3% (184) случаев были родильницы от 30 до 40 лет, и в 0,25% (1) случаев пришелся на родильниц возраст которых старше 40 лет.

Вагинальные роды в анамнезе имели место у 48,8% (194) случаев, против 51,1% (203) случаев, в анамнезе которых только операция кесарева сечения.

При анализе причин возникновения рубца на матке выявлено, что наибольший процент пришелся на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, которая составила 18,38% (73 случаев) таблица 1.

Таблица 1. Показания к операции кесарева сечения в анамнезе

Показания	Абсолютные цифры	%
Неправильное положение плода	22	5,54
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	73	18,38
Клинически узкий таз	54	13,6
Тяжелый гестоз	59	14,86
Нарушение фетоплацентарного кровотока (данные доплерометрии)	45	11,33
Дистоция шейки матки	59	14,86
Тазовое предлежание плода	50	12,59
Симфизиопатия, расхождение лона в анамнезе	22	5,54
Предлежание плаценты	13	3,27

Произведенное кесарево сечение в анамнезе в плановом порядке имело место у 46,59% (185) женщин против 53,4% (212) случаев, где операция кесарева сечения была произведена в экстренном порядке. Гладкое течение беременности имело место в 42,06 % (167) случаях, в остальных 230 случаях имели место осложнения беременности, которые по нашему мнению не повлияли на течение родов и не представлены в данной работе.

Особое внимание уделялось «давности» рубца на матке, которые распределились следующим образом (таблица 2).

Таблица 2. «Давность» рубца

Годы	Абсолютные цифры	%
От 6 до 10	63	15,86
От 3 до 5	226	56,92
От 2 до 2,5	95	23,92
От 1 до 2	13	3,27

Учитывая данные литературы, особенно если брать российскую систему ведения беременности и родов, одним из абсолютных противопоказаний к консервативному ведению женщин с рубцом на матке является несостоятельный рубец. Несмотря на то, что мы не берем во внимание и полностью отказались от понятия «несостоятельный рубец на матке», но с целью анализа данных, мы включили их в свою работу. Согласно нашим исследованиям по данным ультразвукового исследования в 9,06% (36) случаев выявлена толщина миометрия в нижнем сегменте до 2 мм.

Гестационный срок к моменту наступления родов распределился следующим образом: от 22 до 37 недель – 16,12% (64) случаев и в 83,87% (333) случаев имел место при сроке беременности от 37 до 41 недель.

Спонтанное начало регулярной деятельности при поступлении в стационар отмечалось у 28,4% (113) родильниц, при котором отмечено раскрытие шейки матки при поступлении в стационар до 5 см – в 71,68 % (81) случаев, свыше 5 см – в 28,31% (32) случаев.

В 71,53 % (284) случая беременные поступали заблаговременно в отделение патологии беременности. С целью оценки готовности родовых путей нами использовалась шкала Bishop, согласно которой получены следующие результаты (таблица 3).

Таблица 3. Оценка родовых путей по шкале Bishop

Баллы	Абсолютные цифры	%
Менее 6 баллов	10	3,52
От 6 до 8 баллов	90	31,69
9-10 баллов	184	64,78

У 35,2 % беременных учитывая недостаточную зрелость родовых путей, с целью подготовки к индукции, нами вагинально вводился мизопристол в дозе 0,25 мг дважды с интервалом 6 часов. Обязательным условием было кардитокографическое наблюдение за состоянием плода через 2 часа после введенного мизопристола. При анализе данных кардиотокографических исследований, нами выявлено, что в 2 случаях (2%) имелись признаки внутриутробной гипоксии плода.

Индукция родов путем амниотомии или разведения оболочек и родовозбуждения внутривенным введением окситоцина имела место 23,94% (68) случаях, в 76,05% (216) случаях имело место спонтанное начало регулярной родовой деятельности. Показанием для индуцированных родов явились срок гестации 40 полных недель и более, дородовый разрыв плодных оболочек.

Продолжительность первого периода представлена в таблице 4.

Таблица 4. Продолжительность первого периода родов

Продолжительность в часах	Абсолютное число	%
менее 4	36	9,06
4 - 7 часов	140	35,26
7-10 часов	77	19,39
10-12 часов	63	15,86
12-15 часов	81	20,4

Затянувшийся первый период родов согласно данным партограммы наблюдался в 4,53% (18) случаев, в результате чего была необходимость в стимуляции родов как проведением амниотомии (5 случаев), так и внутривенным введением окситоцина (13 случаев). Хочется отметить, что вопрос о стимуляции родовой деятельности решался индивидуально и с обязательным информированным согласием беременной женщины.

Особенностью ведения первого и второго периода родов у женщин с рубцом на матке, явилось то, что они велись строго под мониторным наблюдением состояния матери и плода. Так по данным кардиотокографического наблюдения в первом периоде у 67% (266) женщин наблюдалось удовлетворительное состояние плода, в 28,46% (113) случаях наблюдались проявления внутриутробной гипоксии плода в виде появления ранних децелераций, что явилось показанием для проведения экстренной операции кесарева сечения. При более тщательном анализе выявлено, что в 23 случаях у этих женщин с целью индукции применялся мизопристол и в 19 случаях в целях родовозбуждения окситоцин.

Продолжительность пассивной фазы второго периода родов составила 45-60 минут во всех случаях, длительность активной фазы второго периода родов составила от 10 до 35 минут. Второй период во всех случаях велся под постоянным мониторным наблюдением состояния матери и плода. В 18 случаях (4,53%) во втором периоде учитывая тазово-головную диспропорцию произведена операция кесарева сечения в экстренном порядке.

Всего успешных родов с рубцом на матке составило 67,002% (226) случаев, против 32,99% (131) случаев которые закончились операцией кесарева сечения: в 113 случаев (28,469%) операция произведена в первом периоде родов и в 4,53% (18) – во втором периоде родов. Особенностью наших наблюдений явилось то, что все женщины с толщиной миометрия нижнего сегмента менее 2 мм по данным УЗИ родоразрешились консервативно.

В 3 случаях (0,75%) у женщин в послеродовом периоде диагностирован разрыв матки, причем по времени диагностики они распределились следующим образом: в течение 2 часов после родов - 2 случая, и в одном случае разрыв матки диагностирован через 13 часов после родов.

При более детальном анализе выявлено, что у всех женщин регулярная родовая деятельность началась самостоятельно, в течение первого и второго периода родов не применялись стимулирующие родовую деятельность препараты. Длительность первого периода родов от 8 до 12 часов, продолжительность второго периода до 30 минут. В 2 случаях имело место интранатальная гибель плодов и в 1 случае плод родился живой. Масса плодов составила от 3200,0 - 3680,0 грамм. Во всех 3 случаях учитывая, что разрыв матки был в пределах старого рубца, не выходил за его пределы, произведено наложение однорядного викрилового шва. Послеоперационный период протекал гладко, женщины выписана на 8 сутки. В одном случае имела место повторная беременность.

Высокий процент абдоминального родоразрешения создает новую проблему, так как увеличивается число женщин с рубцом на матке. С другой стороны операция кесарева сечения как любая полостная операция сопряжена с возможными осложнениями, как во время наркоза, самой операции, так и в послеоперационном периоде и является наибольшим фактором риска материнской заболеваемости и смертности.

Одним из показаний для абдоминального родоразрешения в 40-50% случаев является «рубец на матке». С увеличением оперативной активности в акушерстве доля женщин, идущих на повторное кесарево сечение будет неминуемо расти. Так согласно нашим исследованиям, процент оперативной активности увеличился в 2 раза (с 9,8% в 2011 до 18,6% в 2014 годах). На сегодняшний день, стоит остро вопрос о мерах стабилизации или уменьшения темпа роста хирургической активности в акушерстве.

Большой интерес многих исследований связан с состоянием родовых путей, что является основным и определяющим фактором успешных родов. Разработка методов подготовки мягких родовых путей является актуальной. Основываясь на собственных исследованиях, мы рекомендуем методом выбора синтетический аналог натурального простагландина Е1 – мизопристол. Основным условиям для назначения мизопристола явилось желание женщины родить самостоятельно, на что давалось информированное согласие. У женщин, где был применен такой подход, успешно родили более 70% пациенток. Дискутабельным остается вопрос об использовании в родах утеротоников. Признается, что применение утеротоников для родовозбуждения сопряжено с повышением риска разрыва матки. Согласно нашим исследованиям, в 23,9% случаев, нами использовался окситоцин с целью стимуляции родовой деятельности и каждая вторая из этих женщин самостоятельно родили.

Вероятность нарушения целостности рубца на матке после поперечного кесарева сечения в нижнем сегменте в форме расхождения или разрыва низка (0,23-1,5%). Согласно нашим исследованиям, разрыв матки при родах у женщин с рубцом на матке составил 0,75% случаев.
Но женщин, у которых использовался мизопристол с целью индукции и окситоцин с целью стимуляции родовой деятельности в этой группе не было.

Заключение: Главный вывод – 70% женщин с рубцом на матке после кесарева сечения должный быть рекомендованы роды через естественные родовые пути. Сам по себе рубец на матке не является показанием для повторной операции. Роды через естественные пути возможны и предпочтительнее.

С целью коррекции родовых путей и родовой деятельности возможно использование препаратов: мизопристол и окситоцин. Однако главным условием их использования является четкое мониторное наблюдение за состоянием матки и плода.

ТЫСЯЧНЫЙ ОЛЕГ

Тема: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ МИФЕПРИСТОНОМ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН.

Тысячный О.В. аспирант родильного отделения 2-го года обучения Федеральногогосударственного бюджетного учреждения «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова.
О. Тысячный, Е. Усова, В. Румянцева, О. Павлова, О. Баев.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

ВВЕДЕНИЕ. Актуальность переношенной беременности для современного акушерства и неонатологии во многом обусловлена отсутствием объективных и достоверных методов антенатальной диагностики данного состояния, способствующая высокой частоте осложнений и неблагоприятных исходов для матери и плода. Основными способами профилактики является применение методов преиндукции и индукции родов. Наиболее часто для преиндукции родов используют мифепристон. Имеющиеся данные свидетельствуют о зависимости между паритетом и эффективностью преиндукции мифепристоном, которая характеризуется более высокой частотой развития родовой деятельности у первородящих по сравнению с повторнородящими женщинами.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность применения мифепристона для преиндукции родов при переношенной беременности у первородящих и повторнородящих женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены 72 здоровые женщины в возрасте от 18 до 41 года (средний возраст 29,7±4,6 года), которым предстояли первые (n=50) и повторные роды (n=22). Всем женщинам в сроке беременности 40 недель 4 дня проводили преиндукцию в связи с неготовностью шейки матки к родам 200 мг мифепристона, при отсутствии эффекта через 24 часа повторно. Женщинам, ответившим на преиндукцию мифепристоном, но имеющим недостаточно зрелую шейку матки, проводили дальнейшая подготовку гелем с динопростоном. Все женщины были разделены на 2 группы, в зависимости от паритета родов. Первая группа (n=50) первородящие, вторая группа (n=22) повторнородящие. Средний вес новорожденных у первородящих женщин составил 3535±393г, у повторнородящих женщин 3700±375г.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Из 50 женщин с первыми предстоящими родами у 44 женщин (88%) отмечено созревание шейки матки после применения мифепристона (по шкале Бишоп с 4,1 до 6,5 баллов, в среднем).

6 женщин (12%) с незрелой шейкой матки по шкале Бишоп (4,0 баллов) – не ответили на преиндукцию родов мифепристоном и были родоразрешены путем операции кесарева сечения в связи с отсутствием эффекта от подготовки к родам.

У 12 (27,2%) из 44 женщин шейка матки была недостаточно зрелая (в среднем 6,5 по шкале Бишоп) и им была продолжена преиндукция родов препидил гелем.

32 женщины (64%) самостоятельно вступили в роды после подготовки мифепристоном. Из них 19 женщин (59,3%) родили через естественные родовые пути. Остальные 13 женщин (40,6%) были родоразрешены путем операции кесарева сечения в родах по показаниям: острая гипоксия, клинически узкий таз, аномалии родовой деятельности.

Из 22 женщин со вторыми предстоящими родами – у 21 женщины (95,4%) отмечено созревание шейки матки по шкале Бишоп (с 4,2 до 6,5 баллов).

1 женщина (4,5%) в связи с отсутствием эффекта от подготовки к родам мифепристоном была родоразрешена путем операции кесарева сечения.

У 2 женщин (9,5%) в связи с недостаточным эффектом от подготовки мифепристоном (в среднем 6,0 по шкале Бишоп) была продолжена преиндукция родов гелем с динопростоном.
19 женщин (86,3%) самостоятельно вступили в роды после подготовки мифепристоном.
17 женщин (89,4%) родили через естественные родовые пути. 2 женщины (10,5%) были родоразрешены путем операции кесарева сечения в родах по показаниям: клинически узкий таз, острая гипоксия плода.
ВЫВОДЫ. Эффективность преиндукции родов мифепристоном составила 88,0% и 95,4% перво- и повторнородящих женщин, соответственно ($p>0,05$). При этом у 64,0% и 86,3% отмечено спонтанное развитие родовой деятельности ($p>0,05$). Таким образом, эффективность мифепристона у первородящих существенно не уступает таковой у повторнородящих.
mail: olti23@mail.ru

ТИТОВА АЛИНА

Тема: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ОДНОГО ПЛОДА ИЗ ДВОЙНИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 21 НЕДЕЛЯ.

А. Титова[1], Ю. Янкевич[1], А. Новикова[1], А. Кянксеп[1,3], А. Михайлов[1,2]
[1]СПб ГБУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург.
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.
[3]ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», г. Санкт-Петербург.

Введение: Преждевременное излитие околоплодных вод является частым осложнением беременности, приводящим к развитию преждевременных родов, которые определяют высокую частоту перинатальной заболеваемости и смертности. При недоношенной беременности выбор тактики ведения беременности имеет особое значение. Однако единого подхода к решению данной проблемы в акушерстве на сегодняшний день не выработано. В СПб ГБУЗ «Родильный дом №17» разработан и внедрен локальный клинический протокол тактики ведения беременности и родов при преждевременном излитии вод при различных сроках, начиная с 22 недель беременности.

Описание случая: пациентка П. 38 лет поступила в клинику с диагнозом: Беременность 21 2/7недель. ЭКО. Дихориальная диамниотическая двойня. Преждевременное излитие околоплодных вод II плода.

По данным клинико-лабораторного обследования – амниотест положительный, признаков инфекционного процесса не выявлено. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) имел место ангидрамнион II плода, умеренное количество околоплодных вод I плода. Предполагаемый вес I плода составил 500 грамм, II плода – 480 грамм. Показатели плодово-плацентарной гемодинамики были в пределах нормы. С пациенткой проводилась беседа о возможных рисках и осложнениях, связанных с пролонгированием беременности. Учитывая крайнюю заинтересованность пациентки, отсутствие абсолютных показаний для родоразрешения, была выбрана выжидательная тактика. Проводился контроль клинико-лабораторных признаков инфекции (дробная термометрия, ежедневный клинический анализ крови и контроль уровня С-реактивного белка (СРБ), ультразвуковой динамический мониторинг состояния плодов (допплерометрия, контроль амниотического индекса 1 раз в 3 дня, фетометрия 1 раз в 2 недели). За время наблюдения дважды проводился курс антибактериальной терапии. Учитывая высокий риск досрочного родоразрешения, по достижении 22 недель беременности однократно проведен курс антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома плодов. При сроке 24 1/7 недель пациентка была выписана домой. Продолжено амбулаторное наблюдение за состоянием беременной и плодов по прежней схеме в течение 6 недель в рамках поликлинического отделения родильного дома.

При сроке 30 2/7недель, безводный промежуток составил 63дня, по данным лабораторного обследования были выявлены признаки инфекции амниотической полости (в клиническом анализе крови лейкоцитоз - 18,7 , сдвиг формулы влево - палочкоядерных нейтрофилов 10%, СРБ 20мг/л). Что послужило показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Вес I плода составил 1500 грамм с оценкой по шкале Апгар 7/7 баллов, вес II плода – 1580 грамм с оценкой по шкале Апгар 4/7 баллов. Новорожденные были переведены в детскую городскую больницу. I-й – на 5 сутки, на второй этап выхаживания, II-й – на 3 сутки в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Выписаны для амбулаторного наблюдения на 51 день жизни. Через 1,5 года амбулаторного наблюдения с диспансерного учета сняты. Развиваются в соответствии с возрастом.

Заключение. Выжидательная тактика при преждевременном излитии околоплодных вод при отсутствии признаков инфекционного процесса и своевременное родоразрешение при их выявлении позволяет пролонгировать беременность и снизить риски перинатальных осложнений, связанных с рождением глубоко недоношенных детей.

TYSYACHNIY O.

Abstract name: THE EFFECTIVENESS OF PREINDUCTION OF LABOUR WITH MIFEPRISTONE IN PRIMIPAROUS AND PAROUS WOMEN.

Tysyachnyy O. V. 2nd year postgraduate student of the maternity departments of The Federal State Budget Institution "Research Centre for Obstetrics, Gynaecology and Perinatology named after academician V. I. Kulakov.
O. Tysyachnyy, E. Usova, V. Rumyantseva, O. Pavlova, O. Baev.
The Federal State Budget Institution "Research Centre for Obstetrics, Gynaecology and Perinatology named after academician V. I. Kulakov.

Introduction. Post-term pregnancy is still very important problem in modern obstetrics and neonatology due to the high risk of adverse maternal and perinatal outcomes. Preinduction and induction of labour allow preventing the complications of post-term pregnancy. It is shown that mifepristone is a very efficient method of labour preinduction, especially for primiparous women.

STUDY DESIGN. To assess the efficacy of mifepristone for preinduction of labour in nulliparous and parous women with post-term pregnancy.

Material and methods. 72 healthy women were included in the study; maternal age was from 18 to 41 years (mean age - 29.7±4.6 years). They were divided into two groups depending on parity: primiparous and parous women (n=50 and 22, respectively). The indications for preinduction of labour were both gestational age (40 weeks 4 days) and unfavourable cervix. The standard dose of Mifepristone was 200 mg per os with 24 hours interval. Dinoprostone (0.5 mg) gel was prescribed to women in cases of unfavourable cervix after Mifepriston. The average birth weight was 3535±393g in the first group, in the second - 3700±375g.

RESULTS. In the first group 44 women (88%) had favourable cervix after Mifepriston. Mean Bishop score increased from 4.1 to 6.5. 12% of women with unfavourable cervix (Bishop score - 4.0) did not have an effect of preinduction of labour, and were delivered by cesarean section.

12 women from the primiparous group (27,2%) had Bishop score of 6,5 after Mifepristone, and preinduction was continued with Dinoproston.

32 women (64%) had spontaneous onset of labour, 19 of them (59,3%) had spontaneous vaginal delivery. Others (n=13) were delivered by cesarean section due to intrapartum fetal hypoxia, cephalo-pelvic disproportion, labour distocia.

21 parous women (95.4%) had improvement in Bishop score (from 4.2 to 6.5) after Mifepristone.
1 patient had no effect of preinduction, and was delivered by cesarean section.
Dinoproston was prescribed for 2 women with unfavourable cervix after Mifepristone (mean Bishop score – 6.0).

19 women (86.3%) had spontaneous onset of labour, 17 of them (89,4%) had spontaneous vaginal delivery. Others (n=2) were delivered by cesarean section. The indications were intrapartum fetal hypoxia and cephalo-pelvic disproportion.

CONCLUSION. The effectiveness of preinduction of labour with Mifepristone was 88% and 95.4% in the first and second group, respectively (p>0,05). 64% and 86.3% of patients had spontaneous onset of labour (p>0,05). Thus, the effectiveness of Mifepristone for preinduction of labor was similar for primiparous and parous women.
Mail olti23@mail.ru

X

ХРЯПЕНКОВА ТАТЬЯНА

Тема: Сравнительный анализ частоты наступления беременности у пациенток разного возраста в зависимости от цикла переноса.

Т.Г. Хряпенкова[1], М.Н. Трошина[1], А.Г. Миронова[1], Е.С. Калинина[1], А.И. Болт[1], М.А. Харитонова[1], И.Ю. Ермилова[1], А.Л. Страшнова[1], К.В. Кириенко[1], А.А. Бирюков[1], А.А. Наумова[1], Н.В. Дмитриева[1], Е.И.Шаламова[1], В.П. Апрышко[1,3], С.А. Яковенко[1,2]
[1]Клиника репродукции человека «Альтравита», Москва, Россия
[2]Физический факультет, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
[3]Биологический факультет, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Проведено сравнительное исследование частоты наступления беременности и частоты прерывания беременности до 12 недель в циклах ВРТ с переносом размороженных эмбрионов (криоцикле), и с переносом эмбрионов, полученных в циклах стимуляции (свежем цикле). Проанализирована зависимость результатов переноса эмбриона в криоцикле или свежем цикле от возраста пациенток.

Был проведен ретроспективный анализ 4832 программ (с использованием ИКСИ технологии, без использования донорских ооцитов) за период с января 2007 г. по октябрь 2014 г., в которых переносился 1 эмбрион 5-го дня развития в свежем цикле или 5-6-го дня развития в криоцикле. Бластоцисты для переноса или витрификации отбирались по системе Гарднера и обладали качеством не ниже ВВ (АА, АВ, ВА, ВВ). Витрификация эмбрионов осуществлялась по протоколу Kuwayama.Возраст пациенток составлял от 20 до 47 лет. Проводилась контролируемая индукция овуляции с помощью гонадотропинов, с использованием антогонистов ГнРГ для подавления функции гипофиза. Созревание ооцитов достигалось как с использованием ХГЧ, так и с использованием ГнРГ-агонистов. Прогестерон начинали вводить в день пункции в свежем цикле, или за 5 дней до переноса в криоцикле. Также перенос размороженных эмбрионов осуществлялся в естественном цикле. Были выделены 3 возрастные группы: (20-35лет), (35-40 лет), (40-47 лет). Анализировали следующие результаты: частоту наступления клинической беременности (визуализация плодного яйца) на перенос и частоту прерывания беременности до 12 недель на клиническую беременность. Данные анализировали с использованием критерия Стьюдента. Частота наступления беременности после переноса эмбриона в криоцикле была выше, по сравнению со свежим, независимо от возраста. Однако, частота прогрессирующих беременностей на перенос не отличалась в криоцикле и свежим цикле во всех возрастных группах. Также была выявлена более высокая частота прерывания беременности до 12 недель в криоцикле по сравнению со свежим в группе 20-35 лет.

Возраст	<35 (2799 пациенток)		p value	35-39(1363 пациенток)		p value	40-47(670 пациенток)		p value
	Свежий цикл	Криоцикл		Свежий цикл	Криоцикл		Свежий цикл	Криоцикл	
Частота наступления клинической беременности/ Перенос	32,9	39,4	<0.001	27,9	32,3	<0,004	15,8	20,3	<0,01
Частота прерывания беременности/ Частота наступления клинической беременности	20,9	32,3	<0.01	40	41	>0,05	63,2	57,4	>0,05
Частота прогрессирующих беременностей/Перенос	15,3	15,9	>0,05	10	10,3	>0,05	3,7	4,7	>0,05

Несмотря на более высокую частоту наступления клинической беременности, женщины до 35 лет имеют повышенный риск потери беременности до 12 недель в криоцикле по сравнению со свежим циклом. Представленные данные делают перенос эмбрионов в свежем цикле более предпочтительным у пациенток данной возрастной группы при отсутствии противопоказаний. Отсутствие различий частоты прогрессирующих беременностей в криоцикле и свежем цикле в группе 35-40 лет позволяет лечащему врачу выбирать между свежим и криопереносом в зависимости от клинической ситуации. Очень низкая частота прогрессирующих беременностей в группе пациенток старше 39 лет делает использование донорских ооцитов крайне предпочтительным.

KHRYAPENKOVA T.

Abstract name: Comparative analysis of pregnancy rates in patients of different ages, depending on the transfer cycle

T.G. Khryapenkova[1], M.N. Troshina[1], A.G. Mironova[1], E.S. Kalinina[1], A.I. Bolt[1], M.A. Kharitonova[1], I.Y. Ermilova[1], A.L. Strashnova[1], K.V. Kirienko[1], A.A. Birukov[1], A.A. Naumova[1], N.V. Dmitrieva[1], E.I. Shalamova[1], V.P. Apryshko[1,3], S.A. Yakovenko[1,2]
[1]Moscow IVf Clinivc "AltraVita", Moscow, Russia
[2]Faculty of Physics, M.V.Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
[3]Faculty of Biology, M.V.Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

The aim of this study was to compare clinical pregnancy and early miscarriage rates following fresh embryo transfer (ET) and frozen embryo transfer (FET) among different age groups.
A total of 4832 non-donor ICSI (introcytoplasmic sperm injection) cycles with single ET (SET) from January 2007 to October 2014 were rewieved. Patients aged between 20 an 47 years underwent controlled ovarian hyperstimulation with gonadotropins, using GnRH antagonist for pitutary suppression. Oocyte maturation was achieved with either hCG or GnRH agonist. SET of day 5 blastocyst or day 5-6 vitrified-warmed blastocyst (Kuwayama's protocol) was performed. Blastocysts were selected for transfer or vitrification on the basis of the following criteria: at least moderate expansion and no less than BB(AA,AB,BA,BB) grade according to Gardner's system. Progesterone was initiated on the day of retrieval in fresh autologous cycles, and five days prior to warming and transfer in FET cycles. FET performed in natural cycles were included in the study. All cases were divided into 3 age groups: (20-35); (35-40); (40-47).The following clinical outcomes were compared: clinical pregnancy (presence of a gestational sac(s)) rate per ET and early miscarriage rate (a fetal loss before the 12'th week) per clinical pregnancy. Data was analyzed using Student's t-test.
Results: Frozen ET cycles yielded higher clinical pregnancy rates compared with fresh ET cycles regardless of maternal age. However, ongoing pregnancy rates/per ET were simillar following fresh ET and FET for all age groups. Present study also showed a significant increase in early miscarriage rate in frozen ET cycles compared with that in fresh in women <35.

AGE	<35 (2799 patients)		p value	35-39(1363 patients)		p value	40-47(670 patients)		p value
	fresh	warmed		fresh	warmed		fresh	warmed	
Clinical pregnancy rate/ET	32,9	39,4	<0.001	27,9	32,3	<0,004	15,8	20,3	<0,01
Early miscarriage rate/Clinical pregnancy	20,9	32,3	<0.01	40	41	>0,05	63,2	57,4	>0,05
Ongoing pregnancy rate/ET	15,3	15,9	>0,05	10	10,3	>0,05	3,7	4,7	>0,05

Conclusion: Despite higher clinical pregnancy rate, women <35 undergoing FET are at increased risk of early pregnancy loss compared with those undergoing fresh ET. Collected data shows that in the absence of medical contraindication fresh ET results in better outcome for women of this age group. No difference in ongoing pregnancy rates following fresh ET and FET among women aged 35-39 allows the physician to choose between either fresh or FET according the patient's needs. A very low ongoing pregnancy rate in women ≥40 suggests that donor oocytes cycles can be highly recommended for this age group.

Ч

ЧЕРНОВ А.

Тема: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСОБОГО ТЕЧЕНИЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА ПРИ РОДАХ ДВОЙНЕЙ.

А.Чернов[1], В.Шман[1], А.Михайлов[1,2]
[1]СПб ГБУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург.
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.

Введение: Ведение родов через естественные родовые пути у беременных дихориальной диамниотической двойней является актуальной проблемой современного акушерства. Это связано, с одной стороны, с возросшей частотой многоплодных беременностей, в том числе при применении репродуктивных технологий, и, с другой стороны, с высокими рисками материнской и перинатальной патологии, что требует от медицинского персонала высокого уровня квалификации и опыта ведения многоплодных родов. Целью данного исследования явилось описание клинического случая специфического течения второго периода при родах двойней.

Описание случая: Пациентка Ц. 28 лет поступила в родильный дом с диагнозом: Беременность 38 недель. Дихориальная диамниотическая двойня. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) первый плод находился в головном предлежании, второй плод – в поперечном положении. Предполагаемый вес плодов составил 2880 и 2900 грамм, соответственно. Плаценты расположены по передней и задней стенкам матки. После проведения дополнительного обследования было принято решение о ведении родов через естественные родовые пути. После предварительной подготовки родовых путей интрацервикальной дилятацией при сроке 38 недель 4 дня произведена индукция родов путем амниотомии.

Роды протекали в умеренном темпе. После рождения первого плода и проведения амниотомии II плода при подвижной предлежащей головке второго плода обнаружено выпадение его ножки до уровня нижней трети голени на уровне маточного зева. Принято решение о проведении попытки заправления ножки плода. Роженица переведена в коленно-локтевое положение. Вне схватки ножка плода заправлена за головку и при последующей схватке головка плода прижалась ко входу в малый таз. Роженица уложена на левый полубок, продолжено консервативное ведение родов под постоянным кардиомониторным наблюдением за состоянием плода. Через 25 мин после рождения первого плода выявлены положительные признаки отделения последа первого плода, который самостоятельно отделился и был выделен потягиванием за пуповину. С последом выделилось около 20 мл крови, кровотечения из родовых путей нет. После выделения последа схватки субъективно значительно усилились и через 30 минут в переднеголовном вставлении произошли роды вторым плодом. Состояние обоих новорожденных оценено как удовлетворительное, оценка по шкале Апгар составила 8/9 баллов.

Выводы: Данный клинический случай является чрезвычайно редким в клинической практике. Выпадение ножки при головном предлежании с последующим ее заправлением представляет интерес как вариант возможного ведения второго периода при родах двойней. Случай выделения последа первого плода без кровотечения до рождения второго плода является уникальным биологическим феноменом, не вполне укладывающимся в традиционное понимание механизмов, обеспечивающих гемостаз при отделении плаценты и требующем дальнейшего исследования.

Ш

ШЛЫКОВА А.

Тема: ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ – АКТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ИЛИ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ?

А. Шлыкова[1], А. Романовский[1,2], А. Новикова[1] , Т. Каштанова[1], М. Петрова[1], С. Потанин[1,2], А. Савельева[2] , А. Михайлов[1,2]
[1]СПб ГБУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург.
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.

Введение: TRAP-синдром (синдром обратной артериальной перфузии, twin reversed arterial perfusion syndrome) – это специфическое осложнение монохориального многоплодия, при котором у одного из плодов (плод-acardius) рудиментарно развито или отсутствует сердце. Антенатальное развитие плода-acardius определяется наличием сосудистых анастомозов в плаценте и обеспечением его гемоциркуляции за счет насосной функции сердца второго плода (плода-помпы). Успешное ведение беременности при TRAP-синдроме зависит от своевременной диагностики и определения обоснованной тактики ее ведения. Существуют два варианта тактики ведения при TRAP- синдроме: консервативная, или выжидательная, и оперативная. В каждом случае выбор оптимальной тактики должен основываться на комплексной оценке соотношения размеров плодов, гемодинамических особенностей плода – помпы, наличия сопутствующей патологии беременности.

Целью данного исследования явился анализ четырех клинических случаев при различном варианте течения беременности, осложненной TRAP-синдромом.

Описание случаев:
Случай 1: пациентка М. обратилась в клинику при сроке беременности 19 недель. Учитывая относительно небольшие размеры плода-acardius, отсутствие гемодинамических нарушений у плода-помпы, была выбрана выжидательная тактика с поэтапной оценкой состояния беременной и плодов. При динамическом наблюдении в связи с формированием многоводия за счет вод плода-acardius, трижды проводилась операция амниоредукции. При сроке 35 недель в связи с появлением признаков сердечной недостаточности у плода-помпы беременная была родоразрешена путем операции кесарева сечения. Вес плода-помпы составил 1970 грамм, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов, вес плода-acardius составил 1990 грамм.

Случай 2: пациентка Т. обратилась в клинику при сроке беременности 16 4/7 недель. При динамическом ультразвуковом исследовании был зафиксирован быстрый рост плода-acardius, в связи с чем была проведена операция лазерной коагуляции магистральных сосудов плода-acardius. В дальнейшем признаков нарушения жизнедеятельности плода-помпы выявлено не было. Пациентка была родоразрешена при сроке 39 недель. Вес плода составил 3700 грамм, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, вес плода-acardius составил 200 грамм.

Случай 3: пациентка К. обратилась в клинику при сроке 20 недель. При проведении ультразвукового исследования зарегистрирован плод-acardius небольших размеров. При допплерометрии кровоток в магистральных сосудах отчетливо не регистрировался. При динамическом ультразвуковом наблюдении кровоток не регистрировался. Зафиксирована спонтанная редукция плода-acardius. В дальнейшем признаков нарушения жизнедеятельности плода-помпы выявлено не было. Пациентка была родоразрешена при сроке 40 недель путем операции кесарева сечения. Вес плода 3730 грамм, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Размеры плода-acardius составили 40*15 мм, вес - 25 грамм.

Случай 4: пациентка Б. обратилась в клинику при сроке беременности 22 недели 6 дней. Динамическое ультразвуковое исследование не выявило быстрого роста плода-acardius . При допплерометрии признаков нарушения жизнедеятельности плода-помпы выявлено не было. Проводилась выжидательная тактика. Пациентка родоразрешена в плановом порядке при сроке 39 недель. Вес плода 3349 грамм, оценка по Апгар 8/9 баллов. Размеры плода-acardius составили 50*37 мм, вес 35 грамм.

Заключение: Ведение беременности, осложненной синдромом обратной артериальной перфузии, является прерогативой специализированного перинатального центра. Выбор оптимальной тактики определяется комплексной оценкой гемодинамических, фетометрических, амниометрических показателей плодов и особенностей течения беременности.

ШМАН ВЕРА

Тема: ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В СЛУЧАЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД.

В. Шман[1], А. Кянксеп[1,3], И. Матыенко[1], М. Ильющенкова[1], Ф. Данилов[1], А. Максименко[1], Г. Гарифулина[1], А. Кулакова[1], С. Песочинская[1], А. Михайлов[1,2]
[1]СПбГБУЗ «Родильный дом №17» г. Санкт-Петербург,
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.
[3]ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», г. Санкт-Петербург.

Введение: Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) принято считать фактором риска развития осложнений, связанных как с аномалиями родовой деятельности, так и с развитием инфекционных осложнений у матери и новорожденного.

Материалы и методы: нами были разработаны и внедрены клинические протоколы по ведению беременных с ПИОВ при доношенном сроке беременности и по ведению новорожденных из группы риска по развитию инфекции. По результатам ретроспективного анализа историй родов и новорожденных в 2014 году проведена оценка частоты развития спонтанной родовой деятельности, проведения родовозбуждения и родостимуляции, оперативного родоразрешения, развития инфекционных осложнений в родах и послеродовом периоде, необходимость антибактериальной (АБ) терапии у новорожденных.

Результаты: Частота ПИОВ составила 20% от общего числа родов, из них при доношенном сроке беременности – 90% (302 пациентки). Самостоятельно развилась родовая деятельность у 79,5% беременных. Родовозбуждение проводилось в 5,3%: при наличии «зрелой» шейки матки через 6 ч от ПИОВ - 2%, по окончании выжидательной тактики через 48 ч - 2%, в 1,3% при ПИОВ с меконием, преэклампсии и после выявления лабораторных признаков инфекции. Родостимуляция проведена в 10,6% случаев. Плановое кесарево сечение выполнено в 15,8% по показаниям, не связанным с ПИОВ. Экстренное кесарево сечение - в 5,7%, из них в связи с отсутствием биологической готовности к родам 1,3%, по отсутствию эффекта от родовозбуждения 0,3%. Гипертермия в родах диагностирована в 0,9% случаев, хорионамнионит – в 1,9%, асфиксия с аспирацией меконием – в 0,3%. По протоколу к факторам риска развития инфекционных осложнений отнесены: продолжительность безводного промежутка (БП) более 18 ч, гипертермия в родах, хорионамнионит. В этой группе риска было выявлено и обследовано 87 новорожденных. По результатам в двух случаях обнаружены лабораторные признаки инфекционного процесса (0,6%), АБ терапию получил один новорожденный, во втором случае она не была проведена в связи с отказом матери. Оба ребенка выписаны из родильного дома в удовлетворительном состоянии. Инфекционных осложнений среди родильниц не выявлено независимо от длительности БП и метода родоразрешения.

Заключение: внедрение клинических протоколов позволило сократить акушерские вмешательства при ПИОВ, не выявлено увеличения частоты инфекционных осложнений после родов при увеличении длительности БП. Адекватное обследование новорожденных группы риска позволило избежать рутинного применения.

Я

ЯНКЕВИЧ ЮЛИЯ

Тема: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БЕЗВОДНОМ ПРОМЕЖУТКЕ.

Ю. Янкевич[1], Н. Державина[1], А. Масный[1], А. Михайлов[1,2]
[1]СПб ГБУЗ «Родильный дом №17», г. Санкт-Петербург.
[2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург.

Введение: преждевременное излитие околоплодных вод является часто встречающимся осложнением при беременности, приводящим как к повышению частоты преждевременных родов, так и увеличению инфекционных осложнений у роженицы и новорожденного.

Целью данного исследования явилось описание клинического случая ведения беременности и родов при длительном безводном промежутке.

Описание случая: пациентка П. 26 лет поступила в СПб ГБУЗ «Родильный дом № 17» в связи с подтеканием околоплодных вод в течение трех суток при сроке беременности 24 недели и 2 дня. В родильном отделении начато клинико-лабораторное обследование беременной и плода. Выполнен амниотический тест – результат положительный, взят посев из цервикального канала на микрофлору. Лабораторные данные (результаты клинического анализа крови, С-реактивный белок) в пределах нормы. По результатам УЗИ размеры плода соответствуют сроку беременности (предполагаемый вес плода 750 г.), показатели плодово-плацентарной гемодинамики в пределах нормы. Пациентка наблюдалась на отделении патологии беременности в течение 32-суток в условиях контроля за состоянием плода. Проводился контроль клинических (частота пульса матери и сердечных сокращений плода, термометрия через 3 часа) и лабораторных (клинический анализ крови и СРБ ежедневно) признаков инфекции. С 27 недель беременности проводилась кардиомониторное наблюдение: признаков нарушения жизнедеятельности не выявлено.Согласно протоколу ведения беременных при преждевременном излитии вод пациентка получала антибактериальную терапию кларитромицином 250 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней; дважды с интервалом 4 недели проводилась антенатальная профилактика дыхательных расстройств у плода. Беременная выписана при сроке беременности 29 недель и 6 дней в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача поликлинического отделения родильного дома Беременная была родоразрешена путем операции кесарева сечения при сроке 34 недели 5 дней в связи с выявлением II степени нарушения плодово-плацентарной гемодинамики у плода. Вес плода составил 1960 грамм, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Безводный промежуток составил 74 суток. Новорожденная была переведена в детскую городскую больницу в удовлетворительном состоянии на второй этап выхаживания.

Выводы: выбор оптимальной тактики ведения беременности при преждевременном излитии околоплодных вод позволяет пролонгировать беременность, тем самым значимо снижая риски перинатальных потерь.