

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом факультета повышения квалификации и переподготовки

ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

(Гомель, 29 марта 2024 г.)

Научное электронное издание



Минск
«Профессиональные издания»
2024



ХОФИТОЛ

Экстракт листьев артишока

Более 25 лет успешного применения у беременных



Устраняет тошноту у 93% беременных после месяца терапии*

Улучшает аппетит у 80% беременных*

Нормализует липидный обмен **

Улучшает фетоплацентарный кровоток*

Одобен к применению у беременных!

(Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», 2022)



ПРИМЕНЕНИЕ: Хофитол раствор с рождения по схеме согласно инструкции; дети с 6 лет и взрослые по 2 таблетки 3 раза в день до еды. Курс терапии 2-3 недели

Производитель:
Лаборатория Роза-Фитофарма, Франция



Французское качество

* Применение Хофитола при беременности. Мурашко Л.Е., Бурлев В.А., Клименченко Н.И. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.
** Клиническое исследование «ПРИМЕНЕНИЕ ХОФИТОЛА С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ» Н.В. ВАШМАКОВА и со авт., Уральский НИИ Охраны материнства и младенчества, г. Екатеринбург



ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

На правах рекламы. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Возможно применение при беременности и лактации по показаниям. Хофитол, таблетки не рекомендуются детям младше 6 лет. Курс терапии 2-3 недели. Перед применением прочитайте инструкцию, проконсультируйтесь с врачом

Сефп~~т~~тек

Взрослым и детям > 12 лет

Цефподоксим проксетил 200 мг

10 таблеток

ПРОЛЕКАРСТВО

Пероральный цефалоспориин III поколения

Эффективное лечение инфекций без инъекций!



Без аналогов!

- ✓ Широкий спектр действия
- ✓ Высокоэффективен в лечении инфекций дыхательных путей
- ✓ Рекомендован ЕАУ в лечении пиелонефрита



Нексе+ин

Дулоксетин 20 • 40 мг

28 капсул

Не упусти момент,
живи сейчас!

Показания:

Лечение стрессового недержания мочи у женщин

Начальное лечение:

- 20 мг 2 раза в день 2 недели

Рекомендуемая доза:

- 40 мг 2 раза в день до 3 месяцев



- Доказанная эффективность у каждой 2-й пациентки!
- Не противопоказан при закрытоугольной глаукоме
- Дулоксетин также применяется для лечения хронического болевого синдрома и депрессии

Снижение частоты эпизодов мочеиспускания через 4 недели при приеме дулоксетина - 54%, плацебо - 22% (инструкция по мед. применению)

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Приём препаратов противопоказан в период беременности.

За дополнительной информацией обращайтесь в АО «NOBEL ILAC SANAYII MU TICARET ANONIM SIRKETI»
По адресу: ул. Немига, 5, этаж 4, пом. 71, 220030, Минск, Республика Беларусь, e-mail: nobel@nobel.by

www.nobel.by



NOBEL

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВАШЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

25-летняя история подтвержденной эффективности и безопасности ГОНАЛ-ф®

в программах ЭКО и индукции овуляции и более 3 миллионах родившихся детей¹⁻⁶

- **Доказанная эффективность²⁻⁵ и признанная безопасность⁶ у разных групп пациентов**
- **Клиническая экспертиза - более чем 3 млн. рожденных детей⁷**
- **Постоянство состава препарата, благодаря оригинальной и современной рекомбинантной технологии^{10,11}**
- **Готовая к использованию предварительно заполненная ручка для удобного и точного подбора дозы в протоколах стимуляции^{13,14}**



1. Data on file. Market Data Analysis, August 2018. 2. Andersen AN, et al., Hum Reprod., 2006, Dec;21,12:3217-27. 3. Frydman R, et al., Hum Reprod. 2000 Mar;15(3):520-5. 4. Bergh C, et al., Human Reprod., 1997 Oct;12,10:2133-9. 5. Schatzl R, et al., Human Reproduction, 2000 Aug;15, 8:1691-7. 6. Data on file. Internal Data, December 2017. 7. Schertz J, et al., Expert Opin Drug Deliv., 2018 May;15:435-442. 8. Bassett R, et al., Reprod Biomed Online, 2009;19(3):300-313. 9. Liigi M, et al., Reprod Biomed Online, 2006;13(2):179-193. 10. Trew, G.H., Brown, A.P., Gillard, S., Blackmore, S., Clewlow, C., O'Donohue, P., and Wasiak, R. (2010). Reprod. Biol. Endocrinol. 8, 137. 11. Lehart, P., Schertz, J.C., and Ezcura, D. (2010). Reprod. Biol. Endocrinol. 8, 112. 12. Weiss N, et al., Reprod Biomed Online., 2007 Jul;15:131-7. 13. Schertz J and Worton H. Patient evaluation of the redesigned follitropin alfa pen injector. 2017;14(4):473-481. 14. Jeannerot F, et al., Expert Opin Drug Deliv., 2016;13(12):1661-1669.10.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ГОНАЛ-Ф®

Международное непатентованное название: Фоллитропин альфа. **Лекарственная форма:** раствор для подкожного введения в предварительно заполненной шприц-ручке. **Состав:** 1 предварительно заполненная шприц-ручка содержит 300 МЕ (22 мг) фоллитропина альфа в 0,5 мл раствора, или 450 МЕ (33 мг) фоллитропина альфа в 0,75 мл раствора, или 500 МЕ (36 мг) фоллитропина альфа в 1,5 мл раствора. **Вспомогательные вещества:** полисахарид 188, сахароза, метионин, натрия дигидрофосфата моногидрат, динатрия фосфат дигидрат, м-крезол, фосфорная кислота концентрированная, натрия гидроксида, вода для инъекций. **Фармакотерапевтическая группа:** Полюсные гормоны и модуляторы половой системы. **Гонадотропины. Код АТХ: G03G05. Описание:** Прозрачный бесцветный раствор. Допускается легкая опалесценция.

Фармакологические свойства. Фармакодинамика. ГОНАЛ-Ф® – это препарат фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), производится с помощью рекомбинантных методов. **Показания к применению.** Взрослые женщины: Ановуляция (включая синдром поликистозных яичников) у женщин, которые оказались нечувствительными к лечению кломифена цитратом. Стимуляция роста множественных фолликулов у пациенток в рамках суперовуляции перед проведением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), таких как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), перенос гаметы в falloпиеву трубу, перенос эмбриона в falloпиеву трубу. ГОНАЛ-Ф® вместе с лютеинизирующим гормоном (ЛГ) рекомендуется для стимуляции развития фолликулов у женщин с тяжелым дефицитом ЛГ и ФСГ. В клинических исследованиях таких пациенток определяли по уровню эндогенного ЛГ в сыворотке крови < 1,2 МЕ/л. **Взрослые мужчины:** ГОНАЛ-Ф® показан для стимуляции сперматогенеза у мужчин с врожденным или приобретенным гипогонадотропным гипогонадизмом в комбинации с человеческими хорионическим гонадотропином (ХГТ).

Противопоказания. Гиперчувствительность к активному веществу или любому вспомогательному веществу препарата. Опухли гипофиза или гипофиз. Увеличение размеров яичников или кисты яичника, не связанные с синдромом поликистозных яичников. Гинекологическое кровоизлияние неизвестной этиологии. Карцинома яичников, матки или молочных желез.

Фертильность, беременность и лактация. Беременность. ГОНАЛ-Ф® не показан для применения во время беременности. Имеются ограниченные данные по применению во время беременности (менее 300 случаев) указывают на отсутствие пороков развития или фетопатологической токсичности при действии фоллитропина альфа. ГОНАЛ-Ф® показан для лечения бесплодия. В случае применения препарата во время беременности клинических данных для исключения тератогенного эффекта ГОНАЛ-Ф® недостаточно. **Кормление грудью.** ГОНАЛ-Ф® не показан для применения во время грудного вскармливания. **Фертильность.** ГОНАЛ-Ф® показан для лечения бесплодия.

Способ применения и дозы. Женщины с ановуляцией (включая синдром поликистозных яичников). ГОНАЛ-Ф® назначать в виде курса ежедневных инъекций, первая инъекция пациентки с менструациями начинать на протяжении первой 7 дней менструального цикла. Стандартное лечение начинают с ежедневного введения 75-150 МЕ ФСГ. При необходимости дозу препарата можно увеличивать на 37,5 (предпочтительно) или 75 МЕ через каждые 7 или 14 (предпочтительно) дней для достижения адекватной, но не чрезмерной реакции.

Лечение должно подбираться индивидуально в зависимости от индивидуальной реакции пациентки, которая оценивается с помощью ультразвукового исследования размера фолликула и/или уровня секреции эстрогена. Максимальная суточная доза препарата обычно не превышает 225 МЕ ФСГ. *Стимуляция развития множественных фолликулов у женщин перед проведением процедуры ЭКО или других вспомогательных репродуктивных технологий.* Для суперовуляции обычно вводят 150-225 МЕ ГОНАЛ-Ф® в день, начиная со 2-го или 3-го дня цикла. Лечение продолжают до достижения адекватного развития фолликула (которое оценивается по результатам определения сывороточных концентраций эстрогена и/или по данным ультразвукового исследования). В зависимости от реакции пациентки суточную дозу препарата регулируют таким образом, чтобы она не превышала 450 МЕ. Женщины с ановуляцией в результате фертильного ЛГ/ФСГ. Рекомендуется начинать лечение с введения 75 МЕ фоллитропина альфа в комбинации с 7,5-150 МЕ ФСГ ежедневно. Лечение должно быть подобрано в соответствии с индивидуальной реакцией пациентки, оценивая ее по результатам ультразвукового исследования размера фолликула и/или определения уровня секреции эстрогена. При необходимости дозу ФСГ можно увеличивать с 7-14 дневными интервалами продолительно на 37,5-75 МЕ. Возможно увеличение длительности стимуляции в пределах одного цикла до 5 недель. Мужчины с гипогонадотропным гипогонадизмом. ГОНАЛ-Ф® вводят в дозе 150 МЕ 3 раза в неделю в комбинации с ХГТ в течение не менее 4 месяцев. Если по окончании этого периода у пациента не наблюдается положительного эффекта, комбинированное лечение следует продолжать, по меньшей мере, до 18 месяцев.

Нежелательные реакции, взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие формы взаимодействия и особые указания и меры предосторожности при применении (см. Общую характеристику лекарственного препарата ГОНАЛ-Ф®).

Особые меры предосторожности при хранении. Хранить при температуре от 2 до 8°C в защищенном от света месте в оригинальной упаковке. Не замораживать. В пределах срока годности препарат может храниться при температуре не выше 25°C до 3х месяцев. По истечении 3х месяцев его следует утилизировать, если он не был использован. Повторное помещение в холодильник не допускается. Хранить в недоступной для детей месте. **Срок годности (срок хранения).** 2 года. После первого применения препарат может храниться не более 28 дней при температуре не выше 25°C. Пациент должен записать дату первого использования на шприц-ручке препарата ГОНАЛ-Ф®. Условие отпуска. По рецепту.

Краткая инструкция предназначена для профессионалов здравоохранения. Перед использованием следует ознакомиться с полным текстом Общей характеристики лекарственного препарата ГОНАЛ-Ф® (последняя пересмотрена 01.03.2022). **Регистрационное удостоверение №0969/11/13/10/18/22.** **Держатель регистрационного удостоверения.** Мерк ООО, Российская Федерация. **Производитель:** Мерк Серено С.А. Вилла делле Манолле 15 (район Индустриальной зоны) 10026 Модugno (BA), Италия. **Наименование, адрес и контактные данные (телефон, факс, электронная почта) организации на территории Республики Беларусь, принимающей претензии (предложения) по качеству лекарственных препаратов от потребителей и ответственную за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного препарата:** Представительство Товарищества с ограниченной ответственностью «Сона-Фарм Казахстан» (Республика Казахстан) в Республике Беларусь 20140, г. Минск, Республика Беларусь, ул. Прытыцкого, 78-9, офис 10. Тел.: +375 17 336 77 89, эл.адрес: safety@sona-pharm.com

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Не применяется в период беременности.

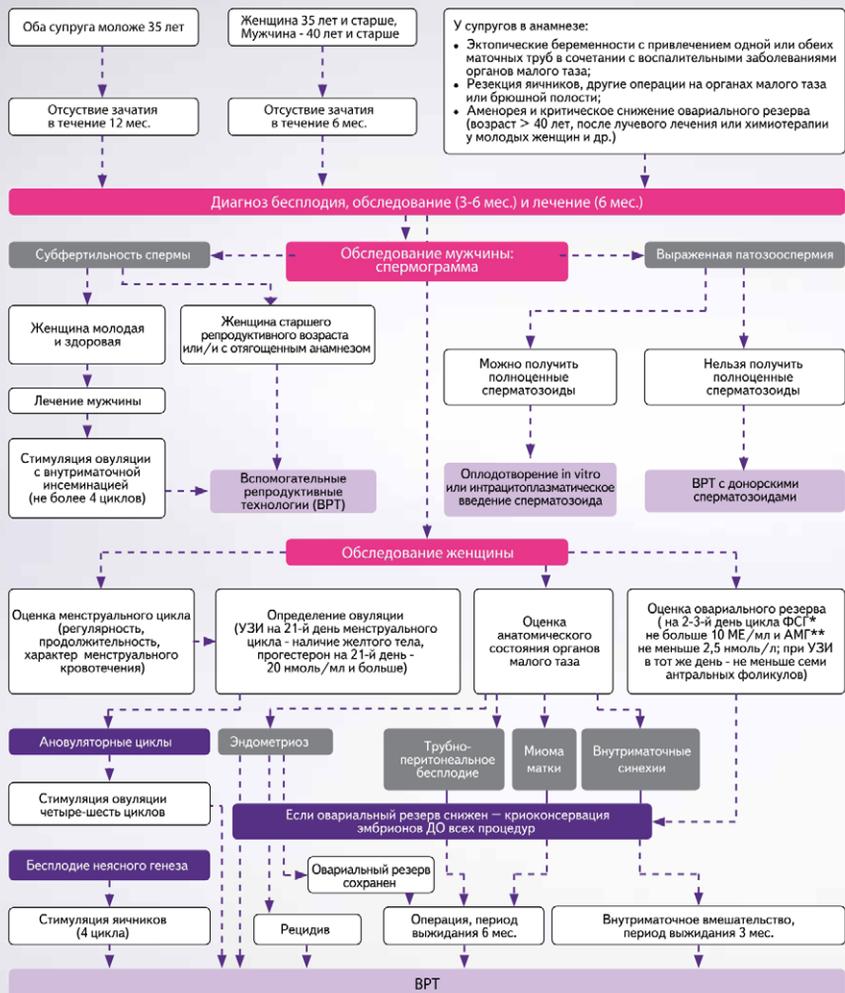
Представительство Товарищества с ограниченной ответственностью «Сона-Фарм Казахстан»
(Республика Казахстан) в Республике Беларусь,
220140, г. Минск, ул. Прытыцкого, 78-9, офис 10
Тел: +375 (17) 336 77 89

MERCK

БЕСПЛОДИЕ

Информация, которую важно знать!

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ НА ЭТАПЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ



*ФСГ — Фолликулостимулирующий гормон **АМГ — Антимюллеров гормон

Реклама. Методы лечения могут иметь противопоказания и нежелательные реакции.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом факультета повышения
квалификации и переподготовки

ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

(Гомель, 29 марта 2024 г.)

Научное электронное издание

Минск
«Профессиональные издания»
2024

УДК 618.1/.2-022.7-07/-08(082)
ББК 57.1я43

Редакционная коллегия:

д-р мед. наук, проф., ректор *Стома И. О.*; канд. мед. наук, доц.,
зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ФПКип *Захаренкова Т. Н.*;
канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПКип *Каплан Ю. Д.*;
ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПКип *Яковенко Е. П.*;
ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПКип *Приходько А. Н.*

Рецензенты:

декан факультета повышения квалификации и переподготовки,
д-р мед. наук, проф. *Галиновская Н. В.*; проректор по научной работе,
канд. мед. наук, доц. *Воропаев Е. В.*

В авторской редакции

ISBN 978-985-7291-80-9

© УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2024
© Оформление. УП «Профессиональные издания», 2024



**ВИФЕРОН®
25 ЛЕТ
ДОВЕРИЯ**

VIFERON.SU

Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и бактериальных заболеваний: ОРВИ и грипп, герпесвирусные и урогенитальные инфекции



Разрешен в период беременности и грудного вскармливания¹



Способствует снижению длительности заболевания и сокращению частоты рецидивов²⁻³



Помогает повысить эффективность антибактериальной терапии⁴⁻⁵



Входит в клинические рекомендации и федеральные стандарты РФ и РБ по оказанию медицинской помощи при инфекционно-воспалительных заболеваниях у взрослых в том числе беременных женщин⁶



5064/01/07/12/19/19

Для медицинских работников и фармацевтов

¹ Виферон® Суппозитории – с 14-й недели гестации.

² Малиновская В.В., Баранов И.И., Выжлова Е.Н., Шувалов А.Н. Лечение острых респираторных инфекций у беременных // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение. 2013. № 4 (26). С. 72–78.

³ Пизнгар О.А. Клинико-лабораторное обоснование и оценка эффективности рекомбинантного интерферона α-2b в терапии генитального герпеса // Инфекционные болезни. 2021; 19(3): 58–66.

⁴ Хашукова А.З. и др. Возможности применения Виферон® (Ферон) в акушерско-гинекологической практике // Эффективная фармакотерапия. – 2007. – № 4. – С. 22–27.

⁵ Стрижаков А.Н., Каграманова Ж.А., Малиновская В.В. Воспалительные заболевания репродуктивной системы женщины. – Москва. М., – 2017. – 160 с.

⁶ minzdrav.gov.ru; cr.minzdrav.gov.ru; mci.ru; <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spezialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/>

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Препарат разрешен к применению с 14 недели беременности.

СОДЕРЖАНИЕ

Общество с ограниченной ответственностью «МАЙОЛИ БЕЛА» Хофитол

АО «Nobel Ilac Sanayii ve Ticaret Anonim Sirketi» (Турецкая Республика) в Республике Беларусь Сефпотек/ Нексетин

Представительство Товарищества с ограниченной ответственностью «Сона-Фарм Казахстан» (Республика Казахстан) в Республике Беларусь Алгоритм/ Гонал-Ф

Представительство Товарищества с ограниченной ответственностью «Сона-Фарм Казахстан» (Республика Казахстан) в Республике Беларусь Алгоритм/ Гонал-Ф

Общество с ограниченной ответственностью «ФЕРОН» Виферон

Медицинское частное унитарное предприятие «Центр репродуктивной медицины»

Представительство ОАО "Гедеон Рихтер" (Венгрия) в Республике Беларусь Гроприносин

Захаренкова Т.Н., Приходько А.Н., Голубых Н.М., Лавренова А.С.

**РОЛЬ ЛАКТОФЕРРИНА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ
У БЕРЕМЕННЫХ 10**

Абраева Н.Н., Гаипова Н.М.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОВУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
У ЖЕНЩИН 13**

ООО «Abbott Laboratories GmbH» (Швейцарская конфедерация) Дюфастон

Анварова Ш.А., Туламетова Ш.А.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ
У ЖЕНЩИН, ОБУСЛОВЛЕННОГО ДИСФУНКЦИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ 16**

Ахмеджанова Х.З., Олимова К.Ж.

**ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ 17**

Бик-Мухаметова Я.И., Захаренкова Т.Н., Крупейченко В.В.

**РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ИЛИ ВРОЖДЕННАЯ
ПНЕВМОНИЯ – ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОГЕНЕЗА
ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ
С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ БЕРЕМЕННЫХ 18**

Бурьяк Д.В., Капора Т.Ч.

**ОСЛОЖНЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОЧЕК ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 23**

Верес И.А., Сокол В.П., Пересада О.А., Барсуков А.Н.,

Микушкина Р.С., Дашкевич Ю.И.

**ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ
ФУНКЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ 26**

МЧУП «Центр Репродуктивной Медицины»

**Более 10 000 детей родилось благодаря сотрудникам
нашего Центра***

Жизнь продолжается и бесплодие – не приговор!



Наши преимущества:

Врачи высшей категории работают в программе ЭКО
Врачи, работающие в программе ЭКО, являются членами:
Общества репродуктологов Европы, США, России;
Европейского общества генетиков;
Международного общества предимплантационной диагностики

Собственная лаборатория

Стаж работы в программах ВРТ с 1995 года

**Новейшие методики, выполняемые на современном оборудовании.
Европейское качество лечения, доступные цены**

ФАМСИ (методика оплодотворения с использованием функционального
зрелого сперматозоида)

ИМСИ (увеличение биоматериала в 6000 раз, новейшее оборудование,
позволяющее работать с единичными сперматозоидами,
тканевой биопсией яичка)

ПГД (метод NGS – самая современная новейшая технология
предимплантационной диагностики)



Лицензия № 02040/47, продлена 27 июня 2012 г.
до 30 июля 2022 г. Министерством здравоохранения
Республики Беларусь.

Свидетельство о госрегистрации № 417
от 4 апреля 2001 года, УНП190224906,
сертификаты ISO9001 русский регистр, iqNet

На правах рекламы. Методы лечения могут иметь противопоказания и нежелательные реакции.

* По данным статистики Центра

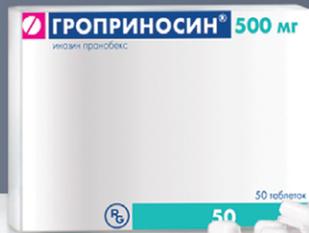
Виктор С.А., Ващилина Т.П., Семенчук В.Л., Прилуцкая В.А., Сушкова О.С., Васильева Е.Н. ЛАБОРАТОРНЫЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗМОЖНОГО ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ ДО 28 НЕДЕЛЬ	29
Гаипова Н.М., Абраева Н.Н. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН, СВЯЗАННЫХ С ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ...	34
Галькевич Н.В., Маленченко С.В. ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ: ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	35
Ганчар Е.П., Гутикова Л.В., Наумов А.В., Дорошенко Е.М., Смирнов В.Ю. КОНЦЕНТРАЦИЯ НЕЗАМЕНИМЫХ АМИНОКИСЛОТ У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19	39
Горбач Л.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	43
Грудницкая Е.Н. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТКАНИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫКИДЫШЕ	47
Гутикова Л.В., Ганчар Е.П., Наумов А.В., Дорошенко Е.М., Смирнов В.Ю. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У БЕРЕМЕННЫХ	51
Жалолова Г.С., Шукуров Ф.И. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МАРКЕРОВ ИМПЛАНТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, У ЖЕНЩИН	54
Жураева А.Ж., Шукуров Ф.И. РОЛЬ МИКРОБИОМА ЯИЧНИКОВ В НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН И ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЕЕ КОРРЕКЦИИ	56
Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Заднепровский А.С., Цуканова А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	59
Илькевич Н.Г., Альферович Е.Н., Дражина О.Г. ПОЗДНЯЯ РЕАЛИЗАЦИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	63
Кибик С.В., Лысенко О.В. PRP-ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ	67

ПРИ ОСЛАБЛЕННОМ ИММУНИТЕТЕ И ЧАСТЫХ ИНФЕКЦИЯХ



ГРОПРИНОСИН®

для поддержки иммунитета



ГЕДВОН РИХТЕР ОАО

в качестве дополнительной терапии у лиц с ослабленным иммунитетом при рецидивирующих инфекциях верхних дыхательных путей

На правах рекламы. Курс лечения 5-14 дней. Противопоказан в период беременности. Имеются медицинские противопоказания и нежелательные или побочные реакции.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.

Кириленко В.П., Грудницкая Е.Н., Русакевич П.С., Дыдышко Е.С. СНИЖЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ПОЛИПАХ ТЕЛА МАТКИ	69
Кириленко В.П., Мельник Е.В. ИЗМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА И ФУНКЦИИ КЛЕТОК СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ШЕЙКИ МАТКИ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ...	73
Корбут И.А., Суворова Н.В., Доронина Н.А., Курашевич Е.В. МОРБИДНЫЙ ФОН У ДЕВОЧЕК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ	77
Крот И.Ф., Романова Л.А., Вартамян Р.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛЯРИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	79
Кухарчик Ю.В., Качук Н.В., Кузьмич И.И., Ставер Е.Д. ГОРМОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ	82
Лашкевич Е.Л., Будюхина О.А., Корбут И.А., Старовойтова И.В., Чувасова А.С. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	84
Лебедев А.С., Гунов С.В. АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РФ И ЦФО	87
Лемтюгов М.Б., Симченко Н.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН	91
Логина О.П., Шевченко Н.И., Медведева Ж.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА	93
Маджарова О.А., Эйдельштейн И.А., Лапука М.О. МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ К МАКРОЛИДАМ И ФТОРХИНОЛОНАМ У MYCOPLASMA GENITALIUM В КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТАХ ОТ БЕРЕМЕННЫХ ИЗ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА 2023 ГОД	97
Маткурбанова Д.Р., Шукуров Ф.И. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕОККЛЮЗИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	101
Мельник Е.В., Малолеткина О.Л., Волчек А.В., Небышинец Л.М. ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТОВ И ЗНАЧЕНИЕ PH ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ НАКАНУНЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ	102
Мельник Е.В., Малолеткина О.Л., Небышинец Л.М., Шорох И.Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЕЙ ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННЫМ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ	104

Олимова К.Ж., Ахмеджанова Х.З.

**ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПУСТЫХ
ФОЛЛИКУЛОВ 106**

Общество с ограниченной ответственностью «ГринайсФарм» Имастон

Пинчук Т.В.

**РОЛЬ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ 109**

Общество с ограниченной ответственностью «Ламира-Фармакар» Аргентокеа Деликейт

Порошина Л.А., Рублевская Е.И., Варчук И.А., Шатон Т.А.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ 114

Слепцова В.А., Арестова И.М.

**ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО
РОДРАЗРЕШЕНИЯ 117**

Туламетова Ш.А., Анварова Ш.А.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ В
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ 119**

Умарова Н.М., Нигматова Г.М.

**ПОСЛЕРОДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ
УТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ – МЕТРОРАФИЮ И МЕТРОПЛАСТИКУ 121**

Юлдашева М.А.

**РОЛЬ ПРОТЕОМИКИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ
В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН 126**

Юркевич Т.Ю.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ
НА ТОКСОПЛАЗМУ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИСХОДОВ
БЕРЕМЕННОСТИ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ИНФИЦИРОВАНИЮ 127**

Янко Н.Б.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО
ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ДЕВОЧЕК 131**

Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.

ПЕРВАЯ ДОКТОР МЕДИЦИНЫ 135

Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.

ДЕЛА СЕМЕЙНЫЕ 138

Логинава О.П., Шевченко Н.И.

**РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
НА S. AGALASTIAE У НОВОРОЖДЕННЫХ 141**

УДК 618.3-022:577.112

Захаренкова Т.Н., Приходько А.Н., Голубых Н.М., Лавренова А.С.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ ЛАКТОФЕРРИНА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ

Введение. Прогнозирование риска внутриутробной инфекции (ВУИ) у беременных с урогенитальными инфекциями (УГИ) является важнейшей задачей современного акушерства [1]. Наибольшее внимание ученых приковано к системе цитокинов и острофазовых воспалительных белков, которые играют первоочередную роль в защите от распространения урогенитальной инфекции матери и реализации восходящего инфицирования [2, 3]. Лактоферрин (ЛФ) представляет собой железосвязывающий гликопротеин семейства трансферринов, который производится и хранится в гранулах нейтрофилов и высвобождаются во время активации и дегрануляции нейтрофилов. Бактериостатическое/бактерицидное свойство ЛФ реализуется как за счет удерживания железа и тем самым ингибирования микробного роста, агрегации и образования биопленок патогенных микроорганизмов, так и непосредственно при взаимодействии с микробными, вирусными и клеточными поверхностями, когда ЛФ блокирует микробную адгезию и проникновение патогена в клетку-хозяина [4]. В исследованиях установлено, что инфицирование беременных в первом триместре TORCH-инфекциями сопровождается увеличением концентрации ЛФ в крови [2]. Другими авторами показано, что высокие уровни ЛФ в крови беременных с хламидийной инфекцией или инфекцией, обусловленной парвовирусом В19, являются критерием уже реализованного инфекционного заболевания плода [5, 6]. В свою очередь, концентрация ЛФ в крови недоношенных новорожденных выше 346,6 нг/мл указывает на уже имеющиеся заболевания с бактериальной или вирусно-бактериальной этиологией, что авторы исследования предложили использовать как показание к назначению антибактериального лечения [3]. Являясь пребиотиком и оказывая благоприятное действие на симбиоз желудочно-кишечной и урогенитальной микрофлоры, ЛФ во многих странах применяют у беременных в качестве средства, способствующего укреплению колонизационной резистентности влагалища с потенциальной перспективой снижения инфекционных осложнений беременности и заболеваний новорожденных [4, 7]. Таким образом изучение роли ЛФ у беременных с УГИ является перспективным в плане поиска прогностических критериев реализации ВУИ и новых путей их снижения.

Цель исследования. Определить особенности продукции ЛФ у беременных с диагностированной в первом триместре УГИ и потенциальное его значение для исхода беременности.

Материалы и методы. В исследование включено 139 женщин в первой половине беременности, из которых у 109 была диагностирована УГИ (основная группа)

и у 30 женщин не было клинико-лабораторных признаков УГИ (группа сравнения). Исследования проводились на базе НИЛ УО «ГомГМУ» (зав. лабораторией Осипкина О.В.). Методом твердофазного иммуноферментного анализа с применением набора реагентов «Human LTF (Lactoferrin) ELISA Kit» (производства FineTest, Китай) согласно инструкции производителя (диапазон обнаружения 0,313 – 20 нг/мл, чувствительность 0,188 нг/мл); определяли концентрацию лактоферрина в венозной крови у всех беременных, в цервикальной слизи у 96 беременных с УГИ и у 25 – без признаков УГИ, а также в околоплодных водах, полученных при амниоцентезе по медико-генетическим показаниям на сроках 16-17 недель у 21 беременной основной группы и 12 беременных группы сравнения. Статистическая обработка данных проведена при помощи программ Excel (2016), «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Межгрупповые сравнения количественных признаков проводили с помощью критерия Манна – Уитни с поправкой Йетса (P(U)). Данные представлены в виде Me (25; 75). Различия между группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Возраст женщин основной группы составил 30 (25; 34,5) лет и не различался с группой сравнения – 32 (29; 38) года ($Z=1,714$; $p=0,086$). Беременные обеих групп были сопоставимы по социальным факторам, соматическим заболеваниям. Значимо чаще беременные с УГИ в первом триместре имели эпизоды УГИ до беременности ($p=0,03$), что могло явиться дополнительным фактором риска рецидивов УГИ и фактором риска реализации ВУИ. Структура УГИ у беременных основной группы была следующая: аэробный вагинит был диагностирован у 45% беременных на момент их включения в исследование, бактериальный вагиноз и вульвовагинальный кандидоз наблюдался с одинаковой частотой – по 16,5%, смешанные инфекции (сочетание признаков вагинита и дисбиоза, вульвовагинального кандидоза) – в 17,4%, ИППП – у 4,6% беременных.

Концентрация ЛФ в сыворотке крови беременных основной группы составила 3,43 (2,29; 4,78) нг/мл и была сопоставима с группой сравнения – 3,64 (1,91; 4,52) нг/мл ($Z=0,389$; $P=0,697$).

Уровень ЛФ в цервикальной слизи беременных был значимо ниже, чем в сыворотке крови. Кроме того, наблюдалось значимое различие концентрации ЛФ в зависимости от наличия УГИ. У беременных основной группы концентрация ЛФ в цервикальной слизи составила 0,08 (0,01; 0,43) нг/мг образца слизи, что было значимо ниже, чем у беременных группы сравнения – 0,32 (0,08; 0,81) нг/мг слизи ($Z=2,273$; $P=0,023$). Отсутствие активации системной продукции ЛФ у беременных с УГИ и более низкие местные концентрации ЛФ можно объяснить локализованной инфекцией, чаще всего с латентным течением, которая в 72% случаев носила рецидивирующий характер. С другой стороны, существует мнение, что повышенная продукция ЛФ может быть дополнительным механизмом раннего прерывания беременности при инфекции [2], тогда как в нашем исследовании у беременных с УГИ отсутствие выраженной воспалительной реакции могло явиться фактором, направленным на сохранение беременности, так как у подавляющего большинства пациентов беременность завершилась срочными родами.

Концентрация ЛФ в околоплодных водах пациенток основной группы значимо не различалась с группой сравнения – 3,17 (1,98; 4,29) нг/мл против 2,39 (1,93; 3,70) нг/мл ($Z=0,973$; $P=0,331$).

Изучена концентрация ЛФ в зависимости от развития ВУИ новорожденных в группах исследования. В основной группе у 6 беременных произошло прерывание беременности в первой ее половине, в связи с чем эти пациентки были исключены из дальнейшего анализа реализации ВУИ. У 32 из 103 (31,1%) беременных основной группы родились дети с признаками ВУИ, в группе сравнения перинатальные инфекции наблюдались у 5 из 30 (16,7%) новорожденных. В таблице представлены уровни ЛФ в различных средах у женщин, наблюдаемые в первой половине беременности в зависимости от наличия УГИ и предшествующие развитию инфекционных заболеваний новорожденного.

Уровни ЛФ в сыворотке крови, цервикальной слизи и околоплодных водах в зависимости от реализации ВУИ в группах, n, Me (25; 75)

Параметр	Основная группа		Группа сравнения		Уровень значимости p
	ВУИ+	ВУИ–	ВУИ+	ВУИ–	
ЛФ крови, нг/мл	32; 3,17 (1,73; 4,55)*	71; 3,94 (2,74; 4,97)	5; 2,92 (1,76; 3,72)	25; 4,0 (1,94; 4,71)	$P_0=0,039$ $P_c=0,184$
ЛФ ц/слизи, нг/мг ткани	31; 0,09 (0,01; 0,4)	66; 0,07 (0,01; 0,57)	3; 0,59	22; 0,24 (0,08; 0,8)	$P_0=0,774$ $P_c=0,867$
ЛФ о/плодных вод, нг/мл	9; 4,13 (2,28; 6,24)	12; 2,59 (1,98; 3,80)	3; 2,3	9; 2,48 (1,99; 3,48)	$P_0=0,247$ $P_c=1,0$

Примечания: ЛФ – лактоферрин; ВУИ – внутриутробная инфекция; * статистически значимые различия с ВУИ ($p<0,05$).

У беременных основной группы на фоне УГИ наблюдались значимо более низкие уровни ЛФ в сыворотке крови в случаях последующей реализации инфекционных заболеваний новорожденного, чем в случаях рождения детей без ВУИ ($Z=2,058$; $P=0,039$). Следует отметить, что даже без учета УГИ сохраняется тенденция, при которой развитию ВУИ предшествуют более низкие концентрации сывороточного ЛФ, наблюдаемые в первой половине беременности ($Z=2,271$; $P=0,023$).

Выводы. Определение ЛФ в сыворотке крови и цервикальной слизи является перспективным научным направлением, изучающим потенциальные маркеры течения урогенитальных инфекций у беременных и факторы риска развития инфекционных заболеваний плода/новорожденного. Снижение концентрации ЛФ в цервикальной слизи при УГИ возможно является фактором рецидивирования инфекций матери, а снижение системной продукции ЛФ – фактором реализации ВУИ. Обоснованным является местное и системное использование лактоферрина в комплексном лечении УГИ.

Литература

1. Захаренкова Т.Н., Лакудас Е.Л., Приходько А.Н. Внутриутробная инфекция при доношенной беременности // Охрана материнства и детства. – 2023. – №2 (42). – С. 22–27.
 2. Нариманова Г. В., Шахвердиева, И. Д., Керимова, И. А., Джафарова, Г. А. Антимикробные пептиды в патологии беременных, зараженных TORCH-инфекциями // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2019. – Т. 13. – №. 3. – С. 197–203.
 3. Белкова Т. Н., Оксеньчук Т. В., Тирская Ю. И., Кадцына Т. В. Современные диагностические критерии внутриутробной инфекции у новорожденных // Наука и инновации – современные концепции : сб. науч. ст. междунар. науч. форума, Москва, 24 апреля 2020 г./ отв. ред. Д.Р. Хисматуллин. – Москва : Издат. Инфинити, 2020. – Т. 3. – С. 88–96.
 4. Artym J., Zimecki M. Antimicrobial and prebiotic activity of lactoferrin in the female reproductive tract: a comprehensive review // Biomedicines. – 2021. – Т. 9. – №. 12. – С. 1940.
 5. Куса Е. М., Макаρχук О. М. Роль белков острой фазы и коррекция иммунологических нарушений у беременных с риском поражения парвовирусом В19 // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2015. – №. 5. – С. 89–94.
 6. Гребнева В. С., Ренге Л. В., Григорьева Е. Ю., Власенко А. Е. Оценка лактоферрина в диагностике врожденных инфекционных заболеваний новорожденных от матерей с острой хламидийной инфекцией // Бюллетень медицинской науки. – 2023. – Т. 30, № 2. – С. 24–34.
 7. Fathi M. A., Ali A. E. S., Mohammed A. I. Efficacy of lactoferrin in prevention of premature rupture of membrane //The Egyptian Journal of Hospital Medicine. – 2021. – Т. 85. – №. 1. – С. 2823–2827.
-

УДК 618.14-005.1:618.11-008.6

Абраева Н.Н., Гаипова Н.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОВУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН

Введение. Аномальные маточные кровотечения (АМК) в репродуктивном возрасте представляют собой распространенное состояние, вызывающее значительную озабоченность среди женщин и представляющее собой частую причину обращения за медицинской помощью [1–2]. Одной из наиболее частых причин АМК является овуляторная дисфункция, характеризующаяся нарушением нормального процесса созревания и высвобождения яйцеклетки из яичника, что может привести к нерегулярным менструальным циклам и, как следствие, к аномальным кровотечениям [3–5].

Цель исследования. Разработка и оценка эффективности комплексного подхода, который включает в себя современные методы диагностики и лечебные стратегии для управления аномальными маточными кровотечениями (АМК) у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 110 женщин, с АМК связанные с овуляторной дисфункцией. Из них I группу (основная) составили 60 женщин раннего репродуктивного возраста с АМК, II группа (основная) состояла из 50 женщин позднего репродуктивного возраста с АМК, связанные овуляторной дисфункцией. Группу контроля составили 40 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Результаты исследования гормонального профиля показали, что у 70% женщин основной группы уровень эстрадиола составил 480 пг/мл, что на 20% выше верхней границы нормы (400 пг/мл). Уровень прогестерона у 65% женщин раннего репродуктивного возраста составил 0,5 нг/мл, а у 55% женщин позднего репродуктивного возраста – 0,7 нг/мл, что ниже нормального диапазона. У большинства пациенток уровень тестостерона находился в пределах нормы и составил 0,5 нг/мл, уровень пролактина также оставался в пределах нормального содержания – 15 нг/мл, а уровень АМГ был снижен до 1,0 нг/мл у 30% женщин позднего репродуктивного возраста, что указывает на снижение овариального резерва. Анализ уровня цитокинов показал повышенные уровни воспалительных маркеров у 40% женщин основной группы. Уровень IL-6 составил 7 пг/мл, а уровень TNF-α увеличен до 8,5 пг/мл. У 50% женщин основной группы на УЗИ яичников были выявлены следующие изменения: увеличение среднего объема яичников более чем до 12 мл, наличие 12 и более мелких фолликулов в каждом яичнике, размером 2–9 мм, а также увеличение стромы яичников и повышенная эхогенность.

Заключение. Аномальные маточные кровотечения, связанные с овуляторной дисфункцией, коррелируют с изменениями в гормональном фоне, особенно с повышением уровня эстрадиола и снижением уровня прогестерона, а также с увеличением воспалительных маркеров и изменениями структуры яичников на УЗИ. Эти результаты подчеркивают важность комплексного подхода к диагностике и лечению аномальных маточных кровотечений, включающего гормональную коррекцию, противовоспалительную терапию и мониторинг состояния яичников.

Литература

1. Абашидзе А. А. Структура бесплодия. О чем не стоит забывать // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 4. – С. 81–84.
 2. Гаипова Н.М., Абраева Н.Н. Роль ультразвукового исследования в диагностике аномальных маточных кровотечений, обусловленных эндометриальной дисфункцией // Вестник ТМА, 2023, № 6, С.50-52.
 3. Зенкина В.Г. Современные представления об интраорганный регуляции фолликулогенеза в яичнике // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №2. – С. 56–60.
 4. Шукуров Ф.И. Эндокринные расстройства у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников // Назарий ва клиник тиббиёт журналы. – 2016. – №2. – С. 71–73.
 5. Шукуров Ф.И., Мамажанова Д.М., Саттарова К.А., Юлдашева Н.З. Оценка эффективности применения препарата Белара в адьювантной терапии синдрома поликистозных яичников после эндохирургического лечения // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2022. – Том 85. – №8. – С. 14–16.
-

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ВЛИЯЮТ НА ОБЩЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНУЮ ЖИЗНЬ ЖЕНЩИН^{3,4}



**ДЮФАСТОН® эффективно* нормализовал
менструальный цикл и удерживал результат
не менее 6 месяцев после окончания лечения¹**

**Продолжительность цикла
28 дней может быть
достигнута путем
назначения 1 таблетки
препарата ДЮФАСТОН®
в сутки с 11-го по 25-й
день цикла²**

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28



**9 из 10 пациентов были
очень довольны или
довольны лечением¹**



Адаптировано из Podolzkova et al.

* доказана эффективность в исследовании. Проспективное, неинтервенционное, несравнительное, многоцентровое, постмаркетинговое, observational исследование у женщин (18-40 лет) с нерегулярным менструальным циклом из-за дефицита прогестерона. Основная цель: определить взаимосвязь между продолжительностью лечения и сохранением регуляризации менструального цикла. Дидрогестерон (10 мг один или два раза в день) с 11 по 25 день менструального цикла в течение 3 месяцев¹

ДЮФАСТОН® НОРМАЛИЗУЕТ ЦИКЛ И УДЕРЖИВАЕТ ЕГО ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ТЕРАПИИ!¹

ИСТОЧНИКИ:

1. Podolzkova N, Tarshis T, Dushkova A, et al. Dydrogesterone treatment for menstrual cycle regularization in routine clinical practice: a multicenter observational study. 2. Исследование по эффективности и безопасности препарата Дюфастон®. Liu Y, Pan M, Yang B, et al. The relationship between test anxiety and emotion regulation: the mediating effect of psychological resilience. Ann Gen Psychiatry 20, 40 (2021). 4. Munro MG, Stanley HO, Fraser IS. FGO Menstrual Disorders Committee. The two FGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. 2018. Reviews. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Dec; 143(3):393-408. doi: 10.1002/ijgo.12666. Epub 2018 10 20. Erratum in: Int J Gynaecol Obstet. 2019 Feb;144(2):237. PMID: 30284864.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ ДЮФАСТОН®

Регистрационное удостоверение МЭ РК0014011 Беларусь № 8995/99/03/04/06/09/11/12/14/16/19, действительно бессрочно.
Международное непатентованное название: Дидрогестерон. Состав: 1 таблетка содержит 10 мг дидрогестерона; вспомогательные вещества - лактозы моногидрат, титана диоксид (E-171) и др.
Лекарственная форма: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг. №20. Показания: Регулирование менструального цикла; эндометриоз; дисменорея; дисменорейное бесплодие; обусловленное лютеиновой недостаточностью; угрозой и привычной выкидыши вследствие дефицита прогестерона. Поддержка лютеиновой фазы при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Дюфастон® может быть использован в циклическом режиме, в дополнение к терапии эстрогенами у женщин с истонченной маткой, для профилактики гиперплазии эндометрия в период постменопаузы, при дисфункциональных маточных кровотечениях, при вторичной аменоре. Противопоказания: Вагинальные кровотечения, причина которых не установлена; лечение с целью поддержки лютеиновой фазы при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) следует прекратить, если дидрогестерон аборт/миномидат вызывает маточный выкидыш или выкидыш; беременность; беременность в сочетании с эстрогенами (до нормализации лабораторных показателей функции печени); прогестеронизация и приемные эстрогены в сочетании с прогестероном, тимином или дидрогестероном, для комбинированной гормональной терапии; установленная гиперчувствительность к дидрогестерону или другим компонентам препарата; известные или подозреваемые злокачественные опухоли, которые являются взаимосвязанными с половыми гормонами. Способ применения и дозы: Регуляция менструального цикла - продолжительность цикла 28 дней может быть достигнута путем назначения 1 таблетки Дюфастона в сутки с 11 по 25-й день цикла. Эндометриоз - от 1 до 3 таблеток Дюфастона в сутки с 5 по 25-й день цикла или в течение всего цикла; дозы, кратные 10 мг/сут; следует распределять равномерно в течение дня. Дисменорея - от 1 до 2 таблеток Дюфастона в сутки с 5 по 25-й день цикла. Бесплодие; обусловленное лютеиновой недостаточностью - 1 таблетка Дюфастона в сутки с 14 по 25-й день цикла. Угроза выкидыша следует продолжать в течение минимум 6 последующих недель. Рекомендуется продолжать терапию в течение первого месяца беременности в тех же дозах, что и до приначия выкидыша. Угрозы выкидыша вследствие дефицита прогестерона - начальная доза: 4 таблетки Дюфастона ежедневно, затем - по 2 таблетки каждые 8 ч. Рекомендуется начать прием препарата сразу же после окончания приема эстрогенов. Если симптомы не исчезают или усиливаются во время лечения, дозу необходимо повысить на 1 таблетку Дюфастона каждые 8 ч. После того, как симптомы исчезают, эффективную дозу необходимо сохранять в течение 1 недели, после чего ее можно постепенно снизить. Если симптомы полностью прошли, лечение должно быть немедленно остановлено с диэнгоном, которая оказалась эффективной. Привычные выкидыши вследствие дефицита прогестерона 1 таблетка Дюфастона в сутки до 20-й недели беременности, с последующим постепенным снижением дозы. Лечение должно быть начато до зачатия. Если симптомы угрозы прерывания беременности появились во время лечения, то лечение следует прекратить, как это рекомендовано в случае угрожающего выкидыша. Поддержка лютеиновой фазы при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): 1 таблетка Дюфастона три раза в день (30 мг в сутки). Лечение начинают со дня забора ооцитов и продолжают в течение 10 недель, если беременность подтверждается. Дисфункциональные маточные кровотечения - для лечения дисфункциональных маточных кровотечений назначают 1 таблетку Дюфастона в течение 5-7 дней. Кровотечения значительно уменьшаются в течение нескольких дней после окончания лечения. После приема препарата повышается вероятность беременности. С целью профилактики дальнейшего возникновения кровотечения Дюфастон назначают по 1 таблетке 3 раза в сутки с 11 по 25-й день цикла, при необходимости в сочетании с эстрогенами, на протяжении 2-3 циклов. Вторичная аменорея - по 1 или 2 таблетки Дюфастона в сутки с 11 по 25-й день цикла. Профилактика гиперплазии эндометрия в период постменопаузы. Для каждого 28-дневного цикла терапии эстрогенами в течение первых 14 дней принимают по 2 таблетки в день, в течение следующих 14 дней - дополнительно к терапии эстрогенами один раз в день, принимают 1 или 2 таблетки, содержащие 10 мг дидрогестерона. Кровотечение обычно наступает во время приема дидрогестерона. Побочные действия. Немалочисленные побочные реакции, в которых сообщалось наиболее часто во время клинических испытаний и участником при использовании дидрогестерона по показаниям без применения эстрогена, были следующими: мигрени, головная боль, болезненность молочных желез, мигрень/головная боль.* (Головная боль/мигрень/головная боль) - в полной инструкции по медицинскому применению от 27.06.2019 г.) Меры предосторожности при медицинском применении. Перед началом лечения дидрогестероном дисфункциональных маточных кровотечений необходимо исключить органическую причину кровотечения. При наличии любого из указанных ниже заболеваний в данный момент или их ухудшении во время применения лекарственного препарата Дюфастон® следует рассмотреть вопрос о прекращении лечения: непереносимость галактозы, мигрень или симптомы, которые могут предполагать наличие головного мозга; значительное повышение кровяного давления; венозные тромбозы/тромбоэмболии. В случае приема одного или угрожающего выкидыша, во время лечения следует контролировать значительное увеличение массы или отек, чтобы подтвердить прогрессирование беременности. Осторожно, при которых необходимо избегать. Известно, что на следующие органы системы могут влиять алкоголь, препараты, или вещества во время беременности или предшествующего гормонального лечения: хроническая желтуха, переносимость, сильный дух, отоскопия или пофобия. Пациенты с эпизодами депрессии в анамнезе должны находиться под тщательным наблюдением врача. При рецидиве депрессии или депрессии лечение дидрогестероном следует прекратить. Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Дидрогестерон можно использовать во время беременности, если имеется показание к его применению. Дидрогестерон не следует применять в период кормления грудью. Фармацевты. Дюфастон® 10 мг дидрогестерона на синтетический феминизатор гонестерон. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Данные в этой статье относятся к тому, что основной путь метаболизма приводит к образованию основного фармакологически активного метаболита - 20-дидрогестерона (ДД). Этот метаболит ингибирует активность фермента CYP3A4, который участвует в метаболизме лекарственных средств. ДД является субстратом для метаболизма ферментами CYP3A4. Следовательно, метаболит дидрогестерона и ДД могут усилить при одновременном назначении веществ, являющихся индукторами ферментной системы (цитохрома P450), таких как пролифераторов рецепторов (валипроат, фенобарбитал, фенитоин, карбамазепин), транквилянтных средств (кломид, рибитал, нитроглицерин, флуорид) и растительных препаратов, обладающих выраженной индукцией ферментальной (лимонен, розмарин, шалфей и т.д.) или ингибировать ферментную систему (цитохрома P450) (супрун, препараты исландского мха). Ритонавир и нелфинавир, как и известно как ингибиторы микросомального метаболита, могут играть роль индукторов при одновременном приеме со стероидными гормонами. Клинически установленный метаболит дидрогестерона может приводить к снижению клинической эффективности терапии и изменению количества маточного кровотечения. Исследования in vitro демонстрируют, что дидрогестерон и ДД не ингибируют и не индуцируют CYP 3A4, ферменты, которые метаболизируют препараты. Малая информация о препарате находится в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Дюфастон®, Республика Беларусь, ЗДТ0073, г. Минск, 1-й Белорусский пер., д. 20, офис 503, тел. +375 17 202 22 99, ч.с. +375 17 202 22 99, e-mail: info@dufaston.by/dufaston.com. Для публикации в специализированном медицинском журнале, раскраски на медицинском сайте и феминизатора. Не правам интеллектуальной собственности.

UMB2278067

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Дидрогестерон можно использовать во время беременности.



УДК 618.177:616.45

Анварова Ш.А., Туламетова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН, ОБУСЛОВЛЕННОГО ДИСФУНКЦИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Введение. Среди множества эндокринных факторов, влияющих на фертильность, дисфункция надпочечников занимает особое место, поскольку эти железы влияют на общий гормональный баланс организма, включая репродуктивную систему [1, 2]. Надпочечники вырабатывают ряд жизненно важных гормонов, в том числе кортизол, андрогены и альдостерон, которые играют ключевую роль в регуляции метаболизма, иммунной функции и поддержании электролитного баланса. Дисфункция этих желез может привести к сбоям в этих процессах, что, в свою очередь, может негативно сказаться на фертильности [3–5].

Цель исследования. Комплексный анализ взаимосвязи между состоянием функции надпочечников и возникновением бесплодия у женщин.

Материал и методы исследования. В исследовании было включено 70 женщин репродуктивного возраста, разделенных на две группы: основная группа и контрольная группа. Основная группа включала 40 женщин, у которых была диагностирована дисфункция надпочечников. Группу контроля состояла из 30 здоровых женщин.

Результаты исследования. Результаты исследования показали что, у 28 из 40 женщин основной группы (70%) были выявлены значимые отклонения в уровнях гормонов надпочечников по сравнению с контрольной группой. Было выявлено увеличение уровня андрогенов у 25 женщин (62,5%), превышающее верхнюю границу нормы для тестостерона и ДГЭА-С, и повышенный уровень кортизола у 18 женщин (45%), что может указывать на гиперактивность надпочечников. У 15 женщин (37,5%) был выявлен повышенный уровень альдостерона, что может сигнализировать о нарушениях в регуляции водно-солевого баланса. При УЗИ органов малого таза выявлено изменение в структуре и функции яичников, которые включали уменьшение количества антральных фолликулов у 20 женщин основной группы (50%), что подтверждает нарушение овуляторной функции.

Заключение. Выявленные значимые отклонения в уровнях гормонов надпочечников у большинства участниц основной группы (70%) указывают на прямую связь между гормональными нарушениями, связанными с гиперактивностью надпочечников, и нарушениями репродуктивной функции. Увеличение уровня андрогенов, кортизола и альдостерона может негативно влиять на менструальный цикл, овуляцию и способность к зачатию, что было подтверждено изменениями в структуре и функции яичников, выявленными с помощью УЗИ. Эти результаты подчеркивают необходимость интеграции инновационных подходов в диагностику и лечение бесплодия, связанного с дисфункцией надпочечников.

Литература

1. Адамьян Л.В., Андреева Е.Н., Гаспарян С.А., и др. // Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации (протокол лечения) – М., 2015. – 22 с.
2. Назарова Г.Д., Шукуров Ф.И. Оценка состояния овариального резерва у женщин с синдромом поликистозных яичников до и после эндохирургического лечения // Материалы XVI научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием. Душанбе. 2021. – С. 104–105.
3. Унанян А.Л. и др. Синдром гиперандрогенизма в практике гинеколога // Status Paesens. М.: Редакция журнала Status Paesens, 2014. – 20 с.
4. Шукуров Ф.И. Эндокринные расстройства у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников//Назарий ва клиник тиббиёт журнали. – 2016. – №2. – С. 71–73.
5. Юлдашева Н.З., Шукуров Ф.И. Оценка эффективности различных видов лапароскопических вмешательств при лечении бесплодия у женщин обусловленным синдромом поликистозных яичников // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2019. – №5. – С. 142–143.

УДК 618.17-008.8:618.11-008.6

Ахмеджанова Х.З., Олимова К.Ж.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

Введение. Овариальный резерв, количественная и качественная оценка способности яичников производить жизнеспособные яйцеклетки, является критически важным фактором в оценке репродуктивного потенциала женщины [1–3]. С возрастом и под воздействием различных внешних и внутренних факторов овариальный резерв естественным образом снижается, что может приводить к изменениям в менструальном цикле и ухудшению фертильности [4, 5].

Цель исследования. Всесторонняя оценка менструальной функции у женщин с диагностированным низким овариальным резервом.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 110 женщин позднего репродуктивного возраста. В зависимости от уровня овариального резерва, пациентки были разделены на две группы: I группа (основная) – 60 женщин позднего репродуктивного возраста с низким овариальным резервом, II группа (основная) – 50 женщин позднего репродуктивного возраста с крайне низким овариальным резервом. Группу контроля составили 40 женщин с нормальным овариальным резервом.

Результаты исследования. Результаты анализа менструальной функции показала что, нерегулярные менструации были зарегистрированы у 70% женщин из I группы и у 85% женщин из II группы. Аменорея и олигоменорея наблюдались у 40% пациенток во II группе по сравнению с 25% в I группе и менее чем у 5% в контрольной группе. Анализ гормонального статуса и данных ультразвукового исследования показал, что у женщин с низким и крайне низким овариальным резервом (I и II основные группы) наблюдались более выраженные изменения в менструальной функции по сравнению с контрольной группой. В I группе уровень АМГ был снижен у 80% пациенток, составляя в среднем 0.7 нг/мл, в то время как уровень ФСГ увеличился у 75%

женщин, достигая в среднем 12 МЕ/л. Во II группе аналогичные показатели были ещё более снижены: уровень АМГ составил в среднем 0.3 нг/мл у 90% пациенток, а уровень ФСГ повысился до 15 МЕ/л у 85% женщин. При ультразвуковом исследовании было обнаружено уменьшение объема яичников у 65% женщин в I группе и у 80% во II группе. Среднее количество антральных фолликулов составило 5 в I группе и 3 во II группе по сравнению с 10 в контрольной группе.

Заключение. Результаты исследования подтверждают, что снижение овариального резерва у женщин позднего репродуктивного возраста связано с изменениями в менструальной функции и гормональном профиле. Наиболее выраженные нарушения были выявлены у женщин с крайне низким овариальным резервом. Эти данные подчеркивают важность ранней диагностики и разработки индивидуализированных стратегий коррекции для поддержания репродуктивного здоровья этой категории пациенток.

Литература

1. Гродницкая Е.Э., Щербатюк Ю.В., Бендусов И.А., и др. Антиюллеров гормон как маркер синдрома поликистозных яичников // Проблемы репродукции. – 2013. – №6. – С. 27–30.
 2. Денисенко М.В. Динамика формирования фолликулярного резерва яичников / М. В. Денисенко, М. А. Курцер, Л. Ф. Курило // Андрология и генитальная хирургия. – 2016. – Т.17, № 2 – С. 20–28.
 3. Назаренко Т.А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы: руководство / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишьева. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 216 с.
 4. Назарова Г.Д., Шукуров Ф.И. Оценка состояния овариального резерва у женщин с синдромом поликистозных яичников до и после эндохирургического лечения // Материалы XVI научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием. Душанбе, 2021. – С. 104–105.
 5. Шукуров Ф.И., Джаббарова Ю.К. Оценка овариального резерва у женщин с бесплодием, обусловленным структурными патологиями яичников, перенесших эндохирургические операции // Ташкент тиббиёт академияси ахборотномаси/Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2016. – №2. – С.106–108.
-

УДК 616.24-002-007-053.1:[618.3-06:616.36]

Бик-Мухаметова Я.И., Захаренкова Т.Н., Крупейченко В.В.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ИЛИ ВРОЖДЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ – ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОГЕНЕЗА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ БЕРЕМЕННЫХ

Введение. Среди акушерских и перинатальных осложнений, возникающих на фоне внутрипеченочного холестаза беременных (ВПХ), наиболее часто наблюдаются преждевременные роды (ПР), выход мекония в амниотическую жидкость, синдром дыхательного расстройства у новорожденного, антенатальная гибель плода и ранняя неонатальная смертность [1]. Респираторный дистресс-синдром (РДС) у детей,

рожденных матерями с ВПХ, развивается в 28,6% случаев, что в два раза превышает среднюю частоту РДС в популяции недоношенных новорожденных [2]. РДС является непосредственной причиной неблагоприятного неонатального исхода в 30–50% случаев [3]. В основе патогенеза развития РДС на фоне повышения уровня ЖК изучается изменение активности фосфолипазы А₂ в альвеолах плода и новорожденного и вероятность формирования относительной несостоятельности сурфактанта, в том числе, у доношенных новорожденных от матерей с ВПХ [4].

Врожденная пневмония – это острое инфекционно-воспалительное заболевание респираторных отделов легких в результате ante- и/или интранатального инфицирования, имеющее клинико-рентгенологические проявления в первые 72 ч жизни ребенка [5]. Клинические проявления врожденной пневмонии неспецифичны и могут наблюдаться у новорожденных детей на фоне респираторного дистресс-синдрома. Для подтверждения диагноза пневмония используются основные и вспомогательные критерии. Основной признак – это инфильтративные тени на рентгенограмме легких. Вспомогательные: лейкоцитоз более $30 \times 10^9/\text{л}$ в общем анализе крови на первые сутки жизни; усиление бронхосудистого рисунка при рентгенологическом исследовании (в сочетании с локальным снижением прозрачности легочных полей или без него) в первые трое суток жизни; наличие инфекционных заболеваний у матери; наличие других гнойно-воспалительных заболеваний у ребенка в первые трое суток жизни; увеличение размеров печени в первые сутки жизни (более 2,5 см по средне-ключичной линии; для детей с массой тела менее 1500 г – более 2 см), иногда в сочетании с доступностью для пальпации селезенки (в отсутствие гемолитической болезни новорожденных); тромбоцитопения менее $150 \times 10^9/\text{л}$; наличие жидкости в плевральных полостях с первых суток жизни; воспалительные изменения, обнаруженные при гистологическом исследовании плаценты. Диагноз врожденной пневмонии может быть подтвержден, если выявлен основной и/или 3 (и более) вспомогательных диагностических признака [6].

Цель исследования. Оценить роль воспаления в развитии дыхательных расстройств у детей, рожденных женщинами с внутривенным холестаазом беременных.

Материалы и методы исследования. В основную группу исследования вошли 14 женщин с ВПХ, родоразрешенных с 2017 по 2021 год в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2», УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» и У «Гомельская областная клиническая больница», а также 14 новорожденных, у которых течение раннего неонатального периода осложнилось развитием респираторного дистресс-синдрома. Группу сравнения составили 45 беременных женщин с ВПХ и 45 рожденных ими детей без дыхательных расстройств.

В группах исследования проводилась оценка срока родов, изучение инфекционного анамнеза у женщин, особенностей течения раннего неонатального периода, воспалительные изменения в общеклинических анализах и результаты рентгенологического исследования легких у их новорожденных детей.

Методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест систем «Интерлейкин-6-ИФА-БЕСТ» (ЗАО Вектор-БЕСТ, РФ) и «Human IL-4 ELISA Kit» (FineTest, Китай) были определены концентрации ИЛ-6 и ИЛ-4 в крови пациенток групп исследования. Оптическую плотность определяли спектрофотометрически

при длине волны 450 нм на иммуноферментном анализаторе Sunrise Tecan (Австрия). Интенсивность окрашивания была пропорциональна концентрации цитокинов в исследуемом образце.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0», с помощью анализа долей (p%), медианы (Me) и интерквартильного размаха (IQR). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью точного критерия Фишера для малых выборок (2p(F)). Парное межгрупповое сравнение количественных признаков рассчитывали по критерию Манна – Уитни с поправкой Йетса (P(U)). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. РДС развивался у детей, рожденных женщинами с внутрипеченочным холестаазом беременных в 23,7% (14 из 59) случаев. При этом недоношенных детей с РДС в группе исследования было 28,6% (4 из 14), а доношенных – 71,4% (10 из 14). При преждевременных родах РДС у новорожденных развился у 4 (66,7%) детей, что было чаще, чем в подгруппе со срочными родами – у 10 (18,9%) новорожденных, что объясняется недоношенностью детей (2p(F)=0,024). Несмотря на более высокую частоту рождения детей с РДС при ПР, стоит отметить, что средний срок преждевременных родов был достаточно поздним – 246 дней (229; 251). Срок срочных родов у пациенток с ВПХ при наличии или отсутствии дыхательных расстройств у новорожденных не различался – 272 (264; 277) дня и 274 (269; 283) дня соответственно (P(U)=0,211).

Инфекционные осложнения (внутриутробная инфекция без дополнительного уточнения (ВУИ: БДУ), воспалительные заболевания слизистых оболочек, кожи, врожденная пневмония) диагностировались у 11 (78,6%) новорожденных с РДС против 4 (8,9%) детей без дыхательных расстройств (2p(F)<0,000001). Нозологические формы внутриутробной инфекции (ВУИ), осложнившей течение раннего неонатального периода в группах исследования, представлены в таблице.

Структура инфекционных осложнений раннего неонатального периода детей, рожденных женщинами групп исследования, абс. (отн.%)

Инфекционные осложнения раннего неонатального периода	Основная группа (n=14)	Группа сравнения (n=45)	Результат межгруппового сравнения
ВУИ: БДУ	2 (14,3%)	1 (2,2%)	2p(F)=0,137
Воспалительные заболевания слизистых оболочек и кожи (везикулопустулез, конъюнктивит)	3 (21,4%)	2 (4,4%)	2p(F)=0,081
Врожденная пневмония	8 (57,1%)*	1 (2,2%)	2p(F)=0,00001
Интранатальный аспирационный синдром с развитием аспирационной пневмонии	1 (7,1%)	1 (2,2%)	2p(F)=0,421

Примечание: * различия статистически значимы с группой сравнения.

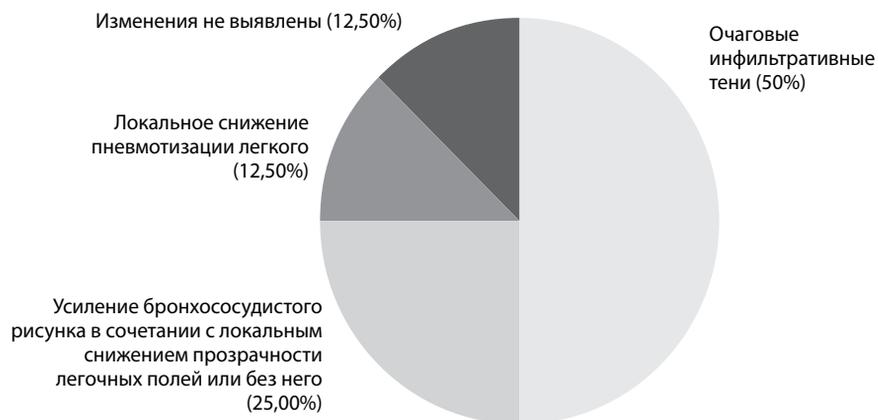
Детям, рожденным женщинами с ВПХ и имевшим дыхательные расстройства в раннем неонатальном периоде, диагноз врожденная пневмония был выставлен в 8 (57,1%) случаях, что значимо превышало частоту данного диагноза у новорожденных от матерей с ВПХ, но без дыхательных расстройств – 1 (2,2%) ребенок ($2p(F)=0,00001$).

Но при этом врожденную пневмонию диагностировали без значимых отличий в частоте на фоне как отрицательного – у 6 (66,7%) новорожденных, так и положительного результата бактериологического посева влагалищного отделяемого – у 2 (40,0%) детей ($2p(F)=0,580$).

По частоте развития инфекционных осложнений различных локализаций течение беременности у женщин в группах исследования не отличалось.

Уровень лейкоцитов у новорожденных с диагнозом ВУИ составил $18,40 (13,62; 23,51) \times 10^9/\text{л}$, что не имело значимых отличий с уровнем лейкоцитов в крови новорожденных без ВУИ – $23,40 \times 10^9/\text{л}$ и ($P(U)=0,555$). Уровень лейкоцитов у детей с РДС и диагнозом пневмония не отличался от такового у новорожденных с РДС, которым данный диагноз не выставляли – $18,00 (11,70; 26,00) \times 10^9/\text{л}$ и $19,79 (15,76; 23,40) \times 10^9/\text{л}$ соответственно. У 100% (14 из 14) детей с РДС, рожденных женщинами с ВПХ, определили уровень СРБ, и данное обследование проводилось чаще, чем новорожденным группы сравнения – 33,3% (15 из 45) новорожденных ($2p(F)=0,000006$). Уровень СРБ у новорожденных с РДС составил 0,00 (0,00; 0,00) и не отличался от уровня СРБ у новорожденных без дыхательных расстройств – 0,00 (0,00; 0,00) ($P(U)=0,945$). При этом не было отмечено повышение уровня СРБ ни у новорожденных с врожденной пневмонией, ни у детей с РДС, которым данный диагноз не выставляли.

Особенности рентгенологической картины детей с РДС и диагнозом врожденная пневмония, рожденных женщинами с ВПХ представлены на рисунке.



Особенности рентгенологической картины детей с РДС и диагнозом «врожденная пневмония», рожденных женщинами с ВПХ

У женщин с ВПХ, у новорожденных которых развился РДС, концентрация ИЛ-6 и ИЛ-4 не различались с уровнями этих цитокинов у пациенток основной группы при отсутствии дыхательных расстройств у их новорожденных: 4,11 (1,54; 9,13) пг/мл, 32,39 (8,52; 69,17) пг/мл в основной группе и 3,07 (1,72; 5,64) пг/мл, 16,1 (0,15; 91,05) пг/мл в группе сравнения соответственно ($P(U)_{ИЛ-6}=0,436$, $P(U)_{ИЛ-4}=0,409$). У новорожденных с дыхательными расстройствами, которым был выставлен диагноз врожденная пневмония, концентрация ИЛ-6 в крови у их матерей составила 4,11 (2,44; 9,51) пг/мл и ИЛ-4 – 53,64 (5,68; 202,73) пг/мл, что было сопоставимо с уровнями данных интерлейкинов в сыворотке крови женщин основной группы без признаков ВУИ у их детей – 2,71 и 20,83 пг/мл соответственно ($P(U)_{ИЛ-6}=0,921$ и $P(U)_{ИЛ-4}=0,921$).

Выводы. Если учесть достаточно поздний срок преждевременных родов – 246 (229; 251) дней, а также развитие РДС у доношенных детей (71,4% всех детей с РДС), то становится очевидным факт прямого повреждающего воздействия ВПХ на легочную ткань плода.

1. У новорожденных от матерей с ВПХ чаще встречаются инфекционные осложнения, основной нозологической формой которых является врожденная пневмония, при этом диагностируются они чаще в сочетании с дыхательными расстройствами ($p_{\text{инфекционные осложнения}} < 0,000001$ и $p_{\text{врожденная пневмония}} = 0,00001$), несмотря на то, что у матерей с ВПХ и РДС у новорожденных отсутствуют значимые различия по инфекционным осложнениям течения беременности.
2. У 50% всех обследованных новорожденных с РДС и диагнозом «врожденная пневмония» отсутствует основной диагностический критерий и/или 3 (и более) вспомогательных диагностических признака.
3. У беременных с ВПХ при дыхательных расстройствах у их новорожденных изменение уровней ИЛ-6 и ИЛ-4 не является специфичным диагностическим маркером развития инфекционных осложнений раннего неонатального периода.
4. Есть основание полагать, что диагноз «врожденная пневмония» не всегда правомочен и базируется на наличии клиники дыхательной недостаточности у доношенных или почти доношенных новорожденных.

Литература

1. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: a prospective population-based case-control study // V. Geenes [et al.] // *Hepatology*. – 2014. – Vol. 59, iss. 4. – P. 1482–1491.
 2. Козлов П. В., Самсонова И. В. Внутрпеченочный холестаз беременных // РМЖ. Мать и дитя. – 2019. – Т. 4, № 2. – С. 274–279.
 3. Role of macrophages in bile acid-induced inflammatory response of fetal lung during maternal cholestasis // E. Herrera [et al.] // *Journal of Molecular Medicine*. – 2014. – № 4. – P. 359–372.
 4. Geenes V., Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy // *World Journal of Gastroenterology*. – 2009. – Vol. 15, № 17 – P. 2049–2066.
 5. Овсянников Д. Ю., Бойцова Е. В. Пневмонии у новорожденных детей // *Педиатрия*. – 2021. – №3. – С. 214–222.
 6. Врожденная пневмония (клинические рекомендации) / Антонов А.Г. [и др.] // *Неонатология: новости, мнения, обучение*. – 2017. – № 4. – С. 133–148.
-

УДК 618.2-06:616.61-022-06

Бурьяк Д.В., Капора Т.Ч.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

ОСЛОЖНЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОЧЕК ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Введение. Острый пиелонефрит – это наиболее тяжелая форма инфекции мочевых путей (ИМП), характеризующаяся поражением почечной паренхимы и чашечно-лоханочного аппарата почки. Факторами риска развития пиелонефрита являются бессимптомная бактериурия и предшествующие эпизоды пиелонефрита, кроме того развитию воспалительного процесса способствуют мочекаменная болезнь и пороки развития мочевой системы. Во время беременности в мочевыводящих путях происходят анатомические и физиологические изменения, которые предрасполагают к развитию ИМП: прогестерон-индуцированная дилатация мочеточника в сочетании с механическим сжатием мочеточника беременной маткой приводит к увеличению остаточного объема в мочевом пузыре и застою мочи, что приводит к развитию пузырно-мочеточникового рефлюкса. В результате эти изменения увеличивают риск бактериальной колонизации и восходящей инфекции [1]. В то же время инфекция в почечных лоханках способствует образованию камней, травмирующих эпителий мочевыводящих путей. Образуется порочный круг – на фоне беременности снижается эвакуация мочи, способствуя развитию инфекции, а инфекция мочевых путей усугубляет стаз и тяжесть патологического процесса [2].

Основными этиологически значимыми возбудителями ИМП у беременных являются бактерии семейства *Enterobacteriaceae*. В ходе многоцентрового, проспективного, эпидемиологического исследования динамики антибиотикорезистентности возбудителей («ДАРМИС-2018») в Российской Федерации (299 беременных) наиболее распространенным возбудителем неосложненных ИМП у беременных является *E. coli* (73,6%), далее по распространенности – *K. pneumonia* (10,4%), *P. mirabilis* (2,7%), *E. cloacae* (0,3%), *E. faecalis* (5,4%), *Staphylococcus spp.* (2,3%), другие уропатогены (5,4%) [3].

Пиелонефрит представляет серьезную угрозу здоровью матери. Анемия, вызванная гемолизом вследствие эндотоксинемии, наблюдается у 23–66% беременных женщин с острым пиелонефритом. Без проведения интенсивной регидратационной терапии около 20% женщин могут иметь транзиторную дисфункцию почек. Острый пиелонефрит при беременности может быть также осложнен респираторным дистресс-синдромом. До 20% беременных женщин с острым пиелонефритом страдают от поражения многих органов вследствие эндотоксинемии и септического синдрома. Острая респираторная недостаточность – самое частое из серьезных осложнений сепсиса – развивается у 2–8% беременных женщин с острым пиелонефритом [4].

Урологи и нефрологи относят пиелонефрит беременных, а также пиелонефриты, обусловленные различными обструктивными уропатиями, к разряду осложненных

инфекций верхних мочевыводящих путей, угрожающих развитием тяжелого гнойно-септического процесса [5].

Цель исследования. Проанализировать клинические, лабораторные данные и тактику ведения пациентки, представленные в описании клинического случая осложненной инфекции почек во время беременности, исходом которого явилось успешное родоразрешение с благоприятными перинатальными исходами как для матери, так и для плода и новорожденного.

Материалы и методы исследования. Использованы данные анамнестического исследования, методы лабораторной и клинической диагностики, а также подходы к лечению пациентки, одобренные клиническим протоколом и международными рекомендациями, подробное изложение которых представлено в тексте описания клинического случая.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Представляем описание клинического случая у первобеременной нормостенического телосложения, у которой в 26 недель развился острый гнойный пиелонефрит и апостематоз левой почки. Возраст женщины на момент наступления беременности составил 23 года, на протяжении последних 3 лет женщина наблюдалась у терапевта по поводу мочекаменной болезни (МКБ) левой почки.

Следует отметить, что до 26 недель беременности женщина трижды находилась на стационарном лечении: в 8-9 недель в связи с рвотой, угрожающим выкидышем, кольпитом и в 18-19, 21-22 недели беременности в связи с инфекцией мочевых путей. Проведенное ультразвуковое исследование почек выявило микронефролитиаз в 8-9 недель беременности, камни обеих почек размерами 5-8 мм – в 21-22 недели. Бактериологическое исследование мочи выявило рост *E.coli* 10³ в 8-9 недель, контрольное исследование – роста нет. Дважды проводилась антибактериальная терапия (АБ-терапия) ИМП цефотаксимом.

В 26 недель на фоне клинического благополучия, остро появилась приступообразная боль в пояснице слева, в связи с чем беременная была госпитализирована в урологическое отделение. Через 3 дня, учитывая нарушение оттока мочи слева, произведено стентирование левой почки на фоне проведения АБ-терапии цефотаксимом. Несмотря на проводимую терапию, пациентке не становилось лучше, произведена смена антибактериальной терапии на цефепим, после введения которого, состояние пациентки ухудшилось, нарастала дыхательная недостаточность, беременная переведена в реанимационное отделение с дальнейшим переводом на искусственную вентиляцию воздуха. Учитывая развившийся острый гнойный пиелонефрит, апостематоз левой почки, консилиумом принято решение о проведении экстренной операции: люмботомия слева, декапсуляция левой почки, нефростомия слева, наружное стентирование правой почки. На следующий день пациентка в тяжелом состоянии переведена на III этап оказания медицинской помощи, течение сепсиса прогрессировало с развитием интерстициального отека легких, дыхательной недостаточности, токсико-метаболической энцефалопатии. Лабораторные показатели характеризовались выраженными воспалительными и токсическими изменениями:

повышение СРБ до 136 мг/л, СОЭ до 71 мм/ч, палочкоядерных лейкоцитов до 50%, снижение гемоглобина до 80 г/л, гематокрита до 23,7%, тромбоцитов до $95 \cdot 10^9$ /л. Маркеры сепсиса имели следующие значения: прокальцитонин – 15,6 нг/мл (более 2,0 – высокая степень развития сепсиса), пресепсин – 648 пг/мл (норма 60,0–337,0). При проведении магнитно-резонансная томография (МРТ) почек выявлены во всех сегментах почек клиновидные участки с нечеткими контурами (геморрагическое пропитывание), ЧЛС не расширены, в синусе левой почки нефростомы. Учитывая развившуюся энцефалопатию, для дифференциальной диагностики беременной проводились компьютерная томография и МРТ головного мозга, электроэнцефалография, спинальная пункция – без патологии. Проводилось комплексное длительное, на протяжении 6 недель лечение с привлечением республиканских специалистов: урологов, акушер-гинекологов, невролога, инфекциониста, окулиста. АБ-терапия проводилась меропенемом, линезолидом с переходом на пирабактам, ко-тримаксозол, цефепим, согласно полученной АБ-чувствительности. Проводилась инфузионная терапия, гемотрансфузия эритроцитных компонентов крови, трансфузия альбумина, терапия цитиколином, пентоксифиллином, парацетамолом, фрагмином, профилактика синдрома дыхательных расстройств у плода.

В дальнейшем беременная наблюдалась урологом, в 35–36 недель произведено рестентирование правой почки в связи с нефункционирующим стентом. Через 4 дня возникло резкое повышение температуры до 39 °С, появилась слабость, одышка, пациентка переведена на IV уровень оказания медицинской помощи. Учитывая срок беременности 36 недель, тяжелое состояние женщины (выраженный интоксикационный синдром), осложненное течение беременности, беременная досрочно родоразрешена путем операции кесарево сечение: родился живой недоношенный ребенок весом 2460 г с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.

В послеоперационном периоде в течение 6 суток состояние родильницы расценивалось как тяжелое в связи с развившимся сепсисом, вторичной полисегментарной пневмонией вторичного генеза (бактериальной и гипостатической), вторичным гидротораксом, дыхательной недостаточностью 2 степени. Уровень прокальцитонина составил 5,75 нг/мл. Проводилось комплексное лечение с привлечением уролога, пульмонолога, инфекциониста, налажена инсуффляция увлажненным кислородом, АБ-терапия меропенемом и линезолидом. Бактериологическое исследование мочи выявило колонизацию *Klebsiella pneumoniae* 10^4 . На фоне проводимого лечения с 6 суток состояние пациентки прогрессивно улучшалось и на 9 сутки женщина переведена в урологическое отделение для дальнейшего наблюдения и лечения.

Выводы. Пиелонефрит беременных является наиболее тяжелой формой ИМП и фактором риска развития тяжелого гнойно-септического процесса. Важно отметить, что пациентка может перейти от почти безобидного состояния к тяжелому сепсису за очень короткое время. Поэтому своевременная диагностика и лечение ИМП являются неотъемлемой частью профилактики как осложнений беременности, так и грозных осложнений для беременной женщины, в том числе сепсиса, острого респираторного дистресс-синдрома, септического шока.

Литература

1. EAU Guidelines. Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan, Italy 2023. ISBN 978-94-926717/
 2. Сафронова, Л.А. Пиелонефрит и беременность. Русский медицинский журнал. – 2000. – № 8. – С. 18.
 3. Палагин И.С., Сухорукова М.В., Дехнич А.В., Эйдельштейн М.В., Перепанова Т.С., Козлов Р.С. Антибиотикорезистентность возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты многоцентрового исследования «Дармис-2018» КМАХ. 2019. №2.
 4. Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GD Jr. Acute pyelonephritis in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan; 105(1):18-23. doi: 10.1097/01.AOG.0000149154.96285.a0. PMID: 15625136.
 5. Bonkat G, Cai T, Veeratterapillay R, Bruyère F, Bartoletti R, Pilatz A, Köves B, Geerlings SE, Pradere B, Pickard R, Wagenlehner FME. Management of Urosepsis in 2018. *Eur Urol Focus.* 2019 Jan; 5(1):5-9. doi: 10.1016/j.euf.2018.11.003. Epub 2018 Nov 15. PMID: 30448051.
-

УДК 618.714:576.32/36+576.385

Верес И.А., Сокол В.П., Пересада О.А., Барсуков А.Н., Микушкина Р.С., Дашкевич Ю.И.
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика
Беларусь

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Введение. Наиболее значимым фактором риска развития нарушения обратного развития матки и ее гипотонии является угасание сократительной способности матки в родах [1]. Лекарственные средства из группы утеротонических препаратов играют важную роль не только при родоактивации, но и в послеродовом периоде. В настоящее время в акушерской практике широко применяются алкалоиды спорыньи, окситоцин (ОТ) и простагландины. Простагландины являются биологически активными веществами, синтезируемыми эндогенно из арахидоновой кислоты. Их действие осуществляется посредством связывания лиганда молекулы со специфическим рецептором, что приводит к увеличению концентрации внутриклеточного кальция и активации сокращений миометрия. Согласно клиническим протоколам простагландин Е1 (ПГЕ 1) используется для профилактики послеродовой атонии матки и лечения гипотонического кровотечения. В клинической практике нередко назначение ОТ в послеродовом периоде сопряжено с развитием инертности рецепторов миометрия, что диктует поиск других утеротоников для коррекции нарушения сократительной функции матки и ее гипотонии.

Цель исследования. Клинико-инструментальное обоснование применения ПГЕ 1 в комплексной коррекции нарушения сократительной функции матки у родильниц.

Материалы и методы исследования. Проведено лечение 61 родильницы с нарушением сократительной функцией матки после родов, находившихся в

физиологическом послеродовом отделении УЗ «3 ГКБ имени Е.В.Клумова» г. Минска. Все родильницы, включенные в исследование, были разделены на три группы: 1-я группа (основная) – 20 пациенток (средний возраст $24,2 \pm 2,5$), которые наряду с внутримышечным введением окситоцина по 5 МЕ с интервалом через 12 часов получали ПГЕ1 (таблетки миролюта) по 200 мкг внутрь через 12 часов, 2-я группа (сравнения) – 21 пациентка (средний возраст $23,7 \pm 2,0$), получавшие стандартную утеротоническую терапию (внутримышечное введение 5 МЕ окситоцина 2 раза в сутки в течение 3–4 дней). Контрольную группу составили 20 женщин с неосложненным течением послеродового периода (средний возраст $23,2 \pm 2,1$). Процедуры переменного магнитного поля (ПеМП) осуществляли всем родильницам на область проекции матки 1 раз в сутки ежедневно. Забор крови у всех родильниц проводили на 2-й день после родов. Определяли содержание высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) в сыворотке крови иммунотурбодиметрическим методом на биохимическом анализаторе «Beckman Coulter AU480» (США) реагентами фирмы «Spinreact» (Испания). Исследование содержания ОТ и ПГЕ2 в сыворотке крови осуществляли иммуноферментным методом на иммуноферментном анализаторе «Витязь Ф300» (Республика Беларусь) с использованием наборов реагентов «Bit lab» (Китай). С целью выявления эндогенной интоксикации рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле Кальф-Калифа. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза всем родильницам проводили по трансабдоминальной и трансвагинальной методике на аппарате «SonoAse 8000» с частотой датчика 3,5 и 5 МГц на 2-3-е сутки послеродового периода и после терапии. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA 12.6. Проверку числовых значений на нормальность распределения осуществляли с использованием критерия Шапиро-Уилка. Переменные, имеющие нормальное распределение, выражали как среднее значение \pm стандартное отклонение ($Mean \pm Sd$), анализ между группами проводили с помощью t-критерия и однофакторного дисперсионного анализа. Достоверными считались различия между сравниваемыми группами при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Содержание ОТ, ПГЕ2, вчСРБ и ЛИИ в сыворотке крови у родильниц в сравниваемых группах представлено в таблице 1. У родильниц с нарушением сократительной функции матки содержание ОТ в сыворотке крови было снижено в 2,6 раза по сравнению со здоровыми женщинами ($p=0,02$). Содержание ПГЕ2 у родильниц данной группы было снижено в 3,75 раза по сравнению с физиологическими родами ($p=0,003$). Как следует из таблицы 1, у родильниц сравниваемых групп значения ЛИИ, вчСРБ не имели достоверных отличий.

Таблица 1

Уровень окситоцина, простагландина E₂, вчСРБ и ЛИИ в сыворотке крови родильниц в сравниваемых группах (Mean±SD)

Параметры	Родильницы с физиологическими родами, n=19	Родильницы с нарушением сократительной функции матки, n=18
Простагландин E ₂ , нг/мл	1,622±0,32	0,433±0,03 p=0,003
Окситоцин, нг/мл	0,486±0,06	0,185±0,02 p=0,02
вчСРБ, мг/л	9,4±1,3	10,4±1,2 P – НЗ
ЛИИ, ед.	0,95±0,04	1,16±0,22 P – НЗ

Примечания: p – статистически значимая разница между данными родильниц с осложненными родами с данными родильниц с физиологическими родами; НЗ – различия между группами статистически незначимы.

Сравнительный анализ размера полости матки на 2-е сутки во всех группах исследования показал превышение контрольного уровня в 3,0 раза (p=0,012), что представлено в таблице 2.

Таблица 2

Параметры размеров полости матки у родильниц сравниваемых групп в динамике лечения (Mean±Sd)

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Основная группа (n=20)		Группа сравнения (n=21)	
	2-е сутки	2-е сутки	4-е сутки	2-е сутки	4-е сутки
Полость матки, мм	5,4±0,2	16,5±0,3 p=0,012 p ₁ – НЗ	6,2±0,2 p – НЗ p ₁ =0,022	16,4±0,1 p=0,012	11,3±0,2 p=0,03

Примечания: p – статистически значимая разница между данными основной и сравниваемой групп и контрольной группы; p₁ – статистически значимая разница между данными основной группы и группы сравнения в соответствующие сроки наблюдения; НЗ – различия между группами статистически незначимы.

После комплексной терапии родильниц основной группы отмечалось клиническое улучшение в виде усиления оттока лохий, исчезновения болезненности матки, улучшения общего состояния и нормализации инструментальных показателей. Препарат ПГЕ1 родильницы переносили хорошо. При ультразвуковом исследовании (табл. 2) у родильниц основной группы установлено достоверное уменьшение размера полости матки после терапии в 1,8 раза в сравнении с группой пациенток без терапии ПГЕ1 (11,3±0,2 и 6,2±0,2 мм соответственно; p₁=0,022). Отмечено уменьшение размера полости матки в основной группе в 2,7 раза по сравнению с исходными данными (6,2±0,2 и 16,5±0,3 мм соответственно; p=0,001). Динамика уменьшения

размера полости матки у родильниц, получавших традиционное лечение, была менее выраженной. Все родильницы основной группы были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, по данным катамнеза послеродовых осложнений у них не было выявлено.

Выводы:

1. Нарушение сократительной функции матки после родов сопровождается снижением уровня окситоцина и простагландина E2 в сыворотке крови до $0,185 \pm 0,02$ ($p=0,002$) и $0,433 \pm 0,03$ ($p=0,003$) нг/мл соответственно по сравнению с контрольной группой, что диктует необходимость экзогенного введения утеротоников и использования физиотерапевтических методов, повышающих контрактильные свойства миометрия.
2. Использование простагландина E1, окситоцина и переменного магнитного поля на область проекции матки ежедневно в течение 4-х дней корригирует сократительную функцию матки: установлено достоверное уменьшение размера полости матки в сравнении с группой традиционного лечения в 1,8 раза ($11,3 \pm 0,2$ и $6,2 \pm 0,2$ мм соответственно; $p_1=0,022$) и уменьшение размера полости матки в основной группе в 2,7 раза по сравнению с исходными данными ($6,2 \pm 0,2$ и $16,5 \pm 0,3$ мм соответственно; $p=0,001$).

Литература

1. Верес И.А. Установление факторов, способствующих завершению родов путем операции кесарева сечения / И. А. Верес // Медицинский журнал. – 2023. – № 1. – С. 4–14.

УДК 618.34-007.251:618.2-036-07

Виктор С.А.¹, Ващилина Т.П.¹, Семенчук В.Л.¹, Прилуцкая В.А.², Сушкова О.С.¹,
Васильева Е.Н.¹

¹ Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

² Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

ЛАБОРАТОРНЫЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗМОЖНОГО ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ ДО 28 НЕДЕЛЬ

Введение. Сверхранние преждевременные роды (в сроке 22/0–27/6 недель) являются значимой мировой проблемой, учитывая высокую неонатальную смертность и детскую инвалидность [1]. Одной из наиболее распространенных причин преждевременного прерывания беременности является преждевременный разрыв плодных

оболочек (МКБ-10 О42, ПРПО), а дальнейшее ведение беременной женщины зависит от выявления признаков хориоамнионита. На современном этапе существуют две тактики ведения недоношенной беременности, осложненной ПРПО, – активная и консервативно-выжидательная. По данным российских ученых пролонгирование беременности на 14 дней и более при ПРПО в сроки 22–34 недели снижает риск неблагоприятных перинатальных исходов [2]. Тем не менее, сторонники выжидательной тактики не отрицают, что пролонгирование беременности в условиях длительного безводного промежутка увеличивает риск гнойно-септических осложнений у матери и плода. Поэтому ранняя диагностика хориоамнионита имеет решающее значение для улучшения исходов для здоровья матери и новорожденного.

Цель исследования. Оценить влияние лабораторных и ультразвуковых показателей на возможность пролонгирования беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек в сроке 22/0–27/6 недель.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лабораторных и ультразвуковых показателей женщин с ПРПО в сроке беременности 22/0–27/6 недель по данным 219 историй родов (форма № 096/у) РНПЦ «Мать и дитя» за 2013–2022 гг. В зависимости от длительности латентного периода (ЛП, период от ПРПО до родоразрешения) беременные были разделены на 4 группы: ЛП 0–1 день (группа 1) – 50 беременных (22,8%), ЛП 2–3 дня (группа 2) – 57 беременных (26,0%), ЛП 4–7 дней (группа 3) – 56 беременных (25,6%), ЛП 8 дней и более (группа 4) – 56 беременных (25,6%). Средний ЛП составил 4 (2–8) дней. Группы были сопоставимы по возрасту беременных женщин и сроку ПРПО, но статистически значимо различались по сроку родоразрешения и антропометрическим показателям новорожденных, что обусловлено длительностью ЛП (таблица 1). Асфиксия при рождении (7 баллов и менее по шкале Апгар) регистрировалась статистически значимо реже (ОШ 0,15 (95% ДИ 0,05–0,47), $p=0,001$) при пролонгировании беременности на 8 дней и более.

Таблица

Характеристика беременных исследуемых групп и их новорожденных детей, Ме (Q1–Q3) или абс. число (%)

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	p
Возраст, лет	32 (29–36)	30 (25–34)	31 (27–35)	32 (28–35)	0,199
Срок ПРПО, дней	185 (176–191)	185 (179–190)	186 (181–191)	185 (177–190)	0,873
Срок родоразрешения, дней	186 (177–192)	187 (181–193)	191 (186–196)	200 (193–206)	<0,001
Масса тела новорожденного, г	880 (760–980)	930 (830–990)	965 (805–1065)	1183 (985–1430)	<0,001
Длина тела новорожденного, см	34 (32–35)	34 (33–36)	35 (32–37)	38 (35–39)	<0,001
Асфиксия при рождении	45 (91,8)	47 (82,5)	47 (83,9)	35 (62,5)	0,001

Полученные результаты обработаны непараметрическими методами вариационной статистики (критерий Краскела-Уоллиса (H), ковариационный анализ Спирмена (r_s)) с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 10. Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Нами выявлены статистически значимые различия в лабораторных показателях у беременных групп исследования при ПРПО в сроке 22/0–27/6 недель. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Лабораторные показатели беременных групп исследования при ПРПО в сроке 22/0–27/6 недель, Ме (Q1–Q3)

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	p
Общий анализ крови					
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,7 (3,4–3,9)	3,7 (3,5–3,9)	3,6 (3,4–3,7)	3,7 (3,5–3,9)	0,073
Гемоглобин, г/л	115 (107–125)	116 (110–123)	116 (109–124)	117 (112–123)	0,948
Гематокрит, %	34 (31–37)	34 (32–36)	34 (30–36)	35 (32–37)	0,642
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	244 (199–285)	253 (224–303)	250 (221–284)	224 (200–260)	0,069
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	14,2 (11,0–16,3)	13,0 (10,8–15,9)	12,6 (10,0–14,7)	10,8 (9,1–12,9)	<0,001
Эозинофилы: % $\times 10^9/л$	1 (1–1) 0,16 (0,12–0,19)	1 (1–2) 0,16 (0,12–0,25)	1 (1–2) 0,14 (0,10–0,17)	1 (1–2) 0,12 (0,10–0,20)	0,191 0,116
Нейтрофилы: палочкоядерные: % $\times 10^9/л$	8 (5–11) 1,06 (0,77–1,52)	7 (6–9) 0,91 (0,53–1,18)	6 (5–8) 0,81 (0,56–1,05)	6 (4–7) 0,58 (0,45–0,91)	0,003 <0,001
сегментоядерные: % $\times 10^9/л$	73 (67–78) 9,7 (7,6–12,4)	72 (67–76) 9,3 (7,2–11,6)	71 (66–74) 9,0 (6,9–10,4)	71 (62–75) 7,6 (6,0–8,9)	0,369 <0,001
Лимфоциты: % $\times 10^9/л$	14 (8–19) 1,77 (1,33–2,40)	15 (12–20) 2,03 (1,50–2,46)	17 (15–22) 2,03 (1,63–2,52)	18 (15–25) 2,14 (1,58–2,37)	0,001 0,553
Моноциты: % $\times 10^9/л$	3 (2–5) 0,41 (0,25–0,72)	4 (2–5) 0,49 (0,27–0,62)	4 (3–5) 0,48 (0,30–0,61)	3 (2–5) 0,37 (0,24–0,52)	0,432 0,116
СОЭ, мм/ч	37 (27–47)	32 (26–42)	31 (27–37)	28 (22–32)	<0,001
Биохимический анализ крови					
Общий белок, г/л	67 (64–72)	68 (64–72)	67 (63–70)	67 (64–70)	0,706
Общий билирубин, мкмоль/л	7,6 (7,0–10,0)	8,0 (6,0–11,0)	8,0 (6,0–12,6)	8,0 (5,3–9,1)	0,711

Мочевина, ммоль/л	2,7 (2,0–3,0)	2,8 (2,0–3,5)	2,4 (1,9–3,2)	2,7 (2,1–3,5)	0,258
АлАТ, Е/л	19 (15–24)	19 (13–27)	16 (12–23)	15 (13–24)	0,413
АсАТ, Е/л	20 (18–28)	23 (17–30)	21 (17–28)	19 (16–29)	0,938
Креатинин, мкмоль/л	53 (44–64)	49 (47–57)	52 (46–57)	48 (45–62)	0,952
ЛДГ, Е/л	350 (306–407)	386 (302–508)	348 (328–402)	349 (308–381)	0,564
СРБ, мг/л	37,3 (13,7–65,0)	10,0 (3,3–25,8)	3,0 (1,5–16,2)	3,5 (1,2–6,3)	<0,001
Гемостазиограмма					
АЧТВ, с	26,0 (24,0–28,6)	27,0 (24,9–29,0)	25,9 (23,7–28,0)	25,0 (24,0–27,4)	0,338
ПВ, с	12,7 (11,0–13,0)	12,5 (11,8–14,0)	13,0 (11,3–13,9)	13,0 (11,6–14,0)	0,415
АПК (по Квику), %	104 (88–116)	100 (91–114)	103 (93–117)	104 (93–119)	0,601
МНО	0,98 (0,94–1,03)	1,00 (0,93–1,06)	0,98 (0,93–1,02)	0,97 (0,92–1,04)	0,473
ТВ, с	14,0 (13,4–15,0)	14,0 (13,6–15,0)	14,1 (13,0–15,3)	14,1 (13,3–15,0)	0,946
Фибриноген, г/л	6,5 (5,3–7,6)	6,0 (5,3–6,9)	5,6 (5,0–6,2)	5,2 (4,7–5,7)	<0,001

Возможность пролонгировать беременность при ПРПО в сроке гестации 22/0–27/6 недель была обусловлена более низкими значениями лейкоцитов в периферической крови, СОЭ, С-реактивного белка (СРБ), фибриногена и отсутствием сдвига влево в лейкоцитарной формуле.

При анализе ультразвуковых показателей при ПРПО возможность пролонгирования беременности увеличивалась при отсутствии маркеров инфицирования плаценты и околоплодных вод (утолщение, отечность плаценты, структурные изменения в плаценте, преждевременное созревание плаценты, наличие взвеси в водах). В группах исследования частота диагностики данных маркеров статистически значимо снижалась от группы 1 к группе 4 (31,3% (15 случаев), 24,6% (14 случаев), 16,1% (9 случаев) и 10,7% (6 случаев) соответственно, $p=0,0459$). Индекс амниотической жидкости (ИАЖ) после ПРПО были выше в группе 4, что обеспечило возможность выжидательной тактики более 8 дней (45 (35–98) мм, 50 (33–69) мм, 52 (38–77) мм и 72 (45–101) мм соответственно, $p=0,015$)

Для оценки взаимосвязи лабораторно-инструментальных показателей с длительностью ЛП проведен корреляционный анализ (таблица 3).

Таблица 3

Факторы, ассоциированные с длительностью ЛП у беременных женщин с ПРПО

Показатели	r_s	p
ИАЖ	0,18	0,008
Лейкоциты	-0,31	<0,001
Палочкоядерные нейтрофилы (%)	-0,25	<0,001
Палочкоядерные нейтрофилы (абсолютное значение)	-0,32	<0,001
Сегментоядерные нейтрофилы (абсолютное значение)	-0,29	<0,001
СОЭ	-0,34	<0,001
Фибриноген	-0,41	<0,001
СРБ	-0,50	<0,001

Выявлена обратная корреляционная связь умеренной силы между уровнем лейкоцитов, СОЭ, фибриногена, СРБ и длительностью ЛП и прямая корреляционная связь слабой силы между значением ИАЖ и длительностью ЛП у беременных женщин с ПРПО.

Выводы. Мониторинг лабораторных (уровень лейкоцитов с абсолютной и относительной оценкой параметров лейкоцитарной формулы, уровень белков острой фазы воспаления (СРБ, фибриноген) и ультразвуковых (ИАЖ, маркеров инфицирования плаценты и околоплодных вод) показателей позволяет персонализировать лечебную тактику, направленную на пролонгирование беременности у беременных женщин с ПРПО в сроке 22/0–27/6 недель и улучшение перинатальных исходов (снижение асфиксии при рождении – ОШ 0,15 (95% ДИ 0,05–0,47), $p=0,001$). Перспективным является поиск дополнительных лабораторно-инструментальных маркеров инфекционно-воспалительного поражения последа, необходимых для принятия решения о пролонгировании беременности при ПРПО.

Литература

1. Болотских В.М., Милутина Ю.П. Преждевременное излитие околоплодных вод: иммунологические и биохимические аспекты проблемы, вопросы диагностики и тактики ведения // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – 60(4). – С. 104–116.
 2. Шубитидзе Н.Г., Густоварова Т.А., Таборидзе И.И., Бельская Г.Д. Исходы беременности при преждевременном излитии околоплодных вод в зависимости от длительности ее пролонгирования // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2021. – 9(2). – С. 258–266.
-

УДК 618.14-005.1

Гаипова Н.М., Абраева Н.Н.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН, СВЯЗАННЫХ С ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Введение. Аномальные маточные кровотечения (АМК) представляют собой один из наиболее частых симптомов, с которым сталкиваются женщины в репродуктивном возрасте, и являются значимой причиной обращения к гинекологу. Эти кровотечения могут существенно снижать качество жизни, вызывая физический дискомфорт, эмоциональное напряжение и социальные трудности [1–3]. Одной из основных причин АМК является эндометриальная дисфункция, которая может быть вызвана различными факторами, включая гормональные нарушения, полипы эндометрия, аденомиоз, миому матки и другие состояния [4, 5].

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности современных подходов к лечению аномальных маточных кровотечений (АМК) у женщин, вызванных эндометриальной дисфункцией.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 40 женщин с АМК, связанным с эндометриальной дисфункцией, и группу контроля составили 30 здоровых женщин.

Результаты исследования. Исследование гормонального статуса у женщин показало, что у 65% женщин с АМК были выявлены повышенные уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), со средним значением в фолликулярной фазе 10 мМЕ/мл, что указывает на дисбаланс в репродуктивной системе. У 55% женщин с АМК наблюдались уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ), не соответствующие фазе менструального цикла, с средним значением в фолликулярной фазе 15 МЕ/мл, что также свидетельствует о гормональном дисбалансе. У 80% женщин с АМК были выявлены повышенные уровни эстрадиола, с средним значением 250 пг/мл. Ультразвуковое исследование подтвердило гиперплазию эндометрия у 60% женщин с АМК, при этом толщина эндометрия превышала референсные значения (до 16 мм в середине цикла), с средней толщиной 18 мм. При доплерометрии выявлено сниженный кровоток в артериях эндометрия у 55% пациенток, что указывает на нарушение ангиогенеза. Результаты морфологического исследования подтвердили наличие гиперплазии эндометрия у 60% обследованных женщин с АМК. Иммуногистохимический анализ показал повышенную экспрессию рецепторов к эстрогенам (ER) у 75% пациенток и низкую экспрессию рецепторов к прогестерону (PR) у 80%, что согласуется с гормональными нарушениями.

Заключение. Результаты исследования подтвердили, что комплексный подход к диагностике и лечению АМК связанный с эндометриальной дисфункцией,

основанный на изучении гормональных, структурных и молекулярных аспектов заболевания, является ключевым для эффективного ведения таких пациенток и улучшения репродуктивного здоровья женщин.

Литература

1. Краснопольская К.В., Назаренко Т.А. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 376 с.
2. Ниаури Д.А. Иммуногистохимическая характеристика рецептивности эндометрия в циклах ЭКО / Д.А. Ниаури, А.М. Гзгзян, И.М. Кветной, И.Ю. Коган, Л.Х. Джемлиханова, И.О Крихели и др. // Акушерство и гинекология – 2014. – № 9. – С. 44–50.
3. Руководство по репродуктивной медицине / Под ред. Б. Карра, Р. Блэкуэлла и Р. Азиза / Пер. с англ. – М.: «Практика», 2015. – 832 с.
4. Сметник А.А. Эстрогеновые рецепторы и их функции (обзор литературы) / А.А. Сметник // Проблемы репродукции. – 2011. – №3. – С. 31–36.
5. Шукуров Ф.И. Эндокринные расстройства у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников//Назарий ва клиник тиббиёт журнали. – 2016. – №2. – С. 71–73.

УДК 615.371.03-616-053.3

Галькевич Н.В., Маленченко С.В.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Учреждение здравоохранения «Городская детская инфекционная клиническая больница г. Минска», г. Минск, Республика Беларусь

ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ: ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Введение. Инфекционные заболевания в ранний период жизни ребенка являются существенной проблемой здравоохранения, так как в первые месяцы жизни иммунная система ребенка еще не полностью сформирована, чтобы адекватно отреагировать на внутриутробную инфекцию, младенец не имеет специфической защиты от инфекций, с которыми ему приходится сталкиваться во внешней среде. Кроме группы TORCH-инфекций в первые месяцы жизни наиболее значимыми являются *Bordetella pertussis*, *E.Coli*, *Streptococcus* группы В, вирусы ветряной оспы, вирусы респираторной группы (РС-вирус, аденовирус и др.). В данном исследовании мы сделали акцент на инфекциях, для профилактики которых разработана иммунизация: коклюша, РС-вируса, ветряной оспы.

К группе риска по развитию тяжелого, осложненного течения коклюша, с развитием резидуальных явлений и летальных исходов всегда относились непривитые дети первых трех месяцев жизни. Ю.В. Лобзин с соавт. отмечают, что с внедрением вакцинопрофилактики и современных подходов к этиопатогенетической терапии, отмечают снижение числа тяжелых форм и неблагоприятных исходов даже у детей в возрасте первых месяцев жизни [1].

У новорожденных и детей первого года жизни РС-вирус является наиболее частой причиной поражения нижних дыхательных путей, при этом заболевание протекает,

как правило, тяжело и может привести к летальному исходу. Тяжелое течение РС-вирусной инфекции характерно для детей грудного возраста, пик госпитализации приходится на младенцев 2-5 месяцев жизни. Особенно тяжелое, жизнеугрожающее течение отмечается у недоношенных и детей раннего возраста с незрелостью и/или патологией кардиореспираторной системы у пациентов с врожденными пороками развития и иммунодефицитами [2].

Известно, что ветряная оспа является довольно частым заболеванием у детей дошкольного возраста, при этом дети первых месяцев жизни болеют редко. Чаще всего ветряная оспа протекает в легких или среднетяжелых формах и заканчивается выздоровлением. Однако существуют атипичные формы, которые могут заканчиваться развитием тяжелых осложнений и летальным исходом: висцеральная, геморрагическая, гангренозная. Кроме того, возможна трансплацентарная передача Varicella Zoster от больной матери к плоду. К врожденным формам ветряной оспы относятся синдром врожденной ветряной оспы, который развивается при заболевании ребенка с 8 по 20 неделю беременности. Если новорожденный заболел до 11 дня жизни, то у него констатируют врожденную (неонатальную) ветряную оспу. Эта форма развивается при заболевании беременной женщины менее чем за 10 суток до родов и в течение 1–2 дней после родов [3].

Высокая частота тяжелых и осложненных форм инфекционных заболеваний у детей раннего возраста с возможностью летального исхода подтверждает важность своевременной специфической защиты этой возрастной группы. В тоже время, учитывая начало иммунизации от большинства инфекций в нашей стране с 2-х месячного возраста, следует рассмотреть необходимость вакцинации вероятных источников инфекции для младенцев, а именно их матерей и членов семьи.

Цель исследования. Провести анализ клинико-эпидемиологических данных инфекционной патологии у детей первых месяцев жизни по данным Городской детской инфекционной клинической больницы (ГДИКБ) г. Минска за 2018–2023 годы.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное одноцентровое исследование с анализом 569 историй болезни первого месяца жизни ГДИКБ г. Минска, детей первых трех месяцев жизни: 42 истории болезни пациентов с коклюшем и 23 истории болезни детей с ветряной оспой.

Результаты и обсуждение результатов исследования. В течение с 2018 по 2023 год всего было госпитализировано 569 детей первого месяца жизни, из них различную инфекционную патологию имело 490 детей (86,1%). Наиболее часто дети болели различными респираторными инфекциями 69,4%, среди которых особую лепту внесла новая коронавирусная инфекция (81,2% от всех ОРИ). Пятая часть пациентов (24,7%) госпитализирована по поводу острых кишечных инфекций. У 14 детей диагностирована врожденная ветряная оспа, у 4-х – врожденная цитомегаловирусная инфекция; у 2-х – ВИЧ-инфекция и 3 ребенка с неуточненной инфекцией, специфичной для перинатального периода. У 6 пациентов заболевания протекали с генерализацией инфекционного процесса (сепсис, менингит, остеомиелит) (см. таблицу). Средний возраст детей составил $17,7 \pm 7,3$ дней. В подавляющем большинстве случаев (76,5%)

источником инфекции для младенцев явилась мать, в остальных – ближайшее (семейное) окружение.

Распределение инфекционной патологии среди детей первого месяца жизни

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Всего
Коронавирусная инфекция	0	0	53	58	114	51	276
РС-инфекция	0	0	2	0	0	1	3
Грипп	0	0	0	0	0	2	2
Коклюш	0	0	1	0	0	0	1
ОРИ неуточненная	5	5	11	9	17	10	57
ЦМВ-инфекция	0	1	1	0	0	2	4
Неонатальная ветряная оспа	2	1	1	6	2	2	14
ВИЧ	0	0	0	0	1	1	2
Сепсис	0	0	1	1	1	0	3
Менингит	0	0	0	1	1	0	2
Остеомиелит	0	0	0	0	1	0	1
ВУИ неуточненная	2	0	1	1	0	0	4
Острые кишечные инфекции	23	24	14	21	21	18	121

Наибольшее количество респираторных инфекций было связано с коронавирусной инфекцией в 2020–2022 годах, причём в первые два года (при более тщательном соблюдении противоэпидемических мероприятий) количество заболевших младенцев было в 2 раза меньше, чем в 2022 году, когда санэпидрежим был ослаблен (53, 58 и 114 соответственно). Все матери не были привиты от Ковид-19, именно они явились основным источником заболевания у детей. Заболевание чаще протекало в среднетяжелой форме, однако 13% детей потребовалось лечение в условиях отделения интенсивной терапии.

Коклюш у детей первых трех месяцев (42 пациента) чаще болели коклюшем на втором и третьем месяцах (52,4% и 42,8% соответственно). Средний возраст составил $54,4 \pm 14,8$ дня, от 10 дней до 2 месяцев 26 дней. Только в 40,5% случаях на догоспитальном этапе была заподозрена коклюшная этиология заболевания. Заболевание протекало в среднетяжелой и тяжелой форме, с частыми приступами кашля, у 3-х детей осложнившегося субконъюнктивальным кровоизлиянием, у 5 человек сопровождающимися приступами апноэ, потребовавшими кислородотерапии и лечения в условиях отделения реанимации. Источником коклюша в 5 случаях явились матери, заболевшие за неделю – две до родов, в остальных случаях – старшие дети в семье, большая часть которых не была привита от коклюша. В нескольких случаях более

тяжелое течение заболевания было связано с сопутствующими аденовирусной и респираторно-синцитиальной инфекциями.

Ветряная оспа была диагностирована у 14 детей (все дети были в возрасте до 2-х месяцев жизни), из них у 5 была врожденная форма заболевания, у 9 – приобретенная. Источником инфекции в первом случае явилась мать, во втором – старшие дети в семье, ранее неболевшие ветряной оспой. Средний возраст составил $30,6 \pm 12,4$ дней (от 5 дней до 1 месяца 27 дней). При врожденной инфекции источником была мать, которая переносила ветряную оспу за 12 – 2 дня до родов.

Выводы. Течение инфекционных заболеваний у детей первых месяцев жизни протекает с риском развития осложнений и летального исхода. Для обследованных детей источником инфекции явилась либо мать, либо члены семьи, причем практически во всех случаях они не были иммунизированы от соответствующих заболеваний.

Среди родителей распространено ошибочное мнение, что материнский иммунитет полностью защищает ребенка на первом году жизни, особенно если он находится на грудном вскармливании. Однако количество защитных антител, передаваемых ребенку, зависит от нескольких причин. Во-первых, беременная должна иметь напряженный иммунитет после перенесенного ранее инфекционного заболевания. Во-вторых, антитела от матери к плоду передаются через плаценту в течение последних трех месяцев беременности. По этой причине преждевременно рожденные дети успевают получить этих антител значительно меньше и более подвержены инфекционным заболеваниям. И наконец, материнские иммуноглобулины (IgG) присутствуют в высоком титре только у детей первых трех месяцев жизни (при условии недавней вакцинации либо перенесенной ранее инфекции), затем снижаются и полностью исчезают к 6–10 месяцам [4].

Предупреждение инфекционной патологии специфическими методами у детей первых трех месяцев жизни должно складываться как из профилактики врожденных инфекций, так и предупреждения инфекций, которые могут быть переданы после родов младенцам матерью или ближним окружением. Если в первом случае традиционно применяется вакцинация детей против краснухи, кори для безопасности плода у будущих матерей, то во втором случае следует применять стратегию «кокона», которая подразумевает вакцинацию беременной женщины («кокон» внутриутробный) и всех членов семьи («кокон» для родившегося младенца) против коклюша, гриппа, коронавирусной инфекции, а также против ветряной оспы в случае, если женщина или кто-либо из членов семьи ранее ею не болели. В последнем случае большую работу по уточнению перенесенных инфекционных заболеваний и прививочного статуса должны провести терапевты и акушер-гинекологи с последующим разъяснением опасности инфекционных болезней во время беременности как для беременной, так и для плода и, в последующем, для родившегося малыша.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что использование иммунизации в семейной профилактике следует признать необходимым инструментом в отношении беременных и членов семей для сохранения здоровья новорожденных и детей первых месяцев жизни.

Литература

1. Лобзин, Ю. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика коклюша у детей первых месяцев жизни. Ю. В. Лобзин [и др.] // Детские инфекции. – 2011. – № 4. – С. 5–9.
 2. Баранов, А. А. Иммунопрофилактика респираторно-синцитиальной вирусной инфекции / А. А. Баранов [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2015. – № 12 (5). – С. 543–549. <https://doi.org/10.15690/pf.v12i5.1456>
 3. Иванова, Р. А. Врожденная и приобретенная ветряная оспа у новорожденных. / Р.А. Иванова, Н.В. Рогозина, А.А. Гринева, Е.М. Белова // Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – Т.8. – № 1. – С. 152.
 4. Чернова, Т. М. Причины нарушения графика вакцинации детей раннего возраста / Т. М. Чернова, В.Н. Тимченко, Н.А. Мыскина [и др.] // Педиатр. – 2019. – Т. 10. – № 3. – С. 31–36. <https://doi.org/10.17816/PED10331-36>.
-

УДК 618.3-06:577.112.3:[616.98:578.834.1]-07

Ганчар Е.П., Гутикова Л.В., Наумов А.В., Дорошенко Е.М., Смирнов В.Ю.
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

КОНЦЕНТРАЦИЯ НЕЗАМЕНИМЫХ АМИНОКИСЛОТ У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Введение. Метаболомный профиль беременных женщин с инфекцией COVID-19 представляет большой интерес в связи с перспективой выявления потенциальных диагностических маркеров и оценки метаболических процессов [1]. Кроме того, изучение концентрации незаменимых аминокислот в условиях инфекции COVID-19 даст обоснование клиническим рекомендациям по ведению пациентов, пищевому поведению.

Изменение концентрации аминокислот в условиях новой коронавирусной инфекции может быть следствием преобладания катаболизма белков и подавления активности основного Na^+ -зависимого переносчика нейтральных аминокислот (SLC6A19) в кишечном эпителии. Учитывая, что аминокислоты и их производные относятся к важнейшим регуляторам метаболических процессов в клетках, предшественниками высокоактивных биологических веществ (медиаторов, гормонов) и одним из основных регуляторов биосинтеза белка и функционального состояния органов, они являются одними из диагностических и прогностических факторов заболеваний и в тоже время их можно рассматривать, как универсальный природный регулятор и эндогенный модификатор биологических реакций, участвующий в вирусной инвазии и иммунном ответе организма. Известно, что метаболизм аминокислот достаточно жестко регулируется биохимическими и физиологическими механизмами, которые обеспечивают относительно стабильные уровни (фонды) аминокислот в крови и тканях. Изменение их концентрации может также служить индикатором формирования патологических процессов, поскольку аминокислотный дисбаланс является одним из характерных признаков многих заболеваний и токсических воздействий на организм человека, так как роль аминокислот как биологических регуляторов возрастает [2, 3].

Цель исследования. Изучить концентрацию незаменимых аминокислот у беременных с инфекцией COVID-19.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано 86 пациентов. Выделена 1-я группа (основная) – 51 беременная с подтвержденным диагнозом COVID-19; 2-я группа (контрольная) – 35 соматически здоровых женщин с беременностью без осложнений. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Данное исследование было одобрено этическим комитетом УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Критерии включения в исследование: возраст беременных от 18 до 45 лет, положительный результат ПЦР на РНК вируса SARS-CoV-2 при заборе крови, одноплодная беременность на сроке от 22 до 40 недель. Критерии исключения: отсутствие резус- и АВ0-изоиммунизации, хромосомных аномалий, генетических мутаций и врожденных пороков развития у плода, наличие у матери тяжелой экстрагенитальной патологии, миомы матки больших размеров. Диагностика и степень тяжести COVID-19 оценивались в соответствии с Рекомендациями (временными) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.11.2021 №1424).

Определение концентрации незаменимых аминокислот: метионина (Met), гистидина (His), треонина (Thr), фенилаланина (Phe), триптофана (Trp), изолейцина (Ile), лейцина (Leu), валина (Val), лизина (Lys) в плазме крови проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографией.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета программ Statistica 10.0 (SN – AXAR207F394425FA-Q).

Результаты и обсуждение результатов исследования. Пациенты, включенные в исследование, не имели значимых различий по возрасту, сроку беременности, соматической и гинекологической заболеваемости ($p > 0,05$). В основной группе 15 (29,4%) пациентов были с легкой формой клинического течения инфекции COVID-19, 33 (64,7%) – со среднетяжелой и 3 (5,9%) – с тяжелой формой заболевания.

Концентрация незаменимых аминокислот в плазме крови обследованных пациентов представлена в таблице 1.

Концентрация незаменимых аминокислот в плазме крови у беременных с инфекцией COVID-19, нмоль/мл

Показатель	Основная группа, n=51	Контрольная группа, n=35	P-уровень
Метионин (Met)	57,014 [46,365–66,098]*	48,511 [44,395–54,202]	0,002
Гистидин (His)	80,443 [70,635–87,932]	80,488 [74,263–85,552]	0,895
Треонин (Thr)	641,401 [543,548–751,254]*	513,168 [438,173–581,579]	0,000

Фенилаланин (Phe)	269,612 [228,773–311,321]*	172,914 [154,614–188,527]	0,001
Триптофан (Trp)	149,799 [118,888–182,576]*	165,185 [151,318–179,613]	0,035
Изолейцин (Ile)	205,489 [170,788–248,968]*	156,455 [135,056–173,878]	0,000
Лейцин (Leu)	354,125 [293,798–416,555]*	277,385 [241,038–301,739]	0,000
Валин (Val)	693,381 [598,964–772,402]*	569,08 [511,624–612,972]	0,000
Лизин (Lys)	712,405 [576,659–849,874]*	515,288 [435,798–595,851]	0,000

Примечание: данные представлены в виде медианы, 25% и 75% процентиля; * статистически значимые различия (тест Манна – Уитни).

При анализе полученных данных было выявлено, что у беременных с инфекцией COVID-19 концентрация 8 незаменимых аминокислот статистически значимо различается по сравнению с контрольной группой: концентрация метионина (Met), треонина (Thr), фенилаланина (Phe), триптофана (Trp), изолейцина (Ile), лейцина (Leu), валина (Val), лизина (Lys) (см. таблицу). Выявлено повышение концентрации метионина в плазме крови у пациентов с COVID-19 по сравнению с контрольной группой ($p=0,002$). Метионин является ключевой незаменимой аминокислотой, донатором метильных групп и серы, строго контролируемый организмом показатель в силу своей токсичности. Установлено статистически значимое увеличение концентрации фенилаланина в плазме крови пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой ($p=0,001$). Помимо очевидного участия данной аминокислоты в протекании анаболических процессов в организме, мы предполагаем и ее нейромедиаторное значение в условиях новой коронавирусной инфекции. Повышение уровня фенилаланина посредством его конверсии в тирозин приводит к усилению выработки гормонов стресса (адреналина, норадреналина, дофамина), имеющей адаптивное значение при инфекции COVID-19. Кроме того, фенилаланин снижает интенсивность воспаления и действует как естественный анальгетик. Выявлено повышения концентрации треонина у беременных с инфекцией COVID-19 ($p=0,000$). Данная аминокислота активизирует иммунную систему, участвуя в образовании иммуноглобулинов и антител. В многофакторном исследовании Гейл Т.В. и его коллеги продемонстрировали, что уровни треонина в сыворотке крови был повышены в крови пациентов с Эболой и вирусной геморрагической лихорадкой, и доказали, что треонин может быть использован, как биомаркер инфекционных заболеваний и воспаления [4].

В результате анализа наших данных выявлено статистически значимое повышение концентрации изолейцина ($p=0,000$), лейцина ($p=0,000$), лизина ($p=0,000$) у пациентов с коронавирусной инфекцией по сравнению с контрольной группой. Изолейцин участвует в энергетическом обмене. Лейцин оказывает анаболическое действие,

активирует процессы биосинтеза аминокислот, их предшественников и метаболитов, является исходным веществом для синтеза белка и эндогенных биорегуляторов. Лизин оказывает влияние на функции головного мозга, различные виды поведения, а также на механизмы иммунологической реактивности и стресс-резистентности организма, что важно в условиях коронавирусной инфекции [5]. Интересен факт выявления снижения концентрации триптофана у пациентов с инфекцией COVID-19 по сравнению с контрольной группой ($p=0,035$). Триптофан является незаменимой аминокислотой, необходимой для синтеза белка, служит предшественником для биосинтеза коферментов и нейромодуляторов, таких как НАД/НАДФ(Н), кинуреновая кислота, мелатонин и серотонин. Играет роль в иммунном гомеостазе, поскольку его метаболиты участвуют в регуляции Т-лимфоцитов. Считается, что метаболизмом триптофана и особенно его кинурениновый путь играют важную роль при COVID-19. Скорость лимитирующим ферментом является индол-2,3-диоксигеназа (IDO1), активность которого играет важную роль в иммунорегуляции, как негативный регулятор воспаления и иммунизации. Например, активная IDO способствует ограничению воспаления лёгких, а делеция IDO серьезно усугубляет воспалительную патологию легких у мышей, участвуя в регуляции иммунных реакций IDO генерирует метаболиты триптофана и истощает его запасы.

Выводы. У беременных с инфекцией COVID-19 концентрация 7 незаменимых аминокислот статистически значимо выше, чем у женщин контрольной группы: треонина на 20% ($p=0,000$), валина на 18% ($p=0,000$), метионина на 15% ($p=0,002$), фенилаланина на 36% ($p=0,000$), лейцина на 22% ($p=0,000$), изолейцина на 24% ($p=0,000$), лизина на 28% ($p=0,000$). В плазме венозной крови у пациентов с инфекцией COVID-19 статистически значимо ниже концентрация триптофана на 10% ($p=0,035$). Изучение особенностей аминокислотного обмена при беременности, осложненной новой коронавирусной инфекцией, позволит выявить дополнительные биомаркеры тяжести заболевания, прогнозировать течение заболевания у пациентов в период гестации.

Литература

1. Mussap, M. Could metabolomics drive the fate of COVID-19 pandemic? A narrative review on lights and shadows / M. Mussap, V. Fanos // *Clin Chem Lab Med.* – 2021. – №59 (12). – P. 1891–1905. DOI: 10.1515/cclm-2021-0414.
2. Structural basis for the recognition of SARS-CoV-2 by full-length human ACE2 / R. Yan, Y. Zhang, Y. Li, L. Xia, Y. Guo, Q. Zhou // *Science.* – 2020. – №367 (6485). – P. 1444–1448. DOI: 10.1126/science.abb2762
3. Holeczek, M. Serine Metabolism in Health and Disease and as a Conditionally Essential Amino Acid / M. Holeczek // *Nutrients.* – 2022. – №14(9). – P. 1987. DOI: 10.3390/nu14091987.
4. Elevated L-threonine is a biomarker for Lassa fever and Ebola / T.V. Gale, J.S. Schieffelin, L.M. Branco et al. // *Virology.* – 2020. – №17, P.188. <https://doi.org/10.1186/s12985-020-01459-y>.
5. COVID-19 and metabolic disease: mechanism and clinical management / C. Steenblock, P. Schwarz, B. Ludwig et al. // *Lancet Diabetes Endocrinol.* – 2021. – №9 (11). – P. 786–798. DOI: 10.1016/S2213-8587(21)00244-8.

УДК 616.24-002.5

Горбач Л.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Введение. Одна из задач, связанных со здоровьем, в рамках целей устойчивого развития, утвержденных в 2015 году Генеральной Ассамблеей ООН, заключается в том, чтобы к 2030 году положить конец эпидемии туберкулеза. В 2022 году, согласно данным Глобального доклада по туберкулезу Всемирной организации здравоохранения, число случаев заболевания туберкулезом во всем мире составило 10,6 миллиона человек, включая 5,8 миллиона мужчин, 3,5 миллиона женщин и 1,3 миллиона детей [1]. Пандемия COVID-19 оказали негативное влияние на проведение противотуберкулезных мероприятий в мире [2].

Цель исследования. Сравнение уровня и темпов изменения показателей заболеваемости туберкулезом женского и мужского населения областей, г. Минска и Республики Беларусь до пандемии COVID-19 (2017–2019 годы) и во время пандемии COVID-19 (2020–2022 годы).

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили сведения веб-портала «Гендерная статистика», Интерактивной информационно-аналитической системы распространения официальной статистической информации Национального статистического комитета Республики Беларусь. Использованы данные об абсолютном числе женщин и мужчин, впервые заболевших туберкулезом, о среднегодовой численности населения по полу в 2017–2022 годах по областям и г. Минску, а также в целом по Республике Беларусь. Проведен расчет среднегодовых показателей заболеваемости туберкулезом женского и мужского населения областей, г. Минска и Республики Беларусь за два периода: до пандемии COVID-19 (2017–2019 годы) и во время пандемии COVID-19 (2020–2022 годы) в расчете на 100 тысяч соответствующего населения. Проведено сравнение среднегодовых региональных показателей заболеваемости туберкулезом за период до пандемии, а также в период пандемии в сравнении с аналогичным показателем по Республике Беларусь. Рассчитаны темпы изменения показателей заболеваемости туберкулезом по формуле: $\text{темпы изменения} = (\text{среднегодовой показатель заболеваемости за 2022–2020 годы} - \text{среднегодовой показатель заболеваемости за 2017–2019 годы}) / \text{среднегодовой показатель заболеваемости за 2017–2019 годы} \times 100\%$. Проведено сравнение рассчитанных темпов изменения региональных показателей заболеваемости туберкулезом в сравнении с общереспубликанским.

Результаты и обсуждение результатов исследования. В Республике Беларусь до пандемии COVID-19, среднегодовой за 2017-2019 годы показатель заболеваемости туберкулезом женского населения составил 11,5 на 100 тысяч человек. Выше республиканского уровня показатель заболеваемости отмечался в Гомельской и Могилевской областях: 18,0 и 14,1 на 100 тысяч человек. Ниже республиканского уровня показатель заболеваемости был зарегистрирован в Брестской, Витебской областях и г. Минске: 10,3; 9,7 и 7,6 на 100 тысяч человек. В Гродненской и Минской областях показатели заболеваемости были на уровне республиканского: 11,8 и 11,2 на 100 тысяч человек.

Во время пандемии в Республике Беларусь среднегодовой за 2022–2020 годы показатель заболеваемости туберкулезом женского населения составил 6,6 на 100 тысяч человек. Также как и до пандемии, так и во время пандемии выше республиканского уровня показатель заболеваемости был зарегистрирован в Гомельской и Могилевской областях: 12,0 и 7,0 на 100 тысяч человек. Ниже республиканского уровня показатель заболеваемости отмечался в Брестской, Витебской, Минской областях и г. Минске: 5,9; 5,7; 5,5 и 4,6 на 100 тысяч человек. В Гродненской области показатель заболеваемости был на уровне республиканского: 6,7 на 100 тысяч человек.

Таким образом, прослеживается одинаковое распределение регионов по уровню заболеваемости туберкулезом женского населения как до, так и во время пандемии. В Гомельской и Могилевской областях показатели заболеваемости туберкулезом женского населения были выше республиканского уровня. В Брестской, Витебской областях и г. Минске показатели заболеваемости были ниже республиканского уровня. В Гродненской области показатель заболеваемости сохранялся на уровне республиканского показателя как до, так и во время пандемии.

В Республике Беларусь до пандемии среднегодовой за 2017–2019 годы показатель заболеваемости туберкулезом мужского населения составил 32,2 на 100 тысяч человек. Он был в 2,8 раза выше аналогичного показателя заболеваемости женского населения (11,5 на 100 тысяч человек). Показатели заболеваемости туберкулезом мужского населения всех областей и г. Минска были выше по сравнению с аналогичными показателями заболеваемости женского населения: в Брестской области – в 2,9 раза, в Витебской – в 4,0 раза, в Гомельской – в 2,6 раза, в Гродненской – в 2,8 раза, в г. Минске – в 1,7 раза, в Минской – в 2,9 раза, в Могилевской области – в 3,1 раза.

Проведено сравнение показателей заболеваемости мужского населения регионов в сравнении с республиканским уровнем до пандемии. Выше республиканского уровня показатель заболеваемости отмечался в Гомельской, Могилевской и Витебской областях: 46,7; 43,4 и 38,8 на 100 тысяч человек. Ниже республиканского уровня показатель заболеваемости был зарегистрирован в Брестской области и г. Минске: 29,8 и 13,1 на 100 тысяч человек. В Минской и Гродненской областях показатели заболеваемости были на уровне республиканского: 32,9 и 32,8 на 100 тысяч человек.

Во время пандемии в Республике Беларусь среднегодовой за 2022–2020 годы показатель заболеваемости туберкулезом мужского населения составил 21,4 на 100 тысяч человек. Он был в 3,3 раза выше аналогичного показателя заболеваемости

женского населения (6,6 на 100 тысяч человек). Также как и до пандемии, так и во время пандемии показатели заболеваемости туберкулезом мужского населения всех областей и г. Минска были выше по сравнению с аналогичными показателями заболеваемости женского населения: в Брестской области – в 3,8 раза, в Витебской – в 4,5 раза, в Гомельской – в 2,8 раза, в Гродненской – в 3,4 раза, в г. Минске – в 2,1 раза, в Минской – в 3,0 раза, в Могилевской области – в 3,9 раза.

Также как и до пандемии, так и во время пандемии значительно выше республиканского уровня показатель заболеваемости мужского населения отмечался в Гомельской, Могилевской и Витебской областях: 33,4; 27,5 и 26,0 на 100 тысяч человек. Выше республиканского уровня показатель заболеваемости отмечался в Гродненской и Брестской областях: 22,9 и 22,5 на 100 тысяч человек. Ниже республиканского уровня показатель заболеваемости наблюдался в Минской области и г. Минске: 16,7 и 9,2 на 100 тысяч человек.

Таким образом, как до, так и во время пандемии показатель заболеваемости туберкулезом мужского населения был выше по сравнению с аналогичным показателем заболеваемости женского населения. Нами выявлено одинаковое распределение отдельных регионов по уровню заболеваемости туберкулезом мужского населения. В Гомельской, Могилевской и Витебской областях как до, так и во время пандемии показатели заболеваемости туберкулезом мужского населения были выше республиканского уровня, а в г. Минске показатель был ниже республиканского уровня. Во всех остальных регионах уровень показателя заболеваемости туберкулезом мужского населения до и во время пандемии менялся по отношению к общереспубликанскому.

В Республике Беларусь темп изменения показателя заболеваемости туберкулезом женского населения во время пандемии по сравнению с периодом до пандемии составил –43,0%, то есть во время пандемии показатель заболеваемости снизился в 1,8 раза. Наиболее высокий темп снижения показателя заболеваемости отмечался в Минской (–51,1%), Могилевской (–50,3%) областях и г. Минске (–44,0%). На уровне, приближенном к общереспубликанскому, отмечался темп снижения показателя заболеваемости туберкулезом женского населения Гродненской и Брестской областей: –43,4% и –42,7%. Ниже общереспубликанского отмечался темп снижения показателя заболеваемости туберкулезом женского населения Витебской области: –40,8%. Самый низкий темп снижения показателя заболеваемости отмечался в Гомельской области: –33,3%.

В Республике Беларусь темп изменения показателя заболеваемости туберкулезом мужского населения во время пандемии по сравнению с периодом до пандемии составил –33,7%, то есть во время пандемии показатель заболеваемости снизился в 1,5 раза. Это указывает на то, что снижение показателя заболеваемости туберкулезом мужского населения отставало от аналогичного снижения показателя заболеваемости женского населения. Наиболее высокий темп снижения показателя заболеваемости отмечался в Минской (–49,3%) и Могилевской (–36,7%) областях и г. Минске (–44,0%). На уровне, приближенном к общереспубликанскому, отмечался темп

снижения показателя заболеваемости туберкулезом мужского населения Витебской области –32,9%. Ниже общереспубликанского отмечался темп снижения показателя заболеваемости туберкулезом мужского населения Гродненской области и г. Минска: –30,2% и –30,0%. Самый низкий темп снижения показателя заболеваемости отмечался в Гомельской и Брестской областях: –28,4% и –24,5%.

Выводы. На основании проделанных исследований можно сделать следующие выводы:

1. В Республике Беларусь, в областях и в г. Минске до и во время пандемии COVID-19 показатели заболеваемости туберкулезом мужского населения были в 1,7–4,5 раза выше по сравнению с аналогичными показателями заболеваемости женского населения.
2. Нами установлено одинаковое распределение отдельных регионов по уровню заболеваемости туберкулезом женского населения до и во время пандемии COVID-19. В Гомельской и Могилевской областях как до, так и во время пандемии показатели заболеваемости туберкулезом женского населения были выше республиканского уровня, а в Брестской, Витебской областях и г. Минске – ниже республиканского уровня. В Гродненской области показатель заболеваемости туберкулезом женского населения сохранялся на уровне республиканского показателя.
3. Нами выявлено одинаковое распределение отдельных регионов по уровню заболеваемости туберкулезом мужского населения до и во время пандемии COVID-19. В Гомельской, Могилевской и Витебской областях как до, так и во время пандемии показатели заболеваемости туберкулезом мужского населения были выше республиканского уровня, а в г. Минске – ниже республиканского уровня.
4. Во время пандемии COVID-19 отмечено снижение показателей заболеваемости туберкулезом женского и мужского населения областей и г. Минска. Показатель заболеваемости туберкулезом женского населения во время пандемии по сравнению с периодом до пандемии снизился в 1,8 раза, а показатель заболеваемости туберкулезом мужского населения – в 1,5 раза.
5. Наиболее высокий темп снижения показателя заболеваемости как среди женского, так и среди мужского населения отмечался в Минской, Могилевской областях и г. Минске. Низкий темп снижения показателя заболеваемости как среди женского, так и среди мужского населения отмечался в Гомельской области.
6. Полученные результаты могут быть использованы при планировании скрининга на туберкулез населения областей и г. Минска в постпандемический период.

Литература

1. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – 75 p.
2. Alene KA, Wangdi K, Clements ACA. Impact of the COVID-19 Pandemic on Tuberculosis Control: An Overview. Trop Med Infect Dis. 2020 Jul 24; 5(3):123. doi: 10.3390/tropicalmed5030123. PMID: 32722014; PMCID: PMC7558533.

УДК 618.39-039.41:611.664-074/078

Грудницкая Е.Н.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТКАНИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫКИДЫШЕ

Введение. Привычный выкидыш (ПВ) характеризуется двумя и более, клинически подтвержденными, самопроизвольными абортами [1]. Опорожнение полости матки от продуктов зачатия сопряжено с последующим ее восстановлением через процесс воспаления [2]. Хронический эндометрит (ХЭ) сопровождается инфильтрацией плазматических клеток, которые продуцируют антитела против возбудителей инфекции. Показатели распространенности ХЭ варьируют в зависимости от используемых методов диагностики. Один из них – выявление антител к CD138, которые в 7–58% позволяют идентифицировать плазматические клетки. Исследование (Риммер и др., 2021) установило корреляцию между повышенным количеством CD138+ клеток в эндометрии и более высоким риском потери беременности [3]. При этом не все работы подтверждают эту взаимосвязь [4]. Другие научные публикации продемонстрировали снижение экспрессии рецепторов к эстрогену (ER) и прогестерону (PR) в стромальном компоненте эндометрия в 82% случаев у женщин с ПВ и ХЭ [5]. Диагностика ХЭ является сложной задачей по нескольким причинам, во-первых, из-за отсутствия специфических симптомов, во-вторых, из-за инвазивной методики при получении ткани эндометрия. Необходимы дальнейшие исследования, для обоснования проведения скрининга женщин с ПВ на ХЭ.

Цель исследования. Изучить гистологию и экспрессию рецепторов к эстрогену и прогестерону в ткани эндометрия у женщин с привычным выкидышем.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование случай-контроль выполнено в период с января по декабрь 2022 года в рамках выполнения темы НИР «Разработать метод медицинской профилактики самопроизвольного аборта и преждевременных родов у беременных с дисплазией соединительной ткани», № гос. регистрации 20220318, сроки выполнения работ 01.01.2022-31.12.2024 гг. Приглашены для участия 279 женщин репродуктивного возраста (18–49 лет), обратившихся для прегравидарной подготовки в учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области», дизайн исследования представлен на рисунке.



Дизайн исследования «случай-контроль»

Группу I сформировали женщины с ПВ (n=85), группу II – женщины с двумя и более родами в срок (n=40). Критерии включения в исследование: две и более, клинически подтвержденные, беременности в анамнезе; подписание информированного согласия на участие в исследовании; готовность к выполнению всех этапов исследования. Критериями исключения были: острые воспалительные заболевания или обострение хронических заболеваний на момент исследования; беременность в настоящее время; нежелание участника выполнять какой-либо из этапов исследования; присутствие состояний и факторов, повышающих риск для участника исследования. Первичным изучаемым исходом была превалентность ХЭ. Вторичным изучаемым исходом явилось определение экспрессии рецепторов к эстрогену и прогестерону. Проводили клиническое обследование: опрос анамнеза жизни, соматического и гинекологического, общий и гинекологический осмотры. Показанием для взятия аспирационной биопсии эндометрия было подозрение на хроническую воспалительную болезнь матки или железистую гиперплазию эндометрия. Забор биологического материала осуществляли на 8–10 день менструального цикла, что соответствует средней фазе стадии пролиферации (инструкция по применению МЗ РБ № 100-1011 «Методика забора материала для исследования при аспирационной биопсии эндометрия»). Иммуногистохимическому (ИГХ) исследованию подвергались образцы, соответствующие фазе пролиферации без признаков ХЭ. ИГХ исследование уровня экспрессии ER проводили с использованием поликлонального антитела Wuhan Elabscience Biotechnology Incorporated Company» (Китай) в разведении 1:200, PR – моноклонального антитела

Wuhan Elabscience Biotechnology Incorporated Company» (Китай) в разведении 1:300. Отбирали образцы с неперекрывающимися полями зрения с четкой визуализацией клеток стромы эндометрия. Экспрессию рецепторов определяли, количественно применяя алгоритм “positive pixel count” и программу для морфометрии Aperio Image Score 12.3.3. Оценивали распространенность и интенсивность коричневой окраски продуктов реакции DAB. Рассчитывали показатель экспрессии (ПЭ) исследуемых рецепторов по формуле:

$$\text{ПЭ} = \frac{\text{число позитивных пикселей}}{\text{общее число пикселей}} \times 100 (1).$$

Для анализа полученных данных применяли пакет прикладных компьютерных программ Microsoft Office Excel 2007, Statistica v10.0. Определяли близость распределения случайных величин к Гауссовой кривой используя критерий Колмогорова-Смирнова. Качественные данные представлены в виде процентных долей (%) и абсолютных значений (абс.), количественные – в виде Me (медианы) и интерквартильного интервала (25% и 75%). Количественные данные в двух зависимых группах сравнивали с помощью теста Уилкоксона, качественные признаки при помощи точного критерия Фишера. Значимыми различия считали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, социальному статусу, гинекологическому, соматическому анамнезу (при всех сравнениях $p > 0,05$) и могли сравниваться с высокой степенью достоверности. Частота случаев по количеству неразвивающихся беременностей в анамнезе и способу удаления продуктов зачатия (медикаментозный аборт (МА) или хирургический аборт (ХА)) у женщин с ПВ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Преvalентность количества случаев неразвивающихся беременностей и медикаментозных и хирургических абортов в I группе

Группа I (N=85)					
Количество неразвивающихся беременностей абс. (%)	2	3	4	5	7
	51 (60±5,3%)	18 (21±4,4%)	6 (7±2,8%)	5 (5±2,4%)	6 (7±2,8%)
Способ удаления продуктов зачатия из полости матки (всего случаев N=231)					
МА, абс. (%)	84 (36±9,9%)	46 (19±2,6%)	32 (14±2,3%)	22 (10±1,9%)	10 (4±1,3%)
ХА, абс. (%)	18 (8±1,2%)	8 (4±1,3%)	4 (2±0,9%)	3 (1±0,6%)	4 (2±0,9%)

Полученные данные свидетельствуют о том, что в большинстве случаев был применен МА ($n=194$; $84 \pm 2,4\%$), ХА выполнен в 37 случаях ($16 \pm 2,4\%$). Результаты данных гистологического исследования ткани эндометрия обследуемых женщин из обеих групп установили соответствие гистологической картины «циклическим

пролиферативным изменениям», что свидетельствует о том, что строма представлена веретенообразными или звездчатыми ретикулярными клетками, разрыхлена, сосуды и железы приобретают извитость, эпителий высокий, призматический. Признаков ХЭ не выявлено ни в одном случае. Результаты данных ИГХ исследования ткани эндометрия женщин обследуемых групп представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатель экспрессии и соотношение рецепторов к эстрогену и прогестерону в ткани эндометрия женщин, обследуемых групп

ПЭ	Группа I (n=85)	Группа II (n=40)	Уровень значимости p
ER; Me(25%о и 75%о)	14,01 (9,60; 18,57)	11,64 (7,60; 17,93)	p>0,05
PR; Me(25%о и 75%о)	2,23 (1,02; 6,01)	1,92 (0,84; 4,39)	p>0,05
Соотношение ПЭ E/P	6:1	6:1	

МА, в отличие от ХА, является щадящим методом прерывания беременности, поскольку не травмирует эндометрий и миометрий. Эффект отторжения и изгнания плодного яйца достигается благодаря агонистическому действию лекарственного средства на прогестероновые рецепторы эндометрия и миометрия. Исследование биопатов эндометрия женщин с ПВ показало отсутствие патологических изменений. Экспрессия рецепторов к эстрогену и прогестерону (E/P) составляла 6:1, что соответствует норме для фазы пролиферации у фертильных женщин. Данные результаты свидетельствуют о том, что ХЭ является редким осложнением у женщин с ПВ, так как в большинстве случаев применяется МА, имеющий преимущества по сравнению с ХА, поскольку не нарушаются структура эндометрия, его гормональная чувствительность и, соответственно, сохраняется репродуктивная функция. Пациентки с ПВ после МА и ХА продемонстрировали нормальную репарацию эндометрия, отсутствие признаков воспаления и сохранение адекватной экспрессии гормональных рецепторов.

Выводы. Таким образом, МА является предпочтительным методом для женщин с ПВ, поскольку он позволяет избежать осложнений, связанных с воспалением, и не влияет на последующую репродуктивную функцию. ХЭ является редким осложнением у женщин с ПВ, в этой связи, рутинное исследование ткани эндометрия на ХЭ в этой группе не рекомендуется. Полученные нами данные согласуются с выводами экспертов о том, что на данный момент не рекомендуется проводить скрининг женщин на эндометрит, за исключением случаев подозрения на инфекцию или при наличии признаков воспаления [1].

Литература

1. ESHRE Guideline Group on RPL; Atik R.B., Christiansen O.B., Elson J. et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. Hum. Reprod. Open. 2023; 2023 (1): hoad002.
2. Серебренникова К.Г., Арутюнян Н.А., Кацалап С.Н., Алехин А.И. Фотодинамическая терапия у пациенток с бесплодием при хроническом эндометрите. Российский вестник акушера-гинеколога. 2020; 20(3):56-61.

3. Rimmer MP, Fishwick K, Henderson I, Chinn D, Al Wattar BH, Quenby S. Quantifying CD138+ cells in the endometrium to assess chronic endometritis in women at risk of recurrent pregnancy loss: A prospective cohort study and rapid review. *The journal of obstetrics and gynaecology research* 2021; 47: 689-697.
 4. Liu Y, Wong KK, Ko EY, Chen X, Huang J, Tsui SK, Li TC, Chim SS. Systematic Comparison of Bacterial Colonization of Endometrial Tissue and Fluid Samples in Recurrent Miscarriage Patients: Implications for Future Endometrial Microbiome Studies. *Clinical chemistry* 2018; 64: 1743-1752
 5. Траль Т.Г., Хобец В.В., Толибова Г.Х., Коган И.Ю. Структурно-функциональные и молекулярные механизмы трансформации эндометрия при привычном невынашивании беременности. *Уральский медицинский журнал*. 2022; 21(5):18-25. <http://doi.org/10.52420/2071-5943-2022-21-5-18-25>.
-

УДК:618.2-06:[616.98:578.834.1]-074

Гутикова Л.В., Ганчар Е.П., Наумов А.В., Дорошенко Е.М., Смирнов В.Ю.
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У БЕРЕМЕННЫХ

Введение. В декабре 2019 г. в провинции Ухань был зарегистрирован первый случай заболевания COVID-19, проявляющегося в виде тяжелого острого респираторного синдрома, вызванного новым штаммом коронавируса (SARS-CoV-2) [3]. Физиологические изменения в иммунной, сердечно-сосудистой и дыхательной системах при беременности позволяют сделать предположение о том, что беременные женщины особенно уязвимы к воздействию патогенных инфекционных агентов и развитию тяжелой инфекции, что, в свою очередь, может привести к более высокой заболеваемости и смертности матери и плода. У беременных с пневмонией чаще происходят преждевременные роды, рождаются недоношенные дети с низкой массой тела, выше частота проведения кесарева сечения. Кроме того, во время беременности повышается предрасположенность к развитию гипертонии и гестационного сахарного диабета, которые в настоящее время являются признанными факторами риска развития тяжелого острого респираторного синдрома, вызываемого коронавирусами, в том числе и SARS-CoV-2 [2]. Учитывая новизну и сложность новой коронавирусной инфекций, поиск маркеров прогрессирования COVID-19 у беременных женщин продолжается. Изучаются новые лабораторные показатели для выявления пациентов, более склонных к прогрессированию заболевания, развитию серьезных осложнений и летальному исходу. Идентификация новых тестовых показателей тесно связана с пониманием вирулентности возбудителя, механизмов повреждения клеток и органов. Валидированные показатели могут помочь в диагностике, клиническом ведении беременных женщин и профилактике серьезных осложнений.

Материалы и методы исследования. Обследовано 86 пациентов: 1-я группа (основная) – 51 беременная с подтвержденным диагнозом COVID-19; 2-я группа (контрольная) – 35 соматически здоровых женщин с беременностью без осложнений. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Данное исследование было одобрено этическим комитетом УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Определение концентрации аминокислот, их производных и метаболитов проводили в научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет» на хроматографической системе HPLC Agilent 1200. Определялась концентрация цистеина (Cys), гомоцистеина (Hcy), цистеинил-глицина (CysGly), γ -глутамилцистеина (γ GluCys), глутатиона (GSH), цистеиновой кислоты (CA), фосфосерина (PSer), цистеинсульфината (CSA), аспартата (Asp), гомоцистеата (HCA), глутамата (Glu), аспарагина (Asn), серина (Ser), α -аминоадипиновой кислоты (α AAA), глутамина (Gln), гистидина (His), треонина (Thr), 1-метилгистидина (1MHis), 3-метилгистидина (3MHis), глицина (Gly), фосфоэтанолamina (PEA), цитруллина (Citr), аргинина (Arg), ансерина (Ans), аланина (Ala), β -аланина (β Ala), карнозина (Car), таурина (Tau), ассиметричного диметиларгинина (ADMA), симметричного диметиларгинина (SDMA), α -аминомасляной кислоты (α ABA), β -аминомасляной кислоты (β ABA), γ -аминомасляной кислоты (GABA), тирозина (Tyr), этаноламина (EA), валина (Val), метионина (Met), цистатионина (Ctn), триптофана (Trp), фенилаланина (Phe), изолейцина (Ile), лейцина (Leu), лизина (Lys), орнитина (Orn). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета программ Statistica 10.0 (SN – AXAR207F394425FA-Q).

Результаты и обсуждение результатов исследования. Пациенты, включенные в исследование, сопоставимы по возрасту, сроку беременности, соматической и гинекологической заболеваемости. В основной группе 15 (29,4%) пациентов были с легкой формой клинического течения инфекции COVID-19, 33 (64,7%) – со среднетяжелой и 3 (5,9%) – с тяжелой формой заболевания. При анализе полученных данных было выявлено, что концентрация 32 параметров в сравниваемых группах статистически значимо различается: концентрация цистеина (Cys), гомоцистеина (Hcy), гамма-глутамилцистеина (γ GluCys), фосфосерина (PSer), цистеинсульфината (CSA), аспартата (Asp), гомоцистеата (HCA), глутамата (Glu), аспарагина (Asn), серина (Ser), глутамина (Gln), треонина (Thr), 1-метилгистидина (1MHis), глицина (Gly), цитруллина (Citr), аргинина (Arg), ансерина (Ans), аланина (Ala), карнозина (Car), ассиметричного диметиларгинина (ADMA), симметричного диметиларгинина (SDMA), β -аминомасляной кислоты (β ABA), γ -аминомасляной кислоты (GABA), тирозина (Tyr), валина (Val), метионина (Met), триптофана (Trp), фенилаланина (Phe), изолейцина (Ile), лейцина (Leu), лизина (Lys), орнитина (Orn).

С целью выявления маркеров, ассоциированных с инфекцией COVID-19, была выполнена множественная логистическая регрессия исследуемых показателей. Снижение количества переменных модели, без существенного снижения её прогностической значимости, являлось важной задачей данного этапа. Для этого с помощью процедуры Борута провели предварительный отбор переменных. Сравнение многофакторных регрессионных моделей, построенных с использованием отобранных переменных, позволило выбрать только одну, наиболее оптимальную модель, имеющую наименьшую величину AIC (информационного критерия Акаике), а также достоверные коэффициенты регрессии:

Значимость полученной регрессионной модели подтверждается высокой достоверностью коэффициентов регрессии и величиной R2 Макфаддена (аналог коэффициента детерминации для логистической регрессии), значение которого составило 63,6%, а также низкой (относительно других моделей) величиной AIC=49,93.

Диагностическая модель инфекции COVID-19:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}},$$

где p – вероятность инфекции COVID-19 у беременных;

$z = b_0 + b_1 \times [\text{GABA}] + b_2 \times [\text{Asp}]$;

$b_0 = -7,7$; $b_1 = 2,8$; $b_2 = 0,0228$;

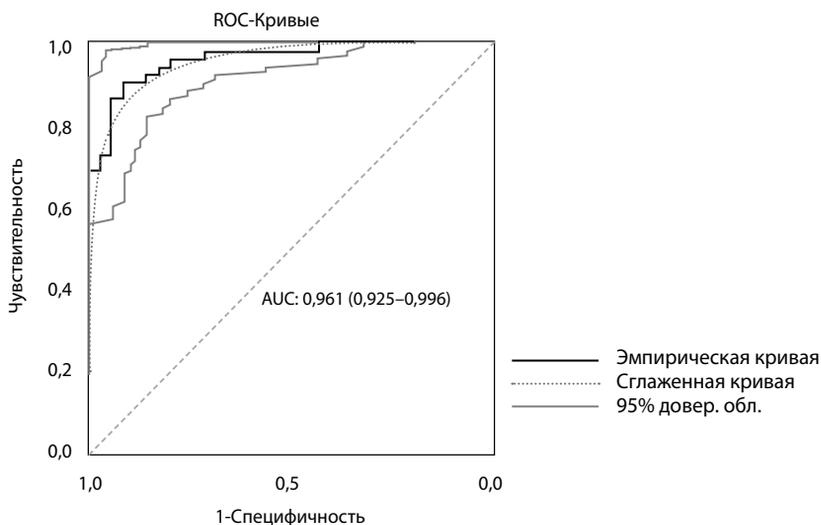
[GABA] = концентрация γ -аминомасляной кислоты (мкмоль/л);

[Asp] = концентрация аспартата (мкмоль/л);

e – основание натурального логарифма ($e=2,718$).

При расчетном значении $p > 0,488$ прогнозируется высокая вероятность инфекции COVID-19 у беременных. Чувствительность метода – 90,2%, специфичность – 91,4%, прогностическая ценность положительного результата – 93,9%, прогностическая ценность отрицательного результата – 86,5%.

Прогностическая эффективность полученной модели была оценена при помощи ROC-анализа. Вычисленная площадь под ROC-кривой составила 0,961 [95%ДИ 0,925–0,996] (см. рисунок).



ROC-анализ – прогностическая эффективность полученной диагностической модели

Своевременная и качественная диагностика – один из ключевых факторов в борьбе с инфекцией COVID-19. На сегодняшний день разработаны и применяются 2 основные группы методов лабораторной диагностики, направленных на установление этиологии COVID-19. Они включают методы генодиагностики для обнаружения РНК возбудителя и методы серодиагностики, выявляющие вирусспецифические антигены и анти-SARS-CoV-2-антитела [1, 4]. По результатам применения множественной логистической регрессии, нами получена формула, включающая уровни аспартата и γ -аминомасляной кислоты, которая может быть использована как дополнительный диагностический критерий инфекции COVID-19 у беременных при ложноположительных результатах ПЦР.

Выводы. Получены дополнительные диагностические маркеры инфекции COVID-19 у беременных – определение концентрации аспартата и γ -аминомасляной кислоты, с чувствительностью метода – 90,2%, специфичностью – 91,4%, прогностической ценностью положительного результата – 93,9%.

Литература

1. Амвросьева, Т. COVID-19: лабораторная диагностика // Т. Амвросьева, Н. Поклонская // Наука и инновации. – 2020. – №7. С. 22–27. <https://doi.org/10.29235/1818-9857-2020-7-22-27>.
2. Беременность и COVID-19: актуальные вопросы (обзор литературы) / Л.В. Адамян, В.И. Вечорко, О.В. Коньшева, Э.И. Харченко // Проблемы репродукции. – 2021. – №27(3). – С. 70–77.
3. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты / В.В. Никифоров, Т.Г. Суранова, Т.Я. Чернобровкина и др. // Архивъ внутренней медицины. – 2020. – №10(2). – С. 87–93. DOI: 10.20514/2226-6704-2020-10-2-87-93.
4. Диагностика COVID-19: современное состояние проблемы и перспективы в отрасли / А.А. Горбунов, Л.Е. Сорокина, Д.В. Чегодарь и др. // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2020. – Т.10, №2. – С. 69–77.

УДК 618.177-08:618.14

Жалолова Г.С., Шукуров Ф.И.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МАРКЕРОВ ИМПЛАНТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, У ЖЕНЩИН

Введение. Среди множества причин бесплодия эндометриальная дисфункция выделяется как значительный фактор, влияющий на способность эмбриона имплантироваться и развиваться [1, 2]. Несмотря на значительные успехи в области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), исходы лечения остаются переменными, особенно когда проблема заключается в состоянии эндометрия [3–5].

Цель исследования. Оценка диагностической и прогностической значимости различных маркеров имплантации в контексте лечения женского бесплодия, обусловленного эндометриальной дисфункцией.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было организовано проспективное исследование, в котором приняли участие две группы: основная группа, состоящая из 40 женщин с клинически подтвержденным диагнозом бесплодия, обусловленного эндометриальной дисфункцией, и контрольная группа, включающая 30 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Результаты проспективного исследования показали, что в основной группе средний уровень GDF-9 в эндометриальной ткани составил 3.2 ± 0.8 пг/мл, что значительно ниже, чем в контрольной группе, где средний уровень составил 5.4 ± 0.5 пг/мл ($p < 0.01$). Уровень интегрин $\alpha v \beta 3$ в эндометриальной ткани составил 2.1 ± 0.6 нг/мл, в то время как в контрольной группе он был значительно выше – 4.5 ± 0.5 нг/мл ($p < 0.01$). Анализ уровней GDF-9 и интегрин $\alpha v \beta 3$ в сыворотке крови показал, что средний уровень GDF-9 в сыворотке крови в основной группе составил 150.3 ± 40.2 пг/мл, что было значительно ниже по сравнению с контрольной группой (250.6 ± 30.3 пг/мл). Уровень интегрин $\alpha v \beta 3$ в основной группе составил 3.5 ± 0.8 нг/мл, в то время как в контрольной группе он был выше – 6.8 ± 1.0 нг/мл. Значительное снижение уровней GDF-9 и интегрин $\alpha v \beta 3$ в сыворотке крови в основной группе подтверждает о нарушении механизмов имплантации и раннего эмбрионального развития.

Заключение. Исследование выявило значительные различия в уровнях GDF-9 и интегрин $\alpha v \beta 3$ в эндометриальной ткани и сыворотке крови между основной и контрольной группами. В основной группе наблюдались сниженные уровни как GDF-9, так и интегрин $\alpha v \beta 3$ по сравнению с контрольной группой, что указывает на нарушения в механизмах имплантации и эндометриальной подготовки к беременности.

Литература

1. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология / М.Н. Буланов. – М.: Искра. – 2014. – 568 с.
 2. Иммуногистохимические методы: Руководство / Ed. by George L. Kumar, Lars Rudbeck: ДАКО / Пер. с англ. под ред. Г.А. Франка и П.Г. Малькова. – М., 2011. – 224 с.
 3. Келлэт Е.П. Морфофункциональная характеристика эндометрия у женщин с бесплодием неясного генеза // Проблемы репродукции. – 2011. – №3. – С. 26–30.
 4. Шукуров Ф.И. Результаты иммуногистохимического исследования рецепторов эндометрия у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников // Сборник тезисов XXX юбилейного международного конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» с курсом эндоскопии. – Москва, 2017. – С. 26–27.
 5. ЭКО при гинекологических и эндокринных заболеваниях / Под ред. Т.А. Назаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 176 с.
-

УДК 618.1-006:579

Жураева А.Ж., Шукуров Ф.И.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

РОЛЬ МИКРОБИОМА ЯИЧНИКОВ В НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН И ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Введение. В последние годы микробиом человека стал предметом интенсивных исследований, раскрывая своё значительное влияние на здоровье и болезни [1, 2]. Микробиом, сложное сообщество микроорганизмов, населяющих наш организм, играет ключевую роль в регуляции многих жизненно важных процессов, включая пищеварение, иммунную функцию и, как было обнаружено недавно, репродуктивное здоровье. Особое внимание ученых привлекает изучение микробиома репродуктивных органов женщин, включая, в частности, микробиом яичников, о роли которого в репродуктивной функции и нарушениях до сих пор известно недостаточно [3].

Актуальность данного исследования определяется растущим количеством случаев нарушений репродуктивной функции среди женщин по всему миру. Проблемы с фертильностью встречаются у значительной части населения, и многие из этих проблем остаются неразрешенными из-за недостатка понимания их биологических основ. В то время как традиционные методы лечения сосредоточены в основном на гормональной коррекции и вспомогательных репродуктивных технологиях, потенциальная роль микробиома в нарушении и поддержании репродуктивной функции представляет собой малоизученное поле, которое может предложить новые терапевтические возможности [4].

Понимание взаимосвязи между микробиомом яичников и репродуктивной функцией у женщин может открыть путь к разработке инновационных подходов к коррекции нарушений фертильности. Это не только может улучшить существующие методы лечения, но и предложить альтернативные стратегии, менее инвазивные и более эффективные по сравнению с традиционными подходами. Кроме того, изучение микробиома яичников может помочь в разработке стратегий превентивного ухода за репродуктивным здоровьем, что имеет важное значение для общественного здравоохранения [5].

Таким образом, исследование роли микробиома яичников в репродуктивной функции женщин представляет собой важный шаг на пути к более глубокому пониманию механизмов репродуктивного здоровья и бесплодия. Оно открывает новые горизонты для разработки целевых терапий, способствующих улучшению репродуктивного здоровья и увеличению шансов на успешное зачатие и вынашивание ребенка.

Цель исследования. Комплексный анализ роли микробиома яичников в развитии нарушений репродуктивной функции у женщин и разработка на основе полученных данных инновационных подходов к их коррекции.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 50 женщин репродуктивного возраста. Из них основную группу составил 30 женщин с нарушениями фертильности. Группу контроля вошли 20 здоровых женщин.

Критерии включения: женщины репродуктивного возраста от 18 до 40 лет, клинически подтвержденное нарушение фертильности, отсутствие лечения антибиотиками и пробиотиками в течение последних 3 месяцев перед началом исследования, наличии информированного согласия пациенток.

Критерии исключения: хронические заболевания, влияющих на репродуктивную функцию, текущее или недавнее (в течение последних 3 месяцев) лечение антибиотиками или пробиотиками.

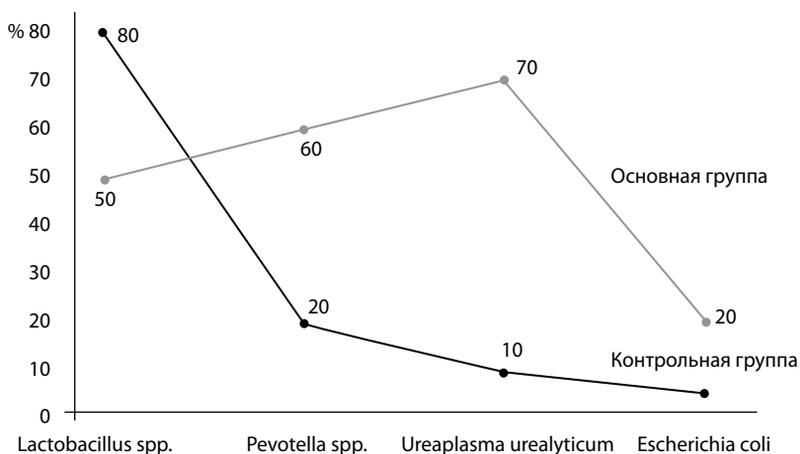
Образцы для исследования микробиома были получены из яичников при помощи минимально инвазивных методик под ультразвуковым контролем, что обеспечивает безопасность и точность процедуры. Процесс сбора образцов проводился с соблюдением всех асептических и антисептических мероприятий для предотвращения контаминации.

Для анализа микробиома использовались методы высокопроизводительного секвенирования на основе 16S рРНК, что позволяет идентифицировать микроорганизмы на уровне вида. Анализ данных включал количественную и качественную оценку микробных сообществ, сравнение разнообразия и состава микробиома между основной и контрольной группами.

Статистический анализ полученных результатов проводили на персональном компьютере с применением пакета статистических программ «Primer of Biostatistics». Для всех критериев определялось среднее значение и стандартная ошибка, для сравнения показателей в различных группах использовался критерий Стьюдента. Достоверность получаемых результатов определяли в соответствии с общепринятым значением $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. В результате проведенного исследования были выявлены значимые различия в составе микробиома яичников между женщинами с нарушениями фертильности и здоровыми женщинами. Разнообразие и концентрация определенных видов микроорганизмов в яичниках указывают на их потенциальную роль в регуляции репродуктивного здоровья. Присутствие *Lactobacillus* spp. в 80% образцов из контрольной группы и 50% образцов из основной группы подчеркивает его важность в поддержании здоровья репродуктивной системы. *Lactobacillus* spp. способствует созданию кислой среды, что препятствует развитию патогенной флоры и поддерживает здоровый микробный баланс. *Prevotella* spp. обнаружен в 60% образцов основной группы и только в 20% контрольной группы.

Высокая концентрация *Prevotella* spp. может быть индикатором воспалительных процессов в яичниках, что, в свою очередь, может негативно сказываться на фертильности. Обнаружение микроорганизма *Ureaplasma urealyticum* в 70% образцов основной группы и лишь в 10% контрольной группы указывает на его возможную связь с репродуктивными нарушениями. *Ureaplasma urealyticum* ассоциируется с



Структура микробиома яичников у обследованных, %

урогенитальными инфекциями, которые могут влиять на качество ооцитов и общую фертильность (см. рисунок).

Присутствие *Escherichia coli* в 20% образцов основной группы и 5% контрольной, несмотря на небольшую концентрацию, повышенное присутствие *Escherichia coli* в основной группе может способствовать развитию патогенных состояний, влияя на репродуктивное здоровье.

Повышенные концентрации *Prevotella spp.* и *Ureaplasma urealyticum* в основной группе подчеркивают их роль в развитии воспалительных процессов, что может негативно влиять на качество ооцитов и уменьшать вероятность успешного зачатия. Аналогично, *Escherichia coli* также могут способствовать нарушениям микробного баланса и влиять на репродуктивные функции.

Результаты подтверждают, что микробиом яичников играет важную роль в поддержании репродуктивного здоровья и может быть фактором риска нарушений фертильности. Преобладание *Lactobacillus spp.* в здоровой микрофлоре подчеркивает необходимость поддержания здорового микробиома для оптимальной репродуктивной функции. С другой стороны, ассоциация между повышенной концентрацией *Prevotella spp.* и *Ureaplasma urealyticum* и нарушениями фертильности подчеркивает потенциальную патогенную роль этих микроорганизмов. На основе данных исследования можно предложить разработку инновационных подходов к коррекции нарушений фертильности через модуляцию микробиома. Это может включать разработку пробиотических препаратов для восстановления здорового микробиома яичников и применение антимикробной терапии для устранения патогенных микроорганизмов.

Выводы. Результаты исследования выявили значимые различия в микробиоме между женщинами с нарушениями фертильности и здоровыми участницами,

указывая на потенциальную роль микробиома в регуляции репродуктивной функции и подчеркивая его значимость в разработке новых подходов к лечению и предотвращению репродуктивных нарушений. Высокая концентрация *Prevotella spp.* и *Ureaplasma urealyticum* в группе с нарушениями фертильности указывает на их возможную роль в развитии воспалительных процессов и бесплодия. Дальнейшие исследования должны сосредоточиться на выявлении механизмов, через которые микроорганизмы влияют на репродуктивную функцию, что позволит создать новые стратегии для предотвращения и лечения нарушений фертильности, основанные на модуляции микробиома.

Литература

1. Абашидзе А. А. Структура бесплодия. О чем не стоит забывать // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 4. – С. 81–84.
 2. Захаренькова Т.Н. Бактериальный вагиноз как барьер в реализации репродуктивных планов // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Проблемы дефицита железа у женщин в разные периоды жизни» Ташкент, 2024. – С. 50–52.
 3. Зенкина В.Г. Современные представления об интраорганный регуляции фолликулогенеза в яичнике // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №2. – С. 56–60.
 4. Холова З.Б., Шукуров Ф.И. Влияние микробиома плаценты на фетоплацентарную дисфункцию у беременных женщин с COVID-19//Материалы конгресса «XVIII Международный конгресс по репродуктивной медицине». – М., 2024 – С. 237–238.
 5. Маткурбанова Д.Р., Шукуров Ф.И. Роль трубной микрофлоры в развитии реокклюзий маточных труб у женщин с бесплодием // Материалы конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., 2023. – С. 34–35.
-

УДК 618.3–06:616.24-053.3

Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Заднепровский А.С., Цуканова А.А.
Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Российская
Федерация

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение. Антенатальное инфицирование плода является одной из основных причин осложненного течения родов и тяжелых последствий для здоровья женщины и новорожденного. Наиболее значимыми септическими осложнениями в родах являются хориоамнионит с развитием синдрома системного воспалительного ответа, преждевременный разрыв плодных оболочек и как следствие внутриутробное инфицирование плода, определяющее локальные и генерализованные септические заболевания новорожденных. Тяжелые последствия для здоровья матери и новорожденного, высокая стоимость выхаживания новорожденных с врожденной пневмонией или неонатальным сепсисом делают актуальной проблему акушерской тактики по снижению частоты септических осложнений и улучшению перинатальных исходов.

Цель исследования. Выявить особенности течения беременности и родов у женщин, родивших доношенных детей с врожденной пневмонией для оптимизация

акушерской тактики ведения беременных группы риска развития септических осложнений плода и новорожденного.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ течения беременности, родов и периода раннего неонатального развития новорожденных в 64 случаях, которые закончились рождением детей через естественные родовые пути с проявлениями врожденной пневмонии (основная группа) на сроках гестации от 37 до 41 недели. В контрольную группу (62 случая) вошли беременные с неосложненным течением гестационного процесса, самостоятельно родившие доношенных, здоровых детей без признаков гипоксии и внутриутробного инфицирования.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica v.6.0 с использованием критерия t-теста Стьюдента для групп, представленных параметрическими величинами; оценки корреляционной зависимости для непараметрических, ранговых величин по методу Spearman.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Возраст пациенток в двух сравниваемых группах колебался от 24 до 38 лет.

В основной группе первородящих было 27 жен. (42,2%), а в контрольной 50 жен. (80,6%). Из числа первородящих основной группы 66,0% представляли первобеременные и 34,0% – повторнобеременные, в анамнезе у которых отмечены самопроизвольные аборт и медикаментозное прерывание беременности на ранних сроках.

Наличие хронических, часто рецидивирующих экстрагенитальных заболеваний пациентки основной группы отмечали в 3 раза чаще, чем в контрольной. Преимущественно это были заболевания инфекционного генеза верхних дыхательных путей (11 жен. 23%) и мочевыделительной системы (23 жен. 35,9%).

Угроза прерывания настоящей беременности отмечалась преимущественно в основной группе (32 жен. 51,6%), при этом у каждой второй пациентки наблюдался рецидив угрозы прерывания беременности. В контрольной группе данное осложнение встречалось в 3,5 раз реже ($P < 0,05$).

Обострение хронических инфекционных заболеваний на протяжении беременности имели 37 (57,8%) беременных основной группы, бессимптомную бактериурию 12 жен. (18,7%), отит – 4 (6,2%), ОРЗ – 27 (42,2%), грипп – 6 (9,4%). В контрольной группе во время беременности только 3 пациентки (4,8%) отмечали ОРЗ и 2 пациентки (3,2%) перенесли грипп.

У каждой третьей женщины основной группы диагностировали клиническое проявление плацента зависимых осложнений: задержку роста плода (7 жен. 10,9%), маловесный плод (11 жен. 17,2%), гипоксию плода (9 жен. 14,1%). Многоводие, ультразвуковые признаки хориоамнионита выявлены у 14 (21,9%) пациенток основной группы и лишь у 3 женщин (4,8%) в контрольной группе ($P < 0,05$). Тазовое предлежание плода наблюдалось с одинаковой частотой в сравниваемых группах.

Каждая пятая беременная основной группы имела проявления преэклампсии (12 жен. 18,7%), в контрольной группе проявления преэклампсии не наблюдались. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты легкой степени тяжести диагностирована у 3 беременных (4,7%) основной группы.

Преждевременный разрыв околоплодных оболочек определили в 65,6% наблюдений (42 жен.) основной группы, и в 19,3% (12 жен.) пациенток контрольной группы ($P < 0,05$).

Длительный безводный промежуток более 12 часов наблюдался у 32 (51,6%) женщин основной группы и у 2 жен. (3,2%) контрольной ($P < 0,05$). Хориоамнионит был диагностирован у рожениц основной группы с длительным безводным промежутком в 17,2% (11 наблюдений). Анализ характера и частоты осложнений беременности и родов в основной группе статистически достоверно превышал частоту осложнений в контрольной группе.

У рожениц контрольной группы даже при длительном безводном промежутке хориоамнионит не диагностировали. Аномалии родовой деятельности в виде первичной и вторичной слабости, а также дискоординации родовой деятельности регистрировались у каждой 3 пациентки основной группы и требовали медикаментозной коррекции.

Общая продолжительность родов составила $12,7 \pm 3,4$ часа в основной группе и $11,9 \pm 4,6$ часа в контрольной группе и не имела статистических различий в сравниваемых группах. Очевидно, это было обусловлено своевременной и эффективной коррекцией родовой деятельности, а также малой массой плода, не требующей длительной сократительной деятельности матки. Слабость родовой деятельности, требующая медикаментозной коррекции, отмечена у 6 (9,4%) рожениц основной группы. Преждевременная отслойка плаценты в родах была выявлена у 3 пациенток (4,7%) основной группы. Эпизиотомия произведена в 15 (23,4%) случаях основной группы, в 13 (14,1%) – контрольной группы. Оценка состояния плода в родах проводилась с использованием ультразвукового и доплерометрического исследования с оценкой скорости кровотока в сосудах матки, пуповины и средней мозговой артерии плода в 1 периоде родов, а длительный мониторинг сердечной деятельности плода на протяжении 1 и 2 периодов родов осуществлялся с помощью кардиотокографического исследования.

При незрелой шейке матки, при длительном безводном промежутке, при развитии хориоамнионита была проведена преиндукция родов в 25 случаях (39,1%) в основной группе и в 17 случаях (27,4%) в контрольной группе. Нарушение объема околоплодных вод, маловодие или многоводие наблюдались чаще ($P < 0,05$) в основной группе (25 жен. 39,1%), чем в контрольной (3 жен. 4,8%). Преждевременная отслойка плаценты в родах была выявлена в 6 случаях (9,4%) только у пациенток основной группы. Плацентарная дисфункция (15 жен. 23,4%), острая гипоксия плода в родах (27 жен. 42,2%), незрелость плода (14 случаев 21,9%) чаще ($P < 0,05$) была диагностирована в основной группе по сравнению с контрольной (6,4%, 4,8%, 3,2% соответственно). Преждевременная отслойка плаценты в родах наблюдалась в 6 случаях (9,4%) только у пациенток основной группы.

Ультразвуковые маркеры внутриутробной инфекции, такие как нарушение толщины и структуры плаценты, многоводие, чаще наблюдались в основной группе (18,7% и 21,9% соответственно), чем в контрольной группе (3,2% и 6,4% соответственно).

Хориоамнионит в родах был диагностирован у 13 пациенток (20,3%) основной группы. Наиболее часто хориоамнионит у матери проявлялся в виде лихорадки, озноба, повышения температуры, тахикардии, увеличения лейкоцитоза. В последовом периоде у женщин основной группы проведено 5 (7,8%) операций: ревизия полости матки по поводу гипотонического кровотечения – в 3 (4,7%) клинических наблюдениях, ручное отделение и выделение последа – в 2 (3,1%) случаях; в контрольной группе перечисленная патология не регистрировалась.

Эндомиометрит был выявлен у 4 женщин (6,25%), лохиометра – у 6 женщин (9,4%) основной группы. ($P < 0,05$).

Все дети родились живыми. Средняя масса новорожденных контрольной группы составила 3570 ± 340 г, оценка по Апгар – 7-9 баллов, в основной группе масса детей – 3150 ± 270 г, оценка по Апгар от 4 до 8 баллов. Из числа новорожденных основной группы врожденная пневмония диагностирована у всех 64 детей, у 6 новорожденных отмечена тенденция к генерализации воспалительного процесса до развития неонатального сепсиса.

Все новорожденные основной группы имели сочетание нескольких заболеваний или осложнений неонатального периода. 49 новорожденных (76,5%) имели сочетание синдрома дыхательных расстройств с церебральной ишемией и внутриутробной пневмонией.

Всем новорожденным основной группы было проведено бактериологическое исследование содержимого верхних дыхательных путей с целью верификации возбудителя инфекционного процесса. Наиболее часто диагностировали массивный рост *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes* или их сочетание (20 случ. 31,2%). Значительно реже определяли *Enterococcus faecalis* или *Staphylococcus aureus* (11 случ. 17,2%). *Streptococcus agalactiae* диагностирован в 6 случаях (9,4%) как основной возбудитель неонатального сепсиса. В единичных случаях были выявлены *Candida spp.* и *Pseudomonas aeruginosa* (3 случ., 4,7%). В 24 (37,5%) случаях возбудителя не удалось идентифицировать при бактериологическом исследовании, из-за отсутствия роста патогенной флоры на питательной среде ($P < 0,05$).

Сравнение результатов гистологического исследования последов показало, что плаценты сравниваемых групп были сопоставимы по топографии воспаления и путям инфицирования, однако отличались по частоте и выраженности воспалительной реакции. Базальный децидуит был диагностирован в 100% случаев в основной группе и в 9,7% (6 случ.) – в контрольной группе. Пролiferативный виллузит в 27 (42,2%) случаях у пациенток основной группы сочетался с поствоспалительной гиповаскуляризацией терминальных ворсин, что ($P < 0,05$) указывает на длительность процесса и формирования плацентарной недостаточности. В основной группе также определялся экссудативный бактериальный внеплацентарный хориоамнионит (24 случ., 37,5%) и сосудисто-стромальный фуникулит (25 случ., 39,1%). Вовлечение в воспалительный процесс сосудов и стромы пупочного канатика свидетельствовало о более тяжелом этапе восходящего инфицирования.

Выводы. Во всех анализируемых случаях причиной врожденной пневмонии было внутриутробное инфицирование разнообразной бактериальной флорой во 2 или 3 триместре. Наиболее неблагоприятное течение заболевания с склонностью к генерализации инфекционного процесса отмечено при выявлении у новорожденных *Streptococcus agalactiae* (основного представителя стрептококков группы В). К предикторам внутриутробного инфицирования следует отнести наличие у матери очагов хронической инфекции, заболевания мочеполовой системы в первой половине беременности, формирование плацентарной недостаточности, развитие хориоамнионита в родах, гипоксию плода и аспирацию околоплодными водами при длительном безводном промежутке.

Литература

1. Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Лысенко А.С., Потапова В.Е. Врожденные пневмонии // Охрана материнства и детства. – 2021. – № 1 (37). – С. 42–48.
2. Тореева Т.Е., Сарсенбай С.Б., Шабетов Е.Л., Кизатова С.Т. Анализ факторов риска и особенностей течения врожденной пневмонии новорожденных // Медицина и экология. – 2021. – № 1 (98). – С. 30–34.

УДК 616.94-022.75Streptococcus-053.31

Илькевич Н.Г., Альферович Е.Н., Дражина О.Г.
Учреждение здравоохранения «б-я городская клиническая больница» г. Минск,
Республика Беларусь
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь

ПОЗДНЯЯ РЕАЛИЗАЦИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение. Работа в системе инфекционного контроля позволяет проводить мониторинг флоры, высеваемой в отделениях учреждений здравоохранения. Такой анализ дает оценку эффективности проводимых профилактических мероприятий по предотвращению возникновения и распространения инфекционных заболеваний в лечебных учреждениях.

Проблеме микробиологического мониторинга в родильных домах уделяется большое внимание. В последние годы чаще стали регистрироваться *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia Coli*, *Enterococcus faecalis*, которые вызывают тяжелые заболевания у новорожденных детей. Колонизация стрептококка группы В во время беременности может привести к преждевременным родам, антенатальной гибели плода, материнским инфекциям, тяжелым заболеваниям (в том числе менингит и сепсис) у младенцев с высоким риском летального исхода [1, 2]. Дети чаще заражаются при прохождении через родовые пути. После внедрения скринингового обследования беременных на носительство *Streptococcus agalactiae* и проведение антибиотико

профилактики в родах достоверно снизилась заболеваемость новорожденных ранними формами этой инфекции. Однако остается проблема возникновения поздней инфекции, вызванной стрептококком группы В в период новорожденности и первых месяцев жизни. В литературе дана клиническая характеристика поздней формы со временем начала 20–37 сутки жизни, но до сих пор не разработано эффективных мер ее профилактики.

Цель исследования. Анализ структуры клинически значимых патогенов в перинатальном центре третьего уровня, выявление неблагоприятных тенденций с акцентом на поздних случаях реализации инфекции, вызванной *Streptococcus agalactiae* у новорожденных детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных, полученных в ходе работы инфекционного контроля в родильном доме УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска. За 2022–23 гг. выполнено 16605 бактериологических исследований. Микробиологические данные взяты из системы WHONET, которая позволяет собирать и анализировать данные по лечебным учреждениям. Особое внимание уделялось изучению микробиоты у новорожденных. Выполнено 3540 исследований в 2022 году и 4141 в 2023 году, что составило соответственно 43,7% и 49,7% от числа всех проведенных в роддоме.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Проведенный анализ позволил ранжировать клинически значимые патогены по частоте их выделения и выявить неблагоприятные тенденции (таблица 1).

Таблица 1
Распределение клинически значимых патогенов по частоте их выделения

Возбудитель	2022 год			2023 год		
	Число пациентов	Число изолятов	%	Число пациентов	Число изолятов	%
<i>Escherichia coli</i>	723	813	11,4	890	1000	10,5
<i>Enterococcus faecalis</i>	525	564	7,9	792	874	9,2
<i>Staphylococcus aureus</i>	193	261	3,7	249	367	3,9
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	158	241	3,4	193	337	3,6
<i>Streptococcus agalactiae</i>	155	178	2,5	233	254	2,7
<i>Klebsiella pneumonia</i>	161	219	3,0	117	136	1,4

За последние годы структура клинически значимых для новорожденных детей возбудителей остается без значительных изменений. Отмечен рост удельного веса стрептококка группы В. Поэтому мы решили проанализировать результаты микробиологических исследований по отделениям роддома за 2022–23 годы (таблица 2). Можно сделать выводы об особенностях во время беременности, возможностях активной профилактики инфицирования *Streptococcus agalactiae* в родах, что позволило снизить частоту выявления этого возбудителя у женщин в послеродовом периоде.

Одновременно нарастает проблема носительства у беременных в отделении патологии беременности, увеличение числа инфицированных новорожденных. Поэтому в данном анализе мы хотели акцентировать внимание на поздних случаях реализации инфекции, вызванной *Streptococcus agalactiae* у новорожденных детей.

Таблица 2
Высеваемость *Streptococcus agalactiae* в отделениях роддома

Структурные подразделения родильного дома	2022 год		2023 год	
	Изоляты	%	Изоляты	%
Отделение патологии беременных	58	32,6	90	35,4
Акушерско-физиологическое отделение	2	0,1	–	–
Обсервационное отделение	25	14	17	6,7
Отделение для новорожденных	20	11,2	50	19,7
Отделение анестезиологии и реанимации новорожденных детей	8	4,5	21	8,2
Педиатрическое отделение	7	4,0	13	5,0

Клинический случай 1 с поздней реализацией *Streptococcus agalactiae* на 22-е сутки жизни в виде острого гнойного менингита. Родилась недоношенная девочка в сроке гестации 243 дня от 2-й беременности 2-х родов. Из анамнеза матери известно, что в третьем триместре был кольпит и инфекции мочевыводящих путей. Роды преждевременные в головном предлежании плода в сроке гестации 243 дня. Коронавирусная инфекция, среднетяжелая форма. Двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония, среднетяжелое течение. ДН 1 степени. Двусторонний гидроторакс. Гидроперикард. Преэклампсия умеренной степени. Кандидоз. Учитывая то, что роды были преждевременными в сроке 35 недель, скрининг на носительство *Streptococcus agalactiae*, проводимый в срок 35–37 недель, не был проведен. Ребенок, учитывая тяжесть состояния за счет проявлений респираторного дистресс-синдрома и недоношенности, с рождения находился в отделении реанимации новорожденных детей. В соответствии с действующими на тот период времени приказами, ребенок был дважды обследован методом ПЦР на *Cor SARS Cov-2*: первый результат положительный, повторный – отрицательный. Проведена рентгенограмма органов грудной клетки – данных в пользу пневмонии нет. При рождении бакпосевы из пупа и кровь на стерильность роста не дали, в посеве из уха и зева – *Candida sp*. В отделение анестезиологии и реанимации новорожденных детей ребенок получал респираторную поддержку путем подачи увлажненного кислорода в кювет (max 25%), инфузионную терапию, частичное парентеральное питание, профилактику геморрагической болезни витамин K1, антибактериальную терапию (сультасин в дозе 75 мг/кг в/венно 2 раза в сутки курсом 10 дней). Проведена профилактика кандидозной инфекции флюконазол в профилактической дозе. На 11 сутки жизни в стабильном состоянии переведен в педиатрическое отделение для дальнейшего выхаживания, где находился на совместном пребывании с матерью на грудном вскармливании. На протяжении

лечения лабораторные показатели были без признаков воспаления (СРБ 0,14-0,4-0,09 мг/л, уровень лейкоцитов 10,2-13,5-10,4×10⁹/л). Результаты бакпосевов при поступлении в отделение *Staphylococcus haemolyticus* 10³ и 10⁴ из глаза и зева соответственно. Резкая отрицательная динамика произошла на 22-е сутки жизни за счет нарастания симптомов интоксикации, дыхательной недостаточности, гипертермии. Реакция на осмотр вялая, поза неполной флексии. Мышечная гипотония. Двигательная активность и рефлексы периода новорожденности снижены. Судорог нет. Большой родник 1,5–1,5 см, выполнен. Кожные покровы бледные. ЧД 50 в мин. Гемодинамика относительно стабильная. ЧСС 170 ударов в мин. В общем анализе крови выраженная лейкопения (2,9×10⁹/л), анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы с лимфоцитозом; субкомпенсированный метаболический ацидоз по КОС. Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости без патологии. Антиген на Cor SARS Cov-2 отрицательный. Ребенок экстренно переведен в детскую больницу с диагнозом: Инфекция специфичная для перинатального периода. Новая коронавирусная инфекция, легкое течение, реконвалесцент. Синдром двигательных нарушений с мышечной дистонией. ВПС вторичный: ДМПП. ДМЖП мышечный. СН₀. Недоношенность 243 дня. При поступлении в отделение реанимации детской больницы сделана люмбальная пункция с последующим посевом ликвора. Получен рост *Streptococcus agalactiae*, большое количество нейтрофилов. Выставлен диагноз острый гнойный менингит, вызванный *Streptococcus agalactiae*.

Клинический случай 2 имел похожую картину. Родился ребенок в сроке гестации 248 дней. Учитывая недоношенный срок и признаки дыхательной недостаточности, с рождения находился в отделение анестезиологии и реанимации новорожденных детей, получал респираторную поддержку путем подачи увлажненного кислорода в кювез (max 25%), инфузионную и антибактериальную терапию (сультасин 75 мг/кг в/венно 2 раза в сутки). С рождения бакпосевы из уха, зева и пуповины роста не дали. Из анамнеза матери известно, что данная беременность протекала с осложнениями: во втором триместре беременности появилась гестационная артериальная гипертензия, перенесла обострение лабиального герпеса, в третьем триместре беременности – кольпит (санирован), обнаружено носительство *Streptococcus agalactiae*. В родах антибиотикопрофилактика не была проведена. В данном случае можно было ожидать рождения ребенка с проявлениями врожденной пневмонии, однако, сделанные дважды рентгенологические снимки органов грудной клетки ее исключили. На 4-е сутки жизни для дальнейшего выхаживания и лечения ребенок в стабильном состоянии переведен в педиатрическое отделение. При поступлении в отделение в посевах из глаза и зева выделен *Streptococcus agalactiae* 10⁴. Учитывая полученную флору, курс антибактериальной терапии продлен до 10 суток. При выписке повторно взяты бакпосевы: из глаза *Staphylococcus haemolyticus* 10⁶, из зева *Staphylococcus epidermidis*. 10⁴. Получив полный курс лечения, в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки жизни ребенок был выписан домой с диагнозом: Инфекция специфичная для перинатального периода (мать носитель *Streptococcus agalactiae*), период восстановления. Синдром двигательных нарушений с мышечной дистонией. РДС

(купирован). МАС: ФОО. Незавершенный ангиогенез сетчатки ОИ. Недоношенность 248 дней. Весь период нахождения дома ребенок был на грудном вскармливании, уход осуществляла мать. На 2-м месяце жизни ребенок поступает в городскую детскую инфекционную клиническую больницу в отделение реанимации в крайне тяжелом состоянии с диагнозом острый гнойный менингит, вызванный *Streptococcus agalactiae*, источником которого являлась мать.

Выводы. Приведенные клинические случаи показывают серьезность инфицирования *Streptococcus agalactiae* новорожденных в плане поздней реализации, при этом не исключается, что возбудитель попал к детям от мам при уходе и кормлении. Частые случаи носительства стрептококка группы В у женщин, нечеткое выполнение обследования беременных и передачи их результатов из женских консультаций в родильные дома и детские поликлиники, отсутствие антибиотикопрофилактики в родах, эффективных мер поздней профилактики инфицирования новорожденных, настороженности у педиатров детских поликлиник приводит к случаям заболевания новорожденных *Streptococcus agalactiae* в виде менингитов.

Литература

1. Gonçalves BP, Procter SR, Paul P, Chandna J, Lewin A, Seedat F, Koukounari A, Dangor Z, Leahy S, Santhanam S, et al. 2022. Group B *Streptococcus* infection during pregnancy and infancy: estimates of regional and global burden. *Lancet Glob Health* 10:e807–e819.
2. The risk factors for Group B *Streptococcus* colonization during pregnancy and influences of intrapartum antibiotic prophylaxis on maternal and neonatal outcomes. Chen X, Cao S, Fu X, Ni Y, Huang B, Wu J, Chen L, Huang S, Cao J, Yu W, Ye H. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Mar 27; 23(1):207.

УДК 618.145

Кибик С.В., Лысенко О.В.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

PRP-ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Введение. Для успешной имплантации эмбриона необходимы два фактора: соответствующее эмбриональное развитие и рецептивный эндометрий. Состояние эндометрия возможно оценить при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) с измерением толщины эндометрия. Толщина эндометрия, при которой возможен перенос эмбриона 7 мм. Тонкий эндометрий, который не поддается стандартной терапии, остается проблемой современной гинекологии с позиции репродуктивного здоровья. Существует множество методик лечения тонкого эндометрия : использование антимикробной и противовоспалительной терапии, применение эстрогенов и прогестерона, дезагрегантов, витамина Е и силденафила цитрата интравагинально, введение раствора дексаметазона в полость матки и применение гранулоцитарного колониестимулирующего фактора. Однако, ряд женщин с тонким эндометрием остаются

невосприимчивыми к вышеуказанным методам терапии. PRP – это плазма, приготовленная из аутологичной крови, которая обогащена тромбоцитами примерно в 4–5 раз больше, чем циркулирующая кровь, и содержит различные факторы роста.

Цель исследования. Оценить влияния обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) на рефрактерный к традиционной терапии «тонкий» эндометрий у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 17 пациенток репродуктивного возраста с синдромом «тонкого» эндометрия. Критерии включения в исследование:

1. Синдром «тонкого» эндометрия, рефрактерного к традиционной терапии (толщина эндометрия менее 7 мм по данным эхографии в позднюю фолликулярную фазу, как минимум в трех предыдущих менструальных циклах).
2. Толщина эндометрия менее 7 мм по данным эхографии в циклах заместительной гормональной терапии в программе переноса размороженных эмбрионов.
3. Толщина эндометрия менее 7 мм по данным эхографии в циклах контролируемой индукции овуляции.

Внутриматочную инфузию обогащенной тромбоцитами плазмой проводили (ОТП):

- На 9–10 день естественного цикла.
- На 10 день цикла заместительной гормональной терапии в программе переноса размороженных эмбрионов.
- На 8 и 10 день цикла в случае проведения контролируемой индукции овуляции (КИО).

Статистическая обработка полученного материала проводилась с расчетом U-критерия Манна – Уитни с применением пакета STATISTICA v 6,0.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Средний возраст женщин исследуемой группы $32 \pm 4,7$ лет. Необходимо отметить, что из 17 женщин у 6 в анамнезе были проведены гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание по поводу полипа эндометрия и/или гиперплазии эндометрия, у 8 – два и более внутриматочных вмешательства (35,3% и 47,0% соответственно), что на наш взгляд может привести к синдрому «тонкого» эндометрия у исследуемой группы пациентов. Во всех случаях наблюдений определена адекватная реакция эндометрия на проводимую терапию ОТП: до начала внутриматочной инфузии ОТП медиана максимальной толщины эндометрия у пациентов исследуемой группы составляла 5,2 мм, а после проведенной терапии зарегистрирован рост толщины эндометрия, при этом изучаемый показатель составил 7,1 мм. После применения ОТП толщина эндометрия была удовлетворительной у всех пациентов, у которых наступила клиническая и биохимическая беременность (35,3% и 11,7% соответственно), самопроизвольный выкидыш произошел в 1 случае.

Выводы:

1. Метод показывает способность ОТП стимулировать рост эндометрия: адекватный рост эндометрия был обнаружен у всех участников после внутриматочных инфузий ОТП.

2. Метод позволяет увеличить частоту наступления беременности у пациентов с «тонким» эндометрием, тем самым является новой стратегией в терапии женщин с синдромом «тонкого» эндометрия.

Литература

1. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение / Зароченцева Н.В. [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т. 13. – № 5. – С. 21–27.
 2. Endometrial growth and uterine blood flow: a pilot study for improving endometrial thickness in the patients with a thin endometrium / A. Takasaki [et al.] // Fertility and Sterility. – 2010. – Vol. 93. – P. 1851–1858.
 3. Effect of vaginal sildenafil on the outcome of in vitro fertilization (IVF) after multiple IVF failures attributed to poor endometrial development / G. Sher [et al.] // Fertility and Sterility. – 2002. – Vol. 78. – P. 1073–1076.
 4. Successful treatment of unresponsive thin endometrium / N. Gleicher [et al.] // Fertility and Sterility. – 2011. – Vol. 95. – P. 13–17.
 5. Autologous platelet-rich plasma promotes endometrial growth and improves pregnancy outcome during in vitro fertilization / Y. Chang [et al.] // Int. J. Clin. Exp. Med. – 2015. – Vol. 8. – P. 1286–1290.
-

УДК 618.614-006.5-035-7

Кириленко В.П., Грудницкая Е.Н., Русакевич П.С., Дыдышко Е.С.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

СНИЖЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ПОЛИПАХ ТЕЛА МАТКИ

Введение. Полипы тела матки и (или) эндометриальная железистая гиперплазия (МКБ-11, полип матки обозначается кодом GA16.0 эндометриальная железистая гиперплазия) широко распространенная патология в структуре гинекологических заболеваний и характеризуется высоким процентом выполняемых хирургических вмешательств [1, 2]. Своевременная их диагностика и лечение являются актуальными проблемами гинекологии, поскольку имеют важное значение в профилактике рака эндометрия, которому они могут предшествовать или служить фоном для его развития [3, 4]. Проведенный анализ выполненных малых инвазивных операций за 9 месяцев показал, что из 325 пациенток, которым выполнена гистероскопия по поводу полипа тела матки, у 232 (71,4%) он был подтвержден, а у 93 (28,6%) женщин наличие полипа не оказалось и (или) неподтвердилось.

Цель исследования. На основании клинико-анамнестического анализа установить наиболее значимые факторы для подтверждения полипа(ов) тела матки с целью снижения диагностических ошибок и оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. С целью удаления полипа(ов) тела матки у гинекологических пациенток применяется хирургическая гистерорезектоскопия, которая проводится в условиях малой операционной.

Результаты и обсуждение результатов исследования. В эндовидеохирургическом центре Родильного дома Минской области (УЗ «КРДМО») было выполнено 325

гистероскопий у женщин с установленным диагнозом «Полип тела матки». Диагноз в основном был установлен на основании УЗ-исследования. Клинико-анамнестические проявления, как элемента так называемой классической триады, в медицинских документах был прописан скудно, а то и вовсе отсутствовал. По протоколам записи хирурга и полученным гистологическим заключениям было установлено, что из 325 пациенток, которым выполнена гистероскопия по поводу полипа тела матки, у 232 (71,4%) он был подтвержден, а у 93 (28,6%) женщин наличие полипа не оказалось и (или) неподтвердилось. Проведенный детальный анализ историй болезни пациенток установил следующую клиническую характеристику обследованных.

По возрасту, обследуемые женщины распределились следующим образом: наиболее часто полипы эндометрия диагностировались в возрастном ранге от 41–61 года, их количество составило – 182 (78±15,2%), однако в этой же группе по возрасту у 57 (61±5%) пациенток наличие полипов не подтвердилось. Прослеживается определенная тенденция в увеличении патологии эндометрия с возрастом. Если в молодом возрасте от 20–30 лет наличие патологических образований было у 23±2,7% (n=54), то в последующие возрастные интервалы вплоть до постменопаузы только возрастало и соответствовало 38±5,1% (n=89) в 31–40 лет и 78±15,2% (n=182) в 41–61 соответственно.

Из особенностей менструальной функции обследованных пациенток следует отметить, что регулярный менструальный цикл был установлен у 26±2,8% (n=62) с подтверждением полипа(ов) и у 34±4,9% (n=32) женщин, у которых полип эндометрия был неподтвержден. Позднее наступление и установление менструальной функции у пациенток с подтверждением полипа(ов) отметили 16±2,4% (n=39), а женщины с неподтвержденным полипом тела матки составили 11±3,2% (n=11). Нерегулярный менструальный цикл отметили 20±2,6% (n=47) женщин при наличии подтвержденных полипов и такой же в цифровом процентном соотношении 20±4,1% (n=19) был в группе обследованных с неподтверждением полипа(ов). Другие нарушения менструальной функции, которые объединили целый ряд клинических проявлений в виде: болевого синдрома накануне менструаций, схваткообразные боли внизу живота во время месячных, обильные кровотечения во время месячных, кровомазанье после месячных были отмечены у 36,1±2,6% (n=84) пациенток с подтверждением полипа(ов), а у тех, где был неподтвержден полип(ы) установлен у 33±2,4% (n=31).

По наличию беременностей и их исходов обследуемые группы распределились следующим образом: Срочные роды в кагорте женщин с подтверждением полипа(ов) были у 76,1±2,8% (n=178), преждевременные – 8±1,7% (n=19), а их отсутствие имело место у 23±2,7% (n=54). В группе с установленным неподтверждением полипа(ов) по срочным родам данный показатель составил 84±3,8% (n=79), преждевременные – 2±1,4% (n=2), отсутствие родов было у 15±3,7% (n=14). Замершую или неразвивающуюся беременность в анамнезе имели 14±2,2% (n=34) пациенток с подтверждением полипа(ов) и нарушенную внематочную беременность отметили 3±1% (n=7), у женщин с неподтверждением полипа(ов) данный показатель варьировал на уровне 4±2% (n=4) и 1±1% (n=1) соответственно. В рубрике искусственных абортов доминировала

группа с подтверждением полипа(ов) $37\pm 3,1\%$ ($n=86$), а у тех, у кого был неподтвержден полип(ы) составил $23\pm 4,3\%$ ($n=22$).

Из перенесенных соматических заболеваний в исследуемых группах с эндометриальной железистой гиперплазией отмечена высокая в процентном отношении заболеваемость по перенесенным детским и вирусным инфекциям $87\pm 2,2\%$ ($n=204$) и $93\pm 2,6\%$ ($n=87$) соответственно. На втором месте доминировали болезни сердечно-сосудистой системы, включая, артериальную гипертензию и ожирение I-IV степени $65\pm 3,1\%$ ($n=151$) и $47\pm 5,1\%$ ($n=44$) и завершали данный «призерный» ряд заболевания бронхолегочной системы, включая перенесенную пневмонию $37\pm 3,1\%$ ($n=88$) и $38\pm 5\%$ ($n=36$). Следует отметить, что в группе женщин с подтверждением полипа(ов) до $21\pm 2,6\%$ ($n=49$) имели варикозную болезнь нижних конечностей, по сравнению с другой группой этот процент был на уровне $12\pm 23,4\%$ ($n=12$). Некоторой неожиданностью явилось то, что болезни почек и мочевыводящих путей были значительно выше в кагорте женщин с неподтверждением полипа(ов) $23\pm 4,3\%$ ($n=22$) и $11\pm 2\%$ ($n=26$) соответственно. Также в данной группе было больше пациенток с патологией щитовидной железы $29\pm 4,7\%$ ($n=27$) и болезнями ЛОР-органов $20\pm 4,1\%$ ($n=19$) по сравнению с аналогичными $18\pm 2,5\%$ ($n=43$) и $16\pm 2,4\%$ ($n=38$). Болезни желудка, желчного пузыря и 12-перстной кишки были незначительны в обеих группах и колебались на уровне $11\pm 2\%$ ($n=27$) и $11\pm 3,2\%$ ($n=11$) соответственно.

Из заболеваний репродуктивного аппарата в группе обследованных женщин с подтверждением полипа(ов) в большом проценте случаев были эктопические поражения шейки матки $70\pm 3\%$ ($n=163$) и $58\pm 5,1\%$ ($n=54$) по аналогии. Далее отмечено большое количество проведенных операций Кесарево сечение в данной группе $46\pm 3,3\%$ ($n=46$) по сравнению с противоположной $12\pm 3,4\%$ ($n=12$). Другие заболевания репродуктивного тракта: воспалительные заболевания органов малого таза, кольпит, операции на придатках, бесплодие в процентном отношении достоверно не различались и находились в равном соотношении.

При проведении анализа историй болезни пациенток, которым проводилась гистероскопия по поводу «полипа тела матки», нас интересовали наиболее значимые клинические проявления и(или) их последствия при данной патологии. Поскольку маточные полипы возникают вследствие разрастания клеток эндометрия, то для проявления клинических симптомов необходимо время. На начальном этапе этот процесс, как правило, проходит бессимптомно, но при наличии нескольких образований или увеличения их до крупных размеров могут проявляться следующие клинические проявления. Из наиболее часто встречаемых клинических проявлений в группе женщин с подтверждением полипа(ов) практически у половины обследуемых встречались кровянистые, мажущие выделения, не связанные с менструальным циклом и постпонирующие кровянистые, мажущие выделения $50\pm 3,3\%$ ($n=116$) и $50\pm 3,3\%$ ($n=117$) у пациенток с неподтверждением полипа(ов) соответственно $22\pm 4,3\%$ ($n=21$) и $38\pm 5\%$ ($n=36$). Следует отметить клиническую симптоматику, связанную с болями внизу живота перед и во время месячных $37\pm 3,2\%$ ($n=88$) и обильные *menstris* во время месячных $34\pm 3,1\%$ ($n=81$). По аналогии с другой группой данный процент колебался

на уровне $19\pm 4\%$ ($n=18$). Болевые ощущения с наличием кровянистых выделений во время или после полового акта в обеих группах были незначительными и составили $5\pm 1,4\%$ ($n=13$) и $9\pm 3\%$ ($n=9$), т.е. где-то на уровне статистической погрешности.

В зависимости от клеточной морфологии (состава клеток) полип тела матки может быть: железистым (с задействованием желез), фиброзным (из фиброзных волокон), железисто-фиброзным (с задействованием обеих тканей), аденоматозным (из измененных железистых клеток, перерастающих в злокачественные). Отдельно выделяют плацентарные, которые возникают из остатков плаценты при тяжелых родах или аборте из-за неполного выскабливания. Визуально он похож на своеобразный гриб – скопление узловатых тканей на тонкой ножке, которой полип крепится к стенке матки. По результатам морфологического исследования субстрата, полученного в результате проведения гистероскопии по поводу установленной патологии тела матки, в картотеке женщин с подтверждением полипа(ов), доминировали железистый полип $58\pm 3,2\%$ ($n=136$) и железисто-кистозный полип $20\pm 2,6\%$ ($n=48$). Замыкал эту триаду атрофический полип с $11\pm 2\%$ ($n=27$). Аденоматозный и железисто-фиброзный полип(ы) составили менее 10% от данной группы исследуемых женщин и составили $4\pm 1,2\%$ ($n=4$) и $7\pm 1,7\%$ ($n=17$) соответственно. В группе пациенток с неподтверждением полипа(ов) заключение по морфологическому материалу было более разнообразным и пестрым. В тройке лидеров оказались гистологические заключения, связанные с циклическими изменениями эндометрия. В процентном отношении они распределились следующим образом: циклические пролиферативные изменения эндометрия – $24\pm 4,4\%$ ($n=23$), эндометрий ранней и поздней стадии фазы пролиферации – $23\pm 4,3\%$ ($n=22$), циклические секреторные изменения эндометрия – $17\pm 3,9\%$ ($n=16$). Другие перечисленные заключения были обусловлены эндометрием гипопластического типа $9\pm 2,9\%$ ($n=9$) и $11\pm 3,2\%$ ($n=11$), эндоцервиксом с клеточной метаплазией $7\pm 2,6\%$ ($n=7$) и попавшими в морфологическое исследование фрагменты субмукозной лейомиомы $5\pm 2,2\%$ ($n=5$).

Исходя из полученных данных следует отметить высокий процент неподтвержденных случаев наличия «полипа(ов) тела матки» у обследованных женщин, которым выполнена гистероскопия. Их количество в данном исследовании составило практически 1/3 от общего числа ($n=325$) и колебалось на уровне $28,6\%$ ($n=93$). Несмотря на то, что УЗ визуализация с целью диагностики была применена во всех случаях, однако около 30% случаев оказались ошибкой, т.е. наличие патологического субстрата не подтвердилось.

Выводы. С целью снижения диагностических ошибок и гипердиагностики, что влечет за собой использование дорогостоящего эндовидеохирургического оборудования, нам представляется следующее:

1. Более активно и детализировано использовать клиничко-anamnestические данные, особенно в части жалоб, связанных с нарушениями менструального цикла, а также анамnestических факторов, которые могут быть причинно-следственными в росте патологических образований в матке.

2. Не следует проявлять излишнюю поспешность и экстренность при наличии полипа и срочном проведении гистерорезектоскопии. Рекомендуется провести тройной УЗ скрининг с соблюдением всех правил обследования и фазы менструального цикла.
3. Установлено, что около 95% пациенток, которым проведена операция, гормональное лечение не проводилось, не исследовался гормональный фон, а во многих случаях банально, не проводилась коррекция длительной менструальной дисфункции. Следует активно использовать раздельно-диагностическое выскабливание, особенно в сомнительных случаях и(или) наличии полипа(ов) небольших размеров.

Литература

1. Гончаренко, В.Н. Клинико-морфологическое обоснование дифференциального алгоритма лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.Н. Гончаренко, В.А. Бенок // Охрана материнства и детства. – 2014. – №1, том 23. – С. 17–20.
 2. Кондриков, Н.И. Патология матки / Н. И. Кондриков, И.В. Барина. – М.: Практическая медицина, 2019. – С. 229.
 3. Bel, S. Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women / S. Bel, C. Billard, J. Godet, V. Viviani, C. Akladios, A. Host, E. Faller, T. Boisrame, M. Hummel, J-J. Baldauf, L. Lecointre, O. Garbin // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2017. – Vol. 216. – P. 138–142.
 4. Clark, T.J. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? / T. J. Clark, H. Stevenson // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2017. – Vol. 40. – P. 89–104.
-

УДК 612.014:591.822]:618.614-055.26:620.187

Кириленко В.П., Мельник Е.В.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

ИЗМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА И ФУНКЦИИ КЛЕТОК СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ШЕЙКИ МАТКИ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ

Введение. Изменения биофизических параметров цервикальной ткани перед наступлением родов состоят из целого комплекса биохимических и функциональных преобразований, приводящих к глобальной структурной перестройке стромы шейки матки, от которой напрямую зависит деторождение [1]. В этом процессе, на наш взгляд, очень важную и, может быть, ключевую роль выполняют клетки соединительной ткани, о роли которых в репродуктивных событиях имеются лишь отдельные исследования и публикации.

Цель исследования. Провести электронно-микроскопическое исследование биоптатов шейки матки у небеременных и беременных женщин и установить изменение клеточного состава цервикальной ткани в различные сроки гестации.

Материалы и методы исследования. Электронно-микроскопическое исследование биоптатов шейки матки было выполнено в 13 образцах, взятых у небеременных женщин, в I (10 недель), во II (18-19 недель) триместре и сразу после родов. Для проведения исследования иссеченную ткань шейки матки обрабатывали по методу Боголепова Н.Н., 1976 г. [2]. Полученные фрагменты цервикальной ткани подвергали двойной альдегид-осмиевой фиксации и обезвоживали в спиртах восходящей крепости. После обезвоживания в спиртах биопсийную ткань заливали в аралдит и полимеризовали при температуре 37–56 °С в термостате. Затем полимеризованный в аралдиде материал резали на ультратоме ЛКБ (Швеция) и просматривали на электронном микроскопе JEM-100 CX. Исследования выполнены в институте физиологии НАН Беларуси под руководством доктора биологических наук, профессора Л.И. Арчаковой.

Результаты и обсуждение результатов исследования. В ходе проведения электронной микроскопии и исследования биоптатов взятых из шейки матки у небеременных и беременных женщин на различных этапах гестационного процесса было установлено, что наиболее часто встречающимися клетками цервикальной ткани были – фибробласты, макрофаги и тучные клетки, так называемые тканевые базофилы. Помимо клеточного состава в морфологическом субстрате наблюдали межклеточный матрикс, состоящий из коллагеновых волокон и аморфного вещества, а также многочисленные сосуды микроциркуляторного русла, проходящего в стромах шейки матки. Все указанные структурные элементы на протяжении беременности претерпевали перестройки в своей организации, которые были зависимы от срока беременности.

В образцах, взятых у небеременных женщин, наиболее часто встречались фибробласты, обладающие характерной для них структурой и умеренной по объему цитоплазмой. Среди других клеточных элементов отмечались единичные макрофаги и единичные гладкие миоциты. Клетки соединительной ткани были мелкие, имели узкую удлинненную форму и относительно небольшие размеры. Ядро было вытянутым и больше напоминало веретенообразную форму. По периферии оно было окружено узким ободком цитоплазмы, включавшим гранулярный ретикулум, рибосомы и митохондрии. Коллагеновые волокна образовывали широкие и длинные пучки, имевшие разные направления и формировавшие густую трехмерную сеть.

При электронно-микроскопическом исследовании биоптатов взятых у беременных в I триместре гестации значительных изменений клеточного состава и межклеточного вещества не было выявлено. В целом он имел вид присущий небеременным женщинам. Но в клеточной популяции, в частности среди макрофагов и миоцитов были выявлены клетки в разной стадии функциональной активности. В капиллярах стромы определялись активизированные гранулодержающие лейкоциты, взаимодействующие с эндотелием.

Во II триместре беременности, ближе к ее середине, концентрация и численность фибробластов значительно повысилась и чаще стали встречаться гладкие миоциты. Объемы их цитоплазмы увеличились. По отношению к I триместру беременности произошла достаточная гипертрофия макрофагов, стали чаще выявляться

тучные клетки. Наиболее значимые изменения произошли с фибробластами. Они увеличились в размерах, их форма изменилась за счет появления многочисленных цитоплазматических выростов, предназначенных для синтезирования и выделения межклеточного вещества и коллагеновых волокон. Ультраструктура фибробластов свидетельствовала об их интенсивной пролиферации и недостаточной зрелости. Цитоплазма фибробластов содержала единичные цистерны гранулярного эндоплазматического ретикулула, отдельные митохондрии и многочисленные гранулы рибосом, заполняющие весь объем цитоплазмы фибробласта. Отмечены переходные формы этих клеток, когда малодифференцированные фибробласты трансформировались в миофибробласты, которые функционально сходны с гладкими мышечными клетками, но имеют в цитоплазме больше элементов эндоплазматической сети.

Материал, взятый на гистологическое исследование по завершению беременности и в родах, имел достаточно пеструю картину, как по клеточному составу, так и проявлению их клеточной активности. Эндотелиоциты проявляли высокую функциональную активность. Их цитоплазма была заполнена большим числом пиноцитозных везикул, обеспечивавших интенсивный обмен веществ между кровью и тканью матки. Апоикальная и, в особенности, базальная части эндотелиоцитов образовывали многочисленные разной протяженности цитоплазматические отростки, контактировавшие с прилегающими клеточными структурами и подлежащими клетками стромы шейки матки. Эти изменения указывали на значительную активацию эндотелиоцитов капилляров, обеспечивавших взаимодействие между клетками. В просвете капилляров и в прилежащем околососудистом пространстве отмечались активированные лимфоциты, нейтрофилы, а также тканевые базофилы, т.е. тучные клетки – источники секреции и выделения биологически активных веществ в ткани матки. Активированные клетки в этом сроке беременности стали занимать краевое положение и появились признаки установления их контакта с эндотелием.

Сразу после родов в морфологическом материале преобладающими клетками были многочисленные макрофаги и фиброкласты. Следует отметить, что они обладают литической и фагоцитарной активностью, обуславливавшей разрушение и "рассасывание" гипертрофированной соединительной ткани шейки матки. В особенности чрезвычайная активность была присуща фиброкластам. Они представляют собой клетки, в которых функция фиброклазии преобладает над функцией продукции коллагена. Эти клетки активно участвуют в резорбции коллагеновых волокон путем фагоцитоза фибрилл при перестройке и инволюции соединительной ткани шейки матки. Особенно эти процессы, ярко выражены в раннем послеродовом периоде. При электронной микроскопии в фиброкластах выявлялись фрагменты клеточного материала и матрикса. В целом, они имели вид активированных макрофагов.

К концу родов пучки коллагеновых волокон распрямлялись, разволакивались, их средний диаметр при сохранении округлой формы уменьшался. Терялась четкость границ пучков, однородность поперечных размеров волокон, нарушалась их ориентация. Появлялись изолированные группы неравномерно истонченных волокон, находившихся на значительном удалении друг от друга и от соседних пучков. Плотность

распределения коллагеновых волокон снижалась за счет отека, но их количество в большинстве пучков существенно не менялась.

Гладкие миоциты в строме шейки матки встречались как разрозненные, клетки, не образывавшие какие-либо пласты. Их встречаемость с наступлением и увеличением срока беременности возрастала. Особенно это было заметно при сравнении образцов ткани небеременных женщин и родильниц. На протяжении беременности миоциты увеличивались в размерах и приобретали отростчатую форму, благодаря появлению широких цитоплазматических выростов и отростков неправильной формы. Цитоплазма миоцитов во время беременности содержала ядро с краевым распределением хроматина и равномерно заполненным мелкими гранулами электронноплотного вещества и единичными митохондриями. У пограничной мембраны гладких миоцитов определялись скопления пиноцитозных везикул, принимавших участие в обмене веществ между миоцитом и межклеточным веществом. Общая ультраструктурная организация миоцита матки во время беременности свидетельствовала о протекании интенсивных пролиферативных процессов, происходивших в них.

Выводы. Таким образом, данные полученные в ходе исследования, свидетельствуют о наличии существенных изменений клеточного состава соединительной ткани шейки матки и их активности на протяжении беременности. Все клетки цервикальной стромы, в той или иной мере являются ключевыми в инициации «воспроизведения» воспалительной реакции и в свою очередь запускают ряд других механизмов. Прежде всего, увеличение концентрации простагландинов, активной секреции клеточных лизосомальных ферментов, активации провоспалительных цитокинов и матриксных металлопротеиназ. Данные преобразования, составляющие основу системного воспалительного ответа, определяют соответствующие изменения биофизических параметров шейки матки, т.е. укорочение, растяжимость, податливость. Последовательное взаимодействие вышеперечисленных механизмов при доношенной беременности является важным условием для неосложненных родов в срок.

Литература

1. Кириленко В.П., Небышинец Л.М., Зеленко И.В. Преобразование клеточного состава соединительной ткани шейки матки на протяжении беременности // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа, 2021, том 11, №3. – С. 305–318.
 2. Боголепов Н.Н. Ультраструктура синапсов в норме и патологии. М.: Медицина, 1975.
-

УДК 618.16-002-055.25

Корбут И.А.¹, Суворова Н.В.², Доронина Н.А.², Курашевич Е.В.²

¹ Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

² Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника, филиал 3, г. Гомель, Республика Беларусь

МОРБИДНЫЙ ФОН У ДЕВОЧЕК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Введение. Неспецифические воспалительные заболевания нижнего отдела репродуктивных органов у девочек являются одной из самых частых причин обращения к врачу, достигая 65–70% от всех визитов к детскому гинекологу [1]. В репродуктивном возрасте эти состояния могут оказать влияние на репродуктивный прогноз.

Причины возникновения воспалительных заболеваний многообразны: употребление аллергенных пищевых продуктов или содержащих консерванты, использование антисептиков/антибиотиков, факторы личной гигиены, сезонные пики, несформированность механизмов местного иммунитета, наличие очагов хронической инфекции. До настоящего времени отсутствует четкое представление о биоценозе влагалища девочек нейтрального возраста, что обуславливает отсутствие единой тактики лечения данной группы пациентов [2, 3].

Цель исследования. Проанализировать сопутствующую патологию у девочек препубертатного и пубертатного возраста г. Гомеля с воспалительными заболеваниями нижнего отдела репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 60 медицинских карт пациентов с воспалительными заболеваниями нижнего отдела половых органов Гомельской центральной городской клинической поликлиники филиал № 3 за 2023 г. Группу А составили 30 девочек нейтрального возраста – 7 (1; 7) лет. В группу Б были включены 30 девушек после менархе возрастом 14 (13; 16 лет).

Статистическая обработка – методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (S_p %). Частотный анализ проведен при помощи критерия χ^2 . Различия признавали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Все обследованные и/или их законные представители предъявляли жалобы на зуд и жжение, а также покраснение в области наружных половых органов. При микроскопии отделяемого из половых путей у всех детей было обнаружено более 30 лейкоцитов, причем у 7 (23,3±7,7%) девочек группы А были выявлены грибы рода *Candida*.

У одной девочки 6 лет в группе А было диагностировано преждевременное половое созревание, еще у 2 (6,7±4,6%) пациентов группы Б был диагностирован гипопенструальный синдром и аменорея. Им проводилось гормональная терапия указанных состояний.

У 6 (20,0±7,3%) девочек нейтрального возраста в анамнезе были обнаружены и разъединены синехии половых губ, у 3 – были повторные сращения. Это подтверждает возможную ассоциацию указанной патологии с санитарно-гигиеническим состоянием половых органов.

Атопический дерматит был у 9 (30,0±8,4%) обследованных группы А, а воспалительные заболеваний верхних дыхательных путей и ЛОР-органов более 4 раз за год – у 16 (53,3±9,1%) девочек. В группе Б эти состояния были диагностированы у 3 (10,0±5,8%) и 7 (23,3±7,2%), обследованных, соответственно, $p < 0,05$. Возможно, снижение реактивности детского организма, которое чаще возникает после какого-либо заболевания или при хроническом воспалительном процессе, приводит к нарушению баланса между макроорганизмом и микрофлорой влагалища.

При анализе сезонной распространенности вульвовагинитов не было выявлено четкой корреляции, однако девочки группы А математически чаще обращались осенью, в то время как обследованные группы Б – осенью и зимой – в 8 (26,7±8,1%) и 9 (30,0±8,4%) случаях, соответственно. Это нельзя назвать сезонными колебаниями, однако в холодное время года в Гомельской области наряду с социально-бытовыми условиями могут быть трудности в соблюдении личной гигиены.

В структуре заболеваний у пациентов обеих групп преобладала патология щитовидной железы в виде эндемического зоба – у 8 (26,7±8,1%) и 9 (30,0±8,4%) девочек, соответственно. Это заболевание может приводить к нарушению гормонального баланса и, соответственно, изменению местного иммунитета.

Настораживает распространенность среди обследованных патологии опорно-двигательного аппарата в виде плоскостопия, сколиоза, а также деформации стопы, встречающаяся у 10 (33,3±8,6%) девочек обеих групп. Не относясь напрямую к факторам риска воспалительных заболеваний, данные состояния могут быть маркерами как диффузной слабости соединительной ткани, так и признаками недостаточной физической активности.

Нарушение жирового обмена в виде избытка массы тела и ожирения наблюдались у 6 (20,0±7,3%) девочек нейтрального возраста, чего не наблюдалось у девушек группы Б.

Лечение проводилось в зависимости от возраста, линимент синтомицина, а также «Полижинакс-вирго»*. У последнего было отмечено удобство применения за счет формы выпуска и лучшей переносимости. Его применение также было оправдано в случае смешанных форм инфекции, резистентных к терапии синтомицином.

Выводы. Факторами риска воспалительных заболеваний половых органов у девочек являются воспалительные заболевания других органов ($p < 0,05$), а также склонность к аллергизации. Климатические факторы тоже могут оказывать влияние на возникновение указанной патологии.

Литература

1. Jariene, K. Clinical and Microbiological Findings of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls / K. Jariene, E. Drejeriene, A. Jaras, I. Celkiene // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2019. – V. 32(6). – P. 574–578.
2. Loveless, M. Vulvovaginitis – presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology / M. Loveless, O. Myint // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2018. – V. 48. – P. 14–27.
3. Pascal, M. Microbiome and Allergic Diseases / M. Pascal, M. Perez-Gordo, T. Caballero // Front Immunol. – 2018. – V. 9. – P. 1584.

УДК 616.936:618.2

Крот И.Ф., Романова Л.А., Вартанян Р.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛЯРИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение. Малярия (malaria – англ.; paludisme – франц.) – трансмиссивная протозойная болезнь человека, характеризующаяся циклическим течением, возможностью рецидивов, проявляющаяся лихорадочными пароксизмами, гепатоспленомегалией, анемией. Является широко распространенной тропической болезнью, встречающейся в Азии, Африке, Южной Америке. Согласно общемировым оценкам, в 2022 г. в 85 странах мира было зарегистрировано 249 миллионов случаев заболевания малярией и 608000 случаев смерти от малярии [1]. В Санкт-Петербурге ежегодно регистрируются единичные завозные случаи малярии среди туристов и мигрантов, прибывших из эндемичных стран [2]. Однако сочетание малярии и беременности является эксклюзивной ситуацией. Перенесенная во время беременности малярия приводит к угрожающему прерыванию беременности (45%), преждевременным родам (14%), преэклампсии (12%), плацентарной недостаточности (30,6%), хронической внутриутробной гипоксии плода (59,7%) и синдрому задержки роста плода (11,3%) [4, 5]. Частота мертворождений составляет 35,7‰, а ранняя неонатальная смертность 148,1‰ [3].

Недостаточная настороженность врачей при крайне редкой встречаемости патологии на не эндемичных территориях приводит к снижению качества медицинской помощи в виде запоздалой диагностики и отсроченного начала специфического лечения.

Цель исследования. Изучить опыт лечения пациентки, перенесшей малярию во время беременности. Определить рациональные способы диагностики и лечения, оценить тяжесть малярийного процесса у беременной, оптимизировать сроки и длительность терапии.

Материалы и методы исследования. История болезни, лабораторные (общеклинические, биохимические, бактериологические, гистологические) данные, заключения УЗИ, компьютерной томографии.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Основопологающими аспектами крайне негативного влияния на плод является не сам малярийный плазмодий, а результат его жизнедеятельности: интерметирующая лихорадка, выраженная интоксикация и тяжелая анемия. В сосудах плаценты, как и в других сосудах матери, происходит процесс эритроцитарного множественного деления малярийного плазмодия, что влечет за собой дисциркуляторные расстройства, нарушения трофики,

развитие плацентарной недостаточности. Приступы лихорадки, приводящие к аноксии и изменению метаболизма матери, способствуют прерыванию беременности. Гипоксемия, гипоксия и метаболический ацидоз в организме плода могут явиться причиной внутриутробной гибели неинфицированного плода. Еще одним, крайне неблагоприятным моментом является непосредственное инфицирование плода, приводящее к развитию анемии, генерализованного отека и антенатальной гибели плода.

Физиологические особенности иммунитета беременной женщины связаны с иммуномодуляцией для сохранения беременности. Снижение гуморального и клеточного иммунитета способствуют повышению восприимчивости организма беременной к любой инфекции, в том числе и к малярии. Проведенное в Мозамбике исследование (2016–2019 гг.) показало, что выявляемость малярии у первобеременных выше, чем у повторнобеременных. Существуют особенности иммунного ответа во время первой и повторной беременности [4].

Начальные клинические проявления малярии неспецифичны. Среди больных с малярией диагноз на догоспитальном этапе был установлен лишь у 44% пациенток. Остальные были госпитализированы с первоначальным диагнозом ОРВИ, токсический грипп, острая кишечная инфекция, лихорадка неясного генеза [2].

Лечение малярии в настоящее время дополняется новой артемизинин-комбинированной терапией, при которой используются два или более противомаларийных препарата с разнонаправленным механизмом действия. Применяемый ранее хинин отнесен к альтернативным противомаларийным средствам, и его использование рекомендуется только в случае отсутствия или невозможности применения артезуната (или артемедера). Однако, при лечении малярии у беременных, в первом триместре рекомендован хинин в сочетании с клиндамицином в течение 7 дней. Во втором и третьем триместре назначаются артезунат с клиндамицином [5].

Приводим описание клинического случая малярии у беременной пациентки, которой проводилось лечение в отделении патологии беременности перинатального центра клиники Санкт-Петербургского государственного медицинского университета в июне 2021 года.

Пациентка А., 33 лет. На момент наступления беременности и до срока 16 недель находилась в Республике Гана, далее через Стамбул возвращалась в апреле 2021 года в Санкт-Петербург. Со слов пациентки осложнений беременности и сопутствующих заболеваний в этот период отмечено не было. На диспансерном учете не состояла, обследований по беременности не проводилось. Соматический анамнез не отягощен. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен медицинским абортom в 2019 году. Данная беременность спонтанная. Заболела остро на сроке 16–17 недель беременности, когда появилась лихорадка до 39 °С. На следующий день с лихорадкой 40 °С и тянущими болями внизу живота была госпитализирована в приемное отделение общесоматического стационара. После обследования в палате досуточного пребывания выписана для амбулаторного лечения, с диагнозом ОРВИ. В течение последующих двух дней отмечала эпизоды потери сознания дома (пациентка снимала квартиру, жила одна). Спустя сутки госпитализирована в ОРИТ общесоматической

больницы, заподозрена малярия, переведена в клиническую инфекционную больницу им С.П.Боткина, где на 5 сутки от начала заболевания диагностирована тропическая анемия, тяжелое течение. Течение болезни осложнилось полиорганной недостаточностью (дыхательной, почечной, сердечной), отеком головного мозга, сепсисом неуточненной этиологии, тяжелой анемией, тромбоцитопенией, антибиотикоассоциированным колитом (*clostridium difficile*), пролежнем пяточной кости. Из осложнений беременности развился тотальный неиммунный отек плода с двусторонним гидротораксом, асцитом. Лечение пациентки занимались мультидисциплинарные бригады врачей в составе реаниматологов, инфекционистов, акушеров-гинекологов, гематологов, терапевтов, хирургов. Пациентка находилась на ИВЛ, в связи с почечной недостаточностью проводилась гемодиализация. Антибактериальная терапия включала цефтриаксон, меронем, азитромицин, ванкомицин. Противомаларийная терапия – хинин, арметра, малакур. Проводились неоднократные гемотрансфузии, переливания эритроцитарной лейкоредуцированной взвеси. На фоне проводимой терапии состояние пациентки постепенно улучшалось, осложнения перенесенной малярии купировались. Ежедневный мониторинг состояния плода фиксировал тяжелые гемодинамические нарушения, прогрессирование неиммунного отека плода. По доплерометрическим показателям кровотока в средней мозговой артерии признаков тяжелой анемии у плода не было.

Несмотря на проводимую терапию и улучшение соматического состояния матери на сроке 26 недель и 2 дня произошла антенатальная гибель плода, как результат, хронической плацентарной недостаточности с развитием критических нарушений плодово-плацентарного кровотока. Коллективно выработан план ведения родов через естественные родовые пути. Проведена преиндукция родов мифепристоном, цервикальными дилататорами. Роды произошли через естественные родовые пути. Родилась недоношенная мертвая девочка весом 620 грамм, ростом 30 см. Послеродовый период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки.

Выводы. Малярия – тяжелое соматическое заболевание, приводящее к жизнеугрожающим состояниям во время беременности как для матери, так и для плода.

Мобильность и образ жизни современных женщин требует повышенной ответственности пациентов к вопросу планирования и наблюдения беременности. В практике врачей необходима постоянная настороженность и внимание к пациенткам, приезжающим из стран, эндемичным по редко встречающимся в нашей стране заболеваниям. Сбор анамнеза должен быть тщательным и адекватным, что позволит своевременно заподозрить редкие тяжело протекающие специфические болезни.

При первичном обращении беременной комплекс проводимых диагностических мероприятий должен соответствовать клинической ситуации для точного определения диагноза и способа лечения.

Антенатальная гибель плода при малярии может произойти как при непосредственном инфицировании малярийным плазмодием, так и при развитии осложнений беременности, связанных с формирующейся полиорганной патологией у беременной.

Запоздалое установление диагноза и несвоевременное назначение специфической терапии относит беременных к группе высочайшего риска развития трудно контролируемых жизнеугрожающих осложнений.

Литература

1. World malaria report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Новак К.Е., Эсауленко Е.В., Дьячков А.Г., Мусатов В.Б., Дзюмова А.А. Геоэпидемиология и клинико-лабораторные данные трансмиссивных завозных инфекций в Санкт-Петербурге // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17. – №8. – С. 17–23.
3. Абдурахимова М.М. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы при малярии. Автореферат диссертации на соискание степени к.м.н. Душанбе, 2006.
4. Matambisso G, Brokhattingen N, Maculuve S, Cisteró P, Mbeve H, Escoda A, Miguel J, Bueta E, de Jong I, Cuna B, Melembe C, Ndimande N, Porras G, Chen H, Tetteh KKA, Drakeley C, Gamain B, Chitnis C, Chauhan V, Quintó L, Galatas B, Macete E, Mayor A. Gravidity and malaria trends interact to modify *P. falciparum* densities and detectability in pregnancy: a 3-year prospective multi-site observational study. *BMC Med.* 2022 Nov 15;20(1):396. doi: 10.1186/s12916-022-02597-6. PMID: 36376866; PMCID: PMC9664815.
5. Попов, А.Ф. Лечение малярии (лекция) / А.Ф. Попов // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 5–12. – EDN RYRKBP.

УДК: 618.15-008.87

Кухарчик Ю.В.¹, Качук Н.В.², Кузьмич И.И.², Ставер Е.Д.¹

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», г. Гродно, Республика Беларусь

ГОРМОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Введение. Миома матки (ММ) относится к наиболее распространенным опухолям женской репродуктивной системы, составляя 12–25% всех пациенток с гинекологическими заболеваниями; почти у каждой третьей женщины старше 30 лет диагностируется это заболевание. Данные литературы свидетельствуют о том, что при фибромиоме матки нарушаются метаболические процессы и ухудшается адаптация организма к беременности [1, 2].

Цель исследования. Оценить особенности гормонального статуса у женщин с миомой матки во время беременности и в послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 беременные женщины, находившиеся на стационарном лечении в Гродненском областном клиническом перинатальном центре на основании информированного согласия. Контрольную группу составили 41 пациент без ММ. Основную группу составила 41 женщина с ММ. У всех обследованных женщин оценивали течение беременности и исход родов, определяли уровень гормонов. Образцы венозной крови брали на 37 неделе беременности, на 5-7 день родов и через месяц после родов.

Содержание гормонов в плазме крови (прогестерона, пролактина и эстрадиола) определяли методом иммуноферментного анализа с помощью автоматизированного иммуноферментного анализатора «SUNRISE» (TEKAN, Австрия). Полученный материал обрабатывали на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0» и «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждение результатов исследования. Возраст групп пациентов, участвовавших в исследовании, был сопоставим (28,93±5,38 года в контрольной группе и 28,07±5,84 года в основной группе ($p_{Krusal - Wallis}=0,7501$)).

У 77,5% женщин основной группы ММ была впервые выявлена на УЗИ в первом триместре беременности.

Наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями были хронический аднексит (25%) и патологические изменения шейки матки (каждая вторая женщина основной группы ($p<0,05$)).

Всем пациентам основной группы с миоматозными узлами диаметром более 5 см, диагностированным во время беременности регрессивным процессом в миоматозных узлах и нарушениями кровотока в маточных трубах в 100% случаев была выполнена миомэктомия после родоразрешения путем кесарева сечения. В контрольной группе 88,9% пациенток родили спонтанно и только 11,1% подверглись оперативному родоразрешению путем кесарева сечения.

Измерение уровня гормонов в сыворотке крови на 37 неделе беременности у женщин основной группы показало достоверно более низкую концентрацию эстрадиола – 2912±201,62 пг/мл по сравнению с контрольной группой (3715±249,52 пг/мл; $p\leq 0,05$).

Существенной разницы в изменении концентрации эстрадиола в сыворотке крови на 5–7-й постнатальные дни не было. Через месяц после родов концентрация эстрадиола у женщин после миомэктомии была значительно выше, чем у женщин контрольной группы ($p\leq 0,05$). Уровень прогестерона в сыворотке крови на 37 неделе беременности достоверно не отличался между контрольной и основной группами, составляя 662,73±10,86 нмоль/л и 653,42±11,23 нмоль/л соответственно. При оценке уровня пролактина в анализируемых группах в 37 недель беременности существенных изменений в уровне данного гормона не выявлено, однако на 5–7 сутки и 1 месяц послеродового периода уровень пролактина в основной группе был достоверно ниже ($p\leq 0,05$).

Выводы. Таким образом, патологические изменения в матке при фибромиомах лежат в основе сложного течения процесса беременности и послеродового периода, отражаясь в общей реакции организма с изменением гормонального гомеостаза.

Литература

1. Опыт ведения беременных во II триместре с миомой матки больших размеров / С.В.Баринов [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. – №20(5). – С. 54-60.
2. Leiomyomatous uterus and preterm birth: an exposed/unexposed monocentric cohort study / A. Girault [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol. 219(4). – P.410.

УДК 618.3:[616.98:578.828НIV]

Лашкевич Е.Л.¹, Будюхина О.А.¹, Корбут И.А.¹, Старовойтова И.В.², Чуvasова А.С.²

¹ Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

² Учреждение «Гомельская областная клинический больница», г. Гомель, Республика Беларусь

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Введение. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – антропонозная инфекция, характеризующаяся прогрессирующим поражением иммунной системы, приводящим к развитию синдрома приобретенного иммунодефицита и смерти от вторичных заболеваний. У пациенток с ВИЧ-инфекцией чаще наблюдается невынашивание беременности, преэклампсия, преждевременный разрыв плодных оболочек, выше уровень перинатальной заболеваемости и смертности [1, 2]. Основные пути распространения инфекции в мире – половой, инъекционный и перинатальный. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку без проведения профилактических мероприятий составляет до 40% [3]. Риск заражения детей внутриутробно и во время родов составляет 15–30%, при грудном вскармливании – 5–15%, повышается при инфицировании женщины в период беременности и на поздних стадиях заболевания. До 80% случаев перинатальной передачи инфекции происходят после 36 недель беременности [4]. Своевременное начало и эффективность профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку при благоприятно протекающей беременности могут снизить риск инфицирования ребёнка до 0.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности у женщин с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы истории родов 71 родильницы, которые были родоразрешены в родильном отделении У «Гомельская областная клиническая больница» в 2020–2023 г. На группы родильницы разделены в зависимости от наличия сопутствующей ВИЧ-инфекции во время настоящей беременности: основную группу составили 36 родильниц с положительным ВИЧ-статусом, в контрольную группу вошли 35 родильниц без ВИЧ-инфекции во время настоящей беременности. Анализировали течение беременности, сопутствующие соматические и гинекологические заболевания. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (p%), рассчитывали медиану (Me), 25% и 75% процентиля, отношение шансов (OR) и его доверительный интервал (95% CI). Для выявления достоверности в группах использовался критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Статистически значимыми считались различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Все пациентки были родоразрешены в физиологический срок – в 37–41 неделю гестации. Возраст

обследуемых женщин с ВИЧ-инфекцией во время беременности составил 31,5 (28; 36,5) лет, без ВИЧ-инфекции – 29 (25,25; 34,75) лет. В основной группе старше 30 лет было 26 (72,2%) женщин в сравнении с 16 (45,7%, $\chi^2=4,12$, $p=0,042$) в контрольной. Только у 6 (16,7%, $\chi^2=4,40$, $p=0,036$) пациенток с ВИЧ установлена поздняя явка в женскую консультацию для диспансерного наблюдения по беременности. В обеих группах чаще встречались повторнородящие женщины – 29 (80,6%) против 7 (19,4%, $\chi^2=24,5$, $p<0,001$) первородящих в основной и 23 (65,7%) в сравнении с 12 (34,3%, $\chi^2=5,71$, $p=0,017$) в контрольной группе соответственно.

Среди ВИЧ-позитивных пациенток 1 клиническую стадию заболевания имели 16 (44,4%) женщин, 2 стадия диагностирована у 11 (30,6%), 3 стадия – у 7 (19,4%), 4 стадия – у 2 (5,6%). О положительном ВИЧ-статусе во время настоящей беременности узнали 2 (5,6%) пациентки, 3 (8,3%) пациентки не принимали антиретровирусные лекарственные средства во время беременности.

У пациенток с ВИЧ-инфекцией в 3,10 раз чаще наблюдали хроническую никотиновую интоксикацию – у 10 (27,8%) женщин в сравнении с 3 (8,6%) из контрольной группы (OR 4,10; 95% CI 1,02–16,47). При этом только в основной группе у 3 (8,3%) пациенток выявлена алкогольная зависимость и у 1 (2,8%) – синдром зависимости от психоактивных веществ.

Гинекологические заболевания в анамнезе отмечали больше половины пациенток обеих групп – 21 (58,3%) женщина в основной группе и 18 (51,4%) в контрольной. Наибольшая доля приходится на псевдоэрозию шейки матки в обеих группах, которая диагностирована у 11 (30,6%) женщин с ВИЧ-инфекцией и у 14 (40,0%) без ВИЧ. Среди других гинекологических заболеваний были выявлены: дисплазия шейки матки в основной группе у 4 (11,1%) пациенток и в контрольной у 1 (5,7%), миома матки – у 4 (11,1%) и 3 (8,6%) соответственно, киста яичника – у 4 (11,1%) и 2 (2,9%) соответственно, хронический сальпингоофорит – у 1 (2,8%) и 1 (5,7%) соответственно. Половую жизнь ранее 18 лет чаще начинали женщины с ВИЧ-положительным статусом – 18 (50,0%) в сравнении с 8 (22,9%, $\chi^2=5,23$, $p=0,022$) в контрольной группе.

Сопутствующая экстрагенитальная патология диагностирована у всех женщин основной группы и у 91,4% пациенток контрольной группы. Только у ВИЧ-позитивных женщин диагностирован вирусный гепатит С и чаще выявлены заболевания почек (таблица 1).

Таблица 1
Структура экстрагенитальных заболеваний у обследованных пациенток, n (p,%)

Заболевания	Основная группа (N=36)	Контрольная группа (N=35)
Верхних дыхательных путей	9 (25,0)	4 (11,4)
Желудочно-кишечного тракта	8 (22,2)	7 (20,0)
Сердечно-сосудистой системы	8 (22,2)	7 (20,0)
Почек	10* (27,5) ($\chi^2=4,68$, $p=0,031$)	2 (5,7)

Глаз	9 (25,0)	12 (34,3)
Щитовидной железы	7 (19,4)	5 (14,3)
Варикозное расширение вен нижних конечностей	7 (19,4)	1 (2,9)
Вирусный гепатит С	6* (16,7) ($\chi^2=4,40$, $p=0,036$)	0
Ожирение I-III ст.	6 (17,1)	9 (25,7)

Примечание: * статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

Анализируя акушерский анамнез обследованных пациенток, установлено, что искусственное прерывание предыдущих беременностей выявлено у 13 (36,1%) пациенток основной группы и 7 (20%) женщин контрольной группы, замершая беременность/самопроизвольные аборты – у 7 (19,4%) и 9 (25,7%) соответственно. Только 4 (11,1%) пациентки с ВИЧ-инфекцией перенесли ранее оперативное лечение по поводу эктопической трубной беременности.

Осложненное течение беременности выявлено у 97% женщин обеих групп. При наличии у пациенток ВИЧ-инфекции во время настоящей беременности чаще диагностировали гестационный сахарный диабет ($p=0,031$) и острые респираторный заболевания ($p=0,05$, таблица 2). Больше половины пациенток обеих групп перенесли во время беременности вагинит. Однако, только в основной группе у 2 (5,6%) женщин диагностировали во время беременности трихомонадный вагинит, а накануне родов инфекция половых путей выявлена в 3,2 раза чаще у пациенток с ВИЧ-инфекцией – у 16 (44,4%) против 7 (20%, $\chi^2=3,79$, $p=0,05$) женщин контрольной группы, при этом у половины пациенток основной группы это был кандидозный вульвовагинит.

Таблица 2

Осложнения настоящей беременности у обследованных пациенток, n (p, %)

Осложнения беременности	Основная группа (N=36)	Контрольная группа (N=35)
Угроза прерывания	13 (36,1)	13 (37,1)
Гестационный сахарный диабет	10* (27,8) ($\chi^2=4,68$, $p=0,031$)	2 (5,7)
Преэклампсия	4 (11,1)	7 (20)
Анемия	26 (72,2)	19 (54,3)
Инфекция мочевыводящих путей	10 (27,8)	5 (14,3)
Острые респираторные заболевания	16* (44,4) ($\chi^2=3,79$, $p=0,05$)	7 (20,0)
Вагинит	25 (69,4)	22 (62,9)
Несвоевременное излитие околоплодных вод	3 (8,3)	6 (17,1)

Примечание: * статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

Выводы. В ходе проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. При наличии ВИЧ-инфекции, 72,2% женщин были старше 30 лет ($p=0,042$), повторнородящими (80,6%), 16,7% ($p=0,036$) пациенток для диспансерного наблюдения по беременности обращались в женскую консультацию позже 12 недель, у них в 3,1 раз чаще выявляли хроническую никотиновую интоксикацию (27,8%, OR 4,10; 95% CI 1,02-16,47), а также у 8,3% пациенток выявлена алкогольная зависимость и у 2,8% – синдром зависимости от психоактивных веществ, что указывает на низкую заинтересованность в настоящей беременности и отсутствие её планирования.
2. У пациенток с ВИЧ-положительным статусом в 50,0% отмечено ранее начало половой жизни, до 18 лет ($p=0,022$), что предоставляет больше возможностей для инфицирования ВИЧ половым путем.
3. Из сопутствующих заболеваний, 16,7% ($p=0,036$) женщин с ВИЧ-инфекцией имели вирусный гепатит С. Течение беременности у 27,8% ($p=0,031$) пациенток осложнилось гестационным сахарным диабетом, у 44,4% ($p=0,05$) острыми респираторными заболеваниями, чему могут способствовать обменные, эндокринные и иммунологические нарушения, сопровождающие развитие ВИЧ-инфекции.

Литература

1. Pregnancy outcomes by viral suppression status among women living with HIV / N. Shin [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2022. – Vol. 226, № 2. – P. 318–320.
2. Савельева, Г. М. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-4916-5. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449165.html> (дата обращения: 12.03.2024).
3. Unintended pregnancy and viral suppression in pregnant women living with HIV / A. M. Dude [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2018. – Vol. 219, № 6. – P. 651.
4. Third-trimester repeat HIV testing: it is time we make it universal / I. R. Cassimatis [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2021. – Vol. 225, № 5. – P. 494–499.

УДК 618:616.9

Лебедев А.С., Гунов С.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Российская Федерация

АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РФ И ЦФО

Введение. Младенческая смертность – важнейший медико-демографический показатель. С начала 2000-х годов данный показатель снизился, однако остается более высоким по сравнению с другими экономически развитыми странами. Значительное число летальных исходов потенциально предотвратимо системой здравоохранения.

Анализ смертности детского населения и выявление ее ведущих причин является важным этапом улучшения оказания медицинской помощи. На госпитальном этапе одним из эффективных путей уменьшения числа летальных исходов является снижение инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи детям в условиях стационара [1, 2].

Цель исследования. Проанализировать состояние проблемы младенческой смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний в РФ и ЦФО.

Материалы и методы. Статистические данные Росстата за 2018–2022 года, обработка результатов выполняли в Microsoft Excel 2019, рассчитывали ошибку среднего арифметического (m) и достоверность проверяли при помощи t -критерия.

Результаты исследования и их обсуждения. Анализируя показатели младенческой смертности в РФ за период 2018–2022 гг. выявлено достоверное снижение. При оценке, получившегося простого моментного ряда выявлено, что в 2018–2019 гг. абсолютная убыль – 916 и темп убыли – 11,1%; в 2019–2020 гг. абсолютная убыль – 839 и темп убыли – 11,4%; в 2020–2021 гг. абсолютный прирост – 27 и темп прироста – 0,4%; в 2021–2022 гг. абсолютная убыль – 640 и темп убыли – 10%. Наилучший период 2018–2019, где наблюдается максимальный темп убыли – 11,1%, а наихудший период 2020–2021 гг., где темп прироста составил 0,4%. Максимальное абсолютное значение в 2018 году – 8244, минимальное в 2022 году – 5876, снижение за период на 28,7%. Среднее абсолютное значение за исследуемый период – 6891, средняя абсолютная убыль – 592, средний темп убыли – 8%. За исследуемый период выявлено статистически достоверное плавное снижение младенческой смертности на территории РФ, о чём свидетельствуют, полученные результаты (диаграмма 1).

Для получение достоверных результатов состояние проблемы младенческой смертности от всех причин в Центральном федеральном округе (ЦФО) нельзя основываться на показателях РФ, они с большой долей вероятности будут дублировать друг друга, но возможны некоторые различия, которые связаны с обширной территорией нашего государства. Анализируя показатели младенческой смертности за период 2018–2022 гг. выявлено достоверное снижение. При оценке, получившегося простого моментного ряда выявлено, что в 2018–2019 гг. абсолютная убыль – 264 и темп убыли – 14%; в 2019–2020 гг. абсолютная убыль – 239 и темп убыли – 14,7%; в 2020–2021 гг. абсолютный прирост – 23 и темп прироста – 1,6%; в 2021–2022 гг. абсолютная убыль – 79 и темп убыли – 5,6%. Наилучший период 2019–2020, где наблюдается максимальный темп убыли – 14,7%, а наихудший период 2020–2021 гг., где темп прироста составил 5,6%. Максимальное абсолютное значение в 2018 году – 1884, минимальное в 2022 году – 1325, снижение за период на 30%. Среднее абсолютное значение за исследуемый период – 1523, средняя абсолютная убыль – 140, средний темп убыли – 8,2%. За исследуемый период выявлено статистически достоверное плавное снижение младенческой смертности в ЦФО, о чём свидетельствуют, полученные результаты (диаграмма 3). Однако, в сравнении РФ и ЦФО показатели темпа убыли практически схожи и различны на 0,2%, но наилучшие периоды различны. В РФ наилучшие показатели за период 2018–2019 годов, а в ЦФО 2019–2020 годов. Данные различия не

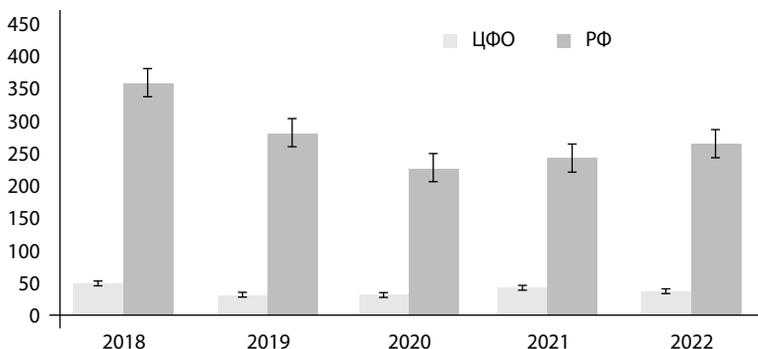


Рис. 1. Младенческая смертность на территории РФ и ЦФО

критичны, а темп убыли указывает на схожую тенденцию ЦФО в сравнении с Россией, что является благоприятным параметром (рисунок 1).

Анализируя показатели младенческой смертности от инфекционных и паразитарных болезней в РФ за период 2018–2022 гг. выявлено достоверное снижение. При оценке, получившегося простого моментного ряда выявлено, что в 2018–2019 гг. абсолютная убыль – 76 и темп убыли – 21%; в 2019–2020 гг. абсолютная убыль – 56 и темп убыли – 19,5%; в 2020–2021 гг. абсолютный прирост – 16 и темп прироста – 7%; в 2021–2022 гг. абсолютный прирост – 21 и темп прироста – 8,5%. Наилучший период 2018–2019, где наблюдается максимальный темп убыли – 21%, а наихудший период 2021–2022 гг., где темп прироста составил 8,5%. Максимальное абсолютное значение в 2018 году – 363, минимальное в 2020 году – 231, снижение за период на 26,1%. Среднее абсолютное значение за исследуемый период – 279, средняя абсолютная убыль – 23,75, средний темп убыли – 6,25%. За исследуемый период выявлено статистически достоверное неоднородное снижение младенческой смертности от инфекционных и паразитарных болезней на территории РФ, о чём свидетельствуют, полученные результаты (диаграмма 2). Младенческая смертность от инфекционных заболеваний можно характеризовать, как сильный спад с 2018 по 2020 года, а с 2020–2022 года наблюдается её подъём, что не значительно изменяют общую структуру убыли.

Анализируя показатели младенческой смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний за период 2018–2022 гг. выявлено достоверное снижение. При оценке, получившегося простого моментного ряда выявлено, что в 2018–2019 гг. абсолютная убыль – 16 и темп убыли – 31%; в 2019–2020 гг. абсолютная убыль – 1 и темп убыли – 2,7%; в 2020–2021 гг. абсолютный прирост – 10 и темп прироста – 28,6%; в 2021–2022 гг. абсолютная убыль – 5 и темп убыли – 11,1%. Наилучший период 2018–2019, где наблюдается максимальный темп убыли – 31%, а наихудший период 2020–2021 гг., где темп прироста составил 28,6%. Максимальное абсолютное значение в

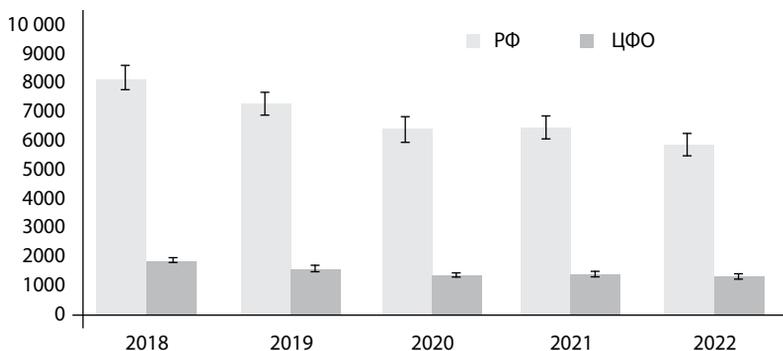


Рис. 2. Младенческая смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний в РФ и ЦФО

2018 году – 52, минимальное в 2020 году – 35, снижение за период на 23,1%. Среднее абсолютное значение за исследуемый период – 41,6, средняя абсолютная убыль – 3, средний темп убыли – 4,05%. За исследуемый период выявлено статистически достоверное плавное снижение младенческой смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний в ЦФО, о чём свидетельствуют, полученные результаты (диаграмма 4). При сравнении с показателями младенческой смертности от паразитарных и инфекционных заболеваний в РФ выявлена схожесть по общей тенденции к снижению и темпам спада. Однако, в ЦФО 2021–2022 года характеризуются снижением, что не сходится с РФ, где наблюдается повышение. Проявляется сильна взаимосвязь с снижением количества младенческой смертности в пределах ЦФО и РФ, таким образом при снижении общего показателя младенческой смертности на территории РФ снижается и смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний в пределах Центрального федерального округа.

Выводы. На территории РФ и ЦФО статистически достоверное снижение младенческой смертности соответственно средний темп убыли 8% и 8,2%. Аналогично снижается младенческая смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний на территории РФ и ЦФО, где темп убыли составил 6,25% и 4,05%. Данные значение благоприятны и указывают на правильный вектор развития.

Литература

1. Богза О.Г., Голева О.П. Медико-социальная оценка причин и факторов риска младенческой смертности (на примере Омской области) // Российский педиатрический журнал. – 2017. – №2.
2. Баранов А.А. Этапы и пути снижения младенческой смертности в Российской Федерации: опыт последних 30 лет // Российский педиатрический журнал. – 2017. – №5.

УДК 616.62-002.2-036.12-089-055.2

Лемтюгов М.Б., Симченко Н.И.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

Введение. Хронический рецидивирующий цистит занимает лидирующее место в структуре урологической патологии у женщин [1]. Анатомическими предпосылками развития заболевания являются: более короткая и широкая уретра, близость к естественным резервуарам инфекции, интравагинальная дистопия наружного отверстия мочеиспускательного канала, гипермобильность уретры, уретрогименальные спайки [2]. Последние факторы участвуют в патогенезе посткоитального цистита – одной из форм хронического рецидивирующего цистита. Такой цистит возникает как правило через 12–36 часов после полового контакта [3]. Реже – после некоторых других влагалищных манипуляций. Вариантами лечения данной патологии являются: посткоитальная профилактика, транспозиция наружного отверстия уретры, иссечение уретрогименальных спаек, парауретральное введение объемообразующих препаратов [4]. У каждого метода есть свои достоинства и недостатки. Возможными осложнениями оперативного лечения могут быть: несостоятельность швов, миграция заднего края уретры с формированием уретро-влагалищного свища, аноргазмия и диспареуния вследствие нарушения иннервации, а также развитие стриктур наружного отверстия уретры [3, 5].

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность хирургического лечения хронического рецидивирующего посткоитального цистита у женщин.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 26 женщин с диагнозом «хронический рецидивирующий посткоитальный цистит». Все пациентки предъявляли жалобы на расстройства акта мочеиспускания, дискомфорт, боли в проекции мочевого пузыря и уретры, возникающие после половых контактов. Возраст пациенток составил от 19 до 42 лет.

До оперативного лечения все пациентки проходили курс лечения в связи с обострениями хронического рецидивирующего цистита. Лечение включало прием антибактериальных препаратов и растительных уросептиков. Только 6/26 (23%) пациенток принимали посткоитальную профилактику препаратами нитрофурантоинового ряда. Посткоитальная профилактика была низкоэффективной. Все пациентки заполнили опросники ВАШ и опросник аналоговой шкалы дизурии. Всем были выполнены: ОАК, ОАМ, посев мочи, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, урофлоуметрия, осмотр на кресле с проведением пробы Хоршхорна – О`Доенела.

Всем 26 пациенткам была выполнена операция – транспозиция наружного отверстия уретры по методике Б.К. Комякова. Непосредственно перед оперативным вмешательством всем была выполнена цистоскопия с биопсией мочевого пузыря для верификации морфологических изменений слизистой. Эффективность лечения оценивали через 3-8 месяцев после лечения.

Результаты исследования. Основными жалобами являлись боли в нижних отделах живота, дискомфорт или жжение (рези) в уретре, учащенное мочеиспускание малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (см. таблицу).

Распределение жалоб пациенток, страдающих хроническим рецидивирующим циститом

Симптомы	Количество	%
Учащенное мочеиспускание	16	61,5
Боли в нижних отделах живота	21	80,8
Жжение или рези по ходу уретры	25	96
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	1	3,8

У 22/26 (84,6%) пациенток посткоитальный цистит манифестировал с началом половой жизни, а у 4/26 (15,4%) после родов.

Изменения в общем анализе мочи было зафиксировано у 2/26 (7,6%) пациенток. Им перед операцией в течение 3 дней было проведено лечение цефалоспорином III поколения.

Посев мочи выявил возбудителя у 7/26 (38,5%) пациенток. Лидирующие позиции занимала – *Escherichia coli* – 71%, далее – *Enterococcus faecalis* – 14,5% и *Proteus mirabilis* – 14,5%.

При осмотре у всех пациенток выявлена влаглищная эктопия наружного отверстия уретры и положительная проба Хиршхорна – О' Дюенела.

При цистоскопии чаще всего отмечалась гиперемия, отек слизистой мочевого пузыря, преимущественно в области треугольника Лъето, а также наличие лейкоплакии слизистой. При гистологическом исследовании в биоптатах из зоны треугольника Лъето выявлены лимфоидная инфильтрация и плоскоклеточная метаплазия у всех 26 пациенток.

По результатам хирургического лечения 25 пациенток отмечает отсутствие рецидивов цистита после половых контактов. У 1 пациентки через год возник рецидив посткоитального цистита, однако при обследовании у нее и ее полового партнера были выявлены *Ur.urealiticum* и *Ch.trachomatis*. После санации – явлений посткоитального цистита отмечено не было.

При контрольной цистоскопии и гистологическом исследовании биоптатов слизистой мочевого пузыря плоскоклеточная метаплазия была выявлена у 4/26 (15,4%) пациенток. При контрольной биопсии у 18/26 (69,2%) пациенток плоскоклеточная метаплазия и лимфоидная инфильтрация подверглись регрессии.

Осложнение имело место в 1 случае (3,8%) – через 2 месяца после оперативного вмешательства сформировалась стриктура наружного отверстия уретры (устранена однократным бужированием уретры).

Выводы:

1. Транспозиция наружного отверстия уретры эффективна и безопасна и является вариантом выбора лечения посткоитального цистита, причиной, которого служила влагилищная эктопия наружного отверстия уретры и гипермобильность уретры.
2. Накануне операции всем пациенткам целесообразно выполнять цистоскопию с биопсией слизистой мочевого пузыря для верификации морфологических изменений и контроля за их регрессией.
3. Транспозиция уретры при наличии влагилищной эктопии является оптимальным методом устранения этиопатогенетических причин рецидивов обострения заболевания.

Литература

1. Кондратьева Ю.С. Урогенитальные инфекции и заболевания мочеполовой системы: руководство для врачей / Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк. – М.: Е-нот, 2017. – 216 с.
2. Неймарк А.И., Раздорская М.В., Оберемок П.А. Лечение рецидивирующего цистита и профилактика его обострений у женщин. Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – №2. – С. 92–97.
3. Ковалева Ю.С. Эффективность терапии хронического цистита у женщин на фоне урогенитальной инфекции / Ю.С. Ковалева, М.А. Мотасем Абдалхалим, А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк // Вестник СурГУ. Медицина. – 2022. – №1 (51). – С. 36–41.
4. Тетерина Т. А., Аполихина И. А., Иванова Е. А. Анатомо-функциональные особенности женской уретры: посткоитальный цистит. Медицинский оппонент. – 2021. – № 3 (15). – С. 35–42.
5. Хронический рецидивирующий посткоитальный цистит: современный взгляд на проблему / Н. А. Сильчук, А. Н. Нечипоренко, В. Э. Корсак, А. С. Князюк // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2022. – Т. 20, № 4. – С. 374–379.
6. Морфометрические параметры регенерации печени при частичной гепатэктомии и трансплантации мезенхимальных стволовых клеток в эксперименте / А. Г. Скуратов [и др.] // Весці Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2016. – № 4. – С. 57–65.

УДК 618.146-002-022.6-07:618.15-078

Логинова О.П., Шевченко Н.И., Медведева Ж.Н.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА

Введение. Микробиоценоз влагилища в настоящее время находится в центре внимания не только клинических микробиологов, но и широкого круга специалистов клинического профиля, т. к. функционирование и слаженное взаимодействие всех звеньев микрözкоcистемы обеспечивается деятельностью иммунной, эндокринной

систем, отражает их функциональное состояние и зависит от факторов как внутренней, так и внешней среды. Поломка в одном из этих звеньев неизменно вызывает нарушение микроэкологии влагалища, которое в дальнейшем может привести к развитию воспалительных процессов генитального тракта [1]. Нарушение микробиоты (дисбиоз) влагалища может служить ко-фактором развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии вследствие изменения восприимчивости клеток влагалищного эпителия к вирусу папилломы человека [2].

Цель исследования. Изучить состояние микробиоты влагалища у женщин в норме и с дисплазией шейки матки.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 115 женщин репродуктивного возраста (18–44 года). Средний возраст обследованных женщин составил $33,23 \pm 7,3$ года. Первая группа (контрольная) – 48 женщин без патологии шейки матки, вторая группа – 35 женщин с дисплазией шейки матки различной степени, третья группа с воспалительным типом цитологического мазка – 31 женщина. У всех пациенток было получено письменное информированное согласие для участия в исследовании. Материалом для исследования послужили мазки из заднего свода влагалища. Выполняли посев клинических образцов отделяемого влагалища полуколичественным способом на плотные питательные среды (MRS-агар и среду с молоком) для лактобактерий и на дифференциально-диагностические среды (МЖСА, среды Эндо, Сабуро с хлорамфениколом, энтерококк агар) для выделения условно-патогенных микроорганизмов (УПМ). Посевы инкубировали в термостате 72 часа при 37°C в условиях повышенной концентрации CO_2 (6%) для лактобактерий и 48 часов среды для УПМ. По истечении времени выполняли видовую идентификацию выросших микроорганизмов с использованием автоматического микробиологического анализатора Vitek 2 Compact. Проводили оценку количества выросших лактобактерий и выдавали заключение о состоянии влагалищного биотопа. Вариант микробиоценоза, при котором количество лактобактерий было более 10^7 КОЕ/мл, *Candida* spp. менее 10^4 КОЕ/мл, расценивали как абсолютный нормоценоз, а при содержании *Candida* spp. более 10^4 КОЕ/мл, лактобактерий 10^5 – 10^6 КОЕ/мл расценивали как умеренный дисбиоз, а при снижении содержания лактобактерий менее 10^5 КОЕ/мл или при полном их отсутствии – как выраженный дисбиоз. Также проводили определение pH отделяемого влагалища и оценку антагонистической активности лактобактерий. Антагонистическую активность лактобактерий определяли с применением метода агаровых блоков. В качестве тест-культур против которых определялась эта активность использовали контрольные штаммы из американской коллекции: *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29212, *P. aeruginosa* ATCC 27853. Результат учитывали, измеряя зону задержки роста в мм и соотносили с диаметром зон задержки роста для контрольного штамма *L. acidophilus* ATCC 4356. Если зоны задержки роста тест-штамма лактобактерий превышали таковые для контрольного штамма, то антагонистическая активность считалась высокой, если зоны задержки роста были меньше – низкой. Все исследования выполнялись в лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в рамках финансируемого проекта БРФФИ «Изучить функциональные

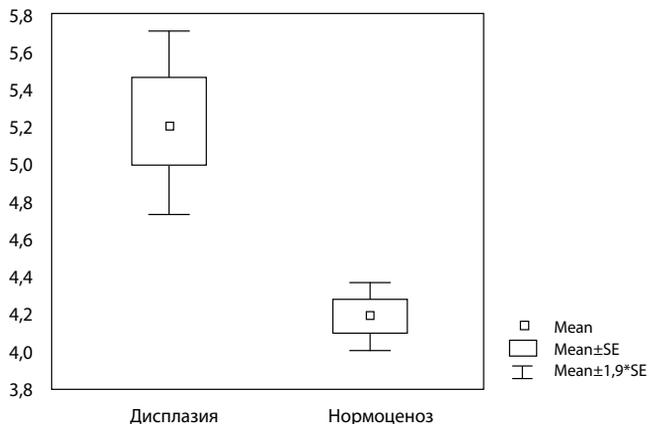
особенности резидентной микробиоты влагалища при различной степени тяжести предопухолевых поражений шейки матки у ВПЧ-позитивных женщин репродуктивного возраста Гомельской области» № гос. регистрации: 20221047 от 04.07.2022.

Результаты и обсуждение результатов исследования. У 77,2%(n=37) женщин в контрольной группе состояние эндогенной вагинальной микробиоты соответствовало критериям абсолютного нормоценоза. По данным микробиологического исследования выраженный дисбиоз был определен у 8 (16,3%), а умеренный дисбиоз у 3 (6,1%) женщин этой группы. У пациенток с дисплазией абсолютный нормоценоз установлен лишь у 11 (31,4%) женщин, в третьей группе выраженный дисбиоз выявлен в 32,3% образцов. Среди пациенток с HSIL нормоценоз не был выявлен ни у одной пациентки. У большинства женщин с HSIL состояние эндогенной вагинальной микробиоты соответствовало критериям выраженного дисбиоза. Таким образом, у женщин с дисплазией шейки матки дисбиотические нарушения встречались чаще, чем в контрольной группе. Уменьшение количества лактобактерий у этих пациенток приводит к снижению формирования колонизационной резистентности, что повышает риск адгезии и проникновения патогенных микроорганизмов и вирусов.

Если сравнить контрольную группу и группу женщин с воспалительными изменениями, то установлено, что в 3-й группе, умеренный дисбиоз выявлен в 8 (25,8%) случаях, выраженный дисбиоз – у 13 (41,9%) обследованных, нормоценоз – в 10 (31,4%) случаях. Во 2-й группе у 21 обследованной женщины, помимо снижения количества лактобактерий, выделены различные условно-патогенные микроорганизмы в количестве, превышающем 10^5 КОЕ/мл (*S. agalactiae*, *E. faecalis*, *E. coli*, *S. haemolyticus*, *C. albicans* и другие), которые могут вызывать воспалительные процессы, приводить к хроническому их течению и являться одним из этиологических факторов развития опухолевых и предопухолевых заболеваний шейки матки.

При определении pH вагинального секрета выявлены статистически значимые различия между контрольной группой и группой с дисплазиями шейки матки. Так в контрольной группе величина pH составила $4,19 \pm 0,48$, во второй группе (дисплазия) – $5,23 \pm 1,78$ ($p=0,00035$) (см. рисунок).

Среди многочисленных функций, выполняемых индигенной микрофлорой, ведущей признается обеспечение колонизационной резистентности. Это придает индивидуальную и анатомическую стабильность микрофлоре, обеспечивает предотвращение заселения биотопа посторонними микроорганизмами и распространение нормофлоры за пределы их естественного места обитания. Одной из характеристик колонизационной резистентности является способность лактобактерий подавлять рост патогенных микроорганизмов, т.е. проявлять антагонистическую активность. При определении антагонистической активности выявлено, что антагонистическая способность лактобактерий выше по отношению к *E. faecalis*, *E. coli* и *Paeruginosa* (см. таблицу).



Результаты определения pH в контрольной группе и группе с дисплазией шейки матки

Результаты определения антагонистической активности лактобактерий

Вид микроорганизма	E.faecalis	E.coli	Paeruginosa	S.aureus
	Зона задержки роста(Ме), мм			
L. gasseri	19	19	17	15
L. plantarum	20	19	16	17
L. crispatus	20	23	19	18
L.fermentum	18	20	14	16
L.acidophilus ATCC 4356	17	13	13	15

Как видно из таблицы, *L. gasseri*, *L. plantarum*, *L. crispatus*, *L. fermentum* обладали высокой антагонистической активностью по отношению как к грамотрицательным микроорганизмам, так и к грамположительным. *L. plantarum* обладали наибольшей активностью по отношению к *S.aureus*, в сравнении с контрольным штаммом *L.acidophilus* ATCC 4356. *Lactobacillus crispatus* проявлял более выраженную антагонистическую активность ко всем условно-патогенным микроорганизмам, чем *Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus plantarum* и *Lactobacillus fermentum*. Установлено, что различные виды лактобактерий отличаются по антагонистической активности. *Lactobacillus crispatus* проявлял более выраженную антагонистическую активность ко всем условно-патогенным микроорганизмам.

Выводы. Таким образом, установлены различия качественного и количественного состава микробиоты влагалища у пациенток с дисплазией шейки матки и у здоровых женщин. Цервикальные неоплазии высокой степени сопровождаются развитием выраженных дисбиотических процессов во влагалище. Показатель pH влагалищного

секрета может быть использован как индикатор состояния влагалищного биотопа, он согласуется с количественной оценкой микробиоты влагалища и лактобактерий в ней. Адгезивная активность лактобактерий не зависит от вида, выделенных из влагалища при дисплазии шейки матки различной степени, ниже по сравнению с адгезивной активностью лактобактерий, выделенных от женщин из контрольной группы с эубиозом влагалища. Эти моменты нужно учитывать и своевременно проводить коррекцию выявленных нарушений микробиоты влагалища индивидуально у каждой пациентки.

Литература

1. Анкирская, А. С., Муравьева, В. В. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища, диагностика оппортунистических вагинитов/ А. С. Анкирская, В. В. Муравьева. Медицинская технология. М.: ФГБУ «НЦ АГиП им. В. И. Кулакова» Минздрава России, 2011. – 20с.
2. Довлетханова, Э.Р. Дисбиоз влагалища как кофактор развития воспалительных заболеваний гениталий/ Э.Р. Довлетханова/ Эффективная фармакотерапия. – 2017. – №44. – С. 20–24.

УДК 618.3-06

Маджарова О.А.¹, Эйдельштейн И.А.², Лапука М.О.³

¹ Государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр»

Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

² НИИ антимикробной химиотерапии (НИИАХ) ГБОУ ВПО «Смоленский

государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск, Российская Федерация

³ Учреждение здравоохранения «Брестский областной кожно-венерологический диспансер», г. Брест, Республика Беларусь

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ К МАКРОЛИДАМ И ФТОРХИНОЛОНАМ У MYCOPLASMA GENITALIUM В КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТАХ ОТ БЕРЕМЕННЫХ ИЗ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА 2023 ГОД

Введение. *Mycoplasma genitalium* (MG) будучи облигатным патогеном, вносит свой вклад в развитие неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов. Случаи развития самопроизвольных абортов, цервицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, преждевременных родов, бесплодия при микоплазменной инфекции обусловленной *M.genitalium* подтверждены во всем мире [1–4]. Впервые, экспертами ВОЗ, в рамках «Глобальной стратегии сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем на период 2022–2030 гг.», сконцентрировано внимание на *Mycoplasma genitalium*. Данному микроорганизму присвоен статус возбудителя с потенциальной устойчивостью к противомикробным препаратам.

Специалисты ВОЗ делают упор на необходимости усиления и расширения эпиднадзора и мониторинга неудач в терапии. На сегодняшний момент, подходы антибактериальной терапии *M. genitalium*-инфекции при беременности базируются на применении макролидов. Назначение препаратов тетрациклинового ряда и группы фторхинолонов противопоказано. Случай выявления макролидорезистентных штаммов *M. genitalium* от беременных, является неблагоприятным фактором, ввиду ограниченности применения альтернативных схем терапии в данной группе пациентов.

Цель исследования. Изучение маркеров резистентности к макролидам и фторхинолонам в клинических изолятах *Mycoplasma genitalium*, выделенных от беременных из Республики Беларусь за 2023 год.

Материалы и методы исследования. В исследование включен материал, полученный от женщин из Республики Беларусь (n=46) за 2023 год. Биологический материал представлен соскобами со слизистых оболочек цервикального канала, взятый в первом триместре беременности, согласно клинического протокола: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии». Выделение ДНК *M. genitalium* проводили с использованием наборов «Рибо-Преп» «ДНК-сорб-АМ» (ФБУН ЦНИИЭ, Россия) и Проба-НК-Плюс («ДНК-технология», Россия). Выявление ДНК *M. genitalium* осуществляли на основе технологии ПЦР с гибридизационно-флюоресцентной детекцией в режиме реального времени (ПЦР-РВ) с применением коммерческих наборов, РеалБест ДНК *Mycoplasma genitalium* («ВекторБест», Россия), АмплиСенс® *Mycoplasma genitalium*-FL (ФБУН ЦНИИЭ, Россия), «ФЕМОФЛОР®СКРИН», «ФЕМОФЛОР®16», («ДНК-технология», Россия) с использованием регистрирующих амплификаторов серии Dt («ДНК-технология», Россия), Rotor-Gene Q (QIAGEN, Германия). Все образцы, содержащие ДНК *M. genitalium*, передавались в центральную лабораторию (НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск) для дальнейшего тестирования на наличие генетических маркеров резистентности к макролидам и фторхинолонам в рамках проекта DeMaRes (Detection of Macrolide Resistance – *Mycoplasma genitalium*). Для выявления типа мутаций использовался метод секвенирования по Сэнгеру соответствующих фрагментов гена с использованием наборов BigDye® Terminator v3.1 Cycle Sequencing Kit и генетического анализатора Applied Biosystems 3500 (Life Technologies, США). Анализ данных проводился с помощью онлайн-платформы AMRcloud (<https://amrcloud.net/>) с использованием стандартных методов описательной статистики.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Клинические изоляты *M. genitalium* представлены из трех областных центров Республики Беларусь: УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии» и ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента РБ (n=10), УЗ «Брестский областной кожно-венерологический диспансер» (n=32), УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» (n=4). Спектр выявленных мутаций к макролидам и фторхинолонам у *Mycoplasma genitalium* представлен в таблице.

Спектр и частота выявленных мутаций к макролидам и фторхинолонам в клинических изолятах *Mycoplasma genitalium* выделенных от беременных (n=46) из Республики Беларусь за 2023 год

*Мутация (домен V гена 23S рPHК)	*Мутация (гене QRDR parC)	Частота выявляемых мутаций в%,	Город
Одинарный тип мутаций (n=5)			
A2059G	*WT	4.34 (2/46)	Брест
WT	S80I	4.34 (2/46)	
WT	D84N	2.17 (1/46)	
Двойной тип мутаций (n=1)			
A2059G	S80I	2.17 (1/46)	Минск
Мутации не выявлены			
WT	WT	0 (0/46)	Витебск

Примечания:

* WT «wild type» – фенотип типичной формы вида, встречающейся в природе.

* Мутация – любое изменение в нуклеотидной последовательности ДНК связанное с устойчивостью к антибиотикам у *M.genitalium*.

Структура образцов с ДНК *M.genitalium* распределилась следующим образом: в 87% (40/46) образцов мутации не были выявлены – «wild type»; 13% (6/46) образцов выявлены мутации. Мутации V домена в гене 23S рPHК *M.genitalium*, обуславливающие резистентность к макролидам, представлены одним вариантом в позиции A2059G 6.52% (3/46) (1 образец из Минска, 2 из Бреста) (нумерация по *E.coli*). В ходе дальнейшего анализа установлено, что в 8,7% (4/46) образцов *M.genitalium* (г. Брест, г. Минск), выявлены однонуклеотидные полиморфизмы (SNP) в области, определяющей устойчивость к хинолонам (QRDR) parC. Спектр мутаций, распределился следующим образом: позиция S80I – 6.52% (3/46); позиция D84N – 2.17% (1/46). Важно отметить, что в ходе исследования выявлен 1 образец *M.genitalium* (г. Минск), содержащий одновременно мутации устойчивости к фторхинолонам и макролидам в позиции A2059G+S80I, что составило 2.17% (1/46).

Выявленный спектр мутаций к макролидам и фторхинолонам, а также случай сопряжённой резистентности к макролидам и фторхинолонам согласуются с данными зарубежных исследователей и являются одними из самых распространенных фенотипов устойчивости, отмеченных в международных публикациях. Случаи с подтвержденной макролидорезистентностью, как и с двойной резистентностью, ставят под сомнение возможность назначения эффективной антибактериальной терапии при беременности. В ходе нашего исследования, анализ причин антибиотикорезистентности у *M.genitalium* позволяет предположить, что данный процесс происходит по причине инфицирования резистентными штаммами от партнера, либо приобретение резистентности в процессе терапии инфекций мочевыводящего тракта и воспалительных заболеваний органов малого таза в период до наступления беременности. Вышеописанный факт демонстрирует необходимость своевременной

идентификации возбудителя и назначения эффективной терапии при микоплазменной инфекции у пациенток репродуктивного возраста, а также важность преградивной подготовки. Следует отметить, что существующий в Беларуси, обязательный скрининг беременных на ИППП в т.ч. на *M.genitalium*, а также централизация проведения таких исследований позволяют сформировать общую картину распространённости ИППП в когорте беременных пациенток. Выявление *M.genitalium* с последующим изучением механизмов резистентности к антибиотикам позволят своевременно определиться с тактикой терапии и родоразрешения.

Выводы. Тестирование 46 образцов ДНК *M.genitalium*, выделенных от беременных, на наличие мутаций к макролидам и фторинолонам позволило выявить распространённость и спектр мутаций, обуславливающих резистентность к вышеперечисленным группам препаратов. Распространённость маркеров резистентности к макролидам у *M. genitalium*, среди беременных, составила 6.52% (3/46), с доминирующим вариантом нуклеотидных замен V домена в гене 23S рПНК в позиции A2059G. Мутационный профиль, ассоциированный с резистентностью к фторхинолонам представлен следующим образом: позиция S80I – 6.52% (3/46); позиция D84N – 2.17% (1/46). Долевое соотношение образцов *M. genitalium* содержащих одновременно мутации устойчивости к фторхинолонам и макролидам A2059G+S80I составляет 2.17% (1/46).

Полученные результаты подтверждают важность и актуальность проблемы антибиотикорезистентности у *M. genitalium* к макролидам и фторхинолонам для Республики Беларусь. Обнаружение в сравнительно небольшой выборке беременных женщин (n=46) из Беларуси *M. genitalium* с устойчивостью к макролидам, а также с двойной устойчивостью к макролидам и фторхинолонам, обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований, а также постоянного эпидемиологического мониторинга за проблемой антибиотикорезистентности у *M. genitalium* в Республике Беларусь.

Литература

1. Lis R., Rowhani-Rahbar A., Manhart L.E. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. Clin Infect Dis. 2015;61:418–426. DOI: 10.1093/cid/civ312
2. Wiesenfeld H.C., Manhart L.E. Mycoplasma genitalium in Women: Current Knowledge and Research Priorities for This Recently Emerged Pathogen. J Infect Dis. 2017;216(Suppl 2):S389–S395. DOI: 10.1093/infdis/jix198
3. Yu J., Zhou Y., Luo H., Su X., Gan T., Wang J., Ye Z., et al. Mycoplasma genitalium infection in the female reproductive system: Diseases and treatment. Front Microbiol. 2023;21(14):1098276. DOI: 10.3389/fmicb.2023.1098276
4. Rekha S., Nooren M., Kalyan S., Mohan M., Bharti M., Monika R., et al. Occurrence of Mycoplasma genitalium in the peritoneal fluid of fertile and infertile women with detailed analysis among infertile women. Microb Pathog. 2019;129:183–186. DOI: 10.1016/j.micpath.2019.02.006

УДК 618.212-007.271-089

Маткурбанова Д.Р., Шукуров Ф.И.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕОККЛЮЗИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Введение. Одной из основных причин вторичного бесплодия является реокклюзия (повторное закрытие) маточных труб после эндохирургического вмешательства, направленного на их восстановление [1, 2]. Реокклюзия маточных труб после эндоскопических оперативных вмешательств остается сложной задачей, поскольку это снижает шансы женщины на естественное зачатие [3, 5].

Цель исследования. Разработка и апробация инновационного подхода, направленного на улучшение результатов лечения женщин с вторичным бесплодием, вызванным реокклюзией маточных труб после проведения эндохирургических операций.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 100 женщин с реокклюзией маточных труб. Из них 50 женщин с реокклюзией маточных труб после сальпинговариолизиса и 50 женщин после сальпингонеостомии. Группу контроля составили 30 здоровых женщин с нормальной проходимостью труб.

Результаты исследования. Для диагностики реокклюзии использовались методы 3D-USG и МРГС. С помощью 3D-USG была выявлена реокклюзия у 95% женщин в исследуемой группе, где МРГС подтвердил эти результаты с точностью 97%. Основные параметры, использованные при диагностике, включали измерение толщины стенок труб и оценку их структурных изменений. Толщины стенки трубы без признаков обструкций составил <2 мм. Анализы на маркеры воспаления показали повышенные уровни С-реактивного белка (СРБ) и эритроцитов в осадке (ЭСР) у 80% женщин с реокклюзией, что указывало на активный воспалительный процесс – СРБ <5 мг/л, ЭСР <20 мм/ч. В результате комплексного лечения, включавшего медикаментозную терапию с суппозиториями Дистрептаза для профилактики реокклюзий маточных труб противовоспалительных препаратов, таких как Ровамицин и физиотерапевтические процедуры, было достигнуто улучшение проходимости маточных труб у 70% женщин из группы после сальпинговариолизиса и у 72% после сальпингонеостомии. Применение вспомогательных репродуктивных технологий потребовалось для 25% женщин, не отметивших улучшения после стандартной терапии.

Заключение. Использование инновационных диагностических методов 3D-USG и МРГС позволило с высокой точностью выявить реокклюзию маточных труб. Комплексный подход к лечению, сочетающий медикаментозную терапию и физиотерапевтические процедуры, продемонстрировал значительное улучшение проходимости труб у большинства исследуемых женщин.

Литература

1. Ахундова Н. Н. Сочетание эндоскопических методов в диагностике и лечении различных форм бесплодия у женщин // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2017. – № 7. – С. 44–48.
 2. Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Уайсман Д. Шкала оценки риска спайкообразования в малом тазу // Status Praesens. – 2012. – №5. – С. 79–83.
 3. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии / В. Гомел, Э. И. Брилл; пер. с англ. А. Е. Любовой. – Москва: Лаборатория знаний, 2016. – 440 с.
 4. Шукуров Ф.И. Роль лапароскопии в лечении женского бесплодия, обусловленного доброкачественными структурными изменениями яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Том LXV. – Спецвыпуск. – С. 75–76.
 5. Shukurov F.I. Minimally Invasive Surgery In Restoring Reproductive Function Of Female Infertility Caused By Benign Ovarian Structural Changes // American Journal of Medicine and Medical Sciences, USA., 2016. – Vol. 6 (5). – P. 182–185.
-

УДК 618.4-024.75:616.155.3-076.3:618.146-003.218-074.554.2

Мельник Е.В., Малолеткина О.Л., Волчек А.В., Небышинец Л.М.
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь

ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТОВ И ЗНАЧЕНИЕ pH ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ НАКАНУНЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ

Введение. Уровень pH цервикальной слизи накануне родов – маркер септического либо асептического воспаления? Ряд авторов отмечает, что накануне родов отмечается увеличение количества лейкоцитов в цервикальной слизи, не связанное с инфекционными агентами [1]. Данные изменения могут отражать процессы подготовки шейки матки к родам, от степени выраженности которых зависит исход родов [2, 3].

Цель исследования. Изучение уровней лейкоцитов и pH цервикальной слизи при благоприятном и неблагоприятном исходах родов.

Материалы и методы исследования. В исследование были набраны 42 женщины, госпитализированные для родоразрешения.

Критерии включения женщин в исследование:

- доношенная беременность (срок гестации с 37 недель до 41 недели 6 дней); самопроизвольное начало родовой деятельности, удовлетворительное состояние плода накануне родов по данным КТГ и доплерометрии.

Критерии исключения женщин из исследования:

- нежелание участвовать в исследовании;
- острые и обострение хронических генитальных и экстрагенитальных воспалительных заболеваний;
- аутоиммунные заболевания;
- эндокринные заболевания;
- противопоказания для родоразрешения через естественные родовые пути (показания для кесарева сечения).

Основную группу составили 18 женщин с неблагоприятным исходом родов: роды закончились путем экстренного кесарева сечения; в родах наблюдался дистресс плода, что было подтверждено данными кардиотокографии и изменениями параметров кислотно-основного состояния пуповинной крови при рождении.

В контрольную группу вошло 24 рожениц с благоприятным исходом родов без указанных выше патологических изменений.

Исследование цервикальной слизи проводилось за 4 (2; 5) дней до родов.

Измерение pH проводилось в нативных образцах слизи, с использованием индикаторных тест-полосок для определения pH в диапазоне 2,0–9,0 с шагом 0,5. Индикаторную зону тест полоски погружали в цервикальную слизь минимум на 2 секунды, высушивали в течение 3 минут. Далее сравнивали индикаторную зону тест полоски с эталонной шкалой на упаковке и находили совпадающий цвет, соответствующий определенному значению pH.

Также проводили микроскопическое исследование отделяемого половых путей на флору, при этом оценивали уровень лейкоцитов в цервикальной слизи. Для фиксации мазков использовали краситель-фиксатор Эозин метиленовый синий по Май-Грюнвальду в течение 3 минут, для окрашивания – краситель Азур-Эозин по Романовскому, время экспозиции 3–5 минут.

Статистический анализ полученных результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10,0». Применяли непараметрические методы статистического анализа, так как распределение признаков подчинялось непараметрическим законам. Количественные признаки представлены в виде Me (Q1; Q3), где Me – медиана, (Q1; Q3) – интерквартильный интервал (25% и 75%). Различия считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Исследуемые группы были сопоставимы по исходной клинико-анамнестической характеристике.

Показатели цервикальной слизи женщин сравниваемых групп приведены в таблице.

Показатели цервикальной слизи женщин сравниваемых групп

Показатель цервикальной слизи	Основная группа (n=18) Me (Q1; Q3)	Группа контроля (n=24) Me (Q1; Q3)	Уровень p
Значение pH	5,3 (5,2; 5,8)	5,2 (4,5; 6,3)	0,7409
Уровень лейкоцитов (в поле зрения)	8 (7; 9)	9 (5; 10)	0,2269

При анализе уровней лейкоцитов и pH цервикальной слизи в исследуемых группах не было выявлено статистически значимых отличий ($p > 0,05$). Однако обращает на себя внимание более высокое количество лейкоцитов и более низкое значение pH в контрольной группе, что может отражать более выраженные процессы

подготовки шейки матки к родам и сопровождаться благоприятным течением предстоящих родов.

Мы предполагаем, что для получения статистически значимых отличий между контрольной и основной группами необходима большая выборка пациентов и вероятно деление их по нозологии акушерских осложнений и дням до родов.

Выводы:

1. Количество лейкоцитов в цервикальной слизи накануне родов:
 - при их благоприятном исходе составили 9 (5; 10) в поле зрения;
 - при их неблагоприятном исходе составили 8 (7; 9) в поле зрения.
2. Уровень рН в цервикальной слизи накануне родов:
 - при их благоприятном исходе составили 5,2 (4,5; 6,3);
 - при их неблагоприятном исходе составили 5,3 (5,2; 5,8).

Литература

1. Лейкоцитарный состав цервикальной слизи у беременных женщин накануне срочных родов / С.Л. Воскресенский, А.Ч. Федорков, Г.И. Иванчик, О.Л. Малолеткина // Репродуктив. здоровье. Вост. Европа. – 2012. – № 1. – С. 17–25.
 2. Изменение рН цервикальной слизи накануне самопроизвольных родов / Е.В. Мельник, А.В. Волчек, О.Л. Малолеткина М.Л. Тесакова, Л.М. Небышинец // Здоровоохранение. – 2021. – №3. – С. 5–9.
 3. Румянцева В.П. Роль лейкоцитов и цитокинов в развитии и регуляции родовой деятельности при своевременных родах / В.П. Румянцева, О.Р. Баяв, В.Н. Верясов // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 11–15.
-

УДК 618.3/.4:616.155.3-076.3

Мельник Е.В., Малолеткина О.Л., Небышинец Л.М., Шорох И.Г.
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЕЙ ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННЫМ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ

Введение. Инициация родовой деятельности, а также сам процесс родов происходит с участием клеток иммунной системы [1, 2]. Так, лейкоциты синтезируют провоспалительные цитокины, ряд ферментов, которые участвуют в «созревании» шейки матки и модуляции сократительной деятельности миометрия. Поэтому изменение показателей лейкоцитов на протяжении беременности и родов может отражать процессы перестройки организма беременной к родам, которые, в свою очередь, влияют на течение родового процесса [3].

Цель исследования. Изучение уровней лейкоцитов в крови беременных и рожениц с осложненным и физиологическим течением родов.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 70 женщин, у которых были проанализированы данные общего анализа крови во время

беременности: в 11–12 недель, 24–26 недель, 34–36 недель, за 3–4 суток до родов, а также в первом периоде родов при раскрытии шейки матки 3–4 см.

Критерии исключения женщин из исследования:

- нежелание участвовать в исследовании;
- острые и обострение хронических генитальных и экстрагенитальных воспалительных заболеваний на момент взятия анализа крови;
- аутоиммунные заболевания.

Группу 1 составили 34 женщины с физиологическим течением родов.

В группу 2 вошли 22 беременные, роды которых осложнились первичной слабостью родовой деятельности. В группу 3 – 14 женщин, роды которых осложнились вторичной слабостью родовой деятельности.

Установление диагноза «слабость родовой деятельности» и определение тактики ведения проводилось согласно Клиническому протоколу «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 17 от 19.02.2018 г.).

Осуществляли забор венозной крови у женщин натощак в вакуумные пробирки с наполнителями ЭДТА объемом 5 мл. Исследование проводили на аппарате Sysmex (Япония).

Статистический анализ полученных результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10,0». Применяли непараметрические методы статистического анализа, так как распределение признаков подчинялось непараметрическим законам. Количественные признаки представлены в виде Me (Q1; Q3), где Me – медиана, (Q1; Q3) – интерквартильный интервал (25% и 75%). Различия считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Все группы были сопоставимы между собой по возрасту, соотношению перво- и повторнородящих, частоте сопутствующей патологии, особенностям репродуктивной функции ($p > 0,05$).

Уровни лейкоцитов в крови женщин сравниваемых групп приведены в таблице.

При анализе данных таблицы был отмечен статистически значимо больший уровень лейкоцитов в крови у женщин со вторичной слабостью родовой деятельности во втором и третьем триместрах беременности по сравнению с остальными исследуемыми группами. Выявленные изменения могут свидетельствовать о нарушении баланса иммунных процессов во время беременности у женщин с указанной патологией. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Выводы. У женщин, роды которых осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, наблюдался статистически значимо больший уровень лейкоцитов в крови во втором и третьем триместрах беременности по сравнению с пациентками с физиологическими родами и первичной родовой слабостью (в 24–26 недели – $10,8 (11,4; 12,3) \times 10^9/л$; в 34–36 недели – $10,2 (9,5; 15,3) \times 10^9/л$).

Уровни лейкоцитов в крови женщин сравниваемых групп ($\times 10^9/\text{л}$)

Временная точка взятия материала	Группа 1 (n=34) Me (Q1; Q3)	Группа 2 (n=22) Me (Q1; Q3)	Группа 3 (n=14) Me (Q1; Q3)	Уровень p
11–12 недель беременности	7,5 (6,6; 8,3)	7,6 (6,0; 9,0)	8,4 (7,2; 9,5)	$p_{1,2}=0,8932$ $p_{1,3}=0,0765$ $p_{2,3}=0,1351$
24–26 недель беременности	9,0 (7,4; 11,3)	9,4 (7,9; 10,5)	10,8 (11,4; 12,3)	$p_{1,2}=0,8312$ $p_{1,3}=0,0619$ $p_{2,3}=0,0148$
34–36 недель беременности	8,7 (7,1; 11,3)	9,1 (8,0; 11,1)	10,2 (9,5; 15,3)	$p_{1,2}=0,6269$ $p_{1,3}=0,0408$ $p_{2,3}=0,0320$
3–4 суток до родов	8,8 (6,5; 14,0)	10,4 (8,6; 11,8)	11,5 (9,5; 15,0)	$p_{1,2}=0,5596$ $p_{1,3}=0,1391$ $p_{2,3}=0,2906$
первый период родов	11,5 (8,6; 13,0)	13,1 (9,3; 15,6)	12,9 (8,9; 17,3)	$p_{1,2}=0,5158$ $p_{1,3}=0,4642$ $p_{2,3}=0,9890$

Литература

1. Румянцева В.П. Роль лейкоцитов и цитокинов в развитии и регуляции родовой деятельности при своевременных родах / В.П. Румянцева, О.Р. Баев, В.Н. Верясов // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 11–15.
2. Factors involved in the inflammatory events of cervical ripening in humans / Stjernholm-Vladic Y. et al. // *Reprod. Biol. Endocrinol.* – 2004. – Vol. 2. – P. 74.
3. Камышников В.С. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. М.: МЕДпресс; 2021. 480 с.

УДК 618.111-08

Олимова К.Ж., Ахмеджанова Х.З.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПУСТЫХ Фолликулов

Введение. Синдром пустых фолликулов (СПФ) является одной из причин неудач при проведении программ вспомогательной репродуктивной технологии (ВРТ), встречаясь примерно у 3–7% всех циклов стимуляции. Это состояние, когда, несмотря на адекватную овариальную стимуляцию и получение нормального уровня эстрадиола, при пункции фолликулов не удается получить ооциты [1, 2]. Точная диагностика СПФ представляет собой сложную задачу, поскольку стандартные методы

оценки реакции яичников на стимуляцию не всегда позволяют предсказать развитие этого состояния [3–5].

Цель исследования. Разработка и валидация нового диагностического подхода, который позволит с высокой точностью идентифицировать риск развития синдрома пустых фолликулов (СПФ) у женщин, проходящих процедуры вспомогательной репродуктивной технологии (ВРТ).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 40 женщин с синдромом пустых фолликулов. Группу контроля составили 30 женщин без синдрома пустых фолликулов (СПФ).

Результаты исследования. В ходе анализа микробиома яичников у женщин с СПФ и женщин из контрольной группы были получены следующие результаты: *Escherichia coli* обнаружены у 60% пациенток с СПФ, в сравнении с 10% в контрольной группе. *Gardnerella vaginalis* была обнаружена у 50% пациенток с СПФ, в сравнении с 5% в контрольной группе. *Lactobacillus spp.* обнаружены у 85% пациенток с СПФ, в сравнении с 95% в контрольной группе. Отмечено значительное увеличение количества условно-патогенных микроорганизмов, таких как *Escherichia coli* и *Gardnerella vaginalis*, у женщин с СПФ по сравнению с контрольной группой. Снижение доли *Lactobacillus spp.* у женщин с СПФ может указывать на нарушение нормального микробиотического баланса.

Анализ взаимосвязи микробиома яичников и СПФ показал статистически значимую корреляцию между наличием и количеством условно-патогенных микроорганизмов (*Escherichia coli* и *Gardnerella vaginalis*) и развитием СПФ. Пониженное присутствие *Lactobacillus spp.* также коррелировало с СПФ, что может указывать на его защитную роль в поддержании здоровья яичников. *Streptococcus spp.* обнаружены у 40% пациенток с СПФ, в сравнении с 15% в контрольной группе. *Mycoplasma hominis* у 35% пациенток с СПФ, в сравнении с 5% в контрольной группе. *Ureaplasma urealyticum* обнаружены у 30% пациенток с СПФ, в сравнении с 5% в контрольной группе. Снижение доли полезных микроорганизмов, таких как *Lactobacillus spp.*, и увеличение доли условно-патогенных, таких как *Streptococcus spp.*, указывает на возможное нарушение микробиотического баланса и восприимчивость к развитию СПФ.

Заключение. Результаты исследования подтверждают, что дисбаланс микробиома яичников, включая увеличение доли условно-патогенных микроорганизмов и снижение уровня полезных бактерий, может способствовать развитию синдрома пустых фолликулов. Изучение роли микробиома яичников в патогенезе синдрома пустых фолликулов имеет важное значение для разработки новых подходов к диагностике и лечению этого состояния.

Литература

1. Маткурбанова Д.Р., Шукуров Ф.И. Хошимова Д.Б. Роль микробиоты маточных труб в развитии реокклюзий труб у женщин, перенесших эндохирургические операции на трубах // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2023. – №6. – С. 80–83.
2. Shukurov F.I., Aypova F.M. The Role of Reproductive Surgery in Diagnostics and Treatment of Combined Pathologies in Women with Infertility Caused by Benign Structural Changes of Ovaries//American Journal of Medicine and Medical Sciences, USA., 2019. – Vol. 9, (5). – P. 210–212.

IMASTON ИМАСТОН



Комплекс индол-3-карбинола и ресвератрола

В 1 таблетке:

Ресвератрол	60 мг
Индол-3-карбинол	200 мг



Всего одна таблетка
в день во время еды.



При необходимости
прием можно повторить.

reproduction.info
plan-baby.ru

 **АКВИОН**

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА К ПИЩЕ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Не является лекарством. Не предназначена для лечения заболеваний. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. На правах рекламы.
Производитель: ООО «ВТФ», РФ, 601125, Владимирская область, Петушинский р-н, пос. Вольгинский, ул. Заводская, стр. 107. Все права на продукт принадлежат АО «АКВИОН».
Официальный дистрибьютор в Республике Беларусь: 220073, РБ, г. Минск, пер. Загородный 1-й, д. 20, пом. 19, каб. 30, тел.: +375 (44) 525-27-72.

3. Руководство по репродуктивной медицине / Под ред. Б. Карра, Р. Блажуэлла и Р. Азиза / Пер. с англ. – М.: «Практика», 2015. – 832 с.
 4. ЭКО при гинекологических и эндокринных заболеваниях / Под ред. Т.А. Назаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 176 с.
 5. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников / Т.А. Назаренко. – 5-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 288 с.
-

УДК 618.146-008.8-02-092-071

Пинчук Т.В.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

РОЛЬ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

Введение. Экспертами всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в ноябре 2020 года разработана глобальная стратегия по ликвидации рака шейки матки (РШМ) к 2030 году. Одной из основных целей данной стратегии является охват 70% женского населения в возрасте от 35 до 45 цервикальным скринингом [1]. В апреле 2020 года Американское общество кольпоскопии и патологии шейки матки (ASCCP) опубликовало рекомендации 2019 года по управлению аномальными скрининговыми тестами на РШМ. Новые рекомендации в отношении пациентов с патологией шейки матки основаны преимущественно не на результатах текущих скрининговых тестов, а на риске цервикальной неоплазии тяжёлой степени и РШМ (CIN 3+), учитывающем индивидуальные факторы, такие как история скрининга, возраст, иммуносупрессия [2]. Такая тенденция обусловлена всё большими доказательствами того, что основной причиной РШМ является не факт папилломавирусной инфекции, а длительная её персистенция [3, 4].

В плане цервикального скрининга ASCCP, абсолютное большинство авторитетных мировых сообществ, отечественные рекомендации [5] отдают предпочтение ВПЧ-тестированию, подчеркивая меньшую чувствительность цитологического исследования в сравнении с первичным определением вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР). В 2020 году Американское онкологическое общество (ACS) обновило свои рекомендации по скринингу РШМ и определило первичное тестирование на ВПЧ ВКР предпочтительным вариантом скрининга для лиц со средним риском CIN 3+ в возрасте 25–65 лет, отказавшись от поэтапных вариантов скрининга на основе цитологии [9].

Наряду с этим ASCCP указывает на важность ВПЧ-типирования ввиду того, что ВПЧ 16 и 18 типа имеют самый высокий риск развития CIN 3+. В случае выявления вышеуказанных типов ВПЧ ВКР, даже при отрицательном результате цитологического исследования необходимо дополнительное обследование (кольпоскопия с прицельной биопсией шейки матки). Общество подчеркивает важность и оценки длительности персистенции ВПЧ ВКР в менеджменте пациентов с ВПЧ-ассоциированной

цервикальной патологией: в случае, если новый аномальный результат скринингового теста следует за отрицательным ВПЧ-тестом в течение последних 5 лет, предполагаемый риск CIN 3+ снижается примерно на 50% [2].

Цель исследования. Определить роль ВПЧ-тестирования в диагностике цервикальных интраэпителиальных поражений.

Материалы и методы исследования. На клинической базе кафедры акушерства и гинекологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» в период с 2020 по 2024 годы проведено проспективное исследование 84 пациентов с положительным ВПЧ-тестом в возрасте до 30 лет. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от результата цитологического исследования с окраской по Папаниколау. Основную группу составили 48 пациентов с цитологическим заключением LSIL (цервикальное интраэпителиальное поражение низкой степени). В группу сравнения включены 36 пациентов с нормальным результатом цитологического исследования – NILM (негативный в отношении интраэпителиального поражения или злокачественности).

Всем женщинам кольпоскопическое исследование выполнялось с использованием кольпоскопа Leisegang в два этапа: вначале проводилась простая кольпоскопия, затем – расширенная, включающая изучение эпителиальных и сосудистых тестов путем нанесения на слизистую оболочку шейки матки 3% раствора уксусной кислоты и 2% водного раствора Люголя. Для оценки и верификации кольпоскопических картин использовалась международная кольпоскопическая терминология, одобренная Международной федерацией патологии шейки матки и кольпоскопии (Рио-де-Жанейро, 2011). Локализация патологических изменений отмечалась в кольпоскопическом протоколе, включающем помимо места расположения очага поражения его полную кольпоскопическую характеристику.

Критериями включения в исследование явились: возраст от 18 до 30 лет; наличие ВПЧ-инфекции; наличие зоны трансформации I или II типа; отсутствие терапии иммуномодулирующими препаратами за последние 6 месяцев до начала исследования; оценка «нормоценоз» по результату микроскопии и отсутствие инфекций, передаваемых половым путем, на момент исследования.

Критериями исключения из исследования были: тяжелая соматическая или гинекологическая патология; вакцинация против вируса папилломы человека; морфологически верифицированные злокачественные образования (в том числе, шейки матки); беременность и лактация на момент исследования.

Результаты исследований подвергнуты статистической обработке с применением программ MS Office Excel 2013, DataTab Statistics Software. Проверяли распределение данных на нормальность; при отличном от нормального распределении описательная статистика проводилась с применением непараметрических методов – определяли медиану, верхний и нижний квартили, результаты представляли в форме Me [LQ; UQ]. Сравнительный анализ небинарных признаков проводили с применением теста Манна – Уитни, бинарных – при помощи критерия хи-квадрат. Статистическая достоверность принята при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Медиана возраста женщин в основной группе составила 25 [22; 29] лет, в группе сравнения – 26 [24; 27] лет. Согласно критерию Манна – Уитни, статистически достоверных межгрупповых различий по возрасту отмечено не было.

Наиболее распространенными типами ВПЧ ВКР в обеих группах были 16 (n=44; 52,38%), 45 (n=12; 14,28%), 51 (n=10; 11,90%), 39 (n=5; 5,98%), и 18 (n=5; 5,98%) типы. Множественные коинфекции типов ВПЧ ВКР были выявлены у 64,58% (n=31), женщин основной группы и 41,67% (n=15) женщин группы сравнения.

Ввиду положительного результата на ВПЧ ВКР, пациентам обеих групп выполнялась расширенная кольпоскопия. Нормальная кольпоскопическая картина у пациентов группы сравнения определялась достоверно чаще (n=15 (41,67%) против n=6 (12,50%); $c_2=9,33$, $p=0,003$). В то же время встречаемость аномальной кольпоскопической картины I степени тяжести также имела статистически значимые межгрупповые различия, преобладая в основной группе (n=24 (50,0%) против n=9 (25,0%); $c_2=5,39$, $p=0,021$). Обращает на себя внимание практически одинаковая частота встречаемости аномальной кольпоскопической картины II степени тяжести в обеих группах: основная (цитологическое заключение LSIL) – 14 (29,17%) пациентов, группа сравнения (цитологическое заключение NILM) – 11 (30,56%) пациентов. Неспецифическая аномальная кольпоскопическая картина (во всех случаях – кондиломы шейки матки) выявлена у 2 пациентов основной группы (4,17%) и у 1 пациента группы сравнения (2,78%).

Всем исследуемым женщинам была выполнена прицельная многофокусная биопсия шейки матки (в случае нормальной кольпоскопической картины – случайным образом из 3 локусов в зоне трансформации). Результаты гистологического исследования биоптатов шейки матки и их соотношение с результатами цитологического исследования представлены в таблице.

Соотношение результатов гистологического и цитологического исследования у пациентов анализируемых групп

Результат гистологического исследования	Основная группа (цитологически LSIL)	Группа сравнения (цитологически NILM)	χ^2	P
CIN не выявлена	8	17	9,188	0,003
CIN 1	25	9	6,263	0,013
CIN 2	11	7	0,147	0,702
CIN 3	4	3	0,159*	0,690*

Примечание: * критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса.

Результаты таблицы демонстрируют отсутствие статистически значимых межгрупповых различий в частоте выявляемости CIN 2+ у пациентов анализируемых групп. Средний возраст пациентов обеих групп с гистологическим заключением CIN 2+ (n=24) составил $25 \pm 1,17$ лет. Анализируя их ВПЧ-статус, наиболее часто отмечены:

16 тип (n=21; 84,0%), 45 тип (n=14; 56,0%), 51 тип (n=11; 44,0%); причём данные типы папилломавирусной инфекции встречались как одиночно (36,0%), так и в совокупности с иными типами ВПЧ ВКР (62,0%). Анализ длительности персистенции ВПЧ ВКР подчеркнул, что у 19 (76,0%) пациентов с CIN 2+ персистенция ВПЧ ВКР, подтверждённая документально, составила 24 и более месяца.

Выводы. Профилактика, скрининг и лечение предраковых состояний и рака шейки матки являются важнейшими компонентами комплексной медицинской помощи в области репродуктивного здоровья. Первичное тестирование на ВПЧ ВКР каждые 5 лет является предпочтительным методом цервикального скрининга и демонстрирует эффективность у пациентов с раннего репродуктивного возраста. В менеджменте пациентов с положительным ВПЧ-тестом важно учитывать такие характеристики вируса, как тип и ориентировочную длительность персистенции. При выявлении ВПЧ ВКР расширенная кольпоскопия в совокупности с анамнезом и комплексной оценкой характеристик папилломавирусной инфекции предоставляет информацию, необходимую для индивидуализации подхода к дополнительной диагностике и лечению пациентов с ВПЧ-ассоциированной цервикальной патологией.

Литература

1. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO, 2020 52 p.
2. Wentzensen, Nicolas; Schiffman, Mark; Silver, Michelle I.; Khan, Michelle J.; Perkins, Rebecca B.; Smith, Katie M.; Gage, Julia C.; Gold, Michael A.; Conageski, Christine; Einstein, Mark H.; Mayeaux, Edward J. Jr; Waxman, Alan G.; Huh, Warner K.; Massad, L. Stewart. ASCCP Colposcopy Standards: Risk-Based Colposcopy Practice. Journal of Lower Genital Tract Disease. 21(4):230–234, October 2017. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000334.
3. Polman NJ, Ebisch RMF, Heideman DAM, et al. Performance of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse: a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. Lancet Oncol. 2019; 20(2):229–238.
4. Wentzensen N, Massad LS, Mayeaux EJ, et al. Evidence-based consensus recommendations for colposcopy practice for cervical cancer prevention in the United States. J Low Genit Tract Dis. 2017;21(4):216–222.
5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2023 № 1957 Об утверждении рекомендаций о порядке ранней диагностики предопухолевых и опухолевых заболеваний.



Аргенто
кеа

Деликейт

АРГЕНТОКЕА ДЕЛИКЕЙТ

0,1% глицирризиновая кислота

Спрей для наружного и местного применения

в гинекологии и урологии

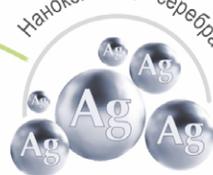
Экстракт солодки голой



Экстракт шалфея



Наноклоиды серебра



Экстракт алоэ вера



✓ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ

БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС, ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

✓ ПРОФИЛАКТИКА ✓ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ

ИЗДЕЛИЕ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Аргентокеа Деликейт. Производитель ООО «Ламира-Фармакар», Республика Беларусь, по лицензии Ламира ЛЛП, Великобритания. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Возможно применение во время беременности и лактации. На правах рекламы.

УДК 616.5-004.1-031.3-06

Порошина Л.А.¹, Рублевская Е.И.^{1,2}, Варчук И.А.³, Шатон Т.А.⁴

¹ Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

² Учреждение «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер», г. Гомель, Республика Беларусь

³ Учреждение здравоохранения «Лельчицкая центральная районная больница» г. Лельчицы, Республика Беларусь

⁴ Учреждение здравоохранения «Буда-Кошелевская центральная районная больница», г. Буда-Кошелево, Республика Беларусь

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

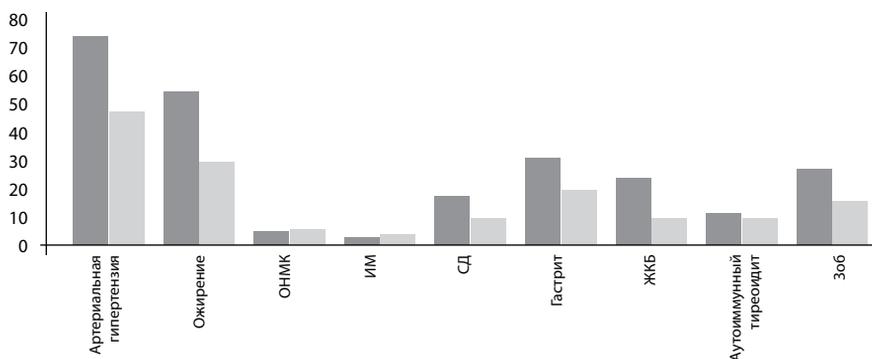
Введение. Очаговая склеродермия (ОС) – дерматоз, проявляющийся формированием фиброзно-атрофических изменений на коже без поражений внутренних органов. ОС является аутоиммунным заболеванием, при этом этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно. Заболеваемость ОС составляет от 0,24 до 3 случаев (в России заболеваемость ОС на-0,4–2,7 случая) на 100 тыс. населения [1, 2]. Заболеваемость женского населения в 3–6 раз больше мужского как среди взрослых, так и среди детей, а женщины в возрасте 40–55 лет составляют большую часть пациентов со склеродермией [2, 3].

Данные о коморбидной патологии у пациентов со склеродермией немногочисленны и противоречивы. Отмечено, что у пациентов с ОС чаще возникают аутоиммунные заболевания. Описана коморбидность очаговой склеродермии и первичного анкилозирующего спондилоартрита, инсулинозависимого сахарного диабета, тиреоидита Хашимото, болезни Грейвса и язвенного колита, витилиго, алопеции. У пациентов с ОС наблюдается атерогенный профиль липидов, субклинический атеросклероз, более высокая встречаемость метаболического синдрома относительно общей популяции [4, 5].

Материалы и методы исследования. Проведено изучение коморбидной патологии у 159 пациентов с ОС и 51 человека контрольной группы, сопоставимых по полу и возрасту.

Все пациенты были осмотрены врачом-терапевтом, проведен анализ выписок из амбулаторных карт, измерены рост и вес, подсчитан индекс массы тела, проведены общеклинические анализы, липидограмма, УЗИ щитовидной железы, ЭхоКГ проведено 82 пациентам с ОС, и 35 пациентам группы контроля.

Статистический анализ проводился с использованием программы «Statistica» 10 и «Microsoft Excel». Для анализа достоверности различий в двух группах, имеющих нормальное распределение признака, использовался двусторонний тест Стьюдента (критерий *t*). При сравнении двух независимых групп, не имеющих нормального распределения данных, использовали критерий Манна – Уитни (критерий *U*). Для



Коморбидная патология у пациентов с очаговой склеродермией и в группе

сравнения качественных признаков использовался критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Различия расценивались как достоверные при уровне статистической $p < 0,05$. При множественных сравнениях применялась поправка Бонферрони.

Результаты и обсуждение результатов исследования. В группу исследования вошли 16 мужчин и 143 женщины в возрасте 59 (49,00; 64,25) лет, группа сравнения была представлена 5 мужчинами и 46 женщинами в возрасте 57 (53,50; 63,00) ($p = 0,32$).

Наиболее часто у пациентов обеих групп встречалась артериальная гипертензия: у 117 (73,58%) пациентов с группы исследования и 24 (47,06%) пациентов контрольной группы (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 11,14; p (с поправкой Бонферрони) < 0,009) (см. рисунок).

Значение индекса массы тела у пациентов с ОС составило 30,16 (27,00; 34,00) и 27,35 (25,81; 30,57) в группе контроля ($p = 0,03$). Ожирение наблюдалось у 86 (54,09%) пациентов группы исследования и 15 (29,41%) человек контрольной группы (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 8,46; p (с поправкой Бонферрони) = 0,036).

Хроническая ревматическая болезнь сердца была у 5 (3,14%) пациентов группы исследования и не наблюдалась в контрольной группе (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 0,57; $p = 0,45$).

Аутоиммунный тиреоидит наблюдался у 18 (11,32%) пациентов с ОС и у 5 (9,80%) пациентов группы сравнения (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 3,05; $p = 0,08$). Узловой зоб – у 43 (27,04%) пациентов группы исследования и у 8 (15,69%) пациентов контрольной группы (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 2,13; $p = 0,15$).

Инфаркт миокарда в анамнезе отметили 5 (3,14%) пациентов группы исследования и два (3,92%) человека в контроле (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 2,41; $p = 0,12$). Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе было у 8 (5,03%) пациентов группы исследования и 3 (5,88%) пациента группы контроля (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 0,015; $p = 0,90$).

У 28 (17,61%) пациентов группы исследования был сахарный диабет, в контрольной группе – у 5 (9,80%) пациентов (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 1,76; $p = 0,19$).

Не наблюдалось статистической разницы в коморбидной патологии желудочно-кишечного тракта в обеих группах. Гастритом страдали у 49 (30,82%) пациентов группы исследования и у 10 (19,61%) пациентов группы контроля (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 1,88, $p=0,17$).

Желчекаменная болезнь на момент осмотра или в анамнезе была у 38 (23,90%) пациентов группы исследования и у 5 (9,80%) пациентов в группе сравнения (χ^2 (с поправкой Йейтса)=3,89; p (с поправкой Бонферрони) = 0,44).

Миома матки или перенесенное ранее оперативное лечение по этому поводу наблюдались у 38 (26,57%) женщин, страдающих ОС и у 5 (10,87%) женщин контрольной группы (χ^2 (с поправкой Йейтса) = 5,19; $p=0,02$). У женщин со склеродермией достаточно часто выявлялось поражение половых органов по типу склероатрофического лишена – у 78 (54,55%). Стоит отметить, что у пациенток, у которых было поражение половых органов в виде склероатрофического лишена, миома матки встречалась чаще, чем у пациенток с поражением только кожи, без вовлечения слизистых оболочек.

При анализе липидограммы выявлена атерогенная дислипидемия в обеих группах, при этом статистически значимо дислипидемические изменения преобладали у пациентов с ОС. А именно, у пациентов с ОС наблюдалось снижение уровня ЛПВП (1,26 (1,08; 1,49) ммоль/л у пациентов с ОС относительно 1,32 (1,16; 1,67) ммоль/л в контрольной группе ($p=0,016$)); повышение концентрации триглицеридов (1,61 (1,12; 2,47) у пациентов со склеродермией и 1,16 (1,00; 1,77) ммоль/л в контрольной группе ($p=0,005$)).

Метаболический синдром диагностировался значимо чаще у пациентов с ОС – 102(64,15%), чем в контроле – 21 (41,17%) ($p=0,007$)).

При анализе ЭхоКГ выявлены следующие функциональные и анатомические изменения сердца, которые в большей степени встречались у пациентов с ОС: диастолическая дисфункция левого желудочка – 42,68% ($p=0,006$), увеличение передне-заднего размера левого предсердия – 12,20% ($p=0,001$), недостаточность аортального клапана – 20,73% ($p=0,03$).

Выводы. У пациентов с ОС в структуре коморбидной патологии относительно контрольной группы выявлена более частая встречаемость артериальной гипертензии, ожирения, атерогенной дислипидемии со снижением уровня ЛПВП и повышением уровня триглицеридов, метаболического синдрома, диастолической дисфункции левого желудочка, недостаточности аортального клапана, у женщин – миома матки.

Литература

1. Тлиш, М. М. Заболеваемость ограниченной склеродермией в Краснодарском крае / М. М. Тлиш, Н. В. Сорокина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 3. – С. 31–35.
2. Порошина, Л. А. Анализ заболеваемости ограниченной склеродермией в Гомельской области / Л. А. Порошина, Е. И. Рублевская // Дерматовенерология Косметология. – 2021. – Т 7. – № 2. – С. 185–188.
3. Порошина, Л. А. Склероатрофический лишень вульвы у пациенток с ограниченной склеродермией / Л. А. Порошина, Е. И. Рублевская, С. Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – № 3 (61). – С. 101–107.
4. Ensz, S. Additional Symptoms Associated with Morphea. [Electronic resource] / S. Ensz // International Scleroderma Network (ISN). – 2002. – Mode of access: <https://sclero.org/scleroderma/types/localized/morphea/associated.html>. – Date of access: 19.02.2024.
5. Порошина, Л. А. Коморбидная патология сердечно-сосудистой системы у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией / Л. А. Порошина, Н. Ф. Бакалец, А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – № 2. – С. 57–64.

УДК 618.3-06

Слепцова В.А., Арестова И.М.

Учреждение образования «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь

ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Введение. В условиях общемирового роста частоты абдоминального родоразрешения актуальным остается вопрос выбора высокоэффективного метода диагностики несостоятельности рубца на матке с целью определения акушерской тактики при последующих беременностях. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, повышение частоты кесарева сечения в структуре родоразрешений свыше 10% не приводит к уменьшению материнской и перинатальной смертности, однако этот показатель продолжает ежегодно увеличиваться на 1–2% [2]. В Республике Беларусь частота оперативного родоразрешения в среднем составляет 22–25%, достигая 28–30% в крупных перинатальных центрах [3]. Важное значение имеет оценка состоятельности формирующегося рубца на матке и выявление факторов риска возникновения его дефектов, позволяющие своевременно отказаться от попытки вагинального родоразрешения у данной категории пациенток. Согласно данным Щукиной Н.А. и соавторов, основной причиной формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения является первичное тяжелое воспалительное или травматическое некротическое повреждение эндо- и миометрия, сопровождающееся формированием обширных грануляций с замедленным и неполноценным созреванием соединительной ткани [1]. Таким образом, основанием для проведения данного исследования является определение степени корреляции между инфекционными осложнениями и формированием несостоятельного рубца на матке после абдоминального родоразрешения.

Цель исследования. Изучить влияние воспалительного акушерско-гинекологического анамнеза и перенесенных в течение беременности инфекций на структуру послеоперационного рубца после кесарева сечения.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй родов 120 беременных женщин в сроке беременности 37–40 недель, имевших рубец на матке после оперативного родоразрешения. Основную группу составили 19 пациенток с признаками несостоятельности рубца по УЗИ, такими как истончение области рубца менее 3 мм, неоднородность тканей нижнего сегмента в виде гиперэхогенных включений, наличие ниш в области предполагаемого рубца, контрольную – 101 пациентка с состоятельным рубцом на матке. Статистическая обработка материала выполнялась на ПК с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica 9.0, Microsoft Excel).

Результаты и обсуждение результатов исследования. Средний возраст пациенток основной группы составлял $28,6 \pm 0,4$ года и был сопоставим с возрастом пациенток контрольной группы $29,4 \pm 0,2$ года ($p > 0,10$), что позволяет исключить влияние данного фактора на выявленные различия между группами. Также не было и статистически значимых различий в паритете между беременными обследуемых групп: в среднем, общее количество беременностей у пациенток основной группы составило $3,4 \pm 0,25$, контрольной – $3,1 \pm 0,2$ ($p > 0,10$). У 42,1% пациенток, входящих в основную группу, течение послеродового периода осложнилось эндометритом, который имел место только у 1,9% женщин в контрольной группе. Экстрагенитальные заболевания в период беременности были выявлены у 10 (52,6%) пациенток с несостоятельным рубцом на матке, из них – обострение хронического пиелонефрита встречалось у 4 (21,1%) женщин, обострение хронического тонзиллита – у 1 (5,2%), обострение хронического цистита – у 3 (15,8%), пневмония – у 1 (5,2%). В группе сравнения за период гестации экстрагенитальная патология была выявлена у 8 (7,9%) пациенток: обострение хронического пиелонефрита – у 7 (6,9%) пациенток, обострение хронического тонзиллита – у 1 (1%) пациентки. Острые респираторные инфекции в период беременности были зарегистрированы у 31,6% пациенток основной группы и у 56,4% контрольной группы и не оказывали статистически значимого эффекта на формирование несостоятельного рубца ($p > 0,10$). Однако женщины с дефектами послеоперационного рубца достоверно чаще ($p = 0,007$) переносили коронавирусную инфекцию по сравнению с пациентками, имеющими рубец на матке нормальной экоструктуры (21,0% и 2,9% соответственно). Важно отметить, что гестационный пиелонефрит имел место у 21% женщин основной группы, в то время как в группе сравнения он был зарегистрирован только у 3,9% пациенток. Анализ результатов обследования на специфические инфекции показал, что 4 (20,9%) пациентки с несостоятельным рубцом на матке имели эндогенные и экзогенные половые инфекции: трихомониаз – 2 (10,5%) пациентки, уреаплазмоз – 1 (5,2%) пациентка, хламидиоз – 1 (5,2%) пациентка, в то время как у пациенток контрольной группы данных инфекций выявлено не было. Анализ результатов бактериологического исследования отделяемого из цервикального канала у пациенток основной группы выявил рост микрофлоры у 12 (63,1%) пациенток: у 7 (36,8%) пациенток – стафилококки (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*), у 3 (15,8%) пациенток – энтеробактерии (*E. coli*), у 2 (10,5%) пациенток – энтерококки (*Enterococcus faecium*). У пациенток контрольной группы роста микрофлоры был выявлен у 9 (8,9%) пациенток – стафилококки (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*). Кроме того, у 13 (68,4%) пациенток с признаками несостоятельности рубца на матке в анамнезе имелись указания на проведение выскабливания матки в связи с медицинским абортом, которое предшествовало оперативному родоразрешению, и имело место только у 8 (7,9%) пациенток с состоятельным рубцом на матке.

Выводы. Таким образом, инфекционный фактор является значимой составляющей в патогенезе формирования несостоятельного рубца на матке после оперативного родоразрешения. При этом важное влияние на формирование и состояние

рубца оказывают наличие у пациентки эндометрита после предыдущих родов, обострение во время беременности хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний, перенесенные в период гестации эндогенные и экзогенные половые инфекции. Учет данных показателей позволит спрогнозировать риски возможных осложнений беременности, связанные с несостоятельностью рубца на матке. Перспективным направлением для дальнейших исследований является мультилокусное секвенирование, позволяющее описать генетическую структуру инфекционных агентов, потенциально способных повлиять на репаративные процессы в области рубца на матке, и осуществить мониторинг их генетической вариабельности в миометрии.

Литература

1. Основные причины формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения / Н.А. Шукина [и др.]. – Москва: Российский вестник акушера-гинеколога, 2018. – С. 57–61.
 2. Stemming the global caesarean section epidemic [Electronic resource]. Lancet. – Mode of access: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32394-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32394-8/fulltext) – Date of access: 03.03.2024.
 3. C-Section Rates by Country 2024 [Electronic resource]: Mode of access: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/c-section-rates-by-country> – Date of access: 04.03.2024.
-

УДК 618.177-036.8-089

Туламетова Ш.А., Анварова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Введение. Развитие технологий и улучшение хирургических инструментов открыли новые перспективы для эндоскопической диагностики и лечения бесплодия [1, 3]. Исследование актуальных данных и опыта применения этих методов важно для оценки их реальной эффективности и возможностей. Несмотря на значительные достижения в области эндоскопической хирургии, существующие методики требуют дальнейшей оптимизации для повышения их эффективности и доступности [4, 5].

Цель исследования. Комплексная оценка роли и эффективности эндоскопических хирургических методов в диагностике и устранения причин женского бесплодия.

Материал и методы исследования. В исследовании были включены 70 женщин с бесплодием. Из них 40 женщин с сочетанными патологиями придатков матки (I группа) и 30 женщин с патологией эндометрия (II группа). Группу контроля составили 30 здоровых женщин.

Результаты исследования. Анализ структуры патологий первой группы (40 женщин с сочетанными патологиями придатков матки) представляла следующее распределение патологий: эндометриоз был диагностирован у 25% женщин, синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – у 30%, хронические воспалительные заболевания

придатков – у 20% и непроходимость маточных труб – у 25%. Анализ хирургических вмешательств в этой группе показал, что лапароскопическая операция применялась у 70% женщин, включая всех с трубной непроходимостью и большинство с эндометриозом, при этом у 77% из них наблюдалось восстановление фертильности в течение первого года после операции. Гистероскопия использовалась у 30% женщин, в основном у тех, у кого были хронические воспалительные заболевания и СПКЯ, с эффективностью восстановления фертильности в 73% случаев. Вторая группа (30 женщин с патологией эндометрия) была диагностирована с гиперплазией эндометрия у 40% женщин, синехиями в полости матки у 30%, хроническим эндометритом у 30%. Во второй группе гистероскопическое удаление полипов и адгезий было выполнено у 80% женщин, что привело к восстановлению фертильности у 60% из них. Медикаментозное лечение в сочетании с хирургическим вмешательством использовалось у 20% женщин, показав эффективность в 50% случаев. Таким образом, общая эффективность репродуктивной хирургии в нашем исследовании показала, что восстановление фертильности было достигнуто у 77% женщин с сочетанными патологиями придатков матки и у 73% женщин с патологией эндометрия.

Заключение. Результаты исследования подчёркивает высокую эффективность репродуктивной хирургии в диагностике и лечении женского бесплодия, связанного с различными патологиями. Использование лапароскопических операций и гистероскопии в зависимости от типа и характеристик заболевания позволило достигнуть значительного восстановления фертильности у 77% женщин.

Литература

1. Абашидзе А.А. Структура бесплодия. О чем не стоит забывать // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 4. – С. 81–84.
 2. Ахундова Н. Н. Сочетание эндоскопических методов в диагностике и лечении различных форм бесплодия у женщин // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2017. – № 7. – С. 44–48.
 3. Белякин С.А. Гистерорезектоскопия в лечении гинекологических заболеваний // Военно-медицинский журнал. – 2011. – №9. – С. 59–61.
 4. Шукуров Ф.И. Применение гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии у женщин с бесплодием обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников // Сборник тезисов XI Международный конгресс по репродуктивной медицине. – Москва, 2017. – С. 458–460.
 5. Shukurov F.I., Ayrova F.M. The Role of Reproductive Surgery in D iagnostics and Treatment of Combined Pathologies in Women with Infertility Caused by Benign Structural Changes of Ovaries // American Journal of Medicine and Medical Sciences, USA, 2019. – Vol. 9, (5). – P. 210–212.
-

УДК 618-089.888.61-616-089.168.1

Умарова Н.М., Нигматова Г.М.

Городской перинатальный центр, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент,
Республика Узбекистан

ПОСЛЕРОДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ УТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ – МЕТРОРАФИЮ И МЕТРОПЛАСТИКУ

Введение. По результатам III конфиденциального анализа случаев материнской смертности (МС) за 2016–2017 гг. (КИСМИС) «Во имя спасения жизни матерей», причиной МС от генитального сепсиса составило 14,7%, а по данным различных авторов заболеваемость гнойно-септическими осложнениями послеродового периода варьируется от 1 – 54,38% [5].

Послеродовым пациенткам, перенесших после осложненных оперативных родов путем кесарево сечения, утеросохраняющие реконструктивные операции (метрорафию и метропластику), позволяет сохранить качество жизни, особенно первородящим, так как предотвращает развитие ряда осложнений, связанных с удалением органа-матки, являющимся не только чадородным органом, но и участвующим в процессе гормональной регуляции у женщин.

Известно, что матка является органом-мишенью для различных гормонов и ее удаление приводит к эндокринным перестройкам в организме женщины, которые могут повлечь за собой развитие новообразований и нейровегетативных расстройств [1]. Отсутствие матки как гормонпотребляющего органа, снимает «феномен стимуляции потребления», в результате чего другие органы-мишени в дальнейшем продолжают подвергаться еще большему воздействию яичников [3, 5].

По данным ряда авторов, гистерэктомия приводит к синхронному дисгормональному поражению органов репродуктивной системы, так называемому гормональному удару (гонадотропных и стероидных гормонов) на гормональнозависимые рецепторы молочных желез, яичников, шейки матки и цервикального канала [2, 4]. Помимо эндокринных нарушений (ранний тяжелый климакс, образование кист и другие), хирургической травмы, спаечной болезни, осложнений от наркоза, развитие различных соматических заболеваний. При удалении органа репродуктивной системы женщина подвергается психологической травме (разводы, депрессии, психические расстройства, чувство вины), особенно если экстирпацию матки проводят первобеременным женщинам, которые находятся на пике деторождения, да еще и в сочетании с антенатальной гибелью плода. В связи с чем, в Перинатальном центре РУз с 2017 года проводятся органосохраняющие (утеросохраняющие) реконструктивные операции-наложение вторичных швов (Метропластика и Метрорафия) при несостоятельности (дивергенции) швов (рубца) на матке после операции кесарево сечения, осложнившимся клиникой генитального тазового сепсиса.

Нами разработаны методы послеродовой реабилитации, включающие целый комплекс программ лечения и адаптации женщин, после перенесенных сложных органосохраняющих операций.

Послеродовая реабилитация – это комплекс лечебно-профилактических процедур, направленных на восстановление физического и психологического здоровья женщины после перенесенной сложной органо-утеросохраняющей операции и требует тщательного восстановительного периода с привлечением терапевта и узких специалистов, таких как уролог, гастроэнтеролог, эндокринолог, невролог, кардиолог, реабилитолог, психотерапевт, психолог, физиотерапевт и врач лечебной физкультуры. При этом в течение 6–12 мес. пациентки, перенесшие органосохраняющие операции наблюдаются в кабинете Катамнеза в Поликлинике. Данным пациенткам после хирургического лечения необходима строгая контрацепция в течении первых двух лет. И только после полного обследования и оценки состояния рубца на матке возможно планирование беременности. Родоразрешение в дальнейшем мы рекомендуем проводить методом кесарева сечения, который является абсолютным показанием к данной операции. Выписка больных осуществлялась с индивидуальным учетом общего состояния на 7–10–14 сутки после релапаротомии. При проведении реабилитационных мероприятий значительное влияние на исход оказывает декомпенсация хронической соматической патологии, при этом наиболее часто отмечались пиелонефрит (46,7%), заболевания желудочно-кишечного тракта (23,3%), легких (16,7%), ССЗ (13,3%). Особое место занимает хроническая и постгеморрагическая анемия, как правило, частота которой в наших исследованиях составила 100%. Лечение и коррекция соматических заболеваний занимают важное место в положительном исходе при органосохраняющих операциях.

Выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение на 5–7 сутки 20,0% (6), на 10–16 сутки – 26,7% (8), на 20–40 сутки – 53,3% (16) родильниц. После выписки из стационара в течение года осуществляли наблюдение пациенток в кабинете катамнеза в Республиканском перинатальном центре и по месту жительства.

Разработанные нами реабилитационные мероприятия включали 3 этапа:

- 1 этап – это стационарные меры реабилитации, включающие в себя период улучшения и положительной динамики интенсивной терапии послеродового послеоперационного периода, от перевода пациентки из отделения Реанимации и Интенсивной терапии (ОАРИТ) в отделение гинекологии и до выписки из стационара на 7–10–14 день;
- 2 этап – амбулаторное обследование пациенток, перенесших органосохраняющие процедуры за период после выписки в течении 1, 3, 6 мес. Им проводится патронаж, включающий в себя процесс мониторинга заживления послеоперационной раны с помощью ультразвукового мониторинга, восстановление гормональной функции и регулярных менструаций, улучшение психо-эмоционального статуса, осмотр узкими специалистами, лечение соматической патологии. Прием фемостона 2/10 назначается через 2 месяца после метропластики, а до этого проводится терапия профилактики тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) (венотоники, аспирин);

- 3 этап – наблюдение в кабинете Катамнеза (УЗИ мониторинг через 6,9 мес., 1 год), прием фемостона 2/10 в течение 9 мес., а через 9 мес. начать прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), продолжать по мере необходимости, и выявления соматической патологии.
- 1 этап – стационарные меры реабилитации:
- Лечебно-охранительный режим.
- Продолжать прием антибиотиков, согласно разработанного консилиумом врачей из комбинации 3-х антибиотиков с последующей поэтапной отмены антибиотиков до монотерапии в течение 7–10 дней.
- После операции, женщина уже может начинать понемногу вставать, но интервал часовой разрабатывается строго индивидуально, в зависимости от состояния тяжести оперативного вмешательства и состояния пациентки. Активное ведение послеоперационного периода и движение (активизация) – это хороший способ запустить естественные восстановительные процессы в организме и избежать ряда последствий оперативного вмешательства, в частности, появления спаек, которые очень часто сопровождают септические осложнения после операции кесарево сечение.
- Санация послеоперационной раны мы рекомендуем проводить раствором 3% перекиси водорода, затем Форгалс или бетадином, либо хлогексидинсодержащими растворами. Если есть расхождение швов на коже, то максимально санировали рану, очищали края раны, а затем закладывали салфетку с раствором бетадина, а после очищения раны от гноя и фибринового налета для ускорения процесса репарации каждые два-три дня закладывали мази с левомиколью и офламелидом, до полного вторичного заживления (затягивания) раны на коже.
- Лаваж матки – инстиляция раствором антисептика, обработка цервикального канала (в нашем случае эритромициновой мазью), либо мазью с антибиотиком, рекомендовано введение антибиотиков в шейку матки. Противомикробные многокомпонентные свечи и свечи с эстрогенами в течение 7–10 дней.

Прием антикоагулянтов прямого действия – низкомолекулярные гепарины в течении 2-х недель после операции, для профилактики ТЭЛА и послеродового тромбоза под контролем гемостазиограммы, в сочетании с аспирином, эластичное бинтование ног компрессионными чулками – флеботерапия. С последующим назначением венотоников, диосмина.

- Иммунотерапия – использовали факторы гуморального иммунитета – иммуноглобулины – антистафилакокковый гаммаглобулин 3–5 доз после операции, пентоглобин, антицитокины (Галавит). Свежезамороженную плазму (СЗП), эритроцитарную массу, альбумин 10 или 20% – по показаниям, внутривенно (в/в) – человеческий иммуноглобулин.
- Противогрибковая терапия.
- Эубиотики в течении первых двух месяцев, для восстановления микробиоты кишечника. Во влагалище – свечи с пробиотиками, для восстановления баланса вагинальной микрофлоры.

- Через 5 дней – свечи с эстрогенами во влагалище – курс 18-20 дней.
- Микроклизмы с натрий тиосульфатом в прямую кишку.
- Продолжать антианемическую терапию (применение трехвалентного железа) парентеральным путем.
- Нестероидные противовоспалительные препараты для подавления болевого синдрома, жаропонижающего и противовоспалительного эффекта в виде перорального таблетируемого приема, инъекционного либо в форме свечей.
- Для купирования приступов гастрита и профилактики развития стрессовых язв назначаются препараты блокаторы гистаминовых рецепторов H₂, ингибиторы протонного насоса, а также гепатопротекторы.
2 этап – амбулаторное звено патронажа за послеродовыми родильницами:
- УЗИ – мониторинг инволюции матки после выписки в течение 1, 3, 6, 9 месяцев.
- Через 45–60 дней послеродового периода, после сдачи коагулограммы начать прием Фемостон 2/10 на 9 месяцев, для восстановления эндометрия, устранения гормональной дисфункции, а также восстановления репродуктивной функции.
- Физиотерапия способствует структурному и функциональному восстановлению эндометрия, также необходима для профилактики спаечного процесса. При физиотерапевтическом лечении органов малого таза используются не только лекарственные препараты, но и импульсные токи, магнитные поля, лазеротерапия, ультразвук, грязе- и водолечение. На всех этапах лечебных и реабилитационных мероприятий и профилактики, рекомендуется как можно раньше применять физиотерапию – от 1–15 процедур, с учетом противопоказаний.
- Абсорбирующая терапия и фибринолитические средства (свечи Лонгидаза 50мг, Дистрептаза) обладают гиалуронидазной (ферментативной, протеолитической) активностью пролонгированного действия, хелатирующими, антиоксидантными, иммуномодулирующими и умеренно выраженными противовоспалительными свойствами, противofиброзные свойства, ослабляет течение острой фазы воспаления, повышает гуморальный иммунный ответ и резистентность организма к инфекции. Протеолитические серратопептидазы.
- Назначается аспирин в дозировке 75–150 мг в сочетании с аспирином (50, 80 мг), в зависимости от массы тела и под контролем коагулограммы, в течение 2-х месяцев – как профилактика ТЭЛА и послеродового тромбоза назначаются венотоники.
- Продолжать прием эубиотиков в течение 1–2 мес., а для восстановления биоценоза и микробиоты влагалища свечи с пробиотиками (биоселак, ацилакт).
- Продолжать антианемическую терапию (применение трехвалентного железа) перорально, курс индивидуален.
- Витамины и регуляторы работы иммунитета (для восстановления иммунного равновесия)
3 этап – наблюдение в кабинете Катамнеза:
- После приема в течение 9 месяцев Фемостона 2/10, назначается контрацепция комбинированными оральными контрацептивами (КОК) в течение 6–9 месяцев, иногда от года до 1,5, после чего назначается предгравидарная подготовка.

- Санаторно-курортное лечение через 4–6 месяцев, включает в себя бальнеотерапию и грязелечение.
- УЗИ мониторинг: фолликулометрия, измерение толщины эндометрия, области послеоперационного рубца, проведение доплерометрии для предгравидарной подготовки.

Из 31 прооперированных женщин основной группы менструации восстановились через 1 месяц у 2 (6,4%), через 3 месяца – у 4 (12,9%), через 5–6 месяцев – у 21 (67,7%), через 8–10 месяцев – у 3 (9,6%) и через 12 месяцев – у 1 (3,2%).

Сроки восстановления менструальной функции у женщин группы сравнения не отличались от данных основной группы. Беременность наступила у 15 (50,0%) женщин, из них у 6 (20,0%) – диагностирована неразвивающаяся беременность в сроке 6–8 недель и произведен медикаментозный аборт. У 8 (26,7%) женщин беременность прогрессирует в сроках 18–30 недель на фоне приема утрожестана по 200 мг 2 раза в день вагинально, а 1 (3,2%) пациентки в сроке беременности 36 недель проведено экстренное родоразрешение путем кесарева сечения, извлечен живой доношенный новорожденный массой тела 3000 г длиной 49 см по шкале Апгар 7–8 баллов.

За период наблюдения осложнения возникли у 2 (6,7%) женщин. У одной произошло образование синехий в области внутреннего зева, гематометра через 3 месяца после метропластики – ей произведена гистероскопия, рассечение синехий и восстановление полости матки. У другой пациентки прогрессировала полиорганная недостаточность и клиника септического шока, оценка по шкале SOFA – 10 баллов, в связи с чем произведено ре-релапаротомия и гистерэктомия с сальпингоэктомией и дренирование культи влагалища в 2017 году.

Выводы. Внедрение инновационной технологии в акушерскую практику у послеродовых женщин, перенесших генитальный тазовый сепсис – сохранение матки в условиях расхождения швов на матке после кесарева сечения и акушерского перитонита, является эффективным методом в условиях родовспомогательного учреждения 3 уровня, перинатальных центров, многопрофильных больниц или кластеров. Решающим моментом в судьбе женщины составляет реабилитация её здоровья и репродуктивной функции после релапаротомии и наложения вторичных швов с миометрорафией и метропластикой. Разработанный нами алгоритм ведения пациентки в течение 2-х лет был эффективен у 85% родильниц, менструальная функция восстановилась у 100% женщин, беременность наступила у 40,0%, осложнения составили 15%, из них орган удален в 3,3% случаев.

Литература

1. Буянова СН, Пучкова НВ. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;(4):36–8.
2. Доброхотова Ю.Э., Михалева Л.М., Насырова Н.И. и др. Состояние репродуктивной системы пациенток, перенесших реконструктивно-пластические операции на матке // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 8. – С. 42–48.
3. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: причины формирования и лечебная тактика. Акушерство и гинекология. 2013;(12):28–33.
4. Краснополский В.И., Буянова СН, Щукина НА. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: особенности течения на современном этапе. Тактика ведения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013;4:82–5.
5. III отчет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности в Узбекистане за 2016 – 2017гг. (НК КИСМС) «Во имя спасения жизни матерей». 2020. – С. 5–6.

УДК 577.112:618.177-07

Юлдашева М.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

РОЛЬ ПРОТЕОМИКИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Введение. Многие случаи женского бесплодия связаны с гормональными нарушениями, которые могут быть успешно скорректированы при своевременном обнаружении. Однако традиционные методы диагностики не всегда позволяют точно определить характер и степень гормональных отклонений [1, 3]. Протеомика гормонального профиля открывает новые возможности для раннего выявления и точной диагностики этих состояний [4, 5].

Цель исследования. Всестороннее изучение возможностей протеомического анализа для выявления и оценки гормональных нарушений, способствующих развитию бесплодия у женщин.

Материал и методы исследования. В исследования были включены 70 женщин. Основная группа включала 40 женщин репродуктивного возраста с диагностированным бесплодием. Контрольная группа состояла из 30 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Результаты исследования. У 65% женщин с бесплодием было обнаружено повышение уровня ФСГ в сыворотке до 12.5 МЕд/мл по сравнению с контрольной группой. Уровень АМГ был значительно ниже у 70% женщин с бесплодием, среднее значение составило 1.2 нг/мл. У 60% женщин с бесплодием уровни ингибина В были ниже нормального. В основной группе женщин уровни эстрадиола (Е2) в сыворотке был значительно ниже, чем в контрольной группе, среднее значение составило 35 пг/мл. У 40% женщин из основной группы уровень Е2 был ниже нормы, что может указывать на нарушение фолликулярного развития. В основной группе средний уровень прогестерона составил 8 нг/мл, при этом у 60% женщин уровни прогестерона оказались ниже нормальных значений. Это подчеркивает возможные нарушения в лютеиновой фазе и недостаточную лютеинизацию. У 30% женщин с бесплодием наблюдались незначительно повышенные уровни тестостерона по сравнению с контрольной группой, среднее значение составило 0.45 нг/мл.

Заключение. Результаты исследования подтверждает важность протеомных маркеров в диагностике и понимании механизмов женского бесплодия. Анализ протеинового профиля сыворотки крови у женщин с бесплодием выявил значительные отклонения в уровнях критически важных гормонов, включая ФСГ, АМГ, ингибин В, эстрадиол, прогестерон и тестостерон, по сравнению с здоровыми женщинами из контрольной группы. Эти отклонения указывают на нарушения в репродуктивной системе, которые могут влиять на способность к зачатию и поддержанию беременности. Эти результаты подтверждают важность комплексного подхода к диагностике

бесплодия, который включает анализ протеомных маркеров, для выявления специфических нарушений репродуктивной функции.

Литература

1. Гродницкая Е.Э., Щербатюк Ю.В., Бендусов И.А., и др. Антимюллеров гормон как маркер синдрома поликистозных яичников // Проблемы репродукции. – 2013. – №6. – С. 27–30.
2. Краснопольская К.В., Назаренко Т.А. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 376 с.
3. Кроненберг Генри М. Эндокринология по Вильямсу репродуктивная эндокринология / Генри М. Кроненберг, Мелмед Шломо, С.Кеннет [и др.] перевод с английского под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М., Рид Элсивер, 2011. – С. 54–62.
4. Шукуров Ф.И., Аюлова Ф.М., Джаббарова Ю.К. Коррекция гормональных нарушений у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения // Журнал теоретической и клинической медицины, 2019. – №5. – С. 140–141.
5. Shukurov F.I. Use of contraceptives in rehabilitation of reproductive function in women with infertility after endochirurgical intervention in ovarians//Reproductive choice: empowering progress against stereotypes 13 th Seminar of the European Society of Contraception and Reproductive Health Park Inn by Radisson Pribaltiyskaya Saint Petersburg, Russia Final programme and book of abstracts. – 2017. – С. 22–23.

УДК 618.2-036:616.993.192.1-074

Юркевич Т.Ю.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА ТОКСОПЛАЗМУ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ИНФИЦИРОВАНИЮ

Введение. Первичное инфицирование беременной *Toxoplasma gondii* (*T.gondii*) может привести к тяжелым осложнениям у плода, включая его внутриутробную гибель, задержку роста плода, формированию ВПР и завершится мертворождением или рождением ребенка с тяжелыми неврологическими проявлениями, связанными с поражением головного мозга и привести к повышению уровня детской инвалидности [1]. Ежегодно в мире в среднем регистрируется 190 000 случаев врожденного токсоплазмоза (ВТ), а со смертельным исходом – 1,5 случая на 1000 живорождений [2]. В Республике Беларусь в 2016 году инфицированность женщин в возрасте от 15 до 45 лет *T.gondii* составляла 45,8% [3]. В нашей стране в настоящее время осуществляется двукратный серологический скрининг беременных на токсоплазмоз [4]. Определение предполагаемых сроков заражения позволяет своевременно провести медицинскую профилактику направленную на снижение риска вертикальной передачи инфекции на 48% и снизить тяжесть клинических проявлений [5, 6].

Цель исследования. Провести анализ результатов серологического тестирования у беременных женщин с подозрением на инфицирование токсоплазмой. Провести анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин группы высокого риска по инфицированию.

Материалы и методы исследования. Группа исследования была сформирована из 69 женщин с подозрением на ИТ во время настоящей беременности. Все женщины состояли на учете по беременности в женских консультациях (ЖК) г. Минска, и информация о результатах исследования на токсоплазменную инфекцию была внесена в их обменную карту (форма №113/у-07), имелось заключение врача-инфекциониста. Всем беременным выполнялись УЗИ с расширенной нейросонографией плода каждые 4 недели в динамике. Информацию об исходах беременностей получали из истории родов (форма № 096/у) или из обменной карты (форма – 113/у-07), сведения о ребенке – из истории развития новорожденного (форма – 097/у). Все дети были обследованы на врожденный токсоплазмоз при рождении.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Средний возраст беременных женщин группы исследования составил 30 [27–34] лет. Первобеременными были 22 (31,9%) женщины. Две беременности в анамнезе имели 29 (42%), от 3 до 7 беременностей – 18 (26,1%). Первородящими были 31 (44,9%) женщины. Одни роды в анамнезе отмечены у 26 (33,3%), от 2 до 3 родов – у 12 (17,4%). Таким образом, преобладали повторнобеременные первородящие женщины.

Медиана срока гестации, в котором был выполнен первый серологический анализ на антитела (АТ) к токсоплазме, составила 10 [9–12] недель, второй анализ – в 14 [14–18] недель, третий анализ – в 19 [15–24] недели.

После досконального анализа всех данных у 29 (42%) беременных имевших положительный тест на АТ по результатам скрининга в женской консультации мы исключили ИТ во время настоящей беременности. Для этого использовали анализ архивных результатов серологического исследования выполненного в предыдущую беременность. Выяснилось, что у 4/29 (13,8%) женщин имелись результаты положительных тестов при проведенных ранее исследованиях. Помимо анализа архивных данных мы рекомендовали провести дополнительное исследование через 2–3 недели в сроке до 16 недель беременности на определение уровня АТ к *T.gondii* и авидности IgG. По результатам дополнительного исследования у 15/29 (51,7%) женщин была выявлена высокая авидность IgG, у 10/29 (34,5%) IgG в крови не появились в динамике (присутствие IgM расценили в этом случае как ложноположительное). Таким образом, в результате описанного выше аналитического этапа выделили группу сравнения (ГС n=29). Для пациенток ГС проводился весь комплекс пренатальных исследований плода, однако антибиотикопрофилактика не назначалась. У остальных 40 беременных женщин срок гестации, полученные лабораторные данные говорили в пользу высокого риска ИТ во время беременности. Данные пациентки составили ОГ. Медиана срока гестации, в котором был окончательно установлен высокий риск инфицирования у них, составила 16 [14,0–20,5] недель.

В ОГ у 7/40 (17,5%) женщин в анализе при первой явке в ЖК в крови отсутствовали IgM и IgG к токсоплазме, то есть они были серонегативны. У 6/7 (85,7%) произошла сероконверсия, которую выявили в ЖК по результатам второго анализа в 18–20 недель. У 1/7 – при проведении второго анализа в сроке 18–20 недель АТ в крови не было. У данной беременной сероконверсия произошла позже, и АТ к токсоплазме удалось

обнаружить после выполнения в случайном порядке в ЖК анализа в сроке 30 недель гестации. У 7/40 (17,5%) женщин после проведения первого скринирующего анализа в ЖК в сроке до 12 недель беременности определили наличие IgM+, IgG+ в крови и одновременно установили низкую avidность IgG. Ещё у 3/40 (7,5%) была зафиксирована пограничную avidность, что так же является достаточным основанием для констатации свежего заражения.

У 18/40 (42,5%) беременных женщин при первом анализе в ЖК исследовали только АТ и определили IgM+, IgG+. Поскольку это не позволило ответить на вопрос о сроках инфицирования, им потребовалось дополнительно исследовать АТ и avidность IgG. Дополнительное исследование провели через 4 [3,5-4] недели после первого анализа. При проведении повторного анализа у 14/18 (75%) женщин определили IgM+, IgG+ и avidность IgG. В 9/14 (64,3%) анализах avidность IgG была низкой и в 1/14 (7,1%) – пограничной, что подтвердило риск инфицирования во время беременности. В 4/14 (28,6%) анализах avidность IgG была высокой, но определили ее в сроке 16 и более недель, что является уже не информативным и не исключает вероятность ИТ на ранних сроках беременности. В 2/18 (11,1%) случаях у женщин в ЖК повторили серологическое исследование, но без определения avidности IgG, что не позволило исключить риск инфицирования, несмотря на то, что срок гестации при его проведении был 12-14 недель, так как в случае определения высокой avidности можно было исключить их из группы инфицирования и не назначать антибиотикопрофилактику. Ещё 1/18 (11,1%) женщине в общей сложности выполнили 3 раза исследование крови на АТ (в 10, 13 и в 16 недель) и определили низкую avidность IgG только при последнем исследовании, после чего назначили антибиотикопрофилактику. У 1/18 женщины скрининговое исследование в ЖК, в котором выявили IgM+ и IgG+ было проведено при постановке на учет по беременности в 11 недель, а дополнительное исследование было выполнено только в 25 недель. Причиной явилась не внимательность медицинского персонала. Таким образом, беременная в группу риска по инфицированию попала только в III триместре, что вызвало у нее повышенную тревожность.

В целом, во всех 18 вышеописанных наблюдениях необходимо было оперативно дополнительно определять avidность IgG в сроке до 16 недель беременности, что позволило бы рассчитать предполагаемый срок инфицирования, сократить количество повторных анализов на АТ, а также с большой долей вероятности исключить не меньше 6 беременных женщин из группы высокого риска по ИТ и, возможно, избежать не обоснованного назначения антибиотиков для медицинской профилактики ВТ. По причине позднего явки в ЖК для постановки на учет по беременности или других объективных причин или невнимательности медицинского персонала ещё 5/40 (12,5%) женщинам ОГ первый анализ в ЖК был выполнен только в сроке с 18 до 21 недели гестации, и в крови у них присутствовали IgM+, IgG+. Повторный анализ им выполнили только через 2-3 недели (анализ крови на АТ) и определили avidность. Как известно из литературных данных и что было ранее указано нами, определение avidности в данном сроке беременности является не информативным, не может характеризовать сроки заражения и не позволяет исключить женщин из группы высокого риска.

Таким образом, всем беременным ОГ с убедительно установленным сроком инфицирования и тем, кому не удалось исключить высокий риск с профилактической целью снижения риска ВТ была назначена антибиотикопрофилактика спирамицином.

Нами не было установлено ВПР или косвенных УЗ маркеров инфицирования плода ни в одном случае в ГС. В ОГ у 2/40 плодов (5%) были выявлены маркеры инфицирования плода. В 1 случае в сроке 32–33 недели гестации – венрикуломегалия слева. Проведенное дополнительно МРТ исследование в 39 недель позволило уточнить диагноз: признаки расширения левого бокового желудочка и субэпидемальной кисты слева. По завершению инструментального исследования риск по ВТ оценен в 20% – высокий. Последующее обследование новорожденного подтвердило внутриутробное ИТ. Для данной беременной женщины диагностический амниоцентез (АЦ) не был проведен в связи с поздним сроком обращения для консультации и обследования (более 22 недель). Во 2 случае в сроке 26 недель беременности диагностировали двустороннюю пиелэктазию у плода. После рождения ребенок был обследован и убедительных данных ИТ не было получено. По данным УЗИ новорожденного сохранились эхопризнаки двусторонней пиелокаликэктазии.

Все беременности в ОГ и ГС закончились родами в срок. Медиана срока гестации при рождении в ОГ составила 39 [38–40] недель, массы новорожденных была 3355 [2875–3590] грамм, роста 53 [51,0–54,5] см. Медиана срока гестации при рождении в ГС составила 40 [39,0–40,5] недель, массы новорожденных была 3685 [3400–4115] грамм, роста 54,5 [53,5–56,0] см.

По результатам обследования ВТ подтвердили у 1/69 (1,5%) новорожденного в общей группе или в 2,5% с ОГ. У матери этого новорожденного ИТ было лабораторно подтверждено как результат сероконверсии (появление IgM и Ig G в 30 недель гестации) у ранее серонегативной беременной (отсутствие АТ в 9 и 19 недель).

Выводы. У первично положительных на токсоплазмоз пациентов в 58% случаев подтверждается инфицирование во время беременности. У 70% из них понадобилось проводить дополнительные лабораторные и клинические исследования, что удлинит постановку диагноза и в ряде случаев не позволило выполнить инвазивную пренатальную диагностику ВТ. В 5% случаев были выявлены маркеры инфицирования плода, включающие венрикуломегалию и пиелэктазию. ИТ не оказывает влияния на продолжительность гестации и не повышает частоту преждевременных родов. Частота ВТ составляет 2,5%.

Литература

1. Jones, J., A. Lopez, and M. Wilson, Congenital toxoplasmosis. *Am Fam Physician*, 2003. 67(10): p. 2131–8.
2. Torgerson, P. and P. Mastroiacovo, The global burden of congenital toxoplasmosis: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2013 Jul 1, 2013. 91: p. 501–8.
3. Иванова, М.А., Совершенствование методов контроля над токсоплазменной инвазией в группах риска развития токсоплазмоз автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 2016: p. 24.
4. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»: Утвержден Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 №17. 2018: p. 167.
5. Wallon, M., et al., Congenital toxoplasma infection: monthly prenatal screening decreases transmission rate and improves clinical outcome at age 3 years. *Clin Infect Dis*, 2013. 56(9): p. 1223–31.
6. Mandelbrot, L., et al., Prenatal therapy with pyrimethamine + sulfadiazine vs spiramycin to reduce placental transmission of toxoplasmosis: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2018. 219(4): p. 386.e1-386.e9.

УДК 618.16:616.5-002]-07-08-055.25

Янко Н.Б.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ДЕВОЧЕК

Введение. В последние десятилетия научное сообщество стало уделять все больше внимания проблеме склероатрофического лишена вульвы, особенно в детской возрастной группе. Это находит свое объяснение в том числе в связи с возникновением определенных негативных последствий, приводящих к нарушению, а подчас и невозможности нормальной репродуктивной деятельности. Согласно научным данным, рост числа больных САЛ вульвы наблюдается во всех странах. Среди детей рост САЛВ отмечается с дебютом в нейтральном периоде полового созревания, в препубертатном и пубертатном периодах.

Цель исследования. Проанализировать основные клинические проявления и методы эффективной терапии САЛВ у девочек, а также выявить возможные диагностические и лечебные ошибки при ведении пациентов с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили сведения об особенностях клинической картины и методах терапии дерматозов генитальной локализации, в том числе САЛВ. Приведены два собственных клинических наблюдения ошибочной диагностики и как следствие использования неправильной тактики ведения пациента, а также развития побочных эффектов от нерациональной местной терапии САЛВ.

Результаты исследования и их обсуждение. Склерозирующий лишень – хроническое медленно прогрессирующее иммуноопосредованное воспалительное заболевание с выраженной очаговой дистрофией кожных покровов и видимых слизистых оболочек половых органов. Впервые заболевание было описано Аллопо в 1887 году и в литературе носит несколько названий – крауроз вульвы, каплевидная склеродермия, каплевидная морфея, белый лишай Цумбуша, болезнь белых пятен, лишеноидная склеродермия, атрофическая точечная лейкодерма, склероатрофический лишай. И только в 1976 г. Международное общество изучения вульвовагинальных заболеваний приняло термин «лихень склеротический» (lichen sclerosus), который представляет собой опосредованное Т-хелперами 1 типа (Th1) и зависимое от miR-155 (микроРНК) заболевание. В патогенезе склероатрофического лишена вульвы, помимо иммунных, значительную роль играют генетические и гормональные факторы. Кроме того, большое значение в патогенезе заболевания уделяется таким аспектам, как частое травмирование вульвы, в том числе раздражение и мацерация мочой, прием некоторых лекарственных препаратов. Аутоиммунные заболевания ассоциированы с САЛВ более чем у четверти пациентов. Среди них аутоиммунный тиреоидит, витилиго, очаговая алопеция и др.

Частота выявления СЛВ у девочек в периоде детства составляет 1:900 [1, 2] и отмечается прогрессирующий рост заболеваемости СЛВ среди детей. Если оценивать возрастную градиацию пациентов с СЛВ, то 88% из их числа представлено девочками в периоде детства, 5–15% – в препубертатном и пубертатном периодах.

Хотя клиническая картина САЛВ довольно характерна и в диагностике трудностей обычно не вызывает, начальные признаки заболевания довольно неспецифичны и могут вызывать сомнения в диагнозе. Большинство пациенток имеют выраженные клинические проявления СЛВ и у 7–10% девочек заболевание характеризуется только внешними проявлениями без симптомов.

Родители, ухаживающие за ребенком, могут отмечать периодическое возникновение отека, покраснения кожи вульвы и перианальной зоны, появление трещин и кровоподтеков. Характерно появление свежих высыпаний на месте механического, химического или физического воздействия (феномен Кёбнера). При одновременном вовлечении вульвы и перианальной области поражение напоминает «восьмерку» или «песочные часы».

Прогрессирование заболевания ведет к образованию рубцов, которые наблюдаются у 30% девочек. Образование рубцов в ряде случаев приводит к слиянию или даже полному исчезновению малых половых губ, потере капюшона клитора, заращению входа во влагалище и облитерации уретры.

У девочек предпубертатного возраста клинические симптомы сходны с таковыми у взрослых женщин, преобладают зуд, болезненность и иногда дизурия.

Такие клинические проявления, как трещины, эрозии, кровоизлияния в области вульвы и перианально в результате расчесов, могут быть ошибочно приняты за сексуальное насилие. У девочек поражение перианальной области и болезненные трещины этой области нередко вызывают запор.

Своевременная диагностика и корректный подбор терапии неоспоримо важны у юных пациенток не только для улучшения их самочувствия и предотвращения развития плоскоклеточного рака вульвы при упорном или часто обостряющемся течении заболевания, особенно у девочек с гормональными нарушениями и погрешностями в соблюдении гигиены [3].

Основная цель терапии САЛВ направлена на предотвращение осложнений, таких как образование рубцов, атрофия малых половых губ, склерозирование входа во влагалище, крауроз вульвы, плоскоклеточная карцинома.

Необходимо указать на важность комплексного обследования девочек, так как возможными коморбидными состояниями при данной патологии могут быть инфекционные заболевания органов мочеполовой системы, хронические инфекции носоглотки (синуситы, аденоидиты и тонзиллиты), эндокринная патология, аллергические и аутоиммунные заболевания, что в свою очередь потребует назначения серьезной системной терапии.

При назначении местного лечения должны учитываться жалобы, оцениваться состояние слизистых оболочек вульвы – наличие депигментации, точечных кровоподтеков, трещин, рубцовых изменений, локальной гиперемии. При более поздней

стадии развития заболевания необходимо обращать внимание на выраженность атрофии малых половых губ и степень сужения входа влагалища.

Подход к лечению САЛВ у детей неоднозначен. В основном используют средства, имеющие патогенетическую направленность. Однако главная цель терапии – замедлить прогрессирование болезни, достичь стабилизации процесса, а в дальнейшем – регресса клинической картины.

В настоящее время основным средством терапии СЛ аногенитальной локализации являются сверхмощные (класс активности 4) или мощные (класс активности 3) топические глюкокортикостероиды. Лекарственные средства данной группы подавляют воспалительный процесс, снижают интенсивность основных симптомов и предотвращают дальнейшее развитие заболевания. Принцип работы топических ГКС состоит в гипосенсибилизации рецепторов клеток кожи к гистамину, блокаде гистамины А2 и повышении активности гиалуронидазы, что способствует снижению проницаемости сосудов, объема экссудации и стабилизации клеточных мембран. Кроме того, ингибирование фосфолипазы А2 приводит к снижению синтеза медиаторов воспаления. Так как кортикостероидные препараты оказывают быстрый, но краткосрочный эффект, для продолжения терапии и закрепления положительного эффекта используются топические ингибиторы кальциневрина – пимекролимус и такролимус – препараты второй линии терапии СЛВ. Они оказывают дерматотропное, противовоспалительное действие, а также ингибируют кальциневрин.

Приводим следующие клинические наблюдения.

Случай 1. На консультацию обратилась мама с девочкой 4-х лет, с жалобами на чувство сухости, стягивания кожи, жжения, особенно при мочеиспускании, в области влагалища. Около года наблюдаются у детского гинеколога с диагнозом синехии вульвы. Трижды применялась оперативная тактика лечения, без сохраняющегося эффекта. Также маме было рекомендовано вручную ежедневно проводить механическое раздвижение малых половых губ с целью недопущения сращения. Со слов, данная процедура вызывала неприятные ощущения у ребенка, сопровождалась болезненностью и травматизацией тканей. Ввиду неэффективности проводимой терапии ребенок был направлен на консультацию к дерматологу с предполагаемым диагнозом САЛВ. При осмотре – в области малых половых губ, с переходом на большие половые губы, заднюю спайку, область ануса на фоне умеренной отечности определялись характерные очаги поверхностной атрофии по типу «папиросной бумаги» с четкими границами, участками депигментации, так называемая витилигинозная форма САЛВ. Однако присутствовали признаки механической травматизации – петехиальная сыпь, трещины с геморрагическим экссудатом. По периферии очагов наблюдалась незначительная гиперемия. Нами был подтвержден диагноз САЛВ, назначен крем мометазона ацепонат, первые две недели два раза в день, затем один раз в день, даны рекомендации по максимальному ограничению травматизации данной зоны, с последующим осмотром. Повторно осмотрена через месяц, в результате проведенного лечения субъективные ощущения значительно уменьшились, трещины эпителизировались, отечность и гиперемия тканей регрессировали. Петехиальной

сыпи не наблюдалось. Площадь поражения несколько уменьшилась. Динамика процесса расценена как положительная, рекомендовано продолжить местное лечение мометазона ацепонатом еще на 2 месяца, с последующим осмотром и переходом на поддерживающую терапию топическими ингибиторами кальциневрина.

Случай 2. На консультации мама с девочкой 4-х лет, установленным диагнозом САЛВ, в процессе лечения. Цель консультации – неэффективность назначенной терапии. Согласно рекомендациям дерматолога, в течение месяца с целью топической терапии два раза в день использовалась мазь целестодерм-В 0,1%. Со слов мамы, на фоне лечения чувство зуда и жжения в очагах усилились, а изменения в очагах стали напоминать «смятую папиросную бумагу». При осмотре: на внутренней поверхности больших половых губ определяются участки выраженной поверхностной атрофии белесоватого цвета со сглаживанием рельефа слизистой и нечеткой дифференцировкой малых половых губ и клитора. В задней спайке трещины, мацерация. Рекомендована отмена данной терапии, назначены местные средства на основе декспантенола и препараты кальциневрина. Целестодерм является фторированным топическим глюкокортикостероидом 3 класса активности, не рекомендован к использованию в детской практике в связи с возможным системным действием, а также за счет образования выраженной местной атрофии.

Выводы. Таким образом, вышеизложенные сведения свидетельствуют об особенностях локализации, клиническом полиморфизме и варибельных подходах к лечению САЛ в детском возрасте. Систематизация данного рода сведений, несомненно, представляет интерес не только для практических дерматологов, но и детских гинекологов, урологов и педиатров.

Литература

1. Lagerstedt M., Karvinen K., Joki-Erkkiä M. et al. Childhood Lichen Sclerosus – A Challenge for Clinicians // *Pediatr. Dermatol.* 2013. Vol. 30, N 2. P. 444–50.
 2. Lewis F.M., Tatnall F.M., Velangi S.S. et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus // *Br. J. Dermatol.* 2018. Vol. 178. P. 839–53.
 3. Mashayekhi S., Flohr C., Lewis F.M. The treatment of vulval lichen sclerosus in prepubertal girls: a critically appraised topic // *Br J Dermatol.* 2017. Vol 176, N 2. P. 307–316.
-

УДК 61(091)+929Кашеварова-Руднева

Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

ПЕРВАЯ ДОКТОР МЕДИЦИНЫ

Безумству храбрых
Поем мы славу.

М. Горький

Эта женщина бросила вызов патриархальному обществу и всю жизнь боролась за возможность честно заниматься наукой и приносить пользу людям.

В зале конференций Санкт-Петербургской Императорской медико-хирургической академии 27 мая 1876 года докторскую диссертацию защищала Варвара Александровна Кашеварова-Руднева. После выступления члены комиссии, настроенные крайне скептически, единогласно присвоили ей звание доктора медицины. Зал взорвался аплодисментами. Восторженные студенты подняли кресло с Варварой и пронесли по аудиториям. В этот день торжество науки и человеческой мысли победило тогдашнюю мораль, что единственное предназначение женщин – быть женами и матерями. Но подобных дней в её жизни было мало [1].

Варвара Кашеварова-Руднева (в девичестве Нафанова) родилась около 1842 года (точная дата неизвестна) в Чаусах Могилевской губернии. Отец её был евреем и преподавал в еврейской начальной школе. Русская мама умерла рано. Отец женился вторично, и семья переехала в Велиж Витебской губернии. Мачеха взвалила на Варю всю тяжелую работу по дому. Девочка к 12 годам была безграмотной. За малейшую провинность её ругали и били. Однажды мачеха с такой силой ударила ребенка, что Варя без сознания пролежала несколько часов. Девочка ушла из дома [2].

Несколько месяцев, спрашивая у людей дорогу, она идёт в столицу: слышала, что там можно выучиться и приобрести профессию. Дойдя до Царского Села, заболевает брюшным тифом. Какой-то сердобольный крестьянин нашёл её в подвале, куда девочка забралась, чтобы тихо умереть, и отвёз в больницу. Чистота, еда, уход, добрые, словно ангелы, врачи поразили Варю. Тогда и сформировалась мечта, которой она и будет служить всю жизнь: стать врачом и помогать людям! Доктора и медсестры собрали деньги, тёплые вещи и дали рекомендательное письмо, чтобы она могла устроиться на работу в Санкт-Петербурге [1, 2].

В первой же семье, в которой она служила, 10-летний гимназист, сын хозяина, учит её чтению и арифметике. Через полгода она поступает к офицеру-топографу, но оскорблённая намеками на постель, немедленно покидает его дом. После нескольких лет мучительных скитаний, 15-летняя Варвара поступает прачкой к купцу Николаю Кашеварову, который был старше её на двадцать лет. Он влюбляется в девушку

с первого взгляда. Купец, мечтающий поскорее заполучить вождевленную девицу, клянется исполнить её желание не препятствовать её учебе. Через несколько дней играют веселую свадьбу. Однако купец слово не сдержал. Он баловал жену, дарил украшения и платья, но запрещал сидеть за книгами. Когда уезжал по делам, за Варварой шпионили его сестра и мать. Возмущенная Варвара отказалась делить с ним постель. Купец ударил её. В тот же день она ушла из его дома. И снова она на улице. И снова без денег [1].

Она поступает в петербургский Повивальный институт (сегодня это научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта вольнослушательницей и проходит двухгодичный курс за восемь месяцев. Экзаменов там не было, достаточно было просто уметь читать и писать. В институте женщин обучали акушерству. В июне 1862 года она сдала все экзамены на отлично и официально стала повитухой. Еще до выпуска девушка познакомилась с чиновником, который распределял выпускников. Она заявила, что готова ехать на край света, лишь бы иметь честный кусок хлеба и приносить хоть какую-нибудь пользу обществу. Чиновник рекомендовал Оренбургскую губернию, где свирепствовала эпидемия сифилиса и проживало много мусульманок, которым Коран запрещал раздеваться перед мужчиной-врачом. После приезда в Оренбург ее зачислили на годичные курсы по лечению сифилиса Калининской венерологической больницы. Когда она сдавала экзамен на аттестат, комиссия была изумлена уровнем её подготовки настолько, что назначила ей денежную премию в размере годичного жалования. Варвара Александровна попросила в качестве награды дать ей возможность учиться дальше. Идея о появлении врачей-женщин вызывала жаркие споры во врачебных кругах. Журнал «Современная медицина» в декабре 1877 года писал: «Мы смотрим на выдачу лекарьских дипломов женщинам как на новую главу истории унижения и оскорбления русского врачебного сословия». Для поступления в Императорскую медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге на отделение венерологии Варвара получила протекцию генерал-губернатора Оренбургского края Безака и разрешение военного министра Д.А. Милютина. Она поклялась, что после получения диплома снова вернется лечить женщин-мусульманок в Оренбургскую губернию. В виде исключения она была зачислена в 1863 году в медико-хирургическую академию в качестве вольнослушательницы-стипендиантки. Во время учебы она ездила учиться в Венские клиники, работала в Праге, написала первую научную работу. В академии встретила профессора М.М. Руднева, с которым впоследствии была обвенчана [1, 3].

Согласно университетскому положению женщинам можно было присутствовать на лекциях, но сдавать экзамены и получать диплом запрещалось категорически. В начале 1860-х годов в Российской империи вспыхнули студенческие волнения. В июне 1863 года Министерство просвещения издало директиву, запрещающую вход студенткам в аудитории. В 1864 году медико-хирургическая академия объявила, что исключает студенток. Варваре удалось избежать исключения, благодаря поддержке оренбургских чиновников. Однако её предупредили: она должна избегать любых студенческих собраний, иначе... В 1868 году она получила диплом врача (с золотой

медалью), став первой женщиной-врачом в России, окончившей высшее учебное заведение на родине. До неё была Надежда Сулова, но она училась в Швейцарии [3].

Когда Варваре Александровне вручали диплом, зал устроил овацию, а министр Д.А. Милютин подарил хирургический набор. Но в работе ей было отказано. Лишь в 1876 году она была допущена к защите докторской диссертации на тему «Материалы к патологической анатомии маточного влагалища (новообразований)». В 1878 году умирает муж. Лишившись поддержки, подвергшись чудовищной травле, не выдержав клеветы, она уезжает в провинцию. Её домом становится хутор «Гольий Яр» Валуйского уезда Воронежской губернии. Здесь она – единственный врач на три деревни. Через несколько лет случился пожар. Сгорело всё. Она снова оказалась на улице. Переезжает в Старую Руссу, где продолжает работать сельским врачом. Живет в нищете, больная и покинутая всеми. 30 января 1899 года Варвара Александровна Кашеваров-Руднева умерла. Было ей 58 лет. Никому не пожелать прожить жизнь неимоверно трудную и тяжелую, борясь фанатично и ожесточенно, никому не позволяя встать на своем пути к мечте. На память о ней не осталось даже креста на могиле. Во время Великой отечественной войны кладбище у стен Старо-Преображенского монастыря было уничтожено, и сегодня на этом месте только просторная лужайка [4].

Варвара Александровна Кашеваров-Руднева полностью соответствует словам Гиппократата: «Всё, что имеется в мудрости, всё это есть в медицине, а именно: презрение к деньгам, совестливость, простота в одежде, уважение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку».

Литература

1. Гурина А. Безумство храбрых / А. Гурина // Литературная газета. – 2023. – № 40. – С. 7.
 2. Руднева-Кашеварова, Варвара // Электронный ресурс. [Ru.wikipedia.org/wiki/ Руднева-Кашеварова](https://ru.wikipedia.org/wiki/Руднева-Кашеварова), Варвара Александровна. Дата доступа 05.11.2023.
 3. Электронный ресурс. www.forbes-woman/488654-kak-varvara-rasevarava-rudneva-stala-vracom-nesmotra-na-zapr. Дата доступа 5.11.2023.
 4. Электронный ресурс. [Ant 53.ru/article/901/](https://ant53.ru/article/901/) Дата доступа 05.11.2023.
-

УДК 316.361:314(476)

Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

ДЕЛА СЕМЕЙНЫЕ

В семейной жизни надо считаться с мыслями, убеждениями, чувствами, стремлениями любимого человека. Храня своё достоинство, надо уметь уступать друг другу.

В.А. Сухомлинский

Среди многих проблем, стоящих перед нашей страной, одной из главных является демографическая. В 2023 году в РБ проживало 9,2 млн человек. Женщин – 4,95 млн, мужчин – 4,25 млн, то есть на 1000 мужчин – 1165 женщин. По данным переписи населения 2019 года, у нас насчитывалось 2,6 млн семей. 78% проживали в городской местности. Средний размер семьи составлял 2,9 человек. На 1000 жителей приходилось 6,4 браков: среди городского населения – 7, среди сельского – 4,3. Средний возраст в 2010 году составлял 26,5 лет у мужчин и 24,4 у женщин [1]. Ежегодно 15 мая отмечается День семьи.

В современном глобализируемом обществе, где идеалы поруганы, таланты не признаются, популяризируется гендерный бедлам, ЛГБТизация, чайлдфрения, всё-охватывающая шоусизация, происходящие на фоне милитаризации и балансирующих на грани мировой войны, институт семьи подвергся беспрецедентной дискредитации и разрушению. Допускать этого нельзя, ибо за пределами опасно. Выродимся! Как не крути, а семья – ячейка общества. Мы глубоко убеждены, что пока в семье не будет порядка, его не будет нигде, никогда и ни в чём. Весь гвалт псевдодемократов и либералов, «зеленых» и всех других расцветок, цифровизаторов, искусственных интеллектуалов и т.п. не заглушит тихого голоса правды, справедливости и истины.

Разрушение всех империй, распад государств всегда начинался с сексуальной революции. Широко известен опыт с крысами, закончившийся самовыврождением.

Ярые поборники современной безграничной «свободы» не понимают, что это приводит к разнузданности, а значит к рабству человечества и человека от собственных низких привычек и потребностей. Поразительно сколь актуально предостережение Ф.М. Достоевского: «Может быть, цели современных предводителей европейской прогрессивной мысли человеколюбивы и величественны. Но дай всем этим современным высшим учителям полную возможность разрушить старое общество и

построить заново, то выйдет такой мрак, такой хаос, нечто до того грубое, слепое и бесчеловечное, что всё здание рухнет под проклятиями человечества, прежде чем будет завершено» [2]. В двадцатом и нынешнем веках мы не раз наблюдали подобную картину.

К глубокому сожалению, в РБ до года не доживает половина заключенных брачных союзов. Это катастрофа. Нужно что-то делать. Оставим «биохимию любви» другим специалистам. Попробуем высветить психологические аспекты семейных отношений, чтобы успешно пройти все испытания и сохранить счастливую семью.

Долго наш мир жил по христианскому принципу: так каждый из вас, да любит свою жену, как самого себя; а жена да боится своего мужа. Работала патриархальная модель без сбоев. И зачастую женщина находилась в ней не в лучших условиях. Изменил все век двадцатый, а двадцать первый добил. Нам феминизацию еще предстоит пройти – и это будет кошмарная история. Ведь в нашем стиле довести самое дрянное с Запада до патологических форм. Новые веяния и течения зачастую научают лишь одному – ненависти к другому полу. А та уже вкупе с массовой культурой приканчивает институт семьи. Но, разрушив прежние формы, не предлагают что-то новое. Увеличивают пропасть, в которую, прежде всего, падают дети, которые все же продолжают рождаться и страдать, попадая в мир без любви.

Многие боятся создавать семью. Почему? Одна из версий – хочется насладиться жизнью. А может дело в другом: в боязни ответственности? Нам кажется, что это ближе к правде. Веская причина: свобода, которая, как думают многие молодые люди, теряется после создания семьи. В погоне за «абсолютной» независимостью многие порой избегают от всего, что стоит на пути к этой навязчивой цели. И когда начинает казаться, что вот оно, счастье: ни к кому не привязан, финансово успешен, полная свобода передвижений и никаких ограничений, приходит осознание того, что с одиночеством бороться очень трудно.

Часто решение о браке принимается на основе взаимного влечения. Но лучше подождать пока схлынет эйфория влюбленности. Совместное дело или путешествие позволяют посмотреть на вторую половину, вне свидания. Иначе знакомство произойдет после свадьбы. Важен и формат встреч. Чем больше оба выражают себя в различных ситуациях, тем лучше. По-настоящему люди проявляются, столкнувшись со сложностями, в кризисных ситуациях. Согласно доктору Джону Ф. Хелливелу, работающего под эгидой американского Национального бюро экономических исследований, крепкие браки возможны только между людьми, которые стали хорошими друзьями. Причём самые удачные браки – у тех, кто успел подружиться до свадьбы. Социолог Ариэль Купеберг из Университета Пенсильвании выяснила что, если зарегистрировать брак после того, как влюбленным исполнится по 23 года, риск развестись составит 30%. Браки, заключенные людьми в возрасте от 18 до 23 лет, распадаются в 60%. Доктор Энцо Эмануэль из Итальянского университета Павия выяснил, что влюбленность, сопровождающаяся «бабочками в животе» и помутнением рассудка (а в это время действительно происходит сужение сознания на объекте, что весьма опасно) длится примерно год-полтора. Счастливые пары прежде всего видят друг в

друге позитивное, целенаправленно строят отношения на уважении и благодарности. Несчастливые пары всё время ищут к чему придраться друг в друге, ловят каждую ошибку [3].

Мы часто выбираем партнеров по физической привлекательности, а затем обнаруживаем отсутствие внутреннего влечения, которое могло бы удержать нас, когда первый показатель снижается. Красавицы становятся симпатичными, а плавные линии юности уступают место обветренному овалу опыта. Истинная любовь сильнее этого и выдерживает проверку временем. Более того, она подобна хорошему вину, которое с годами становится еще вкуснее. Никакая плотская связь не заменит дикой, духовной близости, когда ты висишь на самом болезненном крючке, понимаешь другого человека, настроен на одну волну, когда считаешь мысли друг друга [3].

Сегодня шанс прожить долго и счастливо есть только у тех, кто стремится не выйти замуж, а создать семью (это разные установки). Проблема не в том, чтобы создать семью, а в том, чтобы сохранить её. Выстраивать отношения в семье необходимо, ориентируясь на особенности – свои и партнера.

Это в принципе сложно жить друг с другом, особенно жить долго и счастливо. А сейчас для этого нужно прикладывать особые усилия. Когда рушится семья – рушится вселенная, мир. И часть этого мира перестает существовать. Возникло новое явление – выпячивание личной жизни в интернете. Жизнь – это не показательные выступления. Даже у профессиональных спортсменов они – лишь часть программы соревнований. А основное – это тренировки и тяжелая работа, которую под телекамеры никто не тащит [4]. Самая известная в мире биатлона пара Домрачева-Бьорндален неохотно делится подробностями своей личной жизни ни с поклонниками в соцсетях, ни с журналистами. 17 июля 2023 года многократная олимпийская чемпионка в своей странице в социальной сети написала: «Ещё одно чудо в нашей семье», сообщив о рождении второй дочери. Роды прошли в Минске. Фраза «счастье любит тишину», по всей видимости, – один из главных девизов семейной жизни легенд биатлона.

В ряде стран бывшего СССР множатся вопросы, связанные с демографией. Яркий пример – ситуация в России. Вице-премьер Татьяна Голикова, выступая на Совете Федерации, даже употребила такое выражение, как «демографическая зима». В ближайшие 2–3 года в России ожидается самая низкая рождаемость за последние 250 лет. Численность рабочей силы будет сокращаться и к 2030 году уменьшится на 2–3 миллиона человек. По данным высшей школы экономики, для заполнения провалов до конца века может потребоваться 80 млн мигрантов. Главная причина – бедность широких слоев населения РФ. Чтобы заводить детей и не обречь их и себя на скудное существование, нужно иметь в семейном бюджете весомую подушку безопасности. Недавний опрос сервиса «Зарплата» «РУ» показал, что 41% россиян не может прожить на свои накопления больше месяца, 29% могут продержаться без дохода 2–3 месяца, больше года – лишь 8%. А воспитание и обучение детей – это длительный, рассчитанный на многие годы процесс. И весьма затратный [5].

Нужно заниматься не только материальной поддержкой семьи, которая очень важна. Надо объяснять людям, что есть определенная система координат. Никто

никогда не будет думать о других – это всё вранье! Твой близкий человек никому, кроме тебя не нужен. И ты никому не нужен, кроме твоего близкого человека, полагает писательница Татьяна Устинова [4]. Есть неприятная статистика: своим половинам изменяет 75% мужей и 55% жён. И это не потому, что им попался не тот человек. За исключением редких случаев (когда супруг – психопат, алкоголик, душевнобольной), в основной массе браков проблема не в партнере, а в отсутствии партнерства. Ломать себя ради брака есть смысл только в том случае, если брак и партнер этого заслуживают. Если даже после измены осталось желание строить отношения с этим человеком, а он вас в этом желании поддерживает, то, чтобы не случилось, всё можно исправить. Но если вы чувствуете, что партнер вас не любит, что отношения ему не дороги, если он не бережет ваши чувства, то в такой ситуации предпочтительнее честный развод. Семья – это команда. Учитесь не оценивать партнера, а понимать его.

Совет да любовь.

Литература

1. Tochka.by / articles/life/ отдел новостей // Электронный ресурс. Дата доступа 02.08.2023 года.
 2. Замшев, М. О Достоевском / М. Замшев // Литературная газета. – 2021. – № 45. – С. 1.
 3. Петренко, И. Счастливый брак // Аргументы и факты в Белоруссии. – 2019. – С. 31.
 4. Шаблинская, О. По комнатам разойтись / О. Шаблинская // Аргументы и факты в Белоруссии. – 2022. – № 19. – С. 3.
 5. Костиков, В. Не до детей им?... / В. Костиков // Аргументы и факты в Белоруссии. – 2023. – № 30. – С. 4.
-

УДК 616.98:579.862.1]-055.26-053.31-078

Логинова О.П., Шевченко Н.И.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА *S. AGALACTIAE* У НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение. Стрептококк группы В (СГВ, *Streptococcus agalactiae*) вызывает тяжело протекающие заболевания у новорожденных детей. Установлено, что 15–40% женщин являются носителями *S. agalactiae*, колонизирующей слизистые влагалища или прямой кишки [1]. Рождение детей от *S. agalactiae*-инфицированных женщин в 50% сопровождается вертикальной трансмиссией возбудителя. Передача инфекции от инфицированной матери происходит, как правило, незадолго до родов или непосредственно во время родов. В подавляющем большинстве случаев новорожденные инфицируются СГВ во время родов от матери, причем чаще это происходит при вагинальном родоразрешении. Риск заболевания доношенного ребенка составляет 1–2%, недоношенного – 15–20%, а при сроке гестации менее 28 недель – практически 100% [2]. СГВ вызывает ранние неонатальные инфекции, такие как сепсис, менингит, пневмония, остеомиелит, артрит и пиелонефрит, частота которых в разных странах колеблется от 0,2 до 5 и более на 1000 живорожденных детей.

Centers for Disease Control & Prevention, США в своих Рекомендациях предусматривают обязательное обследование на носительство *Streptococcus agalactiae* всех беременных женщин на сроке 35–37 недель. В соответствии с этими рекомендациями обнаружение *Streptococcus agalactiae* на слизистых влагалища и/или анального канала служит основанием для антибиотикопрофилактики в период родов в тех случаях, когда у женщины такие факторы риска, как: а) новорожденный от предыдущей беременности перенёс инфекцию, вызванную *Streptococcus agalactiae*; б) бактериурия, вызванная *Streptococcus agalactiae* в данной беременности; в) неизвестный *Streptococcus agalactiae*-статус и наличие одного из факторов: в1) роды до 37 недель гестации, в2) безводный период более 12 часов, в3) лихорадка в родах [3].

В Республике Беларусь постановлением МЗ РБ № 17 от 19.02.2018г утверждён клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам, во время беременности, родов и в послеродовом периоде», в котором предусмотрено бактериологическое исследование из влагалища и прямой кишки на β -гемолитический стрептококк (*Str. agalactiae*) и чувствительность к антибиотикам в 34–36 недель.

Цель: определить частоту выделения *S. agalactiae* и его резистентность к антибактериальным препаратам при внутриутробных инфекциях у новорожденных.

Материала и методы. Материалом для исследования явились 1396 образцов клинического материала от новорожденных с внутриутробной инфекцией (ВУИ). Обследовались дети первых дней жизни. Проводился жидкостный посев клинического материала на кровяной агар. Посевы инкубировали в термостате с 5% CO₂ при температуре 37 °С в течение 24–48 часов. Идентификация выросших колоний стрептококков до вида проводилась с использованием тест-систем rapid ID32 Strept (bioMérieux, Франция) или при помощи автоматического микробиологического анализатора VITEK 2 Compact на идентификационных картах VITEK GP (bioMérieux, Франция). Параллельно с идентификацией определялась чувствительность к основным группам антибактериальных препаратов. Определение чувствительности выполнялось на анализаторе VITEK 2 Compact, применяя диагностические карты AST-Strept с использованием экспертной системы «Global European-based+EUCAST-based» или на стрипах ATB Strept EU (bioMérieux, Франция). Для интерпретации результатов определения чувствительности руководствовались стандартом EUCAST. Контроль качества определения чувствительности к антибактериальным препаратам проводился с использованием контрольного штамма *E. faecalis* ATCC 29212. Все исследования выполнялись в группе бактериологических исследований лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Результаты и обсуждение. По результатам микробиологического исследования *S. agalactiae* был изолирован из 76(5,4%) клинических образцов. Стрептококки группы В выделялись из этих образцов в монокультуре. Это указывает на клиническую значимость выделенного возбудителя и позволяет подтвердить этиологию внутриутробной инфекции. Передача инфекции от инфицированной матери плоду происходит, как правило, незадолго до родов или непосредственно во время родов (интранатально). Клинические проявления *S. agalactiae*-инфекции у новорожденных

детей не отличаются от клинических проявлений инфекций, вызванных другими возбудителями. В связи с этим особое значение в верификации этиологии заболевания приобретает именно бактериологический посев. Для верификации этиологии ВУИ, в том числе и при подозрении на СГВ-инфекцию различной локализации, у новорожденных необходимо провести забор биологического материала для культурального исследования из предполагаемого очага инфекции.

По результатам определения чувствительности выделенных штаммов *S. agalactiae* установлено, что в 100% они были чувствительны к пенициллинам, фторхинолонам, ванкомицину, цефалоспорином. У 16 изолятов установлена резистентность к эритромицину, как маркерному препарату для макролидов. Как известно, при подозрении на инфекцию *Streptococcus agalactiae* препаратом выбора является бензилпенициллин (пенициллин G) Ампициллин является приемлемой альтернативой. Предпочтительно внутривенное введение препарата. При менингите дозы пенициллина/ампициллина увеличивают. При неинвазивных формах инфекции *Streptococcus agalactiae* продолжительность монотерапии составляет 10 суток, при вызванных стрептококками группы В неосложненных менингитах – две недели. По полученным данным чувствительности в качестве препарата для стартовой терапии у новорожденных с внутриутробными инфекциями, вызванных *S. agalactiae* возможно применять пенициллин, т.к. к нему не выявлена резистентность у клинических изолятов *S. agalactiae*. Однако установлена резистентность к эритромицину у 21% штаммов, что необходимо учитывать при выборе препарата для стартовой эмпирической терапии. Расширение диагностических возможностей, появление и увеличение количества резистентных штаммов возбудителей требует осуществления постоянного мониторинга резистентности стрептококка группы В, что позволит усовершенствовать терапевтические подходы и предупредить неблагоприятные последствия.

Выводы. Таким образом, стрептококк группы В является значимым агентом в этиологии внутриутробной инфекции среди новорожденных детей. С целью профилактики возникновения внутриутробной инфекции следует строго соблюдать рекомендации клинического протокола по обследованию беременных женщин на носительство стрептококка группы В. Относительно высокая частота реализации инфекционного потенциала возбудителя у новорожденных группы риска требует внимания к вопросам диагностики носительства стрептококка группы В у беременных, включения данного вида исследования в стандарты наблюдения для этой категории пациенток с целью своевременной санации, а также создания и совершенствования стандартов лабораторного исследования на этот возбудитель.

Литература

1. Садова, Н.В., Заплатников, А.Л., Шипулина, О.Ю. и др. Частота носительства streptococcus agalactiae среди женщин детородного возраста и его роль в развитии врожденных инфекций: предварительные результаты пилотного исследования / Н.В. Садова, А.Л. Заплатников, О.Ю. Шипулина и др. // Медицинский совет. – 2016. – №16. – С. 164–166.
2. Phares C.R., Lynfield R., Farley M.M. et al. Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States 1999-2005/ C.R. Phares, R. Lynfield, M.M. Farley [et al.]/ JAMA. - 2008. - №299(17). - P. 2056-65.
3. Садова, Н.В., Заплатников, А.Л., Шипулина, О.Ю. и др. Современные возможности этиотропного лечения и профилактики врожденных инфекций / Н.В. Садова, А.Л. Заплатников, О.Ю. Шипулина и др. // РМЖ. – 2016. – №6. – С. 348–350.

Компьютерная верстка *С. В. Каулькин*

Системные требования
Электронный сборник. Формат PDF

Дата размещения на сайте 16.04.2024
сайт: www.recipe.by
Свободный режим доступа

Объём 16,3 Мбайт

Издательское частное унитарное предприятие
«Профессиональные издания».
Ул. Кнорина, 17, 220049, г. Минск, Республика Беларусь.