



XIII
Всероссийский
научный форум

Мать и Дитя

25–28 сентября

2012



МАТЕРИАЛЫ

XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя»

▼ **ОРГАНИЗАТОРЫ:**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Российское общество акушеров-гинекологов
Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

МАТЕРИАЛЫ

XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя»

М., 2012 – 518 с.

Главный редактор

Сухих Г.Т.

Научные редакторы

**Серов В.Н., Баранов И.И., Долгушина Н.В., Яроцкая Е.Л.,
Арсланян К.Н., Шувалова М.П., Хаматханова Е.М.**

Корректор

Карцева Н.Д.

ISBN 978-5-94943-071-2

© «МЕДИ Экспо», 2012



Обследовано 64 пациентки с синдромом потери плода. Критерием для включения пациенток в группу исследования служило наличие в анамнезе:

- одного или более эпизодов неразвивающейся беременности;

- антенатальной гибели плода

У 38 (59,4%) пациенток в анамнезе был эпизод антенатальной гибели плода, 10 из этих женщин имели ранние выкидыши, 28 – поздние.

У 26 (40,6%) пациенток отмечена неразвивающаяся беременность в анамнезе (до 12 недель беременности).

Из исследования были исключены женщины с хромосомными аберрациями, анатомическими дефектами и выраженными эндокринными нарушениями.

Контрольную группу составили 50 соматически здоровых беременных с физиологическим течением гестационного процесса и 50 здоровых небеременных женщин. Возраст женщин был от 23 до 40 лет.

Лабораторные тесты: Агрегация тромбоцитов с различными стимуляторами: Адреналин, Ристомин, АДФ, тромбоцитарный фактор (PF4). Маркеры тромбофилии: Д-димер, комплексы ТАТ. Определение концентрации антифосфолипидных антител IgA, IgG, IgM (Orgenteg APA, B2Gp1a, протромбин, Аннексин V). Определение концентрации гомоцистеина. ПЦР исследование: определение мутации FV Leiden, мутации протромбина G20210A, полиморфизм гена PAI-1 G4/G5, мутация гена MTHFR C677T, полиморфизм генов тромбоцитарных гликопротеинов: GP IIb/IIIa, GP Ia/IIa, GPIIb, GP ADP.

В 1-й группе мультигенная тромбофилия диагностирована в 73,6% (28 пациенток) случаев, во 2-й группе – в 73,1% случаев (19 пациенток), в контрольной группе беременных только у 8% (4 пациенток) и в группе небеременных у 10% (5 женщин).

В качестве антикоагулянтной терапии применялся препарат группы низкомолекулярных гепаринов – «Клексан». Препарат вводился 1 раз в сутки подкожно. Контроль при подборе адекватной дозы препарата осуществлялся через 10–14 дней. В случае отсутствия ожидаемого эффекта (снижения агрегационной активности тромбоцитов, снижение уровня маркеров тромбинемии и фибринообразования, коррекция нарушений внешнего пути свертывания крови и в системе протеина C) доза препарата увеличивалась на 2000 МЕд. Диапазон доз Клексана, применяемых при лечении наших пациенток, находился от 4000 МЕд (0,4 мл) в одной инъекции до 8000 МЕд (0,8 мл эноксапарана)

Из 64 пациенток своевременными родами закончились 57 беременностей (89,1%). В 19 случаях (29,68%) проведена операция кесарево сечение по показаниям, не связанным с диагнозом тромбофилия. В связи с нарушением маточно-плацентарного и

фето-плацентарного кровотока II–III степени 4 (6,25%) беременные были родоразрешены преждевременно путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. Все 4 недоношенных ребенка, один из которых родился на 34, и трое на 36 неделях беременности живы, растут и развиваются нормально.

Заключение. Выявление генетической тромбофилии и антифосфолипидного синдрома у пациенток с антенатальной гибелью плода и неразвивающейся беременностью в анамнезе имеет важное диагностическое и прогностическое значение, поскольку позволяет провести в последующие беременности высокоэффективную патогенетическую профилактику повторных репродуктивных потерь.

Патогенетически обусловленное применение антикоагулянтной терапии, начиная с фертильного цикла, а также в течение всей беременности, позволило в 89,1% случаев предотвратить повторные репродуктивные потери и развитие ассоциированных с тромбофилией патологий как во время беременности и родов, так и в послеродовом периоде.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

**Антонян М.И., Щербина Н.А., Лазуренко В.В.,
Мерцалова О.В., Щербина И.Н.**

*Украина, г. Харьков, Харьковский национальный
медицинский университет*

Течение беременности, полученной в результате применения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), сопровождается высокой частотой осложнений, в частности, невынашиванием беременности, плацентарной недостаточностью, задержкой внутриутробного роста плода (ЗВРП). Традиционная поддержка беременности после ЭКО заключается в назначении больших доз гормональных препаратов (прогестерон, кортикостероиды и др.), которые могут отрицательно влиять на состояние беременной и развитие плода, поэтому поиск новых подходов к ведению беременности после ЭКО является актуальной проблемой современного акушерства. В настоящее время в медицинской практике широко применяется озонотерапия, которая оказывает положительное влияние на различные звенья патогенеза при перенашивании беременности, дистрессе плода, позднем гестозе.

Целью работы явилась оптимизация ведения беременности после ЭКО путем разработки новых кли-



нико-патогенетических подходов с использованием озонотерапии.

Для достижения поставленной цели было обследовано 60 беременных, у которых беременность наступила после ЭКО, и 30 женщин с физиологическим течением беременности. Беременные после ЭКО были в свою очередь разделены на 2 группы: 30 женщин получали с ранних сроков беременности озонотерапию (основная группа) и 30 беременных, которым было назначено традиционное лечение после использования вспомогательных репродуктивных технологий (BPT) (группа сравнения). Обследование женщин включало определение параметров иммунограммы, интерлейкинов (IL-1, IL-2, IL-6, IL-10), TNF α , sFAS, VEGF, эндотелина-1 иммуноферментным методом с использованием наборов «Вектор-Бест» (Россия). Статобработку полученных результатов проводили методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

В результате проведенного исследования было выявлено, что в иммунограммах женщин после ЭКО имеет место активизация клеток Тх1-типа, что, по-видимому, препятствует нормальному течению гестационного периода. Также отмечалось повышение содержания провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-2), TNF α (59.2 ± 3.9 пг/мл), уровня эндотелина-1 (10.9 ± 2.6 нг/мл), VEGF – до 595.2 ± 43.7 пкг/мл.

После проведенного лечения у женщин основной группы нормализовался уровень Т-хелперов (CD4+), Т-супрессоров (CD8+), содержание NK-клеток. Цитокиновый профиль соответствовал контрольным цифрам и достоверно отличался от показателей женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание значительное снижение уровней эндотелина-1 ($2.6 \pm 0,7$ нг/мл), VEGF ($78.3 \pm 12,5$ пкг/мл). Также об эффективности озонотерапии в профилактике осложнений течения беременности после ЭКО свидетельствуют результаты проведенного ультразвукового исследования (отсутствие сегментарных сокращений миометрия, ретрохориальной гематомы) у большинства женщин основной группы (73,3%) в отличие от группы сравнения (16,7%). Анализируя дальнейшее течение беременности у обследованных женщин было выявлено, что плацентарная дисфункция наблюдалась у 26,7% беременных основной группы и у 63,3% группы сравнения; также СЗРП преобладал в группе сравнения (36,7%), в то время как в основной группе его частота составила 13,3%. Оценивая состояние новорожденных, обращает на себя внимание, что в основной группе в удовлетворительном состоянии родилось 90% детей в отличие от группы сравнения, в которой чаще наблюдалась асфиксия новорожденных и СЗРП.

Таким образом, применение медицинского озона в оптимизации ведения беременности после ЭКО позволяет улучшить течение беременности, снизить

число осложнений как для матери, так и для плода, путем нормализации нарушенных звеньев регуляторных механизмов эндотелиальной системы и иммунологического гомеостаза у беременных уже в ранние сроки гестации. Доказанное ранее противовоспалительное и антигипоксическое действие озонотерапии снижает риск возникновения осложнений при его применении, а отсутствие противопоказаний позволяет без ограничений применять медицинский озон в акушерской практике для профилактики и лечения осложнений беременности.

Оценивая результаты проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что в патогенезе развития осложнений беременностей, полученных в результате применения BPT, в частности ЭКО, важную роль играют изменения в иммунной и эндотелиальной системах организма женщин. Применение озонотерапии для профилактики и лечения осложнений беременности способствует оптимизации течения гестационного процесса за счет нормализации иммунно-эндотелиальных факторов, что позволяет снизить частоту невынашивания беременности, плацентарной дисфункции, СЗРП, улучшить состояние новорожденного.

РОЛЬ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ТРАКЦИЙ ЗА ПУПОВИНУ В III ПЕРИОДЕ РОДОВ

Артымук Н.В., Сурина М.Н., Колесникова Н.Б., Марочко Т.Ю.

Россия, г. Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия, каф. акушерства и гинекологии

Акушерские кровотечения продолжают оставаться ведущей причиной материнской заболеваемости и смертности. Ежегодно в мире регистрируется около 14 миллионов случаев акушерских кровотечений, большинство из которых возникает в послеродовом периоде. Согласно определению ВОЗ, послеродовое кровотечение (ПРК) – клинически значимая кровопотеря, составляющая более 500 мл крови при вагинальных родах и больше 1000 мл при операции кесарево сечение. Доказано, что активное ведение третьего периода родов (АВТПР) по сравнению с выжидательной тактикой способствует снижению кровопотери как в 500 мл, так и массивной кровопотери более литра в 2,5–3 раза (уровень доказательности 1a). Однако, роль контролируемых тракций за пуповину в активном ведении III периода родов до сих пор четко не определена, поэтому целью нашего исследования было оценить эффективность



Содержание

РАЗДЕЛ 1

АКУШЕРСТВО

- 3** КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМЫ МАТЬ–ПЛАЦЕНТА–ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ
Агаева З.А., Агаева М.И.
- 4** ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ И НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ
Агаркова И.А., Липатов И.С., Тезиков Ю.В.
- 4** КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ
Акиньшина С.В., Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Немировский В.Б.
- 5** ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ И ТРОМБОФИЛИЕЙ
Акиньшина С.В., Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х.
- 7** КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОФИЛИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Аккузина О.П., Харитонов О.М., Харитонов Б.С.
- 7** ВЛИЯНИЕ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ БЕРЕМЕННЫХ НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ТЕМПЫ РОСТА ПЛОДА ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА
Александрова Е.М.
- 8** ВЛИЯНИЕ АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ
Алябьева Е.А., Шляхтенко Т.Н., Чепанов С.В.
- 9** ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ
Амриева М.М.
- 10** ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Антонян М.И., Щербина Н.А., Лазуренко В.В., Мерцалова О.В., Щербина И.Н.
- 11** РОЛЬ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ТРАКЦИЙ ЗА ПУПОВИНУ В III ПЕРИОДЕ РОДОВ
Артымук Н.В., Сурина М.Н., Колесникова Н.Б., Марочко Т.Ю.
- 12** ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Атанесян Э.Г.