



**МАТЕРИАЛЫ
VI МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**

**ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
ЗДОРОВЬЕ НАШИМ**

**г. Белгород
21–22 марта 2013**

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Белгородский государственный университет»

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области

Белгородская областная клиническая больница святителя Иоасафа

МАТЕРИАЛЫ*

VI МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ДЛЯ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ — ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»

В. Ф. Куликовский — д. м. н., зав. кафедрой клинических дисциплин ИПМО НИУ «БелГУ», главный врач областной клинической больницы святителя Иоасафа г. Белгорода, профессор.

Н. И. Жернакова — д. м. н., декан медицинского факультета НИУ «БелГУ», профессор.

С. П. Пахомов — д. м. н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии НИУ «БелГУ», профессор.

ВВЕДЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации остается важнейшей проблемой национальной безопасности. Репродуктивное здоровье женщин в данной проблеме является одной из самых важных составляющих, от которой во многом зависит здоровье и будущее всей нации. Особо остро эта проблема встает в условиях низкой рождаемости, характерной для Российской Федерации в последние годы. По данным отечественной и зарубежной литературы, несмотря на появление новых методов диагностики, лечения и профилактики, количество осложнений беременности и родов продолжает неуклонно расти. Сохраняется тенденция и к увеличению заболеваемости новорожденных.

С целью обсуждения наиболее актуальных проблем в практической медицине, получения новых знаний и применения их в лечебной практике существует потребность в проведении тематических конференций различного уровня организации с привлечением ведущих Российских ученых.

Проведение конференции позволит повысить практический и научный уровень врачей Белгородской области, определить пути снижения материнской и детской смертности и заболеваемости, благодаря внедрению новых методик и технологий в работу лечебных учреждений.

Контактные телефоны: (84722) 50-40-06; (84722) 26-85-91

Email: kafedra_ag@mail.ru

**Материалы публикуются в авторской редакции.*

ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО	
Пышкина Т.В., Турищева М. А., Новичков Д. А., Аристанбекова М. С.	28
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТОЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.	
В.Н. Сидоренко, Л.И. Зенько.	29
РОЛЬ УЧРЕЖДЕНИЯ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	
Слепенкова Г. Ф.	32
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В СТАЦИОНАРЕ ВТОРОГО УРОВНЯ	
Сухих Н.В., Горяинова Л.Е., Мирошниченко Т.И., Рыболовлева В.Д., Муравьева Т.А.	33
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ АЛЛЕЛЕЙ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА С РАЗВИТИЕМ ПРЕЭКЛАМПСИИ	
Тверская А.В.	35
ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ: ДОСТИЖЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ.	
Швецов Я. Д.	36
МЕСТО И РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА	
Щербина Н.А., Потапова Л.В., Липко О.П., Щербина И.Н.	38
ВЛИЯНИЕ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	
Щербина И.Н., Аралов О. Н.	39
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВРТ.	
Н.А.Щербина, В.В.Лазуренко, М.И.Антонян, Е.В.Горбатовская.	40
РАЗДЕЛ II	
ГИНЕКОЛОГИЯ	
ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	
Алтухова О.Б.	42
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.	
Ангалева Е.Н., Хуцишвили О.С., Зеленский В.В.	43
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ	
Грищенко Н.Г., Котлик Ю.А.	44
ЗНАЧЕНИЕ ГИСТЕРΟΣΑΛΠΙΝΓΟΓΡΑΦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	
Давыденко И.В., Орлова В.С., Пирожкова О.Б.	45
ОЦЕНКА РОЛИ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ С ФОРМИРОВАНИЕМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ	
Демакова Н.А.	47
РАК — ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ИСЦЕЛЕНИЕ	
Ермаков П.П.	48
УРОВЕНЬ МЕЛАТОНИНА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.	
Заболоцких Е.И., Пахомов С.П., Головченко О.В.	50
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ И ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА В ПРЕГРАВИДАРНОМ ПЕРИОДЕ	
Карпов П.А., Голубева Л.И.	51
РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В АЛГОРИТМЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ.	
Липко О.П., Весич Т.Л., Таравнех Д.Ш.	52
ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ	
Марковский В.Д., Сорокина И.В., Плитень О.Н., Мирошниченко М.С.	53

(7,2%) на антигены хламидий и микоплазм, ПВИ — у 9 (16,1%) пациенток. Во 2 группе были выделены антигены ВПГ II типа у 1 женщины (2,6%) без клинических проявлений.

Эхографические признаки угрожающего выкидыша отмечались у большинства обследуемых в 1 группе 41 (73,2%), и у меньшего количества пациенток 2 группы 8 (21,5%). При этом у 5 (9%) женщин 1 группы обнаружены анэмбриония или замершая беременность, у 12 (21,4%) неоднородный хорион с эконегативными включениями и признаками отека, у 7 (12,5%) пациенток отслойка хориона. Уровень β -ХГЧ был снижен до 4637 ± 1328 МЕ/мл только в случаях отслойки хориона.

При морфологическом исследовании слизистой цервикального канала и хориона во 2 группе признаков инфицирования обнаружено не было, за исключением 3 пациенток (8%), которые перенесли ОРЗ на 1 месяце настоящей беременности, 1 имела антиген ВПГ II типа. В данных случаях децидуальная ткань включала участки фибриноидного некроза с лейкоцитарной инфильтрацией, но поражение было поверхностным и связано с местами образования фибриноида. Функциональная активность хориона соответствовала нормативным значениям гестационного срока. При гистологическом исследовании соскобов из цервикального канала пациенток 1 группы во всех случаях имелись воспалительные изменения эндоцервикса, которые характеризовались гиперсекрецией цервикальной слизи, инфильтрацией ее нейтрофилами. В децидуальной ткани отмечалась вакуолизация цитоплазмы клеток, пикноз ядер, отек и некроз стромы в 52 случаях (92,8%). У 38 (67,8%) женщин этой группы в структуре ворсин хориона были выявлены признаки задержки их формирования и в 3 (5,4%) случаях — преждевременное созревание ворсин. В 51,8% случаев в трофобласте преобладали васкуляризованные ворсины с неравномерной плотностью, отеком стромы, нечетко выраженными стромальными каналами, скудным клеточным составом. Кровеносные сосуды ворсин различных типов у 20 обследуемых (35,7%), характеризовались неравномерным кровенаполнением, слабо представленными очагами эритропоза.

Выводы. При воспалительных заболеваниях нижнего отдела генитального тракта в 92,8% случаев происходит поражение децидуальной ткани, в 67,8% — нарушение формирования хориона, в 12,5% — частичная отслойка хориона, в 73,2% — УЗИ признаки угрозы прерывания беременности, что является патологией плодного яйца в 1 триместре беременности и способствует развитию первичной плацентарной недостаточности инфекционного генеза. Следовательно, воспалительные заболевания нижнего отдела генитального тракта являются фактором высокого риска по развитию первичной плацентарной недостаточности и ВУИ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Грищенко Н. Г., Котлик Ю. А.

Харьковский национальный медицинский университет Кафедра акушерства и гинекологии № 1, г. Харьков

Введение. Одной из многочисленных причин женского бесплодия является генитальный эндометриоз. Работы, посвященные бесплодию, обусловленному эндометриозом, многочисленны. Имеются данные о нарушении функции системы гипоталамус — гипофиз — яичники. При этом отмечают изменения ритма и уровня секреции гонадотропных гормонов и стероидных гормонов. Особое внимание следует уделить негативному влиянию на фертильность при эндометриозе нарушениям фолликулогенеза и, как следствие, снижению качества ооцитов, а следовательно снижению оплодотворяемости ооцитов и ухудшение качества эмбрионов. Высокая концентрация гонадотропных гормонов и сниженная стероидогенная активность яичников выявлены при III — IV стадиях эндометриоза. Согласно данным исследований для всех групп пациенток с бесплодием, обусловленным эндометриозом, более эффективной является схема с предварительной десенсилизацией репродуктивной системы препаратами агонистами гонадотропрелизинггормонов (аГНРГ).

Было проведено исследование, целью которого была разработка восстановления фертильности у женщин с генитальным эндометриозом в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Общая методика и основные методы исследования. Всего было проведено 105 циклов стимуляции суперовуляции с предварительной десенсилизацией репродуктивной системы препаратами аГНРГ, из них 30 циклов

у пациенток, в анамнезе подвергавшимся двухэтапному комбинированному лечению (оперативному и последующему медикаментозному в течение 3 циклов аГНРГ-депо) — I группа, II группа — 35 циклов у пациенток с эндометриомой яичника (диаметр эндометриомы не превышал 20 мм) и 40 циклов у пациенток, в анамнезе подвергавшихся только оперативному лечению — III группа. У пациенток всех групп стимуляция суперовуляции проводилась препаратами рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона (рФСГ) с 4-го дня менструального цикла. Учитывая снижение активности процессов фолликуло- и оогенеза у женщин с распространенными формами эндометриоза, в ряде случаев в период стимуляции использовали половинную дозу ежедневной формы аГНРГ.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. Самое низкое количество фолликулов и ооцитов, было получено у женщин с эндометриомой яичника. В этой группе у ряда женщин лечение было прекращено из-за отсутствия фолликулов в ответ на проводимую стимуляцию. У пациенток, в анамнезе подвергавшимся двухэтапному комбинированному лечению (оперативному и последующему медикаментозному в течение 3 циклов аГНРГ-депо) было получено наибольшее количество фолликулов и ооцитов.

Во всех группах женщин с генитальным эндометриозом среднее количество перенесенных эмбрионов было равным и составляло 2–3 на перенос. Вероятность наступления беременности у пациенток с генитальным эндометриозом была выше при проведении программы в период до 1,5 лет после завершения адекватного комбинированного лечения (42%) по сравнению с пациентками, ЭКО которым было проведено в более поздние сроки или не проводилось (16%).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что эффективность реализации программ ЭКО у женщин с генитальным эндометриозом зависит от полноценности проведения предшествующих этапов лечения. Учитывая, что оперативные вмешательства устраняли следствие имевшегося заболевания, а не его причину, мы считаем целесообразным лечение методом ЭКО при отсутствии беременности в течение года после завершения комбинированного лечения эндометриоза. При тяжелых стадиях заболевания, возрасте женщин старше 35 лет, сочетании нескольких факторов бесплодия, следует использовать методы вспомогательных репродуктивных технологий сразу после завершения лечения эндометриоза.

ЗНАЧЕНИЕ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

¹Давыденко И. В., ²Орлова В. С., ¹Пирожкова О. Б.

¹Областной Перинатальный Центр,

²НИИУ БелГУ, Белгород

Несмотря на технический прогресс и высокий уровень развития современной медицины, проблема бесплодия в семье с каждым десятилетием усугубляется. Традиционными причинами женского бесплодия остаются эндокринные нарушения и воспалительные процессы верхних отделов полового тракта, частота которых постоянно увеличивается. К числу управляемых факторов нарушений менструального цикла следует отнести неконтролируемое использование гормональных эстроген-гестагенных препаратов вне и во время беременности, воспалительных заболеваний гениталий — ранние добрачные половые связи и смена половых партнеров. Эндокринные нарушения менструального цикла могут быть причиной функциональной непроходимости маточных труб, воспалительные процессы гениталий — основная причина женского бесплодия трубно-перитонеального генеза. Поэтому диагностика проходимости маточных труб является обязательным начальным компонентом обследования пациенток, страдающих бесплодием, особенно вторичного. В настоящее время при лечении трубного бесплодия отказались от длительной и часто бесперспективной консервативной терапии в пользу экстракорпорального оплодотворения, и трубный фактор рассматривается в качестве основного показания.

Ультразвуковое сканирование органов малого таза, широко применяемое в гинекологической практике, менее информативно при диагностике трубно-перитонеального фактора бесплодия. В связи с этим в практической гинекологии с диагностической целью продолжают достаточно часто использовать гистеросальпингографию, информативность которой, по данным литературы, составляет 88%.

С учётом изложенного цель настоящего исследования — обобщить клинический опыт применения гистеросальпингографии в условиях специализированного амбулаторного приёма на базе областного перинатального центра.