



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

**ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
ЗДОРОВЬЕ НАШИ**

**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 РАННЕЕ 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

МЕСТО И РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА

Щербина Н.А., Потапова Л.В., Липко О.П., Щербина И.Н.

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

Поздний гестоз беременных на протяжении многих лет остается наиболее грозным осложнением гестационного процесса и к настоящему времени остается одной из основных причин невынашивания, мертворождения, кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периодах. Эта патология традиционно занимает 2–3 место в структуре материнской смертности, а перинатальная смертность при этом осложнении составляет 10–30%.

Поздний гестоз рассматривается как синдром полиорганной функциональной недостаточности, который может осложнять беременность, и обусловлен невозможностью адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности плода, что связано, в основном, с перфузионно-диффузионной недостаточностью плаценты.

В связи с этим, целью данного исследования было изучение гормонов-«адаптогенов» у беременных с физиологическим течением беременности и у беременных с высоким риском развития позднего гестоза, усовершенствование метода доклинической диагностики гестоза, что позволит выявить его на ранних стадиях и, благодаря своевременному лечению, предупредить развитие тяжелых форм.

Учитывая тот факт, что одним из основных гормонов, который принимает участие в обеспечении компенсаторно-приспособительных механизмов в организме, является гормон эпифиза, нами был изучен уровень мелатонина в динамике у здоровых беременных и у беременных с доклинической и клинической стадиями развития гестоза.

Обследовано 54 беременных в динамике — в 12–25 и 25–37 недель беременности. У 25(46,3%) из них в 12–25 недель беременности отсутствовали факторы риска позднего гестоза (1 контрольная группа). У 29(53,7%) беременных эти факторы наблюдались. У 20(37,0%) беременных с отсутствующими факторами развития позднего гестоза до 25 недель в дальнейшем течение беременности было также физиологическим (2 контрольная группа). У 5(9,2%) беременных развился поздний гестоз в 25–37 недель беременности.

Беременные с высоким риском позднего гестоза в 12–25 недель беременности в дальнейшем также были разделены на 2 группы: у 21(38,9%) беременных в 25–37 недель гестации развился поздний гестоз, а у 8(14,8%) беременных этого осложнения не наблюдалось.

Средний возраст беременных всех обследованных групп достоверно не отличался ($p < 0,05$) и составил $27,1 \pm 2,9$ лет. Среди обследованных беременных 39(59,3%) были первобеременными, а 22(40,7%) — повторобеременными. Из 25(46,3%) беременных с физиологическим течением беременности 13(24,7%) были первородящими и 12(22,2%) повторородящими.

Всем беременным, кроме общепринятых клиничко-лабораторных и инструментальных исследований, в сыворотке крови определяли уровень мелатонина с использованием стандартных тест-систем.

В результате проведенного исследования установлено, что снижение содержания мелатонина в крови можно рассматривать как фактор риска развития позднего гестоза. Так, у беременных, у которых в ранних сроках гестации (12–25 недель) содержание мелатонина составило $(54,88 \pm 2,99)$ пг/мл, в дальнейшем (в сроке беременности 25–37 недель) достоверно не изменялось — $(52,51 \pm 3,25)$ пг/мл ($p > 0,05$). Течение беременности было физиологическим на протяжении всего срока гестации. У беременных, у которых в 12–25 недель наблюдалась тенденция к снижению уровня мелатонина до $(47,67 \pm 3,74)$ пг/мл, в 25–37 недель беременности снижение прогрессировало, уровень мелатонина составил достоверно низкий показатель — $(29,4 \pm 3,65)$ пг/мл ($p < 0,05$) и у беременных отмечалось развитие позднего гестоза.

В 12–25 недель беременности у 8(14,8%) беременных с высоким риском развития позднего гестоза отмечена тенденция к снижению концентрации в крови мелатонина ($p > 0,05$), но в сроке 25–37 недель концентрация мелатонина достоверно не отличалась от показателей здоровых беременных с идентичным сроком гестации и поздний гестоз у таких беременных не развивался. Эту группу в 100% случаях составили повторородящие женщины.

Таким образом, можно предположить, что в процессе гестации снижение адаптационно-приспособительных механизмов матери связано с изменением деятельности эпифиза.