

ПОСТ-РЕЛИЗ ОКРУЖНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ»

Л.Д. Белоцерковцева, Ю.И. Майер, С.Е. Иванников

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Медицинского института Сургутского государственного университета

18 декабря 2015г. в г. Сургуте состоялась окружная научно-практическая конференция, посвященная 20-летию Сургутского клинического перинатального центра (СКПЦ).

В своем приветственном слове главный врач СКПЦ, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии СурГУ, профессор Лариса Дмитриевна Белоцерковцева отметила, что ее учитель, академик РАН Стрижаков Александр Николаевич и его ученики проводят подобные конференции в нашем городе более 20 лет. На этот раз вместе с академиком прибыли его ученики: широко известные в нашей стране ученые Первого Московского государственного медицинского университета имени Сеченова профессор Олег Радомирович Баев, Ирина Владимировна Игнатко, Павел Валерьевич Буданов и Александр Ильгизирович Давыдов.

Помощник главы Сургута Дмитрий Анатольевич Сухарев отметил, что показатели материнской и младенческой смертности в нашем округе одни из самых низких в стране. Большую роль в этом играет постоянное повышение уровня профессиональных знаний наших специалистов благодаря регулярным конференциям с участием ведущих ученых.

Звездный профессорский состав также приветствовали руководитель акушерско-гинекологической службы департамента здравоохранения ХМАО – Югры Софья Владимировна Яковенко и директор Медицинского института СурГУ, профессор Людмила Васильевна Коваленко. Особый интерес вызвала представленная Людмилой Васильевной видеозапись подготовленного студентами СурГУ флешмоба, на которой они хором произносят: «Я родился в Сургуте, я родился в Сургутском клиническом перинатальном центре, я родился в Югре».

Научную программу конференции открыл доклад академика **А.Н. Стрижакова «Эхографическая оценка состояния плода в различные сроки беременности»**. Александр Николаевич отметил, что главная задача акушеров-гинекологов, неонатологов и врачей ультразвуковой диагностики – обеспечение здорового старта будущему ребенку – очень сложна и трудна. Именно здоровое начало обеспечивает высокое качество жизни в дальнейшем.

В настоящее время ультразвуковая техника позволяет рано обнаруживать многие патологические состояния плода. Сегодня в Российской Федерации перинатальная диагностика разделена на два уровня.

Первый уровень – это акушерско-гинекологические учреждения, которые обеспечивают наблюдение за беременными, скрининг беременных, формирование групп риска на основе клинических данных, результатов эхографии, данных определения ассоциированного с беременностью протеина (РАРР), хорионического гонадотропина (ХГ) и других показателей.

Второй уровень – межрегиональный, его задача заключается в диагностике конкретных форм поражения плода, составлении прогноза жизни ребенка и выборе метода родоразрешения на основе расширенной эхографии с доплерометрией, результатов инвазивной диагностики и генетических анализов.

Снижение перинатальной смертности в последние годы обусловлено широким введением ультразвуковых методов исследования (УЗИ), которые помогают точно оценить состояние плода и своевременно определить тактику ведения беременности.

УЗИ позволяет на протяжении всей беременности неинвазивно проводить оценку плода, плаценты, поиск маркеров хромосомной патологии, внутриутробного инфицирования, диагностику пороков развития, выявить синдром задержки роста плода (СЗРП), оценивать его формы и степени тяжести, а так же оценить количество и качество околоплодных вод.

До 10 нед. гестации УЗИ проводится только по специальным показаниям:

- осложненное течение беременности;
- подозрение на неразвивающуюся и внематочную беременность;
- перенесенные инфекционные заболевания и воздействие тератогенных факторов;
- миома матки и новообразования яичников;
- сочетание внутриматочного контрацептива и беременности;
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Проведение УЗИ в сроке 10–14 нед., уже в первом триместре беременности позволяет диагностировать до 80% хромосомных aberrаций, врожденных пороков развития. Основными целями проведения УЗИ на этом сроке являются:

- оценка роста эмбриона в 1-м триместре;
 - прогнозирование роста плода и СЗРП;
 - поиск маркеров хромосомных аномалий и пороков развития;
 - поиск маркеров внутриутробного инфицирования;
 - доплерометрическое исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.
- Неблагоприятными эхографическими маркерами СЗРП и гибели плода в 1-м триместре являются:
- отставание копчико-теменного размера более чем на 10 дней.
 - непропорциональность биометрических параметров плода при точно рассчитанном сроке гестации;
 - брадикардия, < 90 уд./мин;
 - тахикардия, > 170 уд./мин;
 - наличие маркеров хромосомных аномалий;
 - раннее маловодие;
 - аномальные показатели кровотока в венозном протоке;

- гипоплазия хориона и нарушение его структуры;
- нарушение маточно-плацентарного кровотока.

Для разработки тактики ведения беременности необходимо исключение хромосомных аномалий и пороков развития. Крайне важна ультразвуковая оценка анатомии плода, проводимая на экспертном уровне. В этой ситуации нужны динамическое наблюдение, комплексное обследование с целью выявления дополнительных факторов риска и терапия, улучшающая условия плацентации.

Особое внимание академик А.Н.Стрижаков уделил проблеме многоплодной беременности. Несмотря на многочисленные исследования, направленные на совершенствование тактики ведения беременности и родов у пациенток с многоплодной беременностью, такие женщины продолжают представлять группу высокого риска перинатальных осложнений. В настоящее время разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм ведения и система обследования при многоплодной беременности.

С докладом «Подготовка и родоразрешение при преэклампсии» выступил руководитель родильного отделения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии, профессор **О.Р. Баев**. Он отметил, что преэклампсия (ПЭ) – мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с протеинурией ($\geq 0,3$ г/л в суточной моче), нередко сопровождающиеся отеками и проявлениями полиорганной/полисистемной дисфункции/недостаточности. Регистрация величины систолического давления крови выше 140 мм рт. ст., диастолического давления крови выше 90 мм рт. ст. является достаточной для соответствия критериям АГ. Систолическое давление 140 мм. рт. ст. и диастолическое давление 90 мм. рт. ст. являются пограничными с нормой, что указывает на необходимость тщательного наблюдения за беременной. Диагностировать АГ во время беременности следует на основании по крайней мере двух повышенных значений артериального давления (АД). В сомнительной ситуации желательны проведение суточного мониторингирования АД.

При выявлении этой патологии у женщины необходимо поставить правильный диагноз, оценить состояние матери и ребенка, предупредить неблагоприятные исходы для матери или плода, провести лечение (симптоматическое) и подготовить ее к родоразрешению – единственному эффективному методу лечения ПЭ. Наиболее часто сталкиваются с ПЭ в сроки поздней недоношенности – 34–36 нед.

Существуют научные данные о том, что родоразрешение улучшает состояние матери без ухудшения прогноза для ребенка, а выжидание опасно для женщины, так как грозит прогрессированием основного заболевания. Однако досрочное родоразрешение в ряде случаев нежелательно для плода.

Важная роль в диагностике ПЭ отводится правильному определению протеинурии. В настоящее время «золотой стандарт» для ее диагностики – количественное определение белка в суточной порции мочи. Норма суточной протеинурии во время беременности определена как $< 0,3$ г/л. Умеренная протеинурия – это уровень белка $> 0,3$ г/сут. или $> 0,3$ г/л, определяемый в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов, или значение «1+» по тест-полоске. Выраженная

протеинурия – это уровень белка > 5 г/сут. или > 3 г/л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов, или значение «3+» по тест-полоске.

При подозрении на ПЭ у женщин с АГ и с нормальным АД при наличии других симптомов этого состояния необходимо использовать дополнительные чувствительные методы, такие как отношение протеин/креатинин. Клиническими критериями тяжелой ПЭ (в дополнение к гипертензии и протеинурии), свидетельствующими о развитии полиорганной недостаточности, являются:

- расстройство ЦНС (нарушение зрения, головная боль);
- нарушение функции почек (олигурия < 500 мл/сут., повышение уровня креатинина);
- отек легких;
- внезапное возникновение отеков лица, рук, ног;
- отек зрительного диска;
- нарушение функции печени (повышение ферментов АлАТ, АсАТ);
- боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени вследствие нарушения кровообращения);
- тромбоцитопения ($< 100 \times 10^9$ /л);
- HELLP-синдром;
- подтверждение страдания плода (синдром задержки внутреннего роста плода, маловодие, отрицательный нестрессовый тест).

Согласно национальным клиническим рекомендациям, следует учитывать следующие базовые принципы:

1. При умеренной ПЭ необходима госпитализация для уточнения диагноза и тщательный мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода.

2. При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери при возможности после проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода при сроке беременности менее 34 недель и переводе матери в акушерский стационар 3-го уровня.

Эксперты ВОЗ при тяжелой ПЭ, в зависимости от срока беременности, рекомендуют следующее:

- 22–24 нед. – прекращение опасной беременности.
- 25–27 нед. – пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода.
- 28–33 нед. – пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода, подготовка к возможному родоразрешению.
- ≥ 34 нед. – подготовка к родоразрешению.

Учитывая территориальные особенности нашего округа (большие расстояния до учреждений 3-го уровня), профессор Баев подчеркнул, что беременным с тяжелой ПЭ показана госпитализация (перевод) в учреждение 3-го уровня для стабилизации состояния женщины, проведения курса профилактики РДС плода и родоразрешения.

Профессор **И.В. Игнатко** выступила с докладом «Пренатальная диагностика: новые стратегии и практические подходы». Существующая традиционная система пренатального скрининга, помимо учета возраста и анамнеза, включает – ультразвуковой

и биохимический скрининг. При получении сомнительных результатов скрининга беременным проводят инвазивную диагностику, показания к которой в последние годы расширяются, а результаты свидетельствуют о том, что традиционная программа скрининга не всегда точна.

Для повышения точности пренатального консультирования и снижения частоты инвазивных диагностических процедур в мире предлагаются новые неинвазивные пренатальные тесты (НИПТ). К таким методам относятся определение фетальной ДНК и свободной РНК в крови у матери. В США этот метод используется в качестве скрининга с 2012 г. Использование этого метода в дополнение к УЗИ и биохимическому скринингу позволяет более точно выявить моногенные заболевания у плода. Ограничивает распространение этого метода его высокая стоимость. В настоящее время идет дискуссия о том, в каких группах беременных и в какой последовательности следует применять эти методы для повышения качества диагностики без значительного повышения стоимости обследования. Проведенное докладчиком обследование 1709 беременных с помощью традиционных программ скрининга и НИПТ показало очень высокую точность диагностики – 99,8 % (в 2 случаях родились дети с синдромом Дауна).

Темы преждевременных родов коснулся профессор **П.В.Буданов**, представив доклад «**Клиника, диагностика и лечение потери беременности**». Он сообщил, что в настоящее время специалисты во многих странах мира, в частности странах Западной Европы, предлагают ничего не делать при ранних потерях беременности. Это объясняется тем, что в доэмбриональной стадии происходит естественный отбор, чем обеспечивается главная задача – рождение здорового ребенка. Причин потери беременности очень много, но для поздних потерь патогенез примерно одинаков и развивается по типу преждевременной родовой деятельности. При преждевременных родах (ПР) существует всего два управляемых фактора: контроль за состоянием шейки матки и контроль за инфекцией. Подтверждено, что ведущей причиной прерывания беременности во 2-м триместре является инфекция и преобладает восходящий путь инфицирования. Тяжелые формы системного воспалительного ответа у данной категории больных, как правило, возникают при массивном воспалительном поражении фетоплацентарного комплекса и при больших сроках гестации.

Иммунитет во время беременности изменен в сторону пролиферации. Влияние прогестерона на иммунный ответ позволяет рассчитывать на успешный исход беременности при его применении.

Клинические значимые признаки для госпитализации следующие: 4 сокращения матки в течение 30 минут, зарегистрированные с помощью кардиотокографии (КТГ), трансвагинальная эхографическая цервикометрия, pH-метрия отделяемого влагалища и биохимические тесты.

При начавшихся преждевременных родах необходим массивный токолиз, профилактика синдрома дыхательных расстройств и госпитализация беременной в учреждение 3-го уровня. При ведении преждевременных родов важным этапом является адекватная аналгезия. Важно при назначении препаратов не превышать рекомендованные дозы и стараться избегать полипрагмазии.

С крайне актуальным в настоящее время для акушеров-гинекологов докладом на тему «**Врастание плаценты при беременности высокого риска: методология органосберегающего лечения**» выступил профессор **А.И. Давыдов**. Данная патология всегда требует хирургического лечения. При небольшой частоте плацентарекрет (около 5 % от аномалий прикрепления плаценты) встречаются серьезные осложнения: ворсины хориона прорастают в матку и вызывают деструктирующие процессы в соседних органах: параметрии, мочевом пузыре и кишечнике. Разработанный комплекс обследования и лечения родильниц с врастанием плаценты, основанный на применении современных методов исследования (высокочастотная 2D- и 3D-трансвагинальная эхография, высокочувствительный энергетический доплер (powerdoppler) с трехмерной реконструкцией цветового изображения, электрохирургическая гистерорезектоскопия) и результатах иммуногистохимического анализа, позволяет обосновать и оптимизировать малоинвазивное органосберегающее хирургическое лечение этих пациенток в послеродовом периоде.

Использование высокочувствительного энергетического доплера у родильниц с аномальной ультразвуковой картиной полости матки способствует диагностике плацентарекрет в 100% наблюдений. При этом доплерограммы в области «интереса сканирования» отличаются яркой оранжевой палитрой, в которой дифференцируются сосуды, подходящие к оставшемуся фрагменту плаценты, что свидетельствует о сохранении их кровоснабжения и, следовательно, врастании в миометрий.

Иммуногистохимические исследования (реакции с антителами Ki-67, PSL-2 и CD-34) подтверждают данные клинических наблюдений о том, что плацентарные сосуды, оставшиеся в миометрии, продолжают развиваться подобно атипическим сосудам, в них продолжают эпителиальные реакции. Таким образом, рано или поздно это может привести к неконтролируемому кровотечению.

Применение электрохирургической гистерорезектоскопии при врастании плаценты позволяет не только удалить патологический фрагмент плаценты, но и иссечь видоизмененную плацентарную площадку. Докладчик подчеркнул, что хирургическое лечение следует провести в течение послеродового периода.

В своем докладе «**Преэклампсия: патогенез и диагностика жизнеугрожающих состояний матери и плода**» профессор **А.Н. Стрижаков** рассмотрел актуальную проблему особенностей течения ПЭ как причины материнской смертности. Этиология данного состояния уже не имеет принципиального значения, требуется синдромный подход к ведению пациентки. Одним из ведущих здесь является синдром полиорганной недостаточности.

Структура причин материнской смертности в последние годы практически не меняется: ПЭ занимает в ней 3-е место во всем мире и входит в их «большую пятерку». При ПЭ частота развития полиорганной недостаточности составляет 53%. Частота материнской смертности колеблется от 25 до 30 %. Частота преждевременных родов – 20–30 %. Перинатальная смертность – 75 % от числа живорожденных (по данным Росстата, 2013г.).

ПЭ – мультисистемный синдром, связанный с беременностью, который клинически характеризуется

впервые возникшей АГ (АД > 140/90 мм.рт. ст.) после 20 недель беременности, протеинурией, отеками, которые купируются после родоразрешения в течение нескольких дней или недель. В связи с неизученностью этиопатогенеза ПЭ ее определение носит условный характер, поскольку за этим диагнозом могут стоять разные синдромы. Доля ПЭ в 2011–2013 гг. возросла на 25 % и составила 11,6 % числа всех акушерских осложнений. Таким образом, в целом по стране не отмечается тенденции к снижению частоты этого синдрома, особенно его тяжелых форм.

Клиническое течение ПЭ в настоящее время характеризуется целым рядом особенностей, которые приводят к затруднениям в своевременной постановке диагноза. Наиболее высокий риск у беременных с суб- и декомпенсированной экстрагенитальной патологией. Еще до появления клинической картины ПЭ характерно раннее развитие плацентарной недостаточности (до 24 нед.) – 70%, СЗРП – 64,4 %, синдрома «отторжения плода» – 35,3%. Не всегда на начальном этапе наличие и выраженность клинико-лабораторных и функциональных изменений отражает тяжесть патогенетических изменений при ПЭ и риск развития полиорганной недостаточности. В большом числе наблюдений имеет место нетипичная клиническая симптоматика, вплоть до развития клинических «масок» хирургической патологии с тяжелой прогрессирующей полиорганной недостаточностью. Во всех наблюдениях тяжелой ПЭ/эклампсии выявлялись признаки нарушения функции плаценты, плацентарная недостаточность, СЗРП, нарушение маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики, хроническая гипоксия плода, высокий риск его антенатальной гибели. Сроки родоразрешения умерших женщин, или «near miss», по результатам ретроспективной оценки, были неоправданно затянуты. Нестабильность или неконтролируемая АГ, нестабильность клинико-лабораторных показателей, нарушение гемодинамики в системе «мать – плод», отсутствие прироста фетометрических показателей, «сомнительных тип» КТГ являются показаниями для родоразрешения. Следует отметить, что, согласно общепринятой гипотезе, в развитии ПЭ с 4–5 нед. гестации, с момента имплантации хориона, начинается формирование патогенетической основы этого синдрома, а с 17 нед. гестации возможны появления клинических симптомов – «мягкой» гипертензии, микроальбуминурии и ряда других. А с 30 нед. гестации может потребоваться родоразрешение из-за нарастания тяжести ПЭ или развития эклампсии или при возникновении других осложнений, обусловленных этими состояниями. Особенно следует подчеркнуть, что скрининг ПЭ следует проводить с 11–14 нед. беременности, при высоком риске ее развития необходима терапия и контроль. При разработке профилактических диагностических программ у беременных высокого риска развития ПЭ и плацентарной недостаточности следует в первую очередь проводить оценку факторов, обуславливающих такой риск, однако, независимо от этиологического фактора, наиболее признанной на сегодняшний день является гипотеза плацентарной ишемии, лежащей в основе манифестации клинических симптомов и полиорганной недостаточности. Как правило, независимо от причины начальным звеном патогенеза плаценто-ассоциированных заболеваний являются нарушения материнского кровотока, плодово-плацентарного кровотока. Генетические

и приобретенные тромбофилии также способствуют снижению глубины инвазии трофобласта, что приводит к эндотелиопатии, вазоконстрикции, повышению потенциала свертывания крови. При обследовании системы гемостаза беременных с ПЭ и плацентарной недостаточностью были выявлены значительное повышение частоты тромбофилий, в том числе мультигенных форм, антифосфолипидный синдром при тяжелых ПЭ и тяжелой плацентарной недостаточности. Установлено, что наличие у матери высокого уровня АТ к фосфолипидам > 0,6 ЕД/мл, АТ к аннексину V (маркер апоптоза) выявлялись при умеренной и тяжелой ПЭ в 90 % случаях, раннее развитие ПЭ: до 32 нед. – 75%, до 28 нед. – 25%. Другим механизмом патогенеза развития ПЭ и плацентарной недостаточности является нарушение продукции фактора роста, дисфункция эндотелия, ишемия плаценты, тканевая гипоксия. Ученый отметил: ими было установлено, что наибольшие изменения – ПЭ в сочетании с СЗРП и декомпенсированной плацентарной недостаточностью претерпевает уровень рецепторов к сосудисто-эндотелиальному фактору роста (VEGF-P1), ключевой срок для ранней диагностики и прогнозирования формирования тяжелой ПЭ и критического состояния плода – 16–22 нед. гестации. При этом крайне неблагоприятным является повышение концентрации рецепторов в 5 и более раз по сравнению с неосложненной беременностью. Большую роль в формировании ранней ПЭ в сочетании с СЗРП играет нарушение продукции инсулиноподобного фактора роста. Установлено, что у пациенток, беременность которых осложнилась данной патологией уже в 16–22 нед., зарегистрирован пониженный уровень инсулиноподобного фактора 1 по сравнению с неосложненной беременностью. В настоящее время большое значение в формировании патогенеза ПЭ отводится нарушению процессов апоптоза и пролиферации. При нарушении процессов апоптоза учеными из Москвы рассматривался белок BSL 2 в тканях плаценты и уровень АТ к аннексину V в крови матери. В связи с актуальностью проблемы для перинатологии внимание было уделено анализу особенностей здоровья детей первого года жизни, рожденных в критическом состоянии. Важной представляется высокая частота инфекционной, аллергической, неврологической заболеваемости, малая аномалия развития сердца, патология костно-хрящевой системы, зрительного аппарата. При изучении отдаленных последствий развития заболеваний после перенесенной ПЭ во время беременности, было выявлено, что существует значительный риск развития и хронизации социально-значимых заболеваний.

Свой доклад доктор медицинских наук, профессора О.Р.Баева, посвятить современному состоянию проблемы ПР. Он отметил, что эта тема актуальна, так как прогресса в разрешении данного вопроса, к сожалению, нет, частота ПР во всем мире неуклонно растет и, конечно, это связано не с тем, что врачи плохо лечат, а с тем, что снижается уровень здоровья населения. Данная проблема также обусловлена большим количеством вариантов течения, которые не могут быть излечены путем стандартного подхода, имеются трудности при диагностике, выборе тактики лечения. Поэтому, пытаясь систематизировать подход к данной проблеме, очевидно, что подход фенотипической классификации ПР наиболее прогрессивен. По мнению профессора Баева, если пытаться просто систе-

материзировать ПР с учетом причин их возникновения, например, инфекций, то ничего не получится, ведь проблема намного сложнее следует рассматривать материнские факторы, состояние ребенка, плацентарные состояния, клинические проявления, с которых начинается данное состояние (начало схваток, родовое излитие околоплодных вод) только тогда будет понятно, что помогает или не помогает на практике.

Если следовать данному подходу, то становится очевидным, что для очень ранних сроков беременности, характерны такие причины, как инфекционные состояния, кровотечения, связанные с ранними сроками беременности, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) материнские состояния оказывающие влияния обнаруживаются начиная с 28 нед. беременности тогда можно определить, какие причины могут вызывать данные состояния и с чего начинать терапию. Преимущества фенотипического подхода к классификации заключаются в том, что можно уточнить вариант преждевременного родоразрешения и клиническую значимость, что позволяет персонализировать подход, диагностировать и прогнозировать выбор тактики лечения.

В отношении прогестерона споры во всем мире на сегодняшний день не утихают, но специалисты сходятся в том, что он эффективен у женщин в группе риска. Хирургическая коррекция ИЦН на сегодняшний день выполняется довольно часто и нередко без особых показаний. У женщин в группе риска очень важен УЗИ-мониторинг в динамике с 16 нед.гестации, нужно оценить сократимость шейки матки, чтобы решить вопрос о серкляже или хирургической коррекции. Таким образом, на сегодняшний день хирургическая коррекция и терапия прогестероном может быть разной и действительно, являться достаточно доказательным методом терапии. Профилактика ПР с помощью Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот не имеет доказательной базы. Диагностика ПРдолжна быть тщательной, ведь задача здесь выделить именно тех женщин, которые действительно подлежат такой терапии. Баев отметил, что специалисты по-прежнему лечат всех женщин, которые имеют жалобы на субъективное повышение тонуса матки. Наиболее достоверные критерии диагностики: 7–8 регулярных схваток в час с продолжительностью 30–40 секунд. Шейка матки укорачивается на 80 % от исходной длины, имеется раскрытие.

Появились новые данные об измерении толщины верхнего и нижнего сегмента. Оказывается, если отношение между сегментами 1:3 – 1:5, то это указывает на высокую вероятность родов. Данный критерий может использоваться для объективизации диагноза. Также в России активно используется экспресс-тест ActimPartus – эффективен он именно своим отрицательным значением и с высокой вероятностью подтверждает, что роды не произойдут, такие же прогностические признаки имеет определение плацентарного альфа-глобулина. Поэтому нужно учитывать как результатУЗИ, так и теста, чтобы быть уверенным в своем диагнозе. Безосновательная госпитализация и лечение женщин больно ударяет по бюджету учреждения и не приносит пользы пациентам. Всегда нужно помнить, что под симптоматикой преждевременных родов могут скрываться другие, не менее важные угрожающие состояния, которые пропустить нельзя.

Проводить ли профилактику после 34 нед. – вопрос индивидуальный. При использовании глюкокор-

тикоидов профилируется не только РДС плода, но и частоту внутрижелудочковых кровоизлияний, некротизирующего энтероколита, что улучшает прогноз ребенка.

Токолиз на сегодняшний день проводится с целью выиграть время на два дня, так как доказана его эффективность именно в эти два дня для того, чтобы за это время успеть провести профилактику РДС плода и транспортировать женщину в учреждение 3-го уровня. Препараты для токолиза оказывают как отрицательный (проблемы гемодинамики, углеводного обмена, маточно-плацентарного кровотока), так и положительный эффект на женщину, особенно важно, что все те же эффекты испытывает плод. Частота побочных эффектов зависит от дозы препарата. Эффективность терапии β -миметиками не имеет доказательной базы, отмечается и высокая частота побочных эффектов, как и при терапии блокаторами Са-каналов. Атозибан является препаратом, обладающим наименьшей частотой побочных эффектов, с помощью которого можно обеспечить настоящий токолиз. Сульфат магния используется больше с целью нейропротекции плода с 24 до 32 нед. и не снижает частоту преждевременных родов, вызывая побочные эффекты. Ингибиторы ЦОГ (индометацин) эффективны с 20–22 нед. и могут использоваться до 32 нед. беременности, но также имеют ряд побочных эффектов (высокая перинатальная смертность по сравнению с плацебо). Большая часть успеха в выхаживании недоношенных детей зависит от готовности неонатологической службы.

В докладе «**Перинатальные поражения ЦНС новорожденного при преждевременных родах**» доктора медицинских наук, профессора **И.В. Игнатко** была рассмотрена сущность этой проблемы возможность прогнозирования таких поражений.

Благодаря совершенствованию перинатальных технологий отмечается большой процент выживаемости даже при очень раннихПР. Но встает глобальный вопрос о качестве жизни таких детей. Неврологическая патология занимает ключевое место в обсуждаемой проблеме. Факторами, которые способствуют повышению летальности новорожденных, являются внутрижелудочковые кровоизлияния, тяжелый РДС, к чему приводят индуцированные роды, невыполненная глюкокортикоидная терапия. В структуре детской инвалидности поражение нервной системы составляет 80%. У недоношенных детей манифестация перинатальных поражений максимальная. В силу высокой пластичности детского мозга, способности компенсировать нарушения, возникающие в перинатальном периоде, очевидна необходимость применения реабилитации уже на самых ранних этапах лечения и восстановления существующего потенциала за счет сохраненного метаболизма мозговой ткани. В целом этиология перинатальной энцефалопатии достаточно глобальна и ключевым моментом в ее профилактике является предгравидарная подготовка, а в последующем – оценка фетоплацентарной системы и состояния плода, эти факторы функционально определяют постнатальную жизнь.

Аntenатально необходимо оценивать не только анатомию головного мозга, но и особенности его функционального состояния, возможную манифестацию постнатальных проблем, которые определяются не только наличием пороков развития, но и маркеров нарушения развития, не диагностированных антенна-

тально, размерами черепной коробки, наличием дефектов. Должны оцениваться и функциональные моменты – это размеры передних, задних рогов и тела боковых желудочков, мозжечка, ширина 3–4-го желудочка, глубина Сильвиевой борозды, большая мозговая цистерна, вертикальный и переднезадний размер червя мозжечка, полушарная щель, субарахноидальное пространство – все эти анатомические особенности должны описываться в настоящее время в протоколах скрининга УЗИ во 2-м триместре беременности в специализированных учреждениях 3-го уровня и проводиться специалистами экспертного класса. У недоношенных детей, рожденных в сроки 22–26 нед., имеется склонность к отеку мозга и нарушение ликвородинамики, что будет проявляться у детей с экстремально низкой массой тела на 3–5 сутки после рождения. Все это сопровождается клинической картиной церебральной ишемии, которая впоследствии может привести к тяжелым неврологическим поражениям. Требуется антенатальная доплерометрическая оценка кровотока в сосудах головного мозга. Также имеются б/х маркеры церебральных поражений: белок S-100, белок миеллина, АТ к фактору роста нервов, нейроспецифическая енолаза, глиальный фибриллярный кислый белок. Дети, которые перенесли тяжелые поражения ЦНС, имеют существенное снижение нейротрофического фактора головного мозга, который можно определить еще антенатально на 26–30 нед., что в 90% случаев помогает спрогнозировать возможные постнатальные неврологические поражения.

Показатели биохимических маркеров и доплерометрическая оценка позволит выделить группу более высокого риска и в дальнейшем поможет абилитировать детей с большим эффектом, профилируя тем самым детскую инвалидизацию.

В докладе «**Мониторинг инфекций у плода: управляемые факторы**» доктор медицинских наук, профессор **П.В. Буданов** отметил, что неонатальные инфекции плода составляют 16 % от числа инфекционной заболеваемости новорожденного. Существует два комплекса инфекционных проблем во время беременности: связанные с вульвовагинальными инфекциями TORCH-комплекс. Большая часть инфекционных проблем связана не с инфекцией плода, а с недоношенностью и «незрелостью» организма новорожденного. Наиболее часто наблюдается проявление синдрома «околоплодных вод», который реализуется вследствие восходящей инфекции. Непосредственно вульвовагинальные инфекции даже при сохраненной шейке матки, при сохраненной целостности нижнего полюса плодного пузыря все равно реализуются в поражении кожи и слизистых новорожденного. Но при этом пневмония достаточно часто встречается у доношенных детей. Можем ли мы как-то предотвратить реализацию инфекции у плода?

По мнению профессора Буданова, нельзя «лечить анализы» и проводить стерилизацию влагалища, это приводит к последующему заселению влагалища условно-патогенной флорой с образованием бактериальных биопленок, от которых избавиться намного сложнее. Зачастую бывает, что четко не диагностирован возбудитель. Чем раньше произошел контакт инфекционного возбудителя и плода, тем хуже будут проявления. Следует понимать, что основная реализация любого инфекционного агента зависит не от типа возбудителя, а от срока беременности. Без выяв-

ления инфекционного агента, нередко определяются симптомы, по которым судят о наличии контаминации плода и женщины.

В плане диагностики инфекции плода по-прежнему много вопросов. Необходимо адекватно оценивать воспалительный ответ матери. Одним из важных факторов является нарушение биоценоза влагалища до 16 нед. беременности, которое не корректировалось. Для беременности интегральным показателем является рН-метрия. По статистике риск ПР снижается, если проводится мониторинг рН во время беременности. Нормальное состояние микробиоты – главный барьер на пути распространения инфекции. Соответственно, если создавать комфортные условия для лактобацилл, то никакая другая патологическая флора не сможет выживать во влагалище. Статистика назначения антибактериальных препаратов для санации влагалища неуклонно растет, тем самым формируя удобные условия для образования «супербактерий». Проблема инфекции плода – стратегическая проблема, с которой мы сталкиваемся каждый день. Объективность проблемы диагностики и терапии инфекции плода связана с полиэтиологичностью, латентным течением заболевания, высоким процентом вирус ассоциированных форм инфекций, отсутствием провоспалительной иммунной реакции у беременных, невозможностью применения некоторых антибактериальных препаратов в период гестации. Ингибиторзащищенные аминопенициллины формируют низкий риск возникновения антибиотикорезистентности. Вульвовагинальные инфекции необходимо начинать лечить уже на этапе первых клинических проявлений при их обнаружении во время объективного обследования пациентки. Экстренную санацию не стоит проводить перед родоразрешением, если не известен диагноз инфекционного воспаления, только перед операциями кесарева сечения.

В выступлении доктора медицинских наук, профессора **А.И. Давыдова**, посвященном **дифференцированному подходу к лечению больных миомой матки репродуктивного возраста**, была отмечена актуальность консервативной миомэктомии в оперативной гинекологии. Профессор начал свой доклад с напоминания классификации FIGO, в которой выделено 8 типов опухолей матки по их локализации. При классическом чревосечении с помощью ручного шва удается добиться состоятельного рубца на матке, особенно, при опухолях, располагающихся в проекции задней стенки матки, в проекции дна с переходом на боковые ее стенки и т.д. Но существует дилемма: чревосечение ведет к обязательному спаечному процессу и формированию трубно-перитонеального бесплодия. Проблема заключается в том, что во время чревосечения на брюшину активно воздействуют различными материалами, в связи с чем повышается риск образования спаек, а при лапароскопии риск спаечной болезни значительно снижается. Необходимо использовать щадящие методы чревосечения. Также существует проблема гемостаза при лапаротомических операциях. При чревосечении есть возможность использовать управляемую компрессию матки с помощью скользящей лигатуры из латекса, что позволяет предотвратить кровотечение и резко уменьшить объем кровопотери. Но при всех положительных моментах классического метода он целесообразен при наличии противопоказаний или отсутствии усло-

вий к проведению малоинвазивной хирургии. Лапароскопическая миомэктомия на сегодняшний день неоднозначна и заставляет хирурга задуматься о такой проблеме, как последствия воздействия термических энергий – даже в минимальном объеме. Кроме того, возникает проблема наложения адекватного прочного шва на матке, чтобы предотвратить разрыв матки во время последующей беременности и родов.

Минилапаротомия, с одной стороны, то же чревосечение со всеми его преимуществами наложения ручного шва, с другой стороны, мини-доступ, при котором не наносится большая травма брюшине, который имеет косметические преимущества. Но самое главное условие – локализация опухоли, которая должна быть направлена в «рану». Если миома множественная и располагается атипично, то данный вид оперативного лечения требует больше времени и не столь эффективен. Что касается метода эмболизации маточных артерий, то он может быть использован, если речь не идет о подслизистых опухолях, которые легко удаляются с помощью оперативной гистероскопии. Не всегда дело в размере и количестве, важны локализация и толщина основания опухоли. Влагалищная хирургия занимает не так много времени и не столь сложна технически, но результаты таких операций гарантируют хорошие условия реабилитации. Существуют три типа операций: полная, неполная передняя гистеротомия и кольпотомная миомэктомия. От них приходится отказываться, когда речь идет о дальнейшем репродуктивном благополучии, ввиду контаминации влагалищной флоры с брюшной полостью и развития спаечного процесса.

Важным является вопрос необходимости медикаментозного лечения на этапе предоперационной подготовки к миомэктомии. Улучшает ли это исходы хирургического вмешательства? Существует три группы препаратов: агонисты гонадолиберина, прогестагены и селективные модуляторы рецепторов прогестерона. Последний класс препаратов основан на новой позиции в патогенезе миомы матки. До недавнего времени считалось, что миома матки – эстрогензависимая опухоль. Последние исследования показали, что именно избыточное влияние прогестерона приводит к тому, что у молодых женщин происходит рост миомы матки. Если миомэктомия выполняется по медицинским показаниям, то необходимо оценить все возможные риски и не исключать медикаментозную подготовку, которая, как показали последние исследования, в большинстве случаев уменьшает объем опухоли.

После освещения актуальных вопросов акушерства, гинекологии и перинатологии началась дискуссия.

Вопрос: Какова тактика ведения родов при преждевременном разрыве плодных оболочек в сроке гестации 22–24 нед.?

О.Р. Баев: «Тактика ведения родов в таком сроке довольно сложна, особенно в совокупности с излитием околоплодных вод. Имеются юридические аспекты данной проблемы. Ответить однозначно не будет воз-

можности. Вопрос будет решаться индивидуально, но в целом пациентка сразу должна быть информирована, что прогноз неблагоприятный. Пролонгирование беременности в такой ситуации больше чем 2–3 нед. нецелесообразно, так как для таких сроков очень характерен инфекционный фактор, который может привести к септическим осложнениям. О прерывании беременности речь не идет, но и сохранение беременности в данном случае не перспективно. Необходим индивидуальный подход в каждой конкретной ситуации».

Л.Д. Белоцерковцева: «Россия и Турция – две страны в мире, в законодательстве которых прописано, что с 22 нед. гестации положено проводить сердечно-легочную реанимацию новорожденному. Должно быть юридически оформленное, правильное информированное согласие для беременной женщины, где ей будут предоставлены все сведения о рисках, о том, что пролонгирование беременности в данном сроке абсолютно нецелесообразно и исходы неблагоприятны. Такая практика осуществляется в Сургутском перинатальном центре. 22–24 нед. гестации предполагают ведение умеренно-активной тактики, подготовки к родоразрешению, при этом надо все объяснять родителям. Есть женщины с особым анамнезом, которые не имеют возможности донашивать до 22–24 нед. и настаивают на оперативном родоразрешении, такие случаи были в нашем перинатальном центре, но они крайние. Сверхранные роды не должны происходить в лечебных учреждениях 1-го и 2-го уровней, такие пациентки должны родоразрешаться в перинатальном центре 3-го уровня. Сегодня у нас имеется разделение территорий по кластерам, и самая лучшая транспортировка – «inutero» с использованием трактоцила (атосибана). Самая настоящая борьба за качество жизни начинается с 24 нед., а после 26 нед. особенно. Если будет правильно осуществляться пренатальная диагностика 9–13 нед.+6 дней беременности и правильный мониторинг длины шейки матки с 16 нед., то все будет своевременно. Вспоминая о кровотечениях, хочется отметить, что все беременные с предлежанием и вращением плаценты должны своевременно направляться в перинатальный центр 3-го уровня, где они будут родоразрешены в плановом порядке в сроке гестации 34–35 нед., с кровопотерей 1000 +/- 200 мл. В основе всего лежит правильная организация оказания медицинской помощи».

В своем заключительном слове профессор Стрижаков А.Н. посоветовал: «Относитесь правильно к частоте операций кесарева сечения, сейчас 2–4 кесарева у одной пациентки уже не редкость. В этой ситуации меняйте тактику разреза на матке, извлекайте плод в более спокойных условиях и прогнозируйте вероятность угрозы последующих разрывов матки при беременности».

Справка о мероприятии

Общее количество зарегистрировавшихся участников конференции – более 250 человек.

Прочитано 10 докладов.