

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ

Скородумова Е.А., Феопентова В.С., Ульрих Д.Г.

Научные руководители: к. м. н., доцент Либова Т.А., к. м. н., доцент Прохорович Т.И.  
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность:** снижение перинатальных потерь является перспективным направлением современной медицины. Иммунизация во время беременности и родов определяет показатели перинатальных потерь [1, 2] (В.М. Сидельникова, 2004 г.). Гемолитическая болезнь новорожденного остается одной из наиболее трудно устранимых причин [1, 3].

**Цель исследования:** составление медико-социального портрета, а также оценка течения беременности и родов у беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на базе СПб ГУЗ родильного дома № 9 и ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России Перинатального центра. Нами проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 40 пациенток с резус-отрицательной принадлежностью крови.

**Результаты:** возраст пациенток в среднем составил 30–35 лет, из различных регионов РФ. Анализ полученных данных показал, что самыми частыми гестационными осложнениями у беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови являются: угроза прерывания беременности, синдром задержки развития плода, многоводие, маловодие.

При резус-отрицательной принадлежности крови независимо от наличия титра антител у 18% беременных выявлены изменения гемодинамических параметров на уровне маточно-плацентарных артерий 60%, плодово-плацентарных 10%, сопровождающихся изменениями в плаценте. Тактика ведения беременности, сроки и способы родоразрешения обсуждались коллегиально с неонатологами, неврологами.

**Выводы:** беременные с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от наличия титра антител в крови представляют группу высокого риска по развитию акушерских осложнений во время беременности, родов и перинатальных потерь.

Родоразрешение беременных с врожденными пороками развития показано в условиях перинатального центра.

### Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Москва, ГОЭТАР-медиа, 2015. Под редакцией Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский.
2. Иванов Д.О, Телеш О.В., Петренко Ю.В. Возможные пути снижения младенческой смертности в отдельных регионах РФ, Педиатр, 2017.
3. Карп Говард (под редакцией Радзинского В.Е.) Привычное невынашивание беременности причины, версии и контрарверсии лечение, М. Гозтар-медиа 2017.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ В ЦИКЛАХ ПЕРЕНОСА РАЗМОРОЖЕННЫХ ЭМБРИОНОВ

Струкова Р.П.

Научный руководитель: к. м. н. Денисова В.М.  
Международный центр репродуктивной медицины  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность:** эффективность криоциклов определяется качеством как эмбрионов, так и эндометрия. Большое значение имеет выбор метода подготовки эндометрия к криопереносу:

с помощью заместительной гормональной терапии (ЗГТ), с блокадой функции гипофиза антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона (ант-ГнРГ).

**Цель исследования:** ретроспективный сравнительный анализ частоты наступления беременности после переноса размороженных эмбрионов в циклах с подготовкой эндометрия с помощью ЗГТ и в циклах, где использовались ант-ГнРГ.

**Материалы и методы:** в исследование включено 63 пациентки в возрасте от 25 до 35 лет. Пациентки были разделены на 2 группы. В цикле с использованием ант-ГнРГ (группа А) 26 пациенткам было выполнено 45 переносов размороженных эмбрионов. В циклах с ЗГТ (группа В) 48 пациенткам было выполнено 105 переносов эмбрионов.

**Результаты:** в группе А применяли ант-ГнРГ в течение 7 дней на фоне ЗГТ (пероральные и/или трансдермальные формы эстрадиола). В группе В применяли «традиционный» ЗГТ. Адекватность подготовки эндометрия оценивалась при ультразвуковом исследовании. Применялись следующие критерии адекватной подготовки: М-эхо не менее 8 мм, отсутствие ретенционных образований в яичниках. Циклы, в которых использовались донорские ооциты, сперматозоиды, полученные хирургическим путем, были исключены из исследования. Частота наступления беременности в группе А составила 16 случаев из 26, в группе В – 22 из 48 (группа А-61,5%, группа В-45,8%). Однако отличия данных не достоверны ( $\chi_2 = 1,665$   $p = 0,197$ ).

**Выводы:** протокол подготовки эндометрия на фоне антагонистов ГнРГ представляется более эффективным, чем «традиционный» ЗГТ. Однако полученные данные не позволяют сделать однозначный вывод для клинического применения, требуются дальнейшие исследования.

#### Литература

1. Optimal endometrial preparation for frozen embryo transfer cycles: window of implantation and progesterone support Robert F. Casper, M.D., Elena H. Yanushpolsky, M.D. April 2016.
2. Programmed versus natural frozen embryo transfer: which is the best nest? Hey-Joo Kang, M.D. The Ronald O. Perelman and Claudia Cohen Center for Reproductive Medicine, Weill Cornell Medical College, New York, New York. September 2018.
3. Does a frozen embryo transfer ameliorate the effect of elevated progesterone seen in fresh transfer cycles? Mae Wu Healy, D.O. Correspondence information about the author D.O. Mae Wu Healy Email the author D.O. Mae Wu Healy, George Patounakis, M.D., Ph.D., Matt T. Connell, D.O., Kate Devine, M.D., Alan H. DeCherney, M.D., Michael J. Levy, M.D., Micah J. Hill, D.O. January 2016.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРОЦЕССОМ

*Суханов А.С., Смирнова М.Ю.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Корнилова Т.Ю.  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Ульяновский государственный университет

**Актуальность:** по данным ВОЗ, артериальная гипертензия (АГ) у беременных это вторая после эмболии причина материнской смертности. Повышение эффективности лечения АГ у беременных, правильный выбор времени и метода родоразрешения — актуальная медицинская и социальная проблема.

**Цель исследования:** изучить особенности развития гипертензии, определить часто выбираемые методы родоразрешения, проанализировать показатели перинатальной смертности в зависимости от степени тяжести патологии.

**Материалы и методы:** обследование, лечение и родоразрешение проведены у 110 женщин. Пациентки составили три подгруппы: 1-я — 42 беременных с гестационной гипертензией, 2-я — 42 пациентки с умеренной преэклампсией и 3-я — 26 беременных с тяжелой преэклампсией.