



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

X МЕЖДУНАРОДНЫЙ МОЛОДЁЖНЫЙ
НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ

ПОСВЯЩЕННЫЙ 150- ЛЕТИЮ
С.С. ЗИМНИЦКОГО



Казань, 2023

Результаты исследования: Диагноз ВУП у 37 новорожденных, в т.ч. 2% на фоне дыхательных расстройств недоношенного. Сопутствующая патология встречалась с частотой 2,2 заболеваний 1 новорожденного, в т.ч. ДН 73%, асфиксия в родах 64%, ишемия мозга острый период 51%, ВПРП 32%, родовые травмы 13%, неонатальной желтухи 8%, неонатальная токсическая эритема 2%, ишемическая нефропатия, уреоплазмоз, бронхолегочная дисплазия легкой степени, ретинопатия недоношенного, младенческие гемангиомы, диабетическая фетопатия, анемия по 2%, отклонение от ростовесовых показателей 9%. Внутриутробные осложнения плодов: ПН 44,5%, несоответствие массы плода к сроку беременности 32,4%. Вес новорожденного при рождении 1140 3%, 1870 3%, 2500-2999 10%, 3000-3499 32%, 3500-3999 28%, 4000 и >24%.

Оценка состояния новорожденного при рождении по шкале Апгар: 9-7 б 46%; 4-7 б -32%; 3 и менее баллов 5%. Реанимация новорожденных проведена: санация ВДП 64%, ИВЛ масочно 47% с последующим СРАР 30%; ИВЛ ч/з ИТ 43%; введение куросуфа 2%. Реанимация не проводилась 2%. Продолжительность ИВЛ: до 12 часов 16%, 1дн 27%, 2-3 суток 43%, 4-5суток 14%. Обсемененность новорожденных микробами группы стафилококка 42%, энтерококка 38%, стрептококка 8,7%, кишечная 1%.

Материнские факторы риска: первородящие 47%; повторнородящие 53%, в т.ч. многорожавшие 42,1%. Нормальная беременность и роды в анамнезе были 59%. Оперативное родоразрешение путем КС 41%. Осложнения в предыдущих беременностях 42%: замершие беременности 33%, самопроизвольные выкидыши 53%; аборт по желанию 14%. Осложнения настоящей беременности: рубец на матке после КС 19,4%; низкая плацентация 7,7%; угроза прерывания беременности 2,8%; ГСД 16,7%. Генитальная инфекция была у 44,4%, в т.ч. не исключалась инфекция амниотической полости 30,5%. (Из них: Covid-19 19%, ОРВИ 66,7%,). Эндокринная патология 39%. Заболевания сердечно-сосудистой системы 14%. Почечная патология 5,6%. Гемоконтактные инфекции 5,6%. Заболевания дыхательной системы 2,8%. Сепсис с неясным очагом 2,8%.

Абдоминальное родоразрешение выполнено в 27,8%, роды через естественные родовые пути 72,2%. Осложнение при родоразрешении: ДРД 5,6%, ПОНРП 2,8%. Безводный промежуток 0 ч.(к/с) 27,8%, до 6 ч. 44,5%, 7-12 ч. 11,1%, 13 и >5,6%. Продолжительность родов: 8ч.-12ч. 92,3%, 13 ч. и >7,7%.

Обычное морфологическое строения плаценты было 56,8%, воспалительные изменения плаценты 5,4%, плацентарная недостаточность 21,6%, мелкоочаговый кальциноз ворсин 2,7%.

Выводы: Исходы для новорожденных все дети выписаны домой с выздоровлением. Таким образом, перенесенные в период беременности вирусно-бактериальные и генитальные инфекции способствовали развитию ВУП новорожденных интранатальное инфицирование не имеет подтверждения.

Список литературы:

1. Врожденная пневмония Клинические рекомендации 2017 г. Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) Российское общество неонатологов.
2. Зарипова А. З., Бадамшина Г. Г., Зиатдинов В. Б., Исаева Г. Ш. Эпидемиологический анализ заболеваемости новорожденных инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи // Казанский медицинский журнал. 2017; 98 (2). С. 238-243.

СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ СПКЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Тухбатулина Д.Т., Низамова Д.И.

Научный руководитель – асс. Ахметова Д.И.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) распространённое заболевание репродуктивной системы, около 6-12% женщин страдают от данной патологии [3]. Манифестация СПКЯ может быть уже в подростковом возрасте [4]. Однако, принятые во всем мире и России диагностические критерии СПКЯ, основанные на Роттердамском соглашении 2003 г., в постановка данного диагноза у подростков является непростой задачей. Так как критерии данного соглашения конвергируют с нормальным течением пубертатного периода (ановуляция, клиническая и биохимическая гиперандрогения, гирсутизм), а УЗИ-диагностика затруднительна ввиду статуса *virgo* большей части пациенток.

Цель. Изучить мировые клинические рекомендации по диагностике СПКЯ и на их основе составить универсальный алгоритм диагностики СПКЯ у девочек-подростков.

Материалы. Для анализа и сбора данных использованы статьи из PubMed, Medscape, UpToDate и клинические рекомендации (европейские, американские).

Результаты. Международные рекомендации в диагностике синдрома поликистозных яичников у подростков включают следующие критерии [1]:

1. Нарушение менструального цикла как свидетельство овуляторной дисфункции.
 - a. Аномальный для возраста или гинекологического возраста.
 - b. Стойкие симптомы в течение 1-2 лет.
2. Клинические и/или биохимические доказательства гиперандрогении.
3. Гирсутизм, от умеренного до тяжелого, является клиническим признаком гиперандрогении.

Однако в них имеются спорные моменты: должно ли нарушение менструальной функции наблюдаться в течение одного или двух лет, чтобы отличить СПКЯ от нормальной незрелости менструального цикла, являются ли гирсутизм или акне в случае подростков доказательством гиперандрогении наравне с точными биохимическими доказательствами [1]. При этом ученое сообщество солидарно в том, что подросткам с признаками СПКЯ в течение одного-двух лет после менархе следует поставить временный диагноз «под угрозой СПКЯ» и лечить симптоматически [2].

Алгоритм лабораторной оценки гиперандрогении у девочки-подростка [2]:

1. Девочка-подросток с повышенным уровнем общего или свободного тестостерона.
2. Нарушение менструального цикла (наличие/отсутствие).
 - 2a. Есть нарушения менструального цикла.

Поиск причин ановуляции, которые могут затруднить постановку диагноза СПКЯ: ФСГ, ЛГ, ТТГ. В обязательном порядке следует исключить беременность (оценка бета-ХГЧ) живет половой жизнью. Если хотя бы один из данных показателей за пределами нормы необходимо более углубленное обследование в данном направлении.

Если все скрининговые тесты в норме, то диагностика продолжается по пути 2b.

2b. Нет нарушений менструального цикла

Поиск распространенных причин гиперандрогении, не связанных с СПКЯ:

17- ОПГ (взятый в 8:00 утра), ДЭА-SO₄, пролактин, кортизол (при наличии абдоминального типа ожирения), ИФР-1 (если есть признаки акромегалии), УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Изменения в результатах данных показателей может говорить о различных эндокринопатиях и других заболеваниях, которые по клинической картине могут быть схожи с СПКЯ, что в ряде случаев требует мультидисциплинарный подход в плане ведения данной группы пациентов. Если все результаты в норме, в т.ч. УЗИ (нормальное или с признаками СПКЯ): 1. СПКЯ (наиболее вероятен); 2. Редкие заболевания; 3. Идиопатическая гиперандрогения.

Выводы. На сегодняшний день нет четких достоверных критериев постановки диагноза СПКЯ у девочек-подростков ввиду возрастных особенностей их организма и неоднозначности критериев диагностики по всему миру.

Список литературы:

1. Ibáñez L, Oberfield SE, Witchel S, et al. An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence// *Horm Res Paediatr*, 2017.—88p.;
2. Rosenfield RL. Perspectives on the International Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence// *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2020. — 33 p.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КОВИД-19, У ЖЕНЩИНЫ С ОЖИРЕНИЕМ

Амирова Л.Д., Плюта А.С.

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Щеголихина Л.В.
Казанский государственный медицинский университет**

Актуальность. В марте 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила пандемию коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2). Мир столкнулся с ранее малоизученной глобальной пандемией и в течение последних трех лет данный вопрос остается одной из главных проблем для мирового сообщества врачей, в том числе – акушеров-гинекологов. Изучение особенностей течения беременности и родов у пациенток с новой коронавирусной инфекцией (НКВИ) является актуальным и вызывает повышенный научный и практический интерес. Доказано, что COVID-19 приводит к ряду осложнений беременности у женщин с отсутствием экстрагенитальной патологии. Наличие же факторов риска, сопутствующих хроническим заболеваниям или состояниям, например, метаболического синдрома, дополнительно усугубляет течение беременности и родов. В данной статье представлен