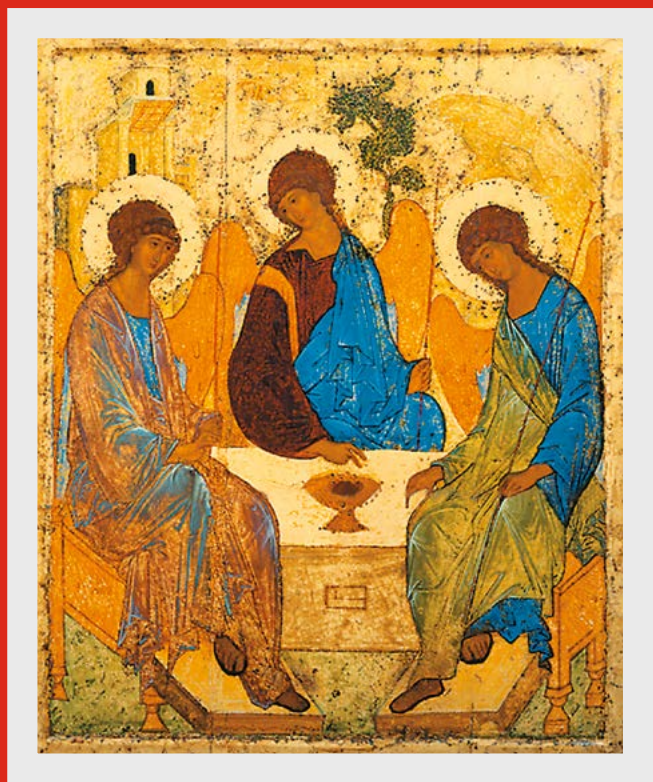




XXII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Москва, 6–10 апреля 2015 г.

и рациональное назначение гипотензивных препаратов позволяет таким женщинам полностью вынашивать беременность. Надлежащее ведение беременности и адекватное родоразрешение являются ключевыми моментами в лечении АГ у беременных.

САРКИСОВА А.А., ОРЛОВ Е.Н., МОХ А.В.
МЕДЗДРАВСЕРВИС, ИНХС РАН, РНИМУ, Москва, Россия

ЗНАЧЕНИЕ СТЕРОИДНЫХ ПРОФИЛЕЙ МОЧИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА

Цель: оптимизация диагностики и лечения гиперандрогении яичникового генеза.

Материалы и методы: в настоящее время встречаемость гиперандрогении носит характер «эпидемии». Традиционные методы диагностики, основанные на определении гормонов в крови, дороги и требуют определения большого количества гормонов. Определение стероидных гормонов, содержащихся в моче, собранной в течение суток, гораздо эффективнее и с меньшими затратами позволяет выявить причину гиперандрогении у женщин и предоставляет возможность подобрать патогенетически обоснованную терапию. Для исследования было отобрано 30 женщин репродуктивного возраста с ненарушенным менструальным циклом, наличием гирсутизма и акне. Контрольную группу составляли 20 женщин репродуктивного возраста без выраженных признаков гиперандрогении. Определение стероидов проводили в моче, собранной в течение суток, методом газовой хроматографии. Определение тестостерона в крови проводили методом электрохемилюминесцентного анализа на приборе Cobas e 411. Диагноз яичниковая гиперандрогения ставился, если в моче были повышены уровни экскреции андростерона и этиохоланолон, которые являются основными метаболитами андрогенов, при нормальном содержании дегидроэпиандростерона и 11-кето(гидрокси)-андростерона(этиохоланолон) эти стероиды синтезируются преимущественно надпочечниками.

Результаты: полученные результаты показали, что андростерон в 82% случаев превышал норму в группе с наличием гирсутизма и акне. Тестостерон в этой группе только в 8% случаях был превышен. В контрольной группе андростерон в 6% случаев оказался повышенным, а тестостерон оставался в пределах нормы во всех случаях. Яичниковая форма гиперандрогении была выявлена у 19 женщин, что составляло 63,3% в исследуемой группе. Всем пациентам с яичниковой гиперандрогенией назначали препарат ярина. Динамика эффективности лечения следующая: через 3 месяца достижение нормального уровня андрогенов отмечалось у 78% пациентов, через 6 месяцев – у 88%, после 9 месяцев – у 97%.

Выводы: определение стероидного профиля в моче является наиболее надежным методом выявления причины гиперандрогении. Лечение препаратом ярина при выявленной яичниковой гиперандрогении показывает высокую эффективность.

СВИТИЧ О.А., СЕМЕНОВА Е.А., РАСКАЗОВА Н.Д., БАХАРЕВА И.В., АЛИЕВА А.И., МАЛУШЕНКО С.В., КОЛЯДИНА О.Н., ГАНКОВСКАЯ Л.В.

ФГБНУ НИИ ВС им. И.И.Мечникова, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва; ДГМА, Махачкала, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ГЕНАХ IL-10, TNF-A, TLR9, TLR2 И DEFBI С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ И С ПАТОЛОГИЕЙ ПЛОДА

Цель: изучение распределения аллелей и генотипов полиморфных маркеров в генах IL-10 (1082 A/G); TNF-a (-308 G/A); TLR9 (A2848G); TLR2 (753 Arg/Gln) и DEFBI (G(-20)A) с невынашиванием беременности и с патологией плода.

Материалы и методы: в данной работе была исследована венозная и пуповинная кровь от женщин с патологией беременности (преждевременные роды, внутриутробная инфекция и др.) – 76 пациенток из Московской популяции и 126 пациенток из Дагестанской популяции. В группу сравнения входили 84 женщины из Московской популяции и 66 женщин из Дагестанской популяции. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи критерия Фишера и критерия χ^2 .

Результаты: аллель G полиморфного маркера (-308G/ATNF) и генотип AG полиморфного маркера (IL-10(-1082)) ассоциированы с развитием внутриутробной пневмонии у детей их носительниц в Дагестанской популяции. Частота генотипов маркера (TLR9 (A2848G)) в основной группе женщин Дагестанской популяции составила 0,07, а в группе сравнения – 0,5. В Московской популяции достоверных отличий в распределении аллелей и генотипов не выявлено. При изучении распределения аллелей и генотипов полиморфного маркера G(-20)A в гене DEFBI выявлено, что генотип GG ассоциирован с развитием инфекции при беременности как в Московской, так и в Дагестанской популяциях. В Московской популяции доминировал генотип GG (маркер TLR2 (753 Arg/Gln)) – 0,7 в основной группе, относительно показателя в группе сравнения.

Выводы: полученные данные свидетельствуют об ассоциации полиморфных маркеров генов цитокинов TNFA(-308G/A) и IL-10 (-1082 A/G) с развитием внутриутробной инфекции у детей в Дагестанской популяции, а также о наличии «маркеров инфекции» при беременности в генах DEFBI G(-20)A, TLR2 и TLR9.

ТАБИДЗЕ А.А.

Научный Центр «Психопедагогика» Минобрнауки РФ, Москва, Россия

ДОНАТАЛЬНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ КАК ПРЕДИКТ ЗДОРОВЬЯ ИХ БУДУЩЕГО РЕБЁНКА

Цель: из результатов психофизиологической диагностики родителей и их детей установить передачу психосоматических заболеваний по наследству.

Материалы и методы: обследовано 7 полных семей (отец, мать, ребёнок или дети) с помощью психофизиологического электропунктурного метода Накатани (модификация врача О.П.Кузьменко).

Результаты: на основании измерения значений микротоков с помощью приборного психофизиологического метода в определённых биологически активных точках (БАТ) строится диагностическая карта из 12 модулей, показывающих активность рефлексотерапевтических меридианов и отражающих в свою очередь вегетативное функциональное состояние всех систем организма: дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, гормональной, выделительной, мочеполовой, нервной. В обсуждении используется теория академика А.М.Вейна о сопряжённости вегетативно-эндокринных реакций организма человека с его эмоциональными качествами. Установлен вид алгоритма модулей для некоторых распространённых психосоматических заболеваний: бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка, диабета, ИБС, спастического колита и др. Установлено, что каждый родитель имеет свой собственный достаточно устойчивый набор алгоритмов электропунктурных модулей, что позволяет построить его психосоматический портрет. Из сравнения модульных портретов отца, матери и их ребёнка становится наглядно видно, чьи алгоритмы, а следовательно, психосоматические заболевания унаследовал их ребёнок. Представлены результаты электропунктурной психофизиологической диагностики 7 семей, которые подтверждают это наблюдение. Показано, что наряду с фармакотерапией негативные алгоритмы поддаются коррекции полностью или частично с помощью психотерапевтических методов.

Выводы: предлагаемая приборная психофизиологическая методика может быть использована в качестве донатальной диагностики репродуктивного здоровья родителей как предикта здоровья их будущего ребёнка. Также данная методика может быть использована как семейная диагностика в педиатрии с целью уточнения причин возникновения заболеваний больного ребёнка и выбора наиболее адекватного пути лечения всей семьи.

ШУШАКОВА Е.К., ОРЛОВ Е.Н., КОРСАЧЕВА Е.В.
ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, ИНХС РАН, МНПЦ ДК ДЗМ, Москва, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С НАЛИЧИЕМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ КОМПЛЕКСОМ ПРЕПАРАТОВ ДЕКСАМЕТАЗОН И ДЮФАСТОН

Цель: введение в схему лечения бесплодия женщин с наличием гиперандрогении комплекса препаратов: дексаметазон и дюфастон – и изучение эффективности лечения.

Материалы и методы: для исследования отобраны 12 женщин репродуктивного возраста (18-35 лет) с наличием гиперандрогении и бесплодием больше 1 года. Всем пациенткам назначали комплекс препаратов: дексаметазон по ¼ таблетки 0,0005 г и дюфастон 10 мг по 2 таблетки в сутки. Гиперандрогения диагностировалась по результатам определения стероидного профиля мочи.

Результаты: беременность у всех 12 пациенток наступила через 1-2 месяца. Две беременные женщины продолжали наблюдаться в других лечебных учреждениях,

где прием обоих препаратов им был отменен. В результате беременность прервалась на малых сроках. Остальные 10 беременных продолжали прием указанного комплекса на протяжении всей беременности и родили здоровых детей.

Выводы: применение дексаметазона и дюфастона значительно повышает вероятность наступления беременности у женщин с признаками гиперандрогении.

ЯКУШИНА Т.И.

МОНИКИ, Москва, Россия

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель: изучить особенности течения беременности на фоне терапии ПИТРС у пациенток с рассеянным склерозом (РС).

Материалы и методы: обследована 81 беременная женщина, страдающая РС, в возрасте от 20 до 43 лет. Длительность заболевания к моменту наступления беременности составляла от 0 до 15 лет. Длительная ремиссия до беременности (более 2 лет) отмечалась у 49 пациенток, 1 год – у 14, менее 1 года – у 16 человек; дебют заболевания пришелся на время беременности у 2 пациенток. Терапию ПИТРС до беременности получали 45 женщин, из них: копаксон – 26, интерферон бета – 15, цитостатики – 4. 36 женщин терапию ПИТРС не получали.

Результаты: выявлена тенденция к снижению количества обострений во время беременности с каждым последующими родами. При первых родах обострения встречались в 27,3% случаев, при вторых-третьих – в 13,3%, при четвертых – в 11,1%. У женщин старше 40 лет количество послеродовых обострений наблюдалось в 2 раза реже. У пациенток, не получавших терапию ПИТРС, или на фоне препаратов I линии каких-либо отклонений от нормального течения беременности не отмечалось. Все дети родились живыми. Двое детей умерло в перинатальном периоде вследствие родовой травмы. При отсутствии предшествующей терапии обострения встречались в 37,5% случаев, при лечении копаксоном – в 31,3%, интерфероном бета – в 27,2%. У 3 женщин из 4, получавших в анамнезе цитостатики, дети родились с низким весом. При отмене ПИТРС за 2 и более месяца до наступления беременности обострения возникали в 48,2% случаев, при отмене по факту возникновения беременности – в 33,3%, при поздней отмене – в 28,6% случаев.

Выводы: длительная предшествующая терапия иммуномодулирующими препаратами существенно снижает риск обострений во время беременности и в послеродовом периоде у женщин с РС. Риск возникновения обострений увеличивается при отсутствии предшествующей иммуномодулирующей терапии, при ранней отмене ПИТРС и уменьшается при последующих беременностях и при отмене ПИТРС по факту регистрации беременности. Риск развития осложнений и патологии новорожденных при предшествующей терапии иммуномодуляторами не превышает таковой в общей популяции.