

3. Довлетханова Э. Р. Современные направления терапии генитальных инфекций и бактериально-го вагиноза / Э. Р. Довлетханова // Эффективная фармакотерапия, акушерство и гинекология № 3. – 2015 – № 25 – С. 48–51.
4. Иванюта, С. О. Лечение кандидозных вульвовагинитов во время беременности / С. О. Иванюта, И. С. Колесниченко // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2015. – № 2 (38). – С. 145–150.
5. Карапетян, Т. Э. Эффективная терапия при кандидозном вагините / Т. Э. Карапетян, А. С. Анкирская, В. В. Муравьева // Медицинский совет. – 2014. № 7. – С. 58–61.
6. Роговская, С. И. Синдром вагинальных выделений: современные тенденции диагностики и лечения / С. И. Роговская, В. В. Шаргородская // Доктор. Ру. – 2011. – № 9. – С. 23–29.
7. Ткаченко, Л. В. Лечение острого рецидивирующего кандидозного вульвовагинита препаратом микосист / Л. В. Ткаченко, Н. Д. Углова, С. И. Жукова // Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин: традиции и инновации. – 2010. – С. 157–163.
8. Microbiota and Pelvic Inflammatory Disease / H. Sharma, [et al.] // Semin. Reprod. Med. – 2014. – Vol. 32 (1). – P. 43–49.
9. Nardis, C. Vaginal microbiota and viral sexually transmitted diseases / C. Nardis, L. Mosca, P. Mastromarino // Ann. Ig. – 2013. – Vol. 25 (5). – P. 443–456.

## **ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-ИЗОИММУНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

*Л. В. Ткаченко, Т. И. Костенко, Н. И. Свиридова, И. А. Гриценко,  
Т. В. Складановская, Н. Д. Углова*

**Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ**

Несмотря на существенные достижения в области перинатологии, многие вопросы ведения беременных с резус-иммунизацией, диагностики и лечения гемолитической болезни плода и новорожденного не могут считаться до конца решенными. Среди иммунологически обусловленных осложнений беременности ведущее место занимает гемолитическая болезнь плода и новорожденного, которая развивается в следствие несовместимости крови матери и плода по различным эритроцитарным антигенам. Показатели перинатальной смертности при гемолитической болезни плода остаются высокими и составляют 15–16 % [4]. Значимое снижение перинатальной заболеваемости и смертности от гемолитической болезни плода невозможно без организации мер по своевременной и всеобщей профилактике резус-изоиммунизации во время беременности и в раннем послеродовом периоде на популяционном уровне.

Иммунизация женщин с резус-отрицательной кровью может происходить после введения резус-положительной крови в организм женщины при беременности плодом с резус-

положительной кровью. Способствует резус-иммунизации нарушение целостности плацентарного барьера (преэклампсия, угроза прерывания беременности, экстрагенитальная патология) и проникновение в кровоток матери фетальных эритроцитов. Наиболее часто их трансплацентарная трансфузия наблюдается во время родов, особенно при оперативных вмешательствах. При первой беременности иммунизируется 10 % женщин. Если резус-отрицательная женщина избежала резус-иммунизации после первой беременности, то при последующей беременности резус-положительным плодом риск иммунизации также составляет 10 % [2, 4].

Антиген, попадая в кровь резус-отрицательного человека, приводит к его иммунизации, что проявляется выработкой антирезус-антител. Иммунные антитела, проникая с кровотоком беременной к плоду, вступают в реакцию с эритроцитами плода (реакция антиген-антитело) и происходит гемолиз эритроцитов с образованием непрямого токсичного билирубина, развивается гемолитическая болезнь плода (ГБП). Разрушение эритроцитов является одной из причин развивающейся

у плода анемии, а накопление непрямого билирубина приводит к развитию желтухи.

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности при ГБП остается актуальной проблемой перинатологии, решение которой невозможно без современных подходов к тактике ведения беременности и родов при резус-иммунизации, а также применения новейших методов диагностики и терапии гемолитической болезни плода. Особое значение имеет профилактика резус-сенсibilизации [2, 3].

Тактика ведения беременности при иммунологической несовместимости крови матери и плода направлена на выявление степени сенсibilизации, раннюю диагностику ГБП, должна включать лечение ГБН по показаниям, а также определение сроков и методов родоразрешения. Наличие в анамнезе женщины с резус-отрицательной кровью гемотрансфузий без учета резус-принадлежности, самопроизвольного прерывания беременности, антенатальной смерти плода или рождения ребенка с гемолитической болезнью новорожденных является прогностически неблагоприятным в отношении заболевания плода в данную беременность.

Диагноз резус-иммунизации ставится на основании обнаружения в сыворотке крови беременной «неполных» резус-антител. Об уровне иммунизации пациентки свидетельствуют титры антител. Титры в течение беременности могут нарастать или оставаться без изменения. Прогностически неблагоприятным в отношении развития тяжелых форм ГБН является раннее (до 20 недель) выявление высокого титра антител (1 : 16 и более) и его нарастание в течение беременности.

У пациенток с резус-отрицательной кровью необходимо с ранних сроков (8–12 недель) исследовать кровь на наличие резус-антител и определять их титр один раз в месяц на протяжении беременности.

Пациентки с отягощенным акушерским анамнезом и наличием титров 1 : 16 и выше должны быть направлены на консультацию в специализированные центры при сроке гестации 22–23 недели для решения вопроса о необходимости проведения инвазивных процедур. Остальных беременных с резус-

сенсibilизацией необходимо направлять в акушерско-гинекологические стационары III уровня или в перинатальные центры при сроке 32–33 недели для определения тактики ведения.

Диагностика резус-изоиммунизации у матери основывается на выявлении анти-Rh-антител в крови беременной женщины, а степень выраженности изоиммунизации оценивается по величине титра анти-Rh-антител. Однако выявление и определение значений титра антител не позволяют достоверно установить наличие и степень тяжести гемолитической болезни плода, особенно при гетерозиготном генотипе отца по резус-фактору. Современная пренатальная диагностика гемолитической болезни плода основана на неинвазивном определении максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСС СМА), величина которой начиная с конца II и на протяжении III триместра беременности имеет выраженную корреляцию с уровнями гематокрита и гемоглобина в крови плода, получаемой при кордоцентезе. Ведущее место в диагностике анемии у плода занимает высокоинформативный неинвазивный метод – доплерометрическое исследование максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии. Необходимо иметь в виду, что после 35 недели беременности диагностическая значимость данного неинвазивного теста несколько снижается, и комплексная оценка состояния плода должна включать дополнительно результаты УЗ-фетометрии и КТГ.

Увеличение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода для соответствующего срока беременности с высокой чувствительностью и специфичностью свидетельствует о развитии у плода гипердинамического типа кровообращения, а повышение значений этого показателя более 1,5 МоМ характерно для выраженной анемии. Использование показателя максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода позволило значительно снизить необходимость применения инвазивных внутриматочных диагностических вмешательств в целях получения крови плода.

При наличии ГБН необходимо досрочное родоразрешение, так как к концу беременности увеличивается поступление резус-антител к плоду. Безусловно, оптимальным является прерывание беременности при сроках, приближенных к доношенным, так как при раннем родоразрешении вследствие функциональной незрелости органов, гемолитическая болезнь протекает более тяжело, у детей часто развивается респираторный дистресс-синдром. Однако при наличии объективных данных, указывающих на тяжесть заболевания плода, родоразрешение следует осуществлять в более ранние сроки.

Способ родоразрешения беременных с резус-изоиммунизацией зависит от состояния плода, срока беременности, паритета и подготовленности родовых путей.

Решение проблемы резус-изоиммунизации заключается в правильном и своевременном проведении профилактических мероприятий: неспецифических и специфических.

Неспецифическая профилактика заключается в сохранении первой и последующих беременностей у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови. Предотвращение переливания пациенткам любых препаратов компонентов донорской крови без учета резус-принадлежности крови донора.

Специфическая антенатальная профилактика у пациенток с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии у них изоиммунизации – при постановке на учет по беременности показано повторное определение групповой и резус принадлежности крови женщины.

При выявлении/подтверждении резус-отрицательной принадлежности крови, показано проведение анализа по исключению/выявлению анти-Rh-антител, а также определение групповой и резус-принадлежности крови отца. В случае резус-отрицательной принадлежности крови отца, беременность ведется как неосложненная и профилактика резус-изоиммунизации при данной беременности не показана. При отсутствии резус-изоиммунизации матери и при резус-положительной или неизвестной принадлежности крови отца каждые 4 недели показано про-

ведение скрининговых исследований крови матери на наличие анти-Rh-антител вплоть до 28 недели беременности. В случае отсутствия резус-изоиммунизации у матери на этом сроке беременности показана антенатальная профилактика – внутримышечное введение одной дозы анти-Rh(D)-иммуноглобулина (1250–1500 МЕ – 250–300 мкг). Если профилактика не была проведена в 28 недель, она показана в ближайшее возможное время при любом сроке беременности при условии отсутствия анти-Rh-антител.

При отсутствии резус-изоиммунизации матери после проведения инвазивных диагностических и лечебных вмешательств во время беременности (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез, серкляж, редукция числа эмбрионов при многоплодии и др.), показана дополнительная антенатальная профилактика резус-изоиммунизации – введение анти-Rh(D)-иммуноглобулина в I триместре – 625 МЕ (125 мкг), во II и III триместрах – 1250–1500 МЕ (250–300 мкг). Обязательным является введение анти-Rh(D)-иммуноглобулина при неудачном завершении беременности: инструментальном прерывании беременности в конце I триместра; самопроизвольном и медицинском прерывании беременности во II триместре; антенатальной гибели плода. После антенатального профилактического введения анти-Rh(D)-иммуноглобулина в течение 12 недель возможно выявление следовых уровней титра анти-Rh-антител. Ввиду ложноположительных результатов, проведение скрининговых исследований нецелесообразно.

Специфическая постнатальная профилактика у пациенток с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии у них изоиммунизации, заключается в определении после родов групповой и резус-принадлежности крови новорожденного.

В случае резус-отрицательной принадлежности крови новорожденного проведение специфической профилактики резус-изоиммунизации не показано.

При резус-положительной принадлежности крови новорожденного показано проведение специфической профилактики резус-

изоиммунизации путем внутримышечного введения анти-Rh(D)-иммуноглобулина в дозе 1500 МЕ (300 мкг) оптимально непосредственно после получения результатов исследования крови ребенка, и желательнее не позже, чем через 72 часа после родов (предпочтительно в течение первых двух часов). Однако, если по каким-либо причинам профилактика была не проведена, возможно введение анти-Rh(D)-иммуноглобулина в период до 10 суток послеродового периода.

Для оценки эффективности проведенной профилактики резус-изоиммунизации через 6–12 месяцев после родов показано определение в крови женщины анти-Rh-антител и их титра. Отсутствие антител указывает на эффективность проведенной профилактики резус-изоиммунизации, вероятность развития которой при

комбинированном антенатальном и постнатальном введении анти-Rh(D)-иммуноглобулина снижается приблизительно в 100 раз.

Для специфической профилактики используют антирезусный иммуноглобулин человека Rho(D) – резонатив, что позволяет снизить до минимума риск возникновения резус-сенсбилизаций у беременных женщин, значительно уменьшить уровень летальности и инвалидизации от гемолитической болезни плода и новорожденного [1, 4].

Таким образом, применение представленного комплекса профилактических, лечебных и диагностических мероприятий способствует определению адекватной тактики ведения каждой конкретной беременной с резус-сенсбилизацией и снижению перинатальных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян, Э. К. Изоиммунизация при беременности / Э. К. Айламазян, Н. Г. Павлова. – СПб. : Изд-во Н-Л, 2012. – 164 с.
2. Акушерство : учеб. для медицинских вузов. 6-е изд. / Айламазян Э. К. [и др.] – СПб. : Спецлит, 2007. – 528 с.
3. Методическое письмо Минздравсоцразвития России №15-4//10/2-12699 от 16 декабря 2011 г. Гемолитическая болезнь плода у беременных с резус-сенсбилизацией. Диагностика, лечение, профилактика / М. А. Курцер, О. Б. Панина, Л. Г. Сичинава [и др.]. – 2011. – 13 с.
4. Резус-сенсбилизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации (протокол). – М., 2017.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МАСТАЛГИИ НА ФОНЕ МАСТОПАТИИ

*Л. В. Ткаченко, Н. И. Свиридова, Т. В. Складановская,  
Н. Д. Углова, Т. И. Костенко, И. А. Гриценко*

**Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ**

Проблема заболеваний молочной железы является одной из актуальных проблем в современном мире в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин репродуктивного возраста. Следует отметить, что заболевания молочной железы характеризуются различными вариантами течения от бессимптомных, до болезненных ощущений, вызывающих дискомфорт и жжение, а также

сложностью выбора методов лечения. Частота мастопатии в популяции российских женщин достигает 50–60 %. Нельзя недооценивать роль мастопатии в развитии рака молочной железы (РМЖ), хотя в целом она не рассматривается как предрак или стадия онкологического процесса в МЖ, однако многие ее формы существенно повышают риск развития РМЖ [2].