

**Выводы:**

Выявленная профессиональная заболеваемость медработников Свердловской области не отражает ее истинного уровня из-за невыявления заболеваний от воздействия биологических факторов, что требует пристального внимания.

В структуре профессиональных заболеваний медицинских работников Свердловской области аллергические заболевания занимают одно из лидирующих мест с тенденцией к росту.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Измеров Н. Ф. Анализ влияния профессиональных факторов на здоровье медиков. М.: Реальное время, 2005.— 40 с.
2. Косарев В. В. Профессиональные заболевания медицинских работников: монография / Косарев В. В., Бабанов С. А.— Самара, ООО «Офорт», 2009.— 231 с.
3. Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 года №537 «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года».

**Е. А. Росюк, Т. А. Обоскалова, М. Ю. Рямова**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН  
С БЕСПЛОДИЕМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПРИМЕНЕНИИ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Уральский государственный медицинский университет  
Кафедра акушерства и гинекологии  
г. Екатеринбург*

**Аннотация**

В данной статье представлено исследование сравнительной характеристики трех групп пациенток, страдающих бесплодием, нуждающихся в применении вспомогательных репродуктивных технологий, а именно: женщин с эндокринным фактором бесплодия, женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, женщин с сочетанным бесплодием. В выводах говорится о получении пациентками гормональной терапии (в зависимости от группы) и о наличии сниженного овариального резерва.

**Ключевые слова:** бесплодие, ЭКО, гормональная терапия, исследование, вспомогательные репродуктивные технологии.

В настоящее время бесплодие в браке является важной демографической проблемой. Наиболее эффективными способами преодоления бесплодия являются методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), среди которых ведущее место занимает экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) [1, 2]. Российские и зарубежные ученые ведут постоянную работу по поиску причин неудачных исходов программ ЭКО, осложнений, возникающих в результате лечения бесплодия

методом ЭКО, невынашивания беременности, наступившей естественным путем и вследствие вспомогательной репродукции [2, 3]. Чрезвычайно важным является оценка состояния здоровья женщин, планирующих проведение ВРТ, для предупреждения неудачной попытки ЭКО.

**Целью** нашего исследования явилось проведение сравнительной характеристики пациенток, страдающих бесплодием, нуждающихся в применении ВРТ.

Работа проводилась на базе поликлиники Городского перинатального центра г. Екатеринбурга (главный врач — к.м.н. С.В. Мартиросян). В соответствии с критериями включения были сформированы 3 группы пациенток (40 человек), из них: 1 группа — 11 женщин с эндокринным фактором бесплодия; 2 группа — 16 женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия; 3 группа — 13 женщин с сочетанным бесплодием. Все пациентки подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения: отсутствие беременности более 1 года регулярной половой жизни при отсутствии контрацепции, наличие показаний для применения ВРТ.

Всем пациенткам было проведено клинико-anamnestическое и лабораторно-инструментальное обследование в соответствии с приказом №572-н. Исследование гормонального фона проводилось утром натощак хемолюминисцентным методом на автоматическом анализаторе Advia Centaur, фирмы Siemens. На 3-5 день менструального цикла определялся уровень ТТГ, сТ4, эстрадиола, ФСГ, ЛГ, пролактина, тестостерона, ДГЭАс, 17-ОН прогестерона, андростендиона; на 20-24 день цикла определялся уровень прогестерона. Оценка содержания в венозной крови тестостерона, ДГЭАс проводилась методом ИФА (иммуноферментного анализа на 96-луночных планшетах). Для диагностики инфекционной патологии у женщин с бесплодием применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридационно-флуоресцентной детекцией продуктов амплификации по «конечной точке» для диагностики внутриклеточных патогенов. Всем пациенткам проводилось бактериологическое исследование отделяемого влагалища с определением чувствительности к антибиотикам. Лабораторные исследования проводились на базе МУ «Клинико-диагностический центр» г. Екатеринбурга.

Для оценки достоверности различия между небольшими группами наблюдений (выборками) использовали метод дисперсионного анализа. Значимость проверяли по критерию Фишера.

Средний возраст пациенток 1 группы составил  $35,9 \pm 3,5$  лет, во 2 группе —  $35,5 \pm 4,08$  лет, в 3 группе —  $36,3 \pm 4,9$  лет ( $p > 0,05$ ). Средняя продолжительность бесплодия

у пациенток 1 группы составила  $9,4 \pm 3,5$  лет, во 2 группе —  $7 \pm 4$  лет, в 3 группе —  $6,6 \pm 3,3$  лет ( $p > 0,05$ ). Достоверных различий в возрасте менархе, начала половой жизни, продолжительности менструального цикла в группах получено не было.

Во всех трех группах были пациентки, имеющие 2 и более попытки ЭКО в анамнезе (рис. 1).

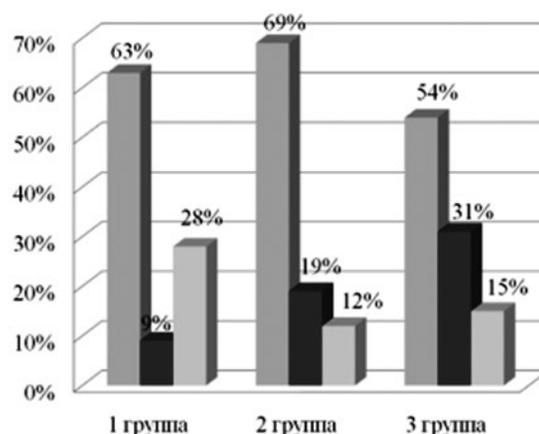


Рис. 1. Количество попыток ВРТ у женщин с бесплодием в анамнезе ( $p > 0,05$ )

При изучении биоценоза влагалища было выявлено, что нормальная флора встречается достоверно чаще в 1 и 2 группах, чем в 3 (72%, 75% и 46% соответственно ( $p_{1-3}, 2-3 < 0,05$ )). Промежуточное состояние было обнаружено чаще в 3 группе (38%), чем во 2 группе (25%), в 1 группе не определялось ( $p < 0,05$ ).

Синдром гиперпролактинемии достоверно чаще встречался у женщин 3 группы (сочетанное бесплодие) по сравнению с 1 и 2, что может быть связано с наличием психогенного фактора у пациенток этой группы ( $p < 0,05$ ). Самые низкие значения эстрадиола наблюдались у женщин 2 группы с трубно-перитонеальным бесплодием. Большинство из этих пациенток перенесли оперативное лечение с повреждением ткани яичника, что могло отразиться на уровне эстрадиола, продуцируемого в организме. Показатели гормонов крови у женщин с бесплодием в разных группах представлены в таблице 1.

Снижение овариального резерва, а также синдром поликистозных яичников наблюдалось в 2 группах обследуемых женщин: в 1 группе частота встречаемости составила 9% и 18% соответственно, в 3 группе — 8% и 8% ( $p < 0,05$ ). Это говорит о том, что гормональная

Таблица 1

**Сравнительная характеристика показателей уровня гормонов крови у женщин с бесплодием**

Показатель	1 группа (n=11)	2 группа (n=16)	3 группа (n=13)	Уровень значимости
	M±m	M±m	M±m	
ФСГ, (мМЕ/л)	8,8±3,6	7,9±2,3	9,9±10,6	p> 0,05
ЛГ, (мМЕ/л)	5,6±2,3	5,4±2,8	5,9±2,6	p> 0,05
Прогестерон, (нмоль/л)	15,4±18	15,9±23	33±24,7	p> 0,05
Пролактин, (мМЕ/л)	259±65	232±114	411±306	p <sub>1-3</sub> , p <sub>2-3</sub> < 0,05; p <sub>1-2</sub> > 0,05
Эстрадиол, (пмоль/л)	354±200	151±68	365±249	p <sub>1-2</sub> , p <sub>2-3</sub> < 0,01; p <sub>1-3</sub> > 0,05
Тестостерон общий, (нмоль/л)	0,8±0,7	1,4±0,7	1,6±0,9	p> 0,05
АМГ, (нг/мл)	4,3±2,9	2,3±2,1	1,7±1,3	p> 0,05
Ингибин В	58 ± 44	79±49	72±41	p> 0,05

недостаточность и дисфункция яичников могли стать причиной неудачной попытки ЭКО не только у женщин с изолированным эндокринным фактором, но и у пациенток с сочетанным бесплодием.

Миома матки была диагностирована в двух группах: в 1 группе частота встречаемости составила 9%, во 2 группе — 19%, в третьей группе отсутствовала (p<0,05). Наружный генитальный эндометриоз был определен во всех трех группах и составил: в 1 группе — 18%, во 2 группе — 37%, в 3 группе — 31% (p>0,05).

При обследовании женщин были выявлены следующие хронические воспалительные забо-

левания органов малого таза: хронический аднексит, хронический оофорит, хронический эндометрит, частота встречаемости ВЗОМТ в 1 группе составила 45%, во 2 группе — 56%, в 3 группе — 85% (p>0,05). Из патологий эндометрия существенное значение играет гиперплазия и полип эндометрия, которые были обнаружены в ходе проведения инструментальных методов диагностики: в 1 группе частота встречаемости составила 54 и 18% соответственно, во 2 группе — по 25%, в 3 группе — 38% и 8% соответственно (p>0,05).

Всем пациенткам проводилась гормональная терапия на этапе подготовки к ЭКО. Нами не было получено достоверных различий в частоте применения препаратов прогестерона (дидрогестерон использовался в 82% в 1 группе, в 75% и 69% во 2 и 3 группах соответственно). Зато достоверно чаще отмечено применение эстрогенсодержащих препаратов у пациенток с эндокринным бесплодием (64%), во 2 и 3 группах — 44% и 46% соответственно (p<0,05).

**Выводы:**

Во всех группах женщин с бесплодием имелись неудачные попытки ЭКО.

Снижение овариального резерва по данным исследования гормонального фона наблюдалось не только в группе женщин с эндокринным бесплодием, но и у женщин с сочетанным бесплодием.

Все пациентки с бесплодием нуждались в назначении гормональной терапии: препараты прогестерона применялись одинаково часто во всех трех группах, препараты с эстрогенами — достоверно чаще в группе женщин с эндокринным бесплодием.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Бицадзе, В.О. Вспомогательные репродуктивные технологии и ятрогенные тромботические осложнения/Бицадзе В. О., Акиншина С. В., Макацария А. Д. [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.— 2014.— № 1.— С. 49-59.
2. Назаренко, Т.А. Анализ взаимосвязи между клинико-anamnestическими, клинико-лабораторными данными, особенностями индукции овуляции и исходами ЭКО и ЭКО/ИКСИ/Назаренко Т.А., Мишиева Н.Г., Амирова А.А. [и др.] // Проблемы репродукции.— 2011.— № 1.— С. 73-77.
3. Aracic, N. Low molecular weight heparin treatment and impact of inherited thrombophilia type in pregnancies with previous adverse outcome/Aracic N., Roje D., Drmic Hofman I. et al. // J. Matern. Fetal Neonatal Med.— 2014.— 22 (1) — P. 5-9.

А. У. Сабитов, Ю. Б. Хаманова, О. А. Чеснакова, А. А. Шарова, Е. И. Краснова

## СМЕРТЬ МЛАДЕНЦЕВ НА ДОМУ (МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург

### Аннотация

Экспертиза младенческой смертности на дому представляет сложности для клиницистов и судебно-медицинских экспертов. В данной работе проводится анализ причин и факторов, приводящих к смерти младенцев на дому для последующего обоснования комплекса мероприятий, направленных на снижение показателя.

**Ключевые слова:** дети, смертность, смерть младенцев на дому, инфекции.

В указе Президента Российской Федерации от 7.05.12 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» поставлена задача снижения младенческой смертности (МС) — до 7,5 на 1000 родившихся живыми к 2018 году. В государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» (утв. постановлением Правительства от 15.04.2014 г. № 294) показатель МС выбран в качестве одного из целевых индикаторов, который к 2015 году должен быть не менее 8,0‰, а к 2020 году — не менее 6,4‰. В России в последние годы наблюдается устойчивая тенденция снижения смертности детей в возрасте до года, однако уровень ее пока остается более высоким, чем в большинстве развитых стран, при этом имеются определенные межрегиональные различия значений данного показателя [1]. За последние годы отмечено возрастание роли инфекционных заболеваний в структуре младенческой смертности [2]. Но особенно настораживают факты смерти младенцев на дому, экспертиза которых представляет сложности для клиницистов и судебно-медицинских экспертов [3].

**Цель исследования** — анализ причин и факторов, приводящих к смерти младенцев на дому для последующего обоснования комплекса мероприятий, направленных на снижение показателя.

Объектом изучения явились медицинская документация, карты экспертной оценки смерти ребенка, протоколы оперативного разбора случая смерти, акты судебно-медицин-

ской экспертизы. Медико-социальные характеристики детей, умерших на дому, изучены на выборке 68 человек (более 60% случаев смерти на дому за 2013 год). Информация использована с соблюдением конфиденциальности.

Удельный вес смертностей младенцев на дому за последнее пятилетие колебался от 21,3% (2012 г.) до 31,7% (2011 г.), а в 2013 году составил 23,5%; интенсивные показатели за этот период составили в среднем  $1,6 \pm 0,15$  на 1000 живорожденных (табл. 1). Случаи смерти на дому регистрировались более чем в 60% административных образований Свердловской области. Любой случай гибели ребенка вне лечебного учреждения требует специального тщательного расследования в целях выявления причин и сопутствующих факторов. По результатам проведенного анализа, было выявлено, что на дому дети в возрасте до года умирали в основном от управляемых причин (в 2013 году 81,3%), среди которых преобладают: внешние причины (37,5%), инфекционные болезни (25,0%), болезни органов дыхания (18,8%). В структуре инфекционных заболеваний в 2013 году наиболее высока доля вирусных не идентифицированных инфекций (41,4%), далее — герпетическая (20,7%), кишечные (3,4%) и цитомегаловирусная (3,4%) инфекции.

Углубленный анализ медико-социальных характеристик детей, умерших на дому в 2013 году показал, что 80,9% детей умерли в возрасте до 6 месяцев. Среди причин смерти (табл. 2) на первом месте стоят инфекционные