

**Кировская государственная медицинская академия
Департамент здравоохранения Кировской области
Кировский областной клинический перинатальный центр**

Актуальные вопросы акушерства и гинекологии

**Сборник научных трудов
(выпуск 6)**

Киров 2010

УДК 612.018+612.63+618.21.214+618.3+618.4+618.396:06

А43

Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сборник научных трудов.
Вып. 6. – Киров, 2010. – 140 с.

Научный редактор:

Проректор по научной работе, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, доктор медицинских наук, профессор Дворянский Сергей Афанасьевич

Редакторы:

Заместитель декана лечебного факультета ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава кандидат медицинских наук Иутинский Эдуард Михайлович

Главный врач ГЛПУ Кировский областной клинический перинатальный центр Семеновский Николай Владимирович

В сборнике представлены результаты научных исследований сотрудников кафедры акушерства и гинекологии Кировской государственной медицинской академии и Кировского областного клинического перинатального центра, а также коллег из Екатеринбурга, Ижевска, Красноярска, Перми и Уфы

ISBN

© ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, 2010

© ГЛПУ Кировский областной клинический перинатальный центр, 2010

Оглавление

<i>А.В. Воронцова, М.А. Звычайный, В.Н. Синькович, Г.Х. Ханафиев, А.Е. Мазур</i> СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ	5
<i>Н.А. Долгушина, В.Л. Созинова</i> НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИИ – ПАТОЛОГИИ МАЛЫХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ КОКПЦ ЗА 2005-2010 ГГ. 7	
<i>М.Я. Домрачева, Ю.Н. Глызина, О.В. Костарева, В.Н. Коновалов</i> ПРОФИЛАКТИКА ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ РОДОСТИМУЛЯЦИИ	12
<i>Л.В. Завьялова, В.В. Овчинников</i> КАНДИДОЗНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ (ОТ ЭТИОЛОГИИ К ПРОФИЛАКТИКЕ)	16
<i>Н.Н. Захарова, С.А. Дворянский</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ БЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ	25
<i>Э.М. Иутинский, С.А. Дворянский, С.Б. Петров</i> АЭРОТЕХНОГЕННЫЕ ЗАГРЯЗНИТЕЛИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ – ПРИЧИНА ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ Г. КИРОВА	29
<i>Д.Ю. Круглова, В.Б. Цхай</i> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДОЛ-3- КАРБИНОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ	32
<i>И.Ю. Круть</i> МАРШРУТИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	40
<i>Е.В. Кулавский, В.А. Кулавский</i> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	43
<i>Н.А. Липлавк, М.А.Звычайный</i> ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ И ЕГО КОРРЕКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН	53
<i>О.С. Лоханова, С.В. Хлыбова</i> ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ	57
<i>Д.А. Никулин, Н.В. Свинцова</i> ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ТРЕХ СЛУЧАЕВ ВОДЯНКИ ПЛОДА	61
<i>Д.А. Никулин</i> МЕТОД КЕНГУРУ В ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	72
<i>А.А. Олина, Т.И. Карпунина</i> КРИСТАЛЛОГРАФИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ И ВАГИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ	77
<i>А.А. Олина, Н.М. Пирожникова, О.Ю. Дугина</i> АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ	81
<i>А.А. Осокина, Л.Б. Садырина, И.А. Макарова</i> АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2004-2008 ГГ. И В 2009 Г.	85

<i>А.В. Падыганова, Е. Н. Чичерина</i> ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ	91
<i>Г.И. Перешеина</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН «ГРУППЫ РИСКА», НА БАЗЕ ГЛПУ «КИРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»	94
<i>Н.С. Печенкина, С.В. Хлыбова, Н.Ю. Матвеева</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛАКТАТА НАКАНУНЕ РОДОВ	947
<i>Р.Т. Полянская, Н.О. Кемеж</i> РОДОВСПОМОЖЕНИЕ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ ЖЕНЩИНАМ И ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В Г. КРАСНОЯРСКЕ	101
<i>Н.А. Попцова, О.А. Братухина</i> СЛУЧАЙ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	107
<i>Л.Б. Садырина, А.А. Осокина, И.А. Макарова</i> МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ: СТРУКТУРА, ПУТИ СНИЖЕНИЯ	113
<i>Н.В. Семеновский, Н.А. Хвостикова, Е.А. Суворова, Д.А. Никулин</i> НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ГЛПУ «КИРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»	118
<i>Ф.К. Тетелютина, В.В. Журавлева, Е.А. Пашукова, Н.А. Уракова, Т.В. Сушенцова, Ф.С. Хазиева</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	123
<i>Ф.К. Тетелютина, Э.Х. Мухаметзянова, Т.В. Сушенцова, И.С. Овчинникова, О.А. Красноперова</i> НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ	127
<i>Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова, Е.П. Кузнецова, Л.И. Пименова</i> ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ФПК И ПП ИГМА	131
<i>Е.Н. Чичерина, А.В. Падыганова</i> ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	134
<i>В.И. Шиндряев</i> РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ	137
<i>Н.В. Яговкина, С.А. Дворянский, О.А. Осацкая, Н.В. Семеновский, В.А. Колпакова</i> ПРОВЕДЕНИЕ СОВМЕСТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КИРОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И КИРОВСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ	140

**А.В. Воронцова, М.А. Звычайный,
В.Н. Синькович, Г.Х. Ханафиев, А.Е. Мазур**

*ГОУ ВПО Уральская государственная
медицинская академия Росздрава, г.Екатеринбург
Городской маммологический центр МУ ГКБ №40, г.Екатеринбург*

СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

На сегодняшний день использование внутриматочной контрацепции (ВМК) является одним из самых частых способов предохранения от нежелательной беременности (14,56% женщин репродуктивного возраста используют различные виды ВМК). Данное обстоятельство обусловлено в первую очередь удобством использования ВМК для женщины — однократная установка на 3-5 лет (хотя срок использования ВМК иногда по желанию женщины становится «неограниченным») и отсутствие необходимости ежедневно принимать «таблетки с большим количеством побочных эффектов». Но, к сожалению, введение ВМК имеет и отрицательные стороны — нарушение менструального цикла (мено- и метrorрагия), повышение частоты воспалительных заболеваний внутренних половых органов и т.д. [1].

В последние годы появился новый метод контрацепции — внутриматочные гормональные средства, которые объединяют в себе преимущества ВМК и ОК — левоноргестрелсодержащая внутриматочная релизинг-система Мирена (Лнг-ВМС). Она обладает одинаковой контрацептивной эффективностью во всех возрастных группах в отличие от обычных ВМК, при которых наибольшая частота наступления беременности отмечается в более молодом возрасте. Высокий контрацептивный эффект Лнг-ВМС (по данным многих исследований контрацептивная эффективность Лнг-ВМС (индекс Перля — 0–0,3) сравнима с хирургической стерилизацией). Контрацептивное действие Лнг-ВМС обусловлено с одной стороны — атрофическими изменениями, происходящие в эндометрии, препятствующими имплантации оплодотворенной яйцеклетки, а с другой — изменением физико-химических свойств цервикальной слизи (в первую очередь, повышение вязкости), что затрудняет продвижение сперматозоидов в матку. В связи с данными особенностями под воздействием Лнг-ВМС уменьшается количество и длительность менструального кровотечения и частота возникновения воспалительных

заболеваний половых органов. При нахождении в полости матки Лнг-ВМС Мирена происходит постоянное высвобождение небольшого количества левоноргестрела, при этом его максимальная концентрация наблюдается в эндо- и миометрии, а минимальная – в сыворотке крови, что не позволяет полностью блокировать овуляцию и оказывать существенное влияние на гормональный фон и обменные процессы в организме женщины [2-6].

Молочные железы (МЖ), являясь неотъемлемой частью репродуктивной системы женщины, очень быстро реагируют на любые отклонения в гормональном фоне и в состоянии других репродуктивных органов [1].

В связи с вышеизложенным, целью нашей работы явилось выяснение особенностей состояния МЖ у женщин, использующих различные варианты ВМК.

На базе Городского эндокринологического и онкомаммологического центров МУ ГКБ№40 под нашим наблюдением находилось 36 женщин репродуктивного возраста, использовавших ВМК: исходно все пациентки в течение 3-5 лет в качестве контрацепции использовали медь-содержащие ВМК, затем, после консультации гинеколога им было предложено сменить их ВМК на Лнг-ВМС Мирена; повторное обследование МЖ проводилось ежегодно на протяжении 3 лет и включало: осмотр и пальпацию МЖ и лимфатических узлов 1 и 2 порядка, УЗИ молочных желез на 7-15 день менструального цикла. Статистический анализ проводился с использованием критерия Стьюдента и коэффициента парной линейной корреляции.

Большинство женщин, использовавших ВМК предъявляли жалобы на масталгию (80,6%), нарушение менструального цикла в виде меноррагий (72,2%), альгодисменорею (72,2%); причем выраженность и длительность масталгии нарастала при увеличении длительности использования ВМК ($p < 0,01$). При маммологическом осмотре и УЗИ молочных желез были обнаружены следующие изменения: выраженная или умеренная ДФКМ (66,7%), множественные кисты молочных желез (19,4%).

Учитывая выявленные отклонения женщинам в зависимости от сопутствующей эндокринной и гинекологической патологии с целью коррекции болевого синдрома и патологии МЖ было проведено следующее лечение: или гель «Прожестожел» с 5 по 25 дмц на 3-6 месяцев, или мастодинон по общепринятой схеме на 3-6 месяцев, или индинол по 2 капсулы 2 раза в день на 3-6 месяцев, дополнительно – на область МЖ

использовался гель с нестероидным противовоспалительным веществом на протяжении 7-14 дней.

При обследовании МЖ через 3 года применения Лнг-ВМС Мирена на циклическую масталгию предъявляли жалобы лишь 3 женщины (8,3%). При маммологическом осмотре и УЗИ молочных желез оказалось, что у всех женщин с исходной выраженной ДФКМ состояние МЖ можно было охарактеризовать как слабая (27,7%) или умеренная (38,9%) ДФКМ, а среди женщин с множественными мелкими кистами МЖ только у 1 было отсутствие положительной динамики (у остальных женщин количество и диаметр кист достоверно уменьшились).

Таким образом, учитывая полученные данные, можно сделать заключение, что использование Лнг-ВМС Мирена не оказывает отрицательного влияние на состояние МЖ. Конечно же, для однозначного утверждения о терапевтическом эффекте применения Лнг-ВМС Мирена еще не достаточно количества данных, тем не менее, нами отмечено улучшение состояния МЖ на фоне Лнг-ВМС Мирена в отличии от развития болевого синдрома и мастопатии при использовании медьсодержащих ВМК.

Литература:

1. Руководство по контрацепции. Под ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2006: 400 с.
2. Тихомиров А.Л. В кн.: Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. (ред.). Применение внутриматочной гормональной релизинг-системы "Мирена" в гинекологической практике: методическое руководство для врачей акушеров-гинекологов. М., 2003.
3. Hurk P. Obstet Gynaecol 1999; 105 (1): 9–13.
4. Barrington YW. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104 (5): 614–6.
5. Andersson JK. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97 (9): 690–4.
6. Fong YF. Contraception 1999; 60 (7): 173–5.

Н.А. Долгушина, В.Л. Созинова
*ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров
ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия Росздрава, г. Киров*

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИИ – ПАТОЛОГИИ МАЛЫХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ КОКПЦ ЗА 2005-2010 ГГ

Отделение патологии малых сроков беременности создано на базе гинекологического отделения №2 КОКПЦ и существует с 1 января 2005 г. Коечный фонд составляет 30 коек, в отделении работает два врача (вместе с

заведующим). Основное направление работы отделения – коррекция отклонений в физиологическом течении I триместра беременности и лечение сопутствующей экстрагенитальной патологии, в том числе эндокринной. Отделение является единственным в Кировской области специализирующимся на оказании квалифицированной стационарной помощи беременным с невынашиванием беременности. Основной контингент больных отделения – это беременные высокой группы риска, в том числе беременность которых наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий.

При анализе работы отделения за 2005-2010 гг. установлено, что основным направлением работы отделения является сохраняющая терапия (см табл.1). Пациенты с угрозой прерывания беременности составили от 24.4 до 41,2% от общего числа госпитализированных. При этом следует отметить достоверное увеличение доли пациентов с невынашиванием беременности в 2009 году в сравнении с 2005, 2006, 2007 г.г. ($p < 0,05$). По нашему мнению это связано с увеличением числа беременных высокой степени риска, беременных после ЭКО в 2008-2009 гг. Количество беременных с самопроизвольным прерыванием беременности за истекший период не имеет четкой динамики к снижению (табл.1), однако при расчета процента прервавшихся беременностей к прогрессирующим видна тенденция к увеличению числа сохраненных беременностей (9,3%, 7,6%, 5,0%, 7,4%, 6,3% соответственно в 2005,2006,2007,2008,2009 г.). Возможно это связано с расширением арсенала медикаментозных средств, применяемых при угрозе невынашивания беременности (дюфастон, утрожестан), своевременной коррекцией эндокринной патологии эндокринологом.

Отчетлива видна тенденция к увеличению в структуре заболеваемости доли токсикозов I половины беременности (см табл.1). Хотя статистически значимого роста доли беременных с рвотой беременных к общему числу госпитализированных не получено (малое число наблюдений) количество таких пациентов увеличилось более чем в 2 раза. Что так же на наш взгляд связано с увеличением числа беременных высокой степени риска, беременных с экстрагенитальной патологией, заболеваниями эндокринной системы.

Значимых колебаний в частоте встречаемости пациентов с несостоявшимся выкидышем, самопроизвольным абортom, пиелонефритом, анемией, послеродовых осложнений не установлено. Однако заметна тенденция к снижению частоты таких сопутствующих заболеваний у

беременных как анемия и пиелонефрит, связанное, скорее всего, с хорошей профилактической работой женской консультации на этапе предгравидарной подготовки.

При оценке состава больных в отделении обращает на себя внимание резкое снижение частоты преждевременных родов, что косвенно отражает повышение эффективности пренатальной диагностики на раннем этапе.

Таблица 1 – Состав больных в отделении

Нозологические формы	2005		2006		2007		2008		2009	
	Абс.	%								
Угроза прерывания б-ти	298	24.4± 2.5	444	31.7± 2.2	459	31.4± 2.1	455	33.4± 2.2	455	41.2± 2.3
Пиелонефрит	22	1.8	8	0.6	7	0.5	3	0.2	1	0.09
Токсикоз I половины б-ти	17	1.4± 2.8	23	1.6± 2.6	24	1.6± 2.5	43	3.2± 2.6	37	3.4± 2.9
Анемия б-х	10	0.8	0	0	2	0.14	1	0.07	1	0.09
Аборты самопроизвольные	28	2.3	34	2.4	23	1.6	34	2.5	29	2.6
Несостоявшийся выкидыш	27	2.2± 2.8	38	2.7± 2.6	44	3.0± 2.5	48	3.5± 2.6	44	4.0± 2.9
Послеродовые осложнения	111	9.1	82	5.9	68	4.6	131	9.6	64	5.8
Преждевременные роды	40	3.3	1	0.07	2	0.14	0	0	5	0.5
Аборты искусственные и до 22 нед.	341	27.9	423	30.2	447	30.6	344	25.2	255	23.1
Осложнения после аборта	52	4.3± 2.8	39	2.8± 2.6	35	2.4± 2.5	14	1.0± 2.6	5	0.4± 2.8
Риск ХА плода	107	8.8± 2.7	248	17.7± 2.4	282	19.3± 2.3	256	18.8± 2.4	185	16.8± 2.7
Всего	1219		1401		1461		1363		1104	

При оценке работы отделения по проведению искусственного прерывания беременности достоверных различий в сравнительном анализе данных не получено, однако можно отметить положительную динамику снижения общего количества проведенных медицинских абортов в отделении (табл. 2). Хочется думать, что эта тенденция будет продолжаться и отражает повышение общекультурного уровня населения в том числе и в вопросах контрацепции, а так же успешную работу поликлинического звена ЛПУ по сексуальному просвещению населения. Осложнения после проведения абортов до 12 недель беременности составляют от 1,9 до 11,3%

в различные годы (табл. 2) ($p > 0,05$). В целом доля пациентов с искусственным прерыванием беременности до 12 нед. и до 22 недель беременности остается стабильной за отчетный период и составляет от 23,1 до 30,6% от общего числа госпитализированных в отделение (табл.1). Общее количество больных с осложнениями после аборта резко сократилась с 52 человек (4,3%) до 5 (0,4%), что является результатом повышения профессионального уровня медицинских кадров и позитивного влияния ранних мероприятий по реабилитации после аборта. В отделении практикуется промывание матки 1% р-ром диоксида сразу после выскабливания женщин группы риска по развитию воспалительных заболеваний органов малого таза, ранняя активизация пациентки, применение физических факторов в первые сутки после аборта (при возможности в первые 2 часа после выскабливания), назначение гормональной контрацепции с индивидуальным подбором препарата, рациональная антибиотикотерапия, санпросвет работа (табл. 1).

Таблица 2 – Аборты

Нозологические формы	2005		2006		2007		2008		2009	
	Абс. число	%								
Аборты всего до 12 нед	287		342		363		255		144	
Осложнений всего	30	10.4	38	8.8	7	1.9	12	4.7	17	11.8
Аборты всего >12 нед	54		81		84		80		102	
- соц показания	3		0		0		0		0	
- мед показания	51	94.4	81	100	84	100	80	100	102	100
ВПР	25	49	53	65.4	53	63.1	55	68.8	78	76.5
Хромосомные аномалии плода	7	13.7	16	19.8	12	14.3	14	17.5	11	10.8

Показаниями к прерыванию беременности в поздние сроки по медицинским показаниям являются: физиологическая незрелость, экстрагенитальные заболевания, возраст старше 40 лет, гестоз, антенатальная гибель плода, прогрессирующая беременность после медицинского аборта, психические заболевания, краснуха, сифилис, наркомания, хориоамнионит, синдром задержки развития плода, врожденные пороки развития и хромосомные аномалии плода. Различия частоты встречаемости между ними статистически недостоверны. Но следует

отметить, что основными показаниями для прерывания беременности являются ВПР – в 49% случаях в 2005 г. и в 76,5% в 2009г. Данный показатель показывает высокую выявляемость пороков развития плода специалистами кабинетов ультразвуковой диагностики. Хромосомные аномалии плода остаются в пределах 10,8-19,8% за отчетный период.

Таблица 3 – Оперативная работа

	2005	2006	2007	2008	2009
Малое кесарево сечение	7	3	5	8	8
Швы на ш/матки	1	1	6	11	14
Всего операций	15	11	15	28	27
Осложнения	0	0	0	1	0
Диагностические выскабливания	171	208	173	263	72
ГСГ и ПГ	18	78	91	102	132
Пренатальная диагностика	107	307	356	283	230
-кордоцентез	121	235	237	157	132
-плацентоцентез	74	72	119	126	98
- амниоцентез	31	64	69	70	88
Выявлено ХА у плода	13-12,1%	17-5,7%	12-3,4%	21-7,8%	16-7%
осложнения			1-0,3%	1-0,4%	2- 0,9%

Перечень навыков оперативной работы сотрудников отделения включает малое кесарево сечение, стерилизация, наложение шва на шейку матки при ИЦН, ушивание перфоративного отверстия (лапоротомия), наложение вторичных швов, диагностические выскабливания и выскабливания полости матки по поводу аборта, кордоцентез, плацентоцентез, биопсия хориона, амниоцентез, плодоразрушающие операции. Всего осложнений за исследуемый период: 1 – расхождение шва послеоперационной раны. Осложнения пренатальной диагностики (прерывание беременности) наблюдались в 2007-2009 г.г. и составили 0,3-0,9% (табл. 3), что не превышает данные мировой литературы (0,5-2%). Выявляемость хромосомных аномалий у плода колеблется от 3,4 до 12,1% (табл. 3), что так же соответствует данным литературы. Незначительное снижение количества выполненных инвазивных пренатальных процедур связано с оптимизацией показаний к этому исследованию и отсутствием работы в данном направлении в связи с закрытием КОКРЦ, отпускным периодом сотрудников, что ставит задачу обеспечения взаимозаменяемости сотрудников.

Следует отметить резкое увеличение количества накладываемых швов на шейку матки с целью коррекции истмико-цервикальной недостаточности

с 1 случая (2005, 2006 гг.) до 11-14 случаев (2008, 2009 гг.). Данный показатель может явиться как следствием увеличения количества женщин группы риска ИЦН (возрастные первородящие с травмирующими шейку матки процедурами в анамнезе, беременные с эндокринной патологией, беременность после ЭКО, многоплодие и др.), так и повышением профессионализма специалистов, выявляющих данную патологию.

В целом, анализируя работу отделения можно сказать, что ее основное направление – это консервативное и оперативное лечение невынашивания беременности у женщин высокой группы перинатального риска (в том числе беременность после ЭКО). Вторым направлением работы отделения является пренатальная инвазивная диагностика и прерывание беременности по медицинским показаниям. Учитывая динамику показателей за период 2005-2009 гг., можно признать работу отделения стабильно хорошей, нацеленной на положительный результат.

М.Я. Домрачева, Ю.Н. Глызина, О.В. Костарева, В.Н. Коновалов
ГОУ ВПО МЗСР Красноярский государственный
медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

ПРОФИЛАКТИКА ГИПОКСИИ ПЛОДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ РОДОСТИМУЛЯЦИИ

Нормальное внутриутробное развитие плода зависит от оптимального уровня обменных процессов в организме матери и от высокой избирательной диффузионной способности плацентарного барьера. Изменение этих условий ведет к нарушению метаболизма и к кислородному голоданию плода. В антенатальном периоде на развитии плода и уровне его метаболизма отражаются состояние беременных и отклонения от нормального течения беременности. В интранатальный период на плод оказывают влияние отклонения от нормального течения родового акта, сочетание этих осложнений с предшествующей патологией беременности, а также применение утеротонических лекарственных препаратов, вызывающих нарушение маточно-плацентарного кровотока.

Гипоксические состояния плода и новорожденных занимают одно из первых мест среди причин перинатальной заболеваемости и смертности. Они приводят к тяжелым последствиям со стороны ЦНС и других органов не только в постнатальном периоде, но и в дальнейшей жизни ребенка,

поэтому профилактика и лечение кислородной недостаточности у плода чрезвычайно важно для обеспечения здоровья будущего поколения.

Одним из последствий гипоксии плода является ишемизация нервной ткани, которая ведет к гибели нейронов, отвечающих за жизненно важные функции. Для профилактики подобных нарушений нами использовался препарат «Цитофлавин», который обладает антигипоксическим действием непосредственно в процессе родов.

«Цитофлавин» - первый комплексный нейро-метаболический препарат, разработанный на основе современных знаний и открытий в области молекулярной биологии клеточного дыхания и клинической медицины. Данный препарат представляет собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, рибоксин) и двух коферментов – витаминов – никотинамида (витамин PP) и рибофлавина мононуклеотида (витамин B₂).

Цитофлавин обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывая положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, уменьшая продукцию свободных радикалов и восстанавливая активность ферментов антиоксидантной защиты. В биофармацевтических исследованиях установлено, что цитофлавин улучшает окислительный метаболизм в условиях ишемии, препятствуя резкому снижению уровня АТФ, стимулирует активность аденилатциклазы, что позволяет осуществлять анаэробный метаболизм глюкозы без образования лактата. Препарат активизирует внутриклеточный синтез нуклеиновых кислот, сохраняя аппарат рибосом, ферментативные процессы цикла Кребса, способствует утилизации глюкозы, синтезу и внутриклеточному накоплению аденозинтрифосфата (АТФ) и других макроэргов; обладает антигипоксическими свойствами - улучшает оксигенацию крови, ограничивает зону ишемического повреждения и стимулирует репаративные процессы.

Янтарная кислота, входящая в состав цитофлавина, является центральным субстратом цикла Кребса и может непосредственно включаться в этот цикл, преодолевая клеточные и митохондриальные мембраны. Сукцинат обладает антиоксидантными и цитопротекторными свойствами. Превращение сукцината в организме связано с продукцией энергии, необходимой для обеспечения жизнедеятельности.

Антиоксидантное действие рибоксина реализуется целым рядом взаимосвязанных метаболических путей: активацией синтеза НАД в

митохондриях из никотинамида, где рибоксин выступает в качестве донора рибозы; стимуляцией анаэробного гликолиза с образованием лактата и НАД⁺; ингибированием фермента ксантаоксидазы и подавлением радикальных процессов.

Рибофлавин является профактором для основных коферментов дыхательной цепи: флавинмоноклеотида (ФМН) и флавинадениндинуклеотида (ФАД). У рибофлавина установлено прямое антигипоксическое действие, связанное с увеличением активности флавинредуктаз и восстановлением уровня АТФ, и антиоксидантные свойства, обусловленные восстановлением окисленного глутатиона.

Никотинамид – активная составляющая коферментов дегидрогеназ НАДН и НАДФН. Никотинамид активирует НАД – зависимые ферменты клеток, в том числе антиоксидантные системы убихиноновых оксиредуктаз, защищающих мембраны клеток от разрушения радикальными частицами. Никотинамид также является селективным ингибитором фермента поли-АДФ-рибозилсинтетазы, приводящего к дисфункции внутриклеточных белков и последующему апоптозу клеток.

Таким образом, все компоненты препарата цитофлавин являются индукторами основных метаболических путей в клетках, активаторами энергообразующих процессов, способствующих утилизации свободного кислорода, тем самым снижая уровень перекисных процессов.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния препарата «Цитофлавин» на плод во время родов при длительной родостимуляции окситоцином.

Нами были проведены роды у 28 женщин с родостимуляцией окситоцином на фоне первичной слабости родовой деятельности с последующей обработкой данных истории родов и историй развития новорожденных.

В первую группу было выделено 11 рожениц, которым параллельно с окситоцином в/венно капельно вводился Цитофлавин в дозе 10 мл в разведении на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Вторую группу составили 17 рожениц, которым проводилась родостимуляция по стандартной схеме.

По акушерско - гинекологическому анамнезу группы были сопоставимы:

- в первой группе 18% (2 женщины) - первородящие, 82% (9 жен.) - повторнородящие.

- во второй группе 70% (12 жен.) - первородящие, 30% (5 жен.) - повторнородящие.

Родостимуляция начиналась в первом периоде родов. При введении цитофлавина в родах у женщин с длительной медицинской стимуляцией отмечалось улучшение состояния плода, подтвержденное данными КТГ.

В первой группе – у 9 (82%) женщин роды протекали через естественные родовые пути, 2 (18%) женщины были родоразрешены путем операции кесарева сечения по поводу острой гипоксии плода. Во второй группе 11 (65%) женщин родили через естественные родовые пути и 6 (35%) женщин были родоразрешены путем операции кесарева сечения по поводу упорной слабости родовой деятельности и острой гипоксии плода.

В первой группе все дети были рождены в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов. Период новорожденности в этой группе у 9 детей протекал без особенностей, у 2 детей были выявлены осложнения - у одного (9%) новорожденного была неонатальная травма и ВПР (гипоспадия, головная форма), у второго (9 %) – церебральное возбуждение (перевод в МУЗ ГКБ № 1).

Во второй группе: у одного новорожденного (6%) выявлена морфофункциональная незрелость, но состояние при выписке было удовлетворительным, у одного (6%) – церебральная ишемия 2 степени, в последующем перевод в ГКБ № 1(2 отделение), у третьего (6%) – врожденная гипотрофия, у четвертого (6%) церебральное возбуждение, у 13 новорожденных – период новорожденности протекал удовлетворительно.

Таким образом, в первой группе дети после введения цитофлавина на фоне длительной родостимуляции после рождения имели лучшее состояние, не имели неврологических диагнозов, не были переведены в стационар. Острая гипоксия плода в группе женщин, получивших цитофлавин в родах, возникла всего в 2 случаях (18%), что потребовало экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения. В то же время во второй группе острая гипоксия плода в родах, потребовавшая экстренных мер родоразрешения, возникла у 6 рожениц (35%).

Таким образом, использование препарата «Цитофлавин» в родах на фоне длительной родостимуляции улучшает состояние плода, снижает риск гипоксии и число новорожденных с неврологической симптоматикой. Целесообразно использовать «Цитофлавин» у рожениц, находящихся на длительной медикаментозной родостимуляции для профилактики острой гипоксии и улучшения перинатальных показателей.

Литература:

1. Воскресенский С. Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Доплерометрия: Биофизический профиль: учебное пособие. Москва. – 2004г.
2. Лебедева А. А., Грязнова И. М., Савельева Г. М. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Москва. – 1974.
3. Федорова М.В. Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода. Москва. – 1982.

Л.В. Завьялова, В.В. Овчинников

*ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия Росздрава, г. Киров*

КАНДИДОЗНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ (ОТ ЭТИОЛОГИИ К ПРОФИЛАКТИКЕ)

Актуальность. Первые упоминания о кандидозном вульвовагините (КВВ) относятся к концу 18 века, когда наш соотечественник Амбодик-Максимович одним из первых в своем труде «Повивальное искусство и бабичье дело» описал симптомы данного заболевания. Однако и сейчас, спустя более 200 лет КВВ остаётся одним из наиболее часто встречающихся заболеваний нижнего этажа женских половых органов. Многие вопросы этиологии и патогенеза кандидозного вульвовагинита остаются спорными и до конца нерешенными, равно как и методы лечения, тактика ведения в зависимости от особенностей заболевания, вопросы профилактики [24, 26]. По данным литературы, частота КВВ за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30-45% среди всех инфекционно-воспалительных поражений вульвы и влагалища. Один эпизод кандидозного вульвовагинита наблюдается не менее чем у 75% женщин репродуктивного возраста, а рецидивирующими формами страдают 5% жительниц мира [1, 11, 16, 23, 25, 26, 37].

Этиология. Грибы принадлежат к эукариотным микроорганизмам растительного происхождения. Они обладают высоким уровнем клеточной организации, характеризуются морфологическим разнообразием, сложными жизненными циклами, половыми и бесполовыми циклами размножения [1, 2, 21]. На селективных средах (Сабуро) колонии гриба *C. albicans* вырастают в течение 3 дней. Они имеют округлую выпуклую форму с четкими границами, блестящую и гладкую поверхность [3]. В настоящее время известно более 150 видов грибов рода *Candida* - *albicans*, *krusei*, *glabrata*, *parapsilosis*, *tropicalis*, *kefur*, *famata*, *lusitaniae*, *guiltier-tnondii*. Однако в 84-95% случаев возбудителем кандидоза является вид *C. Albicans* [10, 11, 12, 18, 23, 30, 38, 39]. Среди других видов *Candida* клиническое значение имеют преимущественно *C.*

glabrata (5–10%), *C. tropicalis* (3–5%), *C. parapsilosis* (3–5%), *C. krusei* (1–3%). Это - условно-патогенные микроорганизмы, относящиеся к факультативным анаэробам [14, 33, 34]. Клетки гриба круглой или овальной формы, их размер варьирует от 1,5 до 10 мкм, имеют шестислойную клеточную стенку, цитоплазматическую мембрану, цитоплазму с розетками гликогена и большим количеством рибосом, несколько мелких и центральную вакуолей, крупное ядро, ядерную мембрану и митохондрии. Клеточная стенка активно участвует в клеточном метаболизме, а имеющиеся в ней полисахариды обладают антигенными свойствами. Расположенные в клеточной стенке протеины способствуют адгезии и инвазии дрожжевых грибов. Наличие плотной микрокапсулы защищает кандиды от воздействия на них многих неблагоприятных факторов внешней среды. Так, по мнению ряда авторов, именно эта морфологическая особенность является основной причиной неэффективности антимикотической терапии. Дрожжеподобные грибы, не имея истинного мицелия, образуют псевдомицелий, формирующийся за счет удлинения клеток гриба и расположения их в цепи. В местах соединения псевдомицелия грибы могут образовывать бластоспоры (группы почкующихся клеток), а внутри псевдомицелия формируются вздутия, из которых в дальнейшем формируются хламидоспоры. Они обитают как в окружающей среде, так и на поверхности кожных покровов и слизистых оболочках здорового человека. Наиболее благоприятная температура для их роста - 21-37°C. При температуре 40°C рост грибов задерживается, при 50°C и более происходит полное отмирание клеток. Кипячение в течение нескольких минут приводит к гибели грибов. Оптимальным для роста грибов является pH 6,0-6,5, в условиях очень кислых сред (pH 2,5-3,0) развитие их замедляется. Для *C. albicans* характерен тропизм к тканям, богатым гликогеном.

Патогенез. В развитии кандидоза различают следующие этапы: прикрепление (адгезия) грибов, которые взаимодействуя с рецепторами эпителиоцитов, колонизируют слизистые оболочки. При этом адгезивная способность кандид различна. На втором этапе происходит внедрение (инвазия) грибов в эпителий, подавление клеточных и тканевых защитных механизмов, появление тканевых реакций (развитие фибринозного воспаления или, так называемой, «молочницы»), проникновение в сосуды, гематогенная диссеминация с поражением различных органов и систем [28]. Основными факторами вирулентности *Candida albicans* являются ее патологические ферменты - эластазы, протеазы. Штаммы с высокой концентрацией аспартатпротеазы вызывают развитие острого ВВК, а штаммы с низким

уровнем этого фермента - кандидоносительство. Вероятнее всего, продукция протеазы облегчает проникновение кандид в клетки эпителия слизистых и оказывает влияние на развитие рецидивирующего вагинального кандидоза [17, 31]. Воспалительный процесс, обусловленный грибами, чаще возникает в поверхностных слоях влагалищного эпителия. Здесь грибы рода *Candida* вступают во взаимодействие с различными представителями микрофлоры. Бактерии в большинстве случаев за счет секреции антифунгальных веществ тормозят рост грибов, а также вследствие их конкуренции за рецепторы на эпителиоцитах влагалища. Огромную роль играют лактобациллы, которые вырабатывают вещества, тормозящие рост грибов и их прикрепление к эпителиоцитам влагалища. Также препятствующими факторами внедрению грибов в слизистые оболочки являются нейтрофилы, макрофаги, процесс постоянной десквамация эпителия. Это, так называемый, физиологический баланс между микроорганизмами и дрожжевыми клетками, который, в том числе, препятствует развитию заболевания. В случае нарушения баланса происходит обострение ВК.

Классификация, клиника. В зависимости от состояния вагинального микроценоза выделяют 3 формы микотической инфекции:

1. Бессимптомное кандидоносительство, при котором отсутствуют клинические проявления заболевания; кандиды высеваются в низком титре ($<10^4$ КОЕ/мл), а в составе микробных ассоциантов доминируют лактобациллы в большом количестве.

2. Истинный кандидоз, при котором дрожжеподобные грибы являются моновозбудителем, вызывая клиническую картину кандидоза. В вагинальном микроценозе преобладают грибы *Candida* ($>10^4$ КОЕ/мл) совместно с лактобациллами в высоком титре при отсутствии в мазке других условно-патогенных микроорганизмов.

3. Сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза, что является часто встречающимся сочетанием во время беременности. Грибы в высоком титре обнаруживают на фоне массивного количества ($>10^9$ КОЕ/мл) облигатно-анаэробных бактерий и гарднерелл при отсутствии или снижении в вагинальном содержимом титра лактобацилл.

В настоящее время различают следующие клинические формы:

1. Кандидоносительство.
2. Острый вагинальный кандидоз.
3. Хронический рецидивирующий вагинальный кандидоз.

В зарубежной литературе также используют термины «осложненный» и «вторичный» КВВ. К первому относятся хронические формы и формы с нетипичной этиологией, при которых клинические симптомы заболевания проявляются на фоне имеющихся предрасполагающих факторов. К вторичному КВВ относят случаи возникновения инфекции на фоне существующего неинфекционного поражения половых органов [16, 18, 28].

При кандидоносительстве отсутствуют клинические симптомы заболевания, дрожжеподобные грибы определяется в количестве $<10^4$ КОЕ/мл. Кандидоносительство встречается у 20 % здоровых женщин. Переходу его в заболевание способствует наличие у пациенток как неспецифических, так и специфических нарушений иммунной системы.

Острый КВВ характеризуется обильными творожистыми или сметанообразными выделениями. Слизистая влагалища гиперемирована, отечна, можно визуализировать на ней везикулярные высыпания. При культуральном исследовании грибы обнаруживаются в титре $>10^4$ КОЕ/мл на фоне большого количества лактобацилл ($>10^{6-7}$ КОЕ/мл).

В отличие от неосложненного, острый осложненный вагинальный кандидоз возникает на фоне провоцирующих факторов (сахарный диабет, длительная антибактериальная терапия, высокодозированные оральные контрацептивы и др.). При культуральном исследовании грибы определяются также в большом количестве.

Хронический рецидивирующий КВВ характеризуется длительностью заболевания более 2 месяцев, когда в течение года регистрируется более четырех клинически выраженных эпизода. К предрасполагающим факторам развития данной формы заболевания относятся: сахарный диабет, кандидозная инфекция у полового партнера, длительное применение антибиотиков, лечение стероидными препаратами, эндогенное аутоинфицирование из кишечника и/или полости рта, изменение клеточного иммунитета и другие [17, 18, 25].

Выделения из половых путей скудные сливкообразные, иногда с включением творожистых пленок и комочков. Слизистые оболочки влагалища отечные, с незначительной застойной гиперемией, небольшим количеством беловато-прозрачных пленок, располагающихся в виде вкраплений и островков. При культуральном исследовании грибы обнаруживаются в высоком титре ($>10^4$ КОЕ/мл). При хроническом рецидивирующем вагинальном кандидозе происходит проникновение грибов в многослойный плоский эпителий с образованием фагосом, в которых кандиды остаются и размножаются. |

В настоящее время выделяют ряд особенностей в течение хронического КВВ: тенденция к увеличению не-albicans вульвовагинитов; межвидовых ассоциаций возбудителя: *C. albicans*+*C. glabrata*; *C. albicans*+*C. krusei* и др.; возрастание числа системных форм; развитие лекарственной устойчивости; рецидивирующее течение; сочетание с инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем (22, 28, 37).

Урогенитальный кандидоз не рассматривается как заболевание, передаваемое половым путем.

Код по МКБ-10:

1. В 37 Кандидоз
2. В 37.3 Кандидоз наружных половых органов и влагалища
3. В 37.4 Кандидоз других урогенитальных локализаций.

Диагностика ВВК должна быть комплексной с учетом анамнеза, клинических симптомов и микробиологических методов исследования [12, 18, 28, 29, 40]. Чтобы заподозрить кандидозную инфекцию, необходимо сочетание трёх из названных симптомов: зуд, творожистые выделения, местные признаки воспаления, присутствие в мазках спор или мицелия.

Диагностическая ценность микробиологических методов составляет 95%. Высокая информативность исследований достигается сочетанием микроскопических методов с культуральными. В зависимости от характера и локализации кандидоза для лабораторных анализов берут вагинальное содержимое, фекалии, мочу, соскобы с кожи [15].

Микроскопическое исследование проводят в нативных и окрашенных по Грамму препаратах. Обнаружение мицелия или псевдомицелия является общепризнанным диагностическим критерием кандидоза. При этом также можно определить общее количество микроорганизмов и соотношение различных морфотипов бактерий в исследуемом материале. При использовании 10% раствора гидроксида калия при микроскопии влажного препарата улучшается выявление дрожжеподобных грибов.

Культуральный метод позволяет определить количество, род и вид грибов, их чувствительность к антифунгальным препаратам. Рост на среде учитывают через сутки выдержки в термостате 37⁰С или через 72 часа при комнатной температуре.

В качестве скринингового метода в последние годы применяют реакцию агглютинации латекса. Преимущество данного метода заключается в его чувствительности (81%), специфичности (98,5%), скорости, однако результаты исследования не позволяют судить о сопутствующей флоре.

Кольпоскопия, молекулярно-биологические методы (ПЦР), определение титра антител в сыворотке крови не являются специфическими методами диагностики кандидозного вульвовагинита (26).

Лечение. Терапия ВВК зависит от клинических форм заболевания, наличия микс-инфекции, сопутствующих заболеваний, состояния макроорганизма. Однако основной целью лечения является эрадикация возбудителя (8, 9, 10, 13, 35, 36).

В настоящее время арсенал антимикотических препаратов очень широк:

- триазолового ряда (флуконазол, итраконазол);
- полиенового ряда (натамицин, нистатин, леворин, амфотерицин В);
- имидазолового ряда (клотримазол, кетоконазол, омоконазол, миконазол, бифоназол, гинезол и др.);
- прочие препараты (гризеофульвин, флуцитозин, нитрофунгин, декамин, препараты йода и др.).

Из перечисленных лекарственных средств наиболее часто используются препараты триазолового ряда. Флуконазол высокоактивен в отношении 97-98% штаммов *Candida albicans*. Необходимо учитывать, что *Candida krusei*, отдельные штаммы *glabrata* к нему резистентны, а также возможно и *Saccharomyces cerevisiae*.

Флуконазол хорошо всасывается, после перорального приема 150 мг препарата максимальная концентрация его в плазме достигает через 2 часа, а через 8 часов – во влагалищном содержимом. Период полувыведения – 30 часов, что позволяет использовать однократное назначение этого лекарственного средства при КВВ. Препараты данной группы проникают в ткани, в том числе и репродуктивной системы, в достаточном количестве для лечения не только системных грибковых поражений, но также и кандидозного вульвовагинита [23, 25, 26, 34].

Пути введения противогрибковых средств:

- 1) системный (пероральный, внутривенный и др.).
- 2) местный (вагинальные суппозитории, таблетки и глобули, кремы, растворы) [5, 6, 7, 15, 23].

При кандидоносительстве лекарственную терапию не проводят. Целесообразность применения противогрибковых средств возникает лишь перед проведением медицинского аборта или других внутриматочных вмешательств, во время беременности с целью предотвращения перехода

кандидоносительства в клинически выраженную форму заболевания и развития осложнений, ассоциированных с кандидозным вульвовагинитом.

Для лечения острых процессов предпочтение отдается препаратам местного действия. При хронических формах кандидозного вульвовагинита целесообразна комбинация противогрибковых средств системного и местного действия.

Хронический КВВ – это маркер иммунологического неблагополучия, вследствие чего наряду с антимикотической терапией необходимо назначение препаратов, стимулирующих неспецифическую активность организма (адаптогены, протеолитические ферменты) [15].

Одной из важных проблем, стоящих перед акушерами-гинекологами при лечении хронического рецидивирующего КВВ, является антимикотическая резистентность. В большинстве случаев, тому виной служит фунгастатический эффект противогрибковых препаратов. С другой стороны, Сергеев А.Ю. и соавт. (2001) считают, что одной из причин возникновения устойчивости к проводимой терапии является истинная (не микробиологическая) резистентность. Такой хронический рецидивирующий КВВ развивается на фоне дефектов иммунной системы. В основе второго типа нечувствительности лежит ложная резистентность. Это происходит тогда, когда не учитывается этиология, а лечение проводится лишь по стандартным схемам *C. Albicans* [24, 25, 27].

Большинство авторов в настоящее время придерживается мнения, что нет необходимости лечения бессимптомного кандидоза у полового партнера. Однако при наличии у мужчины баланита, болезненности до и после полового сношения рекомендуется применение дифлюкана в дозе 150 мг однократно в сочетании с местными антигрибковыми препаратами, которые наносятся на поверхность слизистых оболочек и кожи 2-3 раза в сутки.

Профилактика и контроль терапии. Специфическая профилактика не разработана.

Основой вторичной профилактики является:

1. Раннее выявление факторов риска развития КВВ.
2. Применение наиболее эффективных и современных средств противогрибковой терапии.
3. Своевременная коррекция микроценоза влагалища и кишечника.
4. Отказ от нерациональной гормональной, цитостатической и антибактериальной терапии.

5. Своевременное выявление и лечение сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

6. Предупреждение инфицирования грибами рода *Candida* новорожденных [4, 19, 20, 32].

Критерий эффективности лечения неосложнённого (острого) ВВК: исчезновение симптомов заболевания в сочетании с отрицательными результатами микробиологического исследования через 7-14 дней после окончания терапии, а также достижение нормобиоценоза влагалища через 4-6 недель.

При осложнённом течении: клинико-микробиологический контроль в течение 3 менструальных циклов.

Таким образом, только своевременный и комплексный подход к данной проблеме позволит повысить эффективность выявления и лечения кандидозного вульвовагинита. Терапия КВВ должна проводиться с учетом факторов риска, сопутствующих заболеваний. Использование современных антимикотических препаратов повысит эффективность терапии вагинального кандидоза и предотвратит развитие рецидивов заболевания, что в свою очередь приведет к улучшению качества жизни больных.

Литература:

1. Анкирская А.С., Муравьева В.В., Фурсова С.А., Миронова Т.Г. Некоторые аспекты лечения урогенитального кандидоза // Вест. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. - 2000; 1: 106–10.
2. Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. Современные представления о вагинальном кандидозе. // Рус. мед. журнал.- 2007; 15(11): 934-8.
3. Буданов П.В. Современные подходы к лечению и профилактике генитального кандидоза // Гинекология. – 2007. – Т. 9. - № 2. – С. 54-58.
4. Герасимова Н.М., Кениксфест Ю.В., Кохан М.М. и др. Тактика врача при урогенитальном кандидозе у беременных и кандидозе кожи и слизистых у новорожденных детей (терапевтические и профилактические аспекты) // Вестн. дерматол. и венерологии. - 2005; (3): 68-73.
5. Зайдиева З.С., Магаыетхапова Д.М. Системная терапия урогенитального кандидоза // Рус.мед. журнал. - 2005; 13(1):19-21.
6. Карапетян Т.Э., Тютюнник В.Л. Современные аспекты лечения кандидозного вульвовагинита // Русский медицинский журнал.– 2004.– Т. 12, № 13 (213).– С.752–754.
7. Кисина В.И. Комбинированная терапия урогенитальных инфекций в амбулаторной практике // *Consilium medicum*. - 2005; 7(1): 10-4.
8. Краснопольский В.И., Серова О.Ф. Клиническая эффективность орунгала при хроническом вагинальном кандидозе // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2003; 1: 30–32.

9. Кузьмин В.Н. Новые подходы к лечению кандидозного вульвовагинита // Гинекология. - 2008; 10(1):14-8.
10. Кузьмин В.Н. Современные подходы к лечению вульвовагинита кандидозной и смешанной этиологии у женщин во время беременности // Гинекология. – 2008; 10 (4): 13-6.
11. Липова ЕВ. Урогенитальный кандидоз женщин: проблемы и пути решения // Гинекология. - 2008; 10(5): 35-8.
12. Мазуркевич МВ, Фирсова ТА. Практические аспекты лечения вульвовагинального кандидоза // Гинекология.- 2008; 10(5): 41-4.
13. Минкина Г.Н. Лечение острого кандидозного вульвовагинита // Гинекология. - 2001; 3 (6): 208–9.
14. Николаева Л.П. Кандидозная инфекция// Научно-практическая конференция «Охрана репродуктивного здоровья женщин». -Чебоксары, 2004; С.221-30.
15. Падруль М.М., Карпунина Т.И., Олина А.А. Микробиоценоз влагалища и его нарушения. Этиология, клиника, диагностика и лечение. – Пермь: ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России», 2004. – 173 с.
16. Пестрикова Т.Ю., Безрукова И.И, Юрасова Е.А. Рецидивирующий вагинальный кандидоз // Акуш. и гинекология. - 2005; (3):41-2.
17. Подзолкова Н.М., Никитина Т.И., Вакатова И. А. Новый противогрибковый препарат "Залаин" для лечения острого вульвовагинального кандидоза // Consilium medicum. - 2006; 8(6): 73-6.
18. Прилепская В.Н. Клиника, диагностика и лечение вульвовагинального кандидоза (клиническая лекция) // Гинекология. - 2001. – Т. 3. - №6. - С. 201-205.
19. Рациональная антимикробная фармакотерапия // Руководство для практикующих врачей / Под ред. ВП. Яковлева, СВ. Яковлева. М.: Литтерра. - 2003; 555-7.
20. Романовская Т.А. Современная практика и вопросы стандартизации терапии кандидозного вульвовагинита // Гинекология. - 2004; (1): 14–7.
21. Сергеев А.Ю., Маликов В.Е., Жарикова Н.Е. Этиология вагинального кандидоза и проблема устойчивости к антимикотикам // Венерология. – 2001. - №2. - С. 25-28.
22. Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: особенности течения и принципы лечения. // Фарматека.–2005.– № 15 (110).– С.38–43.
23. Терехова Ю.Б, Миронов А.Ю. Специфика течения вульвовагинального кандидоза в весенне-летний период: возможности терапии // Гинекология. – 2009. – Т.11. - №2. - С.10-11.
24. Тихомиров А.Л. Варианты терапии острого и хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита // Гинекология. – 2005. – Т.7. - №3. – С. 166-169.
25. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Современная лечебная тактика кандидозного вульвовагинита // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2007. - №2. - С 24-29.
26. Тихомиров А.Л., Юдаев В.Н., Лубин Д.М. Современный алгоритм терапии воспалительных заболеваний половой системы // Русский медицинский журнал. – 2003. - Т.11. - С.1-6.
27. Ткаченко Л.В., Углова Н.Д., Жукова С.И. Эффективные схемы лечения острого и рецидивирующего кандидозного вульвовагинита // РМЖ. - 2003; 11 (6): 22–4.

28. Тютюнник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: современные представления и основные принципы лечения // Медицинский вестник.–2005.– № 23 (330).– С.14–15.
29. Chatwani A.J., Mehta R., Hassan S. et al. Rapid testing for vaginal yeast detection: a prospective study. // Am. J. Obstet. Gynecol.–2007.– Vol.196, № 4.– P.309–314.
30. Fidel P. History and update on host defense against vaginal candidiasis. // Am. J. Reprod. Immunol.–2007.– Vol.57, №1.– P.2–12.
31. Fidel PL, Barrouse M, Espinosa Tet al An inlrvaginal live Candida challenge humans leads to new hypotheses for mtmunopathogenesis of vulvovaginal candidiasis. Infect Immun 2004; 72(5): 2939-2944.
32. Falagas M.E., Betsi G.I., Athanasiou S. Probiotics for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis: a review. // J. Antimicrob. Chemother.–2006.– Vol.58, № 2.– P.266–272.
33. Mardh PA The vaginal ecosystem Am J. Obstet. Gyn. 2001; 165 (4) Pt2:1163-8.
34. Marr KA, Seidel K, Slavn MA et al. Prolonged fluconazole prophylaxis is associated with persistent protection against candidiasis-related death in allogeneic marrow transplant recipients: long-term follow-up of randomized, placebo-controlled trial Blood. 2000; 96: 2055-61.
35. Munoz P, Buriuo A, Bonza E. Criteria used when initiating antifungal therapy against Candida spp. in the intensive care unit. Int J Antimicrob Agents 2002; 15:83-90.
36. Paul L., Fidel J. History and Update on Host Defense Against Vaginal Candidiasis. //Am. J. of Reproductive Immunology. – 2007. – Vol.57, № 1.– P.1–10.
37. Paulitsch A., Weger W., Ginter–Hanselmayer G. et al. A 5–year (2000–2004) epidemiological survey of Candida and non–Candida yeast species causing vulvovaginal candidiasis in Graz, Austria. // Mycoses.–2006.– Vol.49, № 6.– P.471–475.
38. Shi W.M., Mei X.Y., Gao F. et al. Analysis of genital Candida albicans infection by rapid microsatellite markers genotyping. // Chin. Med. J.–2007.– Vol.120, № 11.– P.975–80.
39. Us E., Cengiz S.A. Prevalence and phenotypic evaluation of Candida dubliniensis in pregnant women with vulvovaginal candidosis in a university hospital in Ankara. // Mycoses.–2007.– Vol.50, № 1.– P.13–20.
40. Watson C., Calabretto H.. Comprehensive review of conventional and non–conventional methods of management of recurrent vulvovaginal candidiasis. // The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.–2007.– Vol.47, № 4.– P. 262–272.

Н.Н. Захарова, С.А. Дворянский
 ГОУ ВПО Кировская государственная
 медицинская академия Росздрава, г. Киров

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ БЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – это гетерогенное заболевание, характеризующееся нарушением менструального цикла, хронической ановуляцией и бесплодием, а также гиперандрогенией, увеличением размеров и кистозным изменением яичников [4, 6]. Это –

социально-значимая эндокринная патология, которая снижает качество жизни этих женщин [8]. Актуальность проблемы СПКЯ определяется большой распространенностью этой патологии [9]. Частота синдрома в популяции составляет 11-15% [5], в структуре ановуляторного бесплодия – 70-75% [1].

В 2003 году экспертами на специальном Международном симпозиуме в Роттердаме [10] было принято решение о том, что диагноз СПКЯ можно поставить при наличии двух критериев из трех. Но необходимо исключить схожие с СПКЯ заболевания, для этого у пациенток определяют в крови гормоны: 17-гидроксипрогестерон, тиреотропный гормон, пролактин, кортизол, которые должны быть в норме.

Критерии СПКЯ:

1) Менструальная дисфункция с ановуляцией. Нарушение менструальной функции может быть в виде олигоменореи или первичной / вторичной аменореи, которые могут чередоваться с метроррагией [2].

2) Клинические и/или биохимические признаки гиперандрогении [7]:

- уровень тестостерона нормальный или слегка повышен;
- уровень СССГ на нижней границе нормы или снижен;
- повышен показатель индекса свободного тестостерона;
- проявления андрогензависимой дерматии: гирсутизм, акне, себорея, алопеция и другие симптомы гиперандрогении.

3) Наличие поликистозных яичников по данным УЗ - исследования [3]:

- обнаружение 8-12 фолликулов и более, имеющих диаметр 2-10 мм;
- увеличение овариального объема > 9-10 см³;
- обнаружение увеличенной овариальной стромы, занимающей более 25% объёма яичников.

Цель исследования: изучить клинические, лабораторные, инструментальные характеристики у пациенток с синдромом поликистозных яичников без метаболических нарушений. Оценить менструальную и репродуктивную функции у женщин с СПКЯ.

Методы исследования: был проведен проспективный анализ группы пациенток (n=42) с СПКЯ без метаболических нарушений.

В исследование были включены молодые женщины, возраст которых составил 25,3±2,8 лет. Брак был зарегистрирован у 71,4% (n=30), в гражданском браке состояли 21,4% (n=9), одинокими были 7,1% (n=3) женщин. Наличие высшего образования отмечали 52,4% (n=22), неполное высшее – 16,7% (n=7), среднее специальное – 30,9% (n=13) женщин, из них работали 83,3% (n=35), работали и учились одновременно – 7,1% (n=3),

только учились – 9,5% (n=4). Все пациентки являлись жителями города Кирова. Экстрагенитальная патология была зарегистрирована у 100% (n=42) пациенток, в том числе: простудные заболевания в 100% (n=42), хронические заболевания ротоглотки в 45,2% (n=19), перенесенные детские инфекционные заболевания в 80,9% (n=34), диффузное увеличение щитовидной железы 0-1 степени в состоянии эутиреоза в 19,0% (n=8), заболевания мочевыводящей системы в 11,9% (n=5), патология желудочно-кишечного тракта в 21,4% (n=9), патология опорно-двигательного аппарата в 9,5% (n=4), наличие вегето-сосудистой дистонии в 7,1% (n=3), миопия в 7,1% (n=3), мастопатия молочных желез в 4,8% (n=2), анемия в 2,4% (n=1) случаев. Были выявлены следующие гинекологические заболевания: хронические урогенитальные инфекции (ХУГИ) в 42,9% (n=18), острый кольпит и вагинит в 69,1% (n=29), хронический сальпингоофорит и эндометрит в 26,2% (n=11), эктопия шейки матки в 78,6% (n=33), кондиломы вульвы в 4,8% (n=2) случаев. Имели в анамнезе хирургические вмешательства 21,4% (n=9) женщин. Отмечали наличие патологии беременности и /или родов у матерей обследуемых женщин в 11,9% (n=5) случаях. Наследственность была отягощена по НМЦ, гирсутизму, СПКЯ, онкологическому анамнезу и проблемам репродуктивного характера у 33,3% (n=14) пациенток. Аллергический анамнез был отягощен у 19,1% женщин. Среди обследованных только у 4,8% (n=2) имелись вредные привычки в виде курения до 5 сигарет в день. Период менархе приходился на $13,7 \pm 1,3$ лет, начало половой жизни - на $18,0 \pm 2,2$ лет, количество половых партнеров – $2,5 \pm 1,3$. Были зарегистрированы нарушения менструальной функции в виде: олигоменореи в 92,9% (n=39), из них в 16,7% (n=7) случаях наблюдались первичные или вторичные аменореи, в 7,1% (n=3) - явления метроррагии. Продолжительность менструального цикла колебалась от $42,0 \pm 11,4$ до $99,5 \pm 71,9$ дней. Количество дней менструальноподобного кровотечения находится в пределах $4,9 \pm 0,8$. У 92,9% (n=39) пациенток диагностируются меньше 8 менструальных циклов в год. По объему теряемой крови в 92,9% (n=39) случаев отмечаются умеренные, в 4,8% (n=2) – скудные, в 2,4% - обильные менструальноподобные реакции и в 21,4% (n=9) была зафиксирована дисменорея. Контрацепцию используют всегда в 14,3% (n=6), не всегда – 28,6% (n=12) случаях. У 23,8% (n=10) в анамнезе были беременности: роды в 16,7% (n=7), медицинские аборт в 11,9% (n=5), самопроизвольные аборт в 4,8% (2), беременности у этих женщин наступили в среднем через $14,2 \pm 16,6$ месяцев половой жизни без

контрацепции. Зарегистрировано бесплодие в 50% (n=21) случаях, из них в 38,1% (n=16) первичное, в 11,9% (n=5) вторичное. Бесплодие от 1 до 2 лет было диагностировано в 30,9% (n=13), от 3 до 4 лет в 7,1% (n=3), более 5 лет в 11,9% (n=5) случаях.

При первом осмотре пульс у обследуемых женщин был $69,2 \pm 5,2$ ударов в минуту, систолическое давление – $116,2 \pm 4,0$ мм.рт.ст., диастолическое давление – $72,2 \pm 4,5$ мм.рт.ст. Рост пациенток составил $163,9 \pm 5,6$ см, масса тела – $59,4 \pm 6,1$ кг, индекс массы тела – $22,1 \pm 1,8$, соотношение объема талии к объему бедер – $0,7 \pm 0,1$. Гирсутое число более 12 баллов по шкале Ферримана-Голвея наблюдалось у 85,7% (n=36) женщин, наличие акне у 81,0% (n=34) женщин.

По ультразвуковому исследованию объемы правого и левого яичников составили соответственно $11,6 \pm 3,6$ и $10,9 \pm 2,2$ см³; по количеству фолликулов – $11,7 \pm 1,5$ и $11,6 \pm 1,4$ единиц; у 57,1% (n=24) женщин наблюдается периферическое, у 42,9% (n=18) диффузное расположение фолликулов; диапазон диаметра фолликулов в правом яичнике составлял от $3,2 \pm 0,6$ до $6,2 \pm 1,1$ мм, в левом – от $3,1 \pm 0,7$ до $6,2 \pm 1,9$ мм. Строма яичников по УЗИ была выражена у 7,1% (n=3) пациенток.

По гормональному профилю было выявлено, что все гормоны, которые исключают другие похожие с синдромом поликистозных яичников соответствовали норме: 17-гидрокси-прогестерон составил в среднем $1,4 \pm 0,6$ нг/мл, тиреотропный гормон – $1,8 \pm 0,8$ мкМЕ/л, пролактин – $330,1 \pm 154,0$ мМЕ/л, кортизол – $331,4 \pm 120,1$ нмоль/л. Индекс инсулинорезистентности у всех пациенток был в пределах нормы и равнялся $2,2 \pm 0,7$ при уровне глюкозы в крови $4,5 \pm 0,6$ ммоль/л и инсулине – $11,3 \pm 3,6$ мкМЕ/мл. Тестостерон у пациенток соответствовал $3,2 \pm 1,3$ нмоль/л, выше нормы отмечался у 9,5% (n=4) женщин. Сэкс-стероидсвязывающие глобулины равнялись $41,6 \pm 18,3$ нмоль/л, на нижней границе нормы зафиксированы были у 76,2% (n=32) пациенток. Лютеинизирующий гормон был в пределах $11,2 \pm 4,8$ МЕ/л, фолликулостимулирующий гормон – $5,7 \pm 1,8$ МЕ/л, соотношение ЛГ/ФСГ – $2,1 \pm 1,0$. Соотношение ЛГ/ФСГ составило более 2 у 64,3% (n=27) женщин. Индекс свободных андрогенов равнялся $8,5 \pm 4,0$, больше нормы наблюдался у 57,1% (n=24) пациенток.

Таким образом, все пациентки соответствовали критериям включения и исключали схожие с синдромом поликистозных яичников заболевания.

Литература:

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство). М.: Медицина, 2002. 751с.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии // Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: Мед. информ. агентство, 2002. 768 с.
3. Дедов И.И., Андреева Е.Н., Карпова Е.А. Синдром поликистозных яичников. Практические рекомендации для врачей. М., 2009. 51с.
4. Кулаков В.И. Клинические рекомендации // Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. С. 3-7.
5. Манухин И.Б., Геворкян М.А., Студеная Л.Б. и др. Синдром поликистозных яичников // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 62-66.
6. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Современные подходы к лечению поликистоза яичников // Сб. докладов XI Российского национального Конгресса «Человек и лекарство». М., 2004. С.243.
7. Попова С.С. Наследственная и врожденная патология в структуре эндокринопатий, сопровождающихся поликистозом яичников // Ультразвуковая перинатальная диагностика. 2005. №20. С. 55-58.
8. Шилин Д.Е. Синдром поликистозных яичников // Consilium-Medicum. 2007. Т.9. №9. С. 683-688.
9. Barnes R.B. The pathogenesis of polycystic ovary syndrome: lessons from ovarian stimulation studies // J.Endocrinol.Invest. 1998. Vol. 21. P. 567-579.
10. The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group 2004 Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS) // Hum Reprod. 2003. Vol. 19. P. 41-47.

Э.М. Иутинский, С.А. Дворянский, С.Б. Петров

*ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия Росздрава, г. Киров*

АЭРОТЕХНОГЕННЫЕ ЗАГРЯЗНИТЕЛИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ – ПРИЧИНА ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ Г. КИРОВА

Высокая частота различных осложнений периода гестации у беременных женщин города Кирова, а также значительный уровень заболеваемости их новорожденных детей во многом могут быть обусловлены неблагоприятной экологической обстановкой [1,3,5,6,7].

В городах основным источником загрязнения воздуха являются промышленные объекты, предприятия теплоэнергетики и транспорт [2,4]. Особенностью многих источников аэротехногенного загрязнения является их расположение в селитебных зонах, что неблагоприятно сказывается на здоровье населения, проживающего в районах размещения предприятий [6].

Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха на территории г. Кирова являются предприятия машиностроительной,

металлургической, резинотехнической и микробиологической промышленности, а так же предприятия теплоэнергетики. Значительная часть промышленных предприятий размещается в Северо-западном районе городской территории. В среднем, валовые выбросы промышленных предприятий составляют 35,7 тысяч тонн вредных веществ в год. Следует отметить, что наибольший удельный вес (56,7 %) в объеме валовых выбросов приходится на городские предприятия теплоэнергетики.

Приоритетными загрязнителями атмосферного воздуха являются: оксиды серы, азота и углерода, тяжелые металлы, взвешенные вещества, щелочи, фенолы, аэрозоли серной кислоты, ароматические и гетероциклические углеводороды, аминсоединения, формальдегид.

Комплексная оценка загрязнения атмосферного воздуха проведена по формуле: $K' = S_d / S_{пдк} \times 100\%$, где $S_{пдк}$ – интегрированный критерий условного загрязнения атмосферного воздуха; S_d – интегрированный критерий фактического загрязнения атмосферного воздуха.

По данным расчета коэффициента комплексного загрязнения атмосферного воздуха (K') городская территория была разделена на 4 района, контрастных по степени загрязненности. Наиболее интенсивное загрязнение атмосферного воздуха ($K' = 137,9$) наблюдалось в северо-западном районе. Относительно высокие уровни загрязненности атмосферного воздуха отмечались в юго-восточном ($K' = 99,1$) и юго-западном ($K' = 61,8$) секторах городской территории, являющихся зонами влияния атмосферных выбросов крупных предприятий теплоэнергетики. В северо-восточном секторе величина коэффициента комплексного загрязнения атмосферного воздуха (K') составляла 42,7.

Для оценки степени влияния загрязненности атмосферного воздуха на частоту встречаемости основных осложнений беременности мы изучили распространенность угрозы преждевременных родов, ФПН и гестоза среди беременных женщин указанных территорий.

Было выяснено, что наиболее высокий уровень распространенности гестоза отмечается среди беременных женщин, проживающих в Северо-западном районе, где сосредоточены основные промышленные предприятия города. Различия показателей Северо-западного района с показателями Северо-восточного и Юго-западного районов были статистически достоверны ($p < 0,05$).

Достоверных отличий в частоте встречаемости других осложнений беременности у женщин, проживающих в городских районах, контрастных по степени загрязненности атмосферного воздуха получено не было.

Таблица 1 – Распространенность гестоза среди беременных женщин, проживающих в районах г. Кирова, контрастных по степени загрязненности атмосферного воздуха (на 100 беременных) ($P \pm m$)

Осложнения беременности	Районы городской территории			
	Северо-западный	Юго-западный	Северо-восточный	Юго-восточный
Гестоз, %	80,5±6,1	61,3±5,6*	53,8±9,7*	73,9±9,1

Примечание: * - различия с показателями Северо-западного района статистически достоверны при $p < 0,05$.

Влияние аэротехногенных загрязнителей на развитие и распространенность гестоза среди беременных женщин г. Кирова подтверждается данными регрессионно - корреляционного анализа.

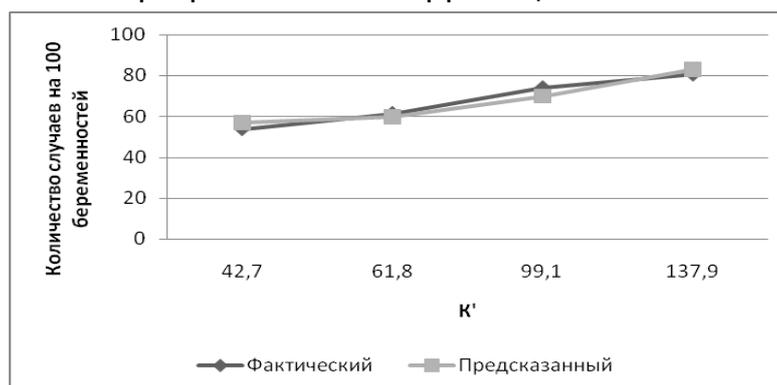


Рис. 1 Регрессионная зависимость уровня распространенности гестоза от величины коэффициента комплексного загрязнения атмосферного воздуха (K')

Регрессионный анализ позволил выявить четкую зависимость (совпадение модели с фактическими данными) уровней распространенности гестоза от степени загрязненности атмосферного воздуха вредными веществами, входящими в состав промышленных выбросов (на рисунке ось абсцисс – комплексный показатель степени загрязненности атмосферного воздуха - K' , ось ординат – уровень распространенности гестоза на 100 беременных).

Выявленная зависимость является прямой (чем выше уровень загрязненности атмосферного воздуха, тем выше частота распространенности гестоза), сильной и высоко достоверной ($R = 0,98$; $R^2 = 0,97$; F – критерий Фишера = 67,24; P – уровень достоверности = 0,01).

Литература:

1. Кустов С. М. Морфологические аспекты клинко - инструментальной диагностики плацентарной недостаточности при гестозе // Автореф...канд. мед. наук. - Новосибирск, 2000. – 20 с.
2. Протопопова Н. В. Роль изменений метаболизма и гемодинамики в патогенезе осложнений беременности при артериальной гипертензии // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. - Иркутск, 1999.- 57 с.
3. Сидорова И.С. Гестоз.- М.: Медицина, 2003.- 415 с
4. Чернуха Е.А. Родовой блок.-М.: Триада-Х, 2003.-712 с.
5. Naentjens K., Dufour Ph., Vinatier D., et. al. Le deroulement de la grossesse apres 40 ans: Revue de la litterature. A propos de 576 observations. // Rev. fr. gynecol. et obstet. 1997.- Vol. 92, №1. - P.11-16.
6. Luzi G., Coata G., Chiaradia E., Caserta G., Anceschi M., Cosmi E., Di Renzo G. Maternal haemodynamic and haemorrhologic considerations in fetal I.U.G.R. // J. Perinat. Med. - 1994. -Vol. 22. - P. 193-199
7. von Dadelszen Peter, Magee Laura A., Marshall John C., Rotstein Ori D. The maternal syndrome of preeclampsia: A forme fruste of the systemic inflammatory response syndrome. // Sepsis 2000. – Vol.4, №1. – P.43-47.

Д.Ю. Круглова, В.Б. Цхай

ГОУ ВПО Красноярский государственный

медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДОЛ-3- КАРБИНОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является инфекционным агентом, который обуславливает широкий спектр эпителиальных пролиферативных повреждений аногенитальной области, приводит к появлению остроконечных кондилом, дисплазии вульвы влагалища и шейки матки. ВПЧ-инфекция является одной из наиболее распространенных и значимых инфекций передаваемых половым путем (ИППП), которой поражается большая часть сексуально активного населения планеты. Описано более 100 типов ВПЧ, около 40 из них принимают участие в инфицировании аногенитальной области [7,8,9,11].

Эпидемиологические и вирусологические исследования подтверждают, что около 95% всех плоскоклеточных раков шейки матки содержат ДНК вируса папилломы человека. Пациентки с наличием цервикальной интраэпителиальной дисплазии имеют в 20 раз выше риск развития рака шейки матки по отношению к популяции. Максимум заражения ВПЧ-инфекцией приходится на самый активный в сексуальном отношении возраст 18-25 лет и снижается после 30 лет, когда существенно

возрастает частота дисплазий и рака шейки матки, пик которого приходится на возраст – после 45 лет [11,12]. Сложный цикл репликации, существование инфекции в эписомальной, интегрированной формах обуславливают отсутствие патогенетической терапии ВПЧ-инфекции [14].

ВПЧ может приводить к латентной, субклинической и клинической формам инфекции [6,10]. Наиболее часто патология шейки матки, обусловленная ВПЧ, представляет собой субклиническую и асимптомную формы инфекции. У женщин – это касается ВПЧ поражения шейки матки, у мужчин – поражений наружных половых органов и аногенитальной области. Субклиническая папилломавирусная инфекция (ПВИ) шейки матки – это интраэпителиальное поражение, связанное с внедрением вируса в незрелые делящиеся клетки базального слоя эпителиального пласта шейки матки [1,2,6], что приводит к морфологической перестройке эпителиоцита в ответ на эписомальную репликацию вируса. Субклиническая инфекция шейки матки характеризуется изменениями, выявленными при кольпоскопии, цитологическом и гистологическом методах исследования, обнаружением ДНК ВПЧ. Клиническая инфекция – процесс, видимый невооруженным глазом. Озлокачествление патологического процесса шейки матки чаще всего происходит на фоне иммуносупрессии [9], при которой ВПЧ-инфекция отличается не только более тяжелым течением, более крупными размерами высыпаний с наличием инвазии, резистентностью к проводимой терапии и высокой частотой рецидивов [14].

Основное направление в лечении субклинических и клинических форм ПВИ шейки матки – это использование комбинированной терапии. Комплексный подход заключается в хирургическом удалении измененной поверхности эпителиального пласта шейки матки с последующим применением консервативного лечения, направленного на оставшиеся инфицированные вирусом клетки. Наиболее часто в качестве терапевтического компонента используются препараты интерферона, противовирусные препараты, эндогенные цитокины, иммуномодуляторы. Но, учитывая тот факт, что клинически непораженные ткани могут содержать вирусную ДНК, разрушение элементов не приводит к полной элиминации вируса [7,8].

Иммунный ответ хозяина играет важную роль в предотвращении клинической манифестации ВПЧ-инфекции. ВПЧ вызывает как гуморальный, так и клеточный типы иммунного ответа. Клеточный

иммунитет играет основную роль, как в персистенции, так и в сложном регрессе поражений. Это подтверждается данными о более высокой частоте ВПЧ-ассоциированных заболеваний у реципиентов трансплантата внутренних органов и ВИЧ-инфицированных [9].

Доказано, что в условиях иммуносупрессии чаще реализуется онкогенный потенциал ВПЧ, связанный с их способностью к выработке онкобелков E₆ и E₇, формирующих комплексы со специфическими проапоптотическими белками p53 и Rb, которые обычно выполняют в клетке противоопухолевую функцию. В связанном с онкобелками состоянии они не способны выполнять эти функции, что вызывает снижение внутриклеточных противоопухолевых систем защиты. Сравнительно недавно было обращено внимание на установленную эстрогенную зависимость индукции онкогена E₇ ВПЧ и связанный с ее устранением способ профилактики и лечения опухолей, обусловленных ВПЧ [1,2,3,13].

Препаратом, способным разорвать вышеуказанную зависимость и обладающим выраженной активностью по отношению к ВПЧ-ассоциированным заболеваниям, является средство растительного происхождения с действующим активным веществом – индол-3-карбинол (препарат Индинол, «Миракс-Биофарма» – Россия), Индинол – фитопрепарат, полученный из растений семейства крестоцветных, содержит высокоочищенный Индол-3-карбинол 100 мг. Механизмы фармакологического действия Индол-3-карбинола характеризуются широким спектром: антипролиферативная (антиэстрогенная) активность; блокада неоантиогенеза, опосредованная через ингибирование циклооксигеназы-2; индукция апоптоза и ингибирование синтеза онкобелка E в эпителиальных клетках, инфицированных ВПЧ, что приводит к повышению восприимчивости клеток к препаратам интерферона или его индукторов [4].

Вышеизложенное фармакологическое действие препарата послужило поводом для его использования в составе комплексной терапии субклинических форм папилломовирусной инфекции шейки матки.

Целью исследования являлась сравнительная оценка эффективности комплексной терапии субклинических форм ПВИ шейки матки у пациенток репродуктивного возраста, основанной на применении метода широкополосной радиоволновой хирургии, иммуномодулирующего

препарата, содержащего рекомбинантный альфа-2 интерферон и комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП) и Индол-3-карбинол.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Дорожной клинической больницы г. Красноярск в период с 2007 по 2009 годы.

В исследование было включено 65 пациенток репродуктивного возраста (от 18 до 45 лет) с субклиническими формами ПВИ шейки матки, обусловленными высокоонкогенными типами ВПЧ. С учетом характера проводимого лечения все пациентки были разделены на две группы сравнения.

Первая группа включала в себя 38 пациенток с субклиническими формами ПВИ шейки матки, которым проводилось комплексное лечение, включающее деструктивный метод, назначение Кипферона и Индол-3-карбинола. Рекомбинантный альфа-2-интерферон и комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП) назначали в свечах «Кипферон» в дозе 1 млн. ЕД в два приема интравагинально до момента деструкции и через 2 недели после деструктивного лечения шейки матки в течение 10 дней. Индол-3-карбинола назначали перорально по 2 капсулы 2 раза в день в течение 12 недель с первого дня после проведения деструкции.

Группа сравнения (группа II) была представлена 27 пациентками сопоставимого возраста. В группе сравнения применяли аналогичные методы деструктивного лечения патологически измененной шейки матки, назначали препарат «Кипферон» – по такой же, как и в первой группе схеме. Пациенткам этой группы Индол-3-карбинол не назначался.

В качестве деструктивного метода лечения у пациенток в обеих группах сравнения использовали аппарат «ФОТЕК-Е80М», генерирующего радиоволны специальных форм (широкополосные волны). Режим «Смесь» – радиоволновую вапоризацию, проводили на 5-7 день менструального цикла с захватом 2-3 мм зоны здоровой ткани по границе, определяемой ШИК-пробой. При выявлении деформации шейки матки в сочетании с множественными nabothovыми кистами, гипертрофией шейки матки, эндоцервикальными поражениями и цервикальной интраэпителиальной неоплазией II-III степени, деформацией цервикального канала проводилось конизация шейки матки электродом-парусом в режиме «МОНО-КОАГ» при мощности 7-9. После иссечения выполнялась радиоволновая пунктурная коагуляция шейки матки по окружности иссеченного участка в 3-4 точках. При этом электрод-игла вводилась на

глубину 3-4 мм в край зоны эксцизии и в режиме «МОНО-КОАГ» при мощности 4-6 проводилась коагуляция.

Всем пациенткам проводилось обследование, включающее расширенную кольпоскопию, цитологический и морфологический методы (биопсия шейки матки с диагностическим выскабливанием цервикального канала) и определение ДНК ВПЧ высокоонкогенного риска методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Все обследования проводились дважды – до лечения и через 3 месяца после его окончания.

Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась по следующим параметрам: расширенная кольпоскопия, при которой отмечалось отсутствие или наличие атипичной кольпоскопической картины или какой другой патологии шейки матки; уменьшению площади распространения процесса; цитологическому контролю, определению ДНК ВПЧ методом ПЦР.

Оценку полученных результатов и комплексный системный анализ имеющихся данных выполняли с использованием методов описательной статистики, сравнение и оценка значимости различий в выборках проводились с использованием параметрических критериев (t – критерий Стьюдента).

Результаты исследования и обсуждение

У всех обследованных нами пациенток по данным кольпоскопии выявлено наличие атипичной кольпоскопической картины (согласно Международной терминологии кольпоскопических терминов, Рим, 2003). Наиболее часто встречаемые изменениями были: пунктации, ацетобелый эпителий, мозаика, йод-негативные зоны (табл. 1). В результате обследования пациенток с субклиническими формами ПВИ шейки матки выявлено, что в большинстве случаев имеет место присутствие 16 типа ВПЧ, реже 18.

По данным цитологического исследования (классификация Бетесда, 2003) в I группе в $31,58 \pm 5,4\%$ соответствовали LSIL, в $21,05 \pm 4,5\%$ – HSIL, в $21,05 \pm 3,6\%$ – норме, в $26,32 \pm 3,7\%$ – доброкачественным клеточным изменениям. Во II группе в $11,11 \pm 4,4\%$ соответствовали LSIL, в $22,22 \pm 6,4\%$ – HSIL, в $25,93 \pm 4,7\%$ – норме, в $40,74 \pm 5,3\%$ – доброкачественным клеточным изменениям (табл. 2).

Таблица 1 – Результаты кольпоскопии у пациенток с субклинической формой ПВИ шейки матки (абс. / %)

Показатели кольпоскопии	группа I (n = 38)		группа II (n = 27)		Достоверность различий
	абс.	%	абс.	%	
Эктопия призматического эпителия	5	13,16±2,3	3	11,11±4,4	-
Нормальная зона трансформации	18	47,37±6,3	14	51,85±6,2	-
Ацетобелый эпителий	22	57,89±6,1	14	51,85±6,2	p <0,05
Пунктация	17	50,08±6,3	12	44,44±5,7	p <0,05
Мозаика	12	31,58±5,9	6	22,22±6,4	-
Йод-негативный эпителий	7	18,42±4,7	6	22,22±6,4	-

Результаты гистологического исследования биоптатов шейки матки в I группе были следующими: у 15,12±4,9% пациенток соответствовал норме, у 32,25±5,3% определялись незначительные клеточные изменения. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) определялась в I группе у 52,63±5,4% пациенток: CIN-I – 31,58±2,4%, CIN-II – 5,26±3,2%, CIN-III – 15,79±5,5%.

Во II контрольной группе результаты гистологического исследования биоптата шейки матки соответствовали норме у 23,11±4,9% пациенток, у 43,54±5,7% пациенток были незначительные клеточные изменения. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) у 33,35±6,5% пациенток, причем CIN-I в 11,12±3,7%, CIN-II в 7,41±4,5%, CIN-III в 14,81±5,3%.

Частота обнаружения ВПЧ 16 типа в I группе в 68,95±7,9%, 18 типа – 7,89±1,7%, во II группе частота обнаружения 16 типа составила 57,78±7,6%, 18 типа – 7,41±2,7%.

После деструктивного этапа лечения все пациентки первой группы получали Индол-3-карбинол. В дальнейшем мы проводили оценку скорости эпителизации раневой поверхности. Через 2 недели после рецидивной вапоризации или конизации шейки матки мы отмечали появление признаков начальной эпителизации шейки матки у всех пациенток. С этого периода мы определялись в сроках добавления терапии препаратами, содержащими альфа-2-интерферон и комплекс

иммуноглобулинов (Кипферон 1 млн. Ед интравагинально). Через 3 месяца оценка результатов лечения осуществлялась по данным кольпоскопии, цитологического исследования, вирусологическое исследование – обнаружение ДНК ВПЧ методом ПЦР.

Под полным выздоровлением мы считали: отсутствие жалоб у пациенток, и получение позитивных результатов по данным расширенной кольпоскопии (шейка матки покрыта многослойным плоским эпителием), а также отсутствие койлоцитов при цитологическом исследовании и ДНК ВПЧ при обследовании методом ПЦР в соскобах из цервикального канала.

Критериями положительной динамики мы считали: отсутствие жалоб у пациенток, подтверждение при контрольном кольпоскопическом обследовании признаков эпидермизации, уменьшение площади поражения; при цитологическом обследовании – наличие единичных койлоцитов. При обследовании цервикального канала положительный результат ДНК ВПЧ методом ПЦР.

Критериями отсутствия эффекта от лечения были клинико-лабораторные данные, не отличающиеся от исходных данных до начала лечения.

Анализ полученного эффекта от проведенного лечения по данным расширенной кольпоскопии показал, что у 89,4% первой группы пациенток отмечалось выздоровление, что значительно чаще, чем во второй группе – соответственно у 74,07% пациенток.

По данным ПЦР исследования после проведенного лечения ДНК ВПЧ были обнаружены у 18,4% пациенток в I группе, что статистически достоверно реже, чем во второй группе – у 33,3% пациенток ($p < 0,05$).

Аналогичные результаты были получены по данным цитологического метода обследования. Так, у 84,27% пациенток первой группы цитологические результаты соответствовали норме, у 15,7% пациенток изменения соответствовали Ascus. Во второй группе достоверно реже, только у 66,6% пациенток цитологические результаты соответствовали норме, у 27,5% пациенток изменения соответствовали Ascus, у 5,8% пациенток изменения соответствовали LSIL (табл. 2).

Таким образом, итоговая эффективность проведенного лечения папилломавирусных субклинических поражений шейки матки у пациенток первой группы, получавших в составе комплексной терапии Индол-3-карбинол, составила 85,9%, что статистически достоверно выше, чем у

пациенток группы сравнения – 69,1%, которым этот препарат не назначался.

Таблица 2 – Результаты цитологического исследования пациенток в группах сравнения

Показатели	группа I (n38)		группа II (n27)		Достоверность различий
	абс.	%	абс.	%	
Норма	32	84,21±4,7	18	66,67±5,8	p <0,05
Ascus	6	15,79±3,2	7	27,53±4,8	p <0,05
LSIL	0	0	2	5,8±3,2	-
HSIL	0	0	0	0	-

Использование комбинированной схемы лечения ВПЧ ассоциированных форм патологии шейки матки у пациенток репродуктивного возраста с применением современных менее травматичных деструктивных методов лечения, а также препаратов, содержащих Индол-3-карбинол, альфа-2-интерферон и комплекс иммуноглобулинов, позволяет значительно улучшить эффективность лечения этой патологии.

Литература:

1. Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. М.: Компания «Димитрейд График Групп», 2004. – 180 с.
2. Киселев В.И., Киселев О.И. Этиологическая роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки: генетические и патогенетические механизмы // Цитокины и воспаление, 2003. – №4, Т.2. – С.31-38.
3. Киселев В.И., Киселев О.И., Северин Е.С. Исследование специфической активности индол-3-карбинола в отношении клеток, инфицированных вирусом папилломы человека // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. – 2003. – №4. – С.28-32.
4. Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Роль метаболитов эстрогенов в канцерогенезе репродуктивных органов // Акушерство и гинекология – 2006. – №3. – С.56-59.
5. Маликова Л.В., Нечунаева Т.Г., Задонцева Н.С. и др. Профилактика и лечение злокачественных новообразований в современных условиях // Материалы Всеросс. науч.-практ. конф. / Под ред. А.Ф. Лазарева. – М., 2007. – С.152.
6. Манухин И.Б., Минкина Г.Н. Проблемы и перспективы цервикального скрининга // Акушерство и гинекология – 2006. – №3. – С.51-56.
7. Мелехова Н.Ю. Папилломавирусные поражения шейки матки у пациенток различного возраста: Автореф. дис. ... док. мед. наук – М., 2005. – 40 с.
8. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 141 с.
9. Семена И.И. Папилломавирусная инфекция: клиничко-иммунологические особенности у женщин и методы комбинированной терапии: Автореф. дис. канд. мед. наук – СПб., 2005. – С.23.
10. Bell M.C., Crowley-Novick P., Bradlow H.L. et al. Placebo-controlled trial of indole-3-carbinol in the treatment of CIN // Gynecol. Oncol. – 2000. – Vol.78. – P.123-129.

11. Dillner J., Brown D.R. Can genital-tract human papillomavirus infection and cervical cancer be prevented with a vaccine? // Expert Rev Mol Med. – 2004. – V.20, №6. – P.1-21.
12. Ferenczy F., Miato M., Nagai N. et al. Latent papillomavirus and recurring genital warts //New Engl. J. Med. – 1985. – Vol.313 – P. 784-788.
13. Stephensen P.U., Bonnesen C., Schaldach C. et al. N-methoxyindol-3-carbinol is a more efficient inducer of cytochrome P-4501A1 in cultured cells than indol-3-carbinol // Nutrition And. Cancer. – 2000. – V.36, №1. – P.112-121.
14. Stanley M. Genital human papillomavirus infections – current and prospective therapies // J Natl Cancer Inst Monogr. – 2003. – V.31. – P.117-124.

И.Ю. Круть

*ГЛПУ Кировский областной клинический
Перинатальный центр, г. Киров*

МАРШРУТИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В течение последних лет теме безопасного материнства уделяется большое внимание. Этому посвящен целый ряд методических рекомендаций МЗ РФ, стратегий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов, а также новорожденным. В связи с этим на базе ГЛПУ «Кировский областной клинический перинатальный центр» в консультативно-диагностическом отделении оказывается в полном объеме консультативная и лечебно-диагностическая помощь беременным высокой степени перинатального риска, с отягощенным акушерским анамнезом, акушерскими потерями в анамнезе, женщинам с индуцированной беременностью.

Руководствуясь положением Департамента здравоохранения Кировской области, утвержденного постановлением правительства Кировской области от 09.12.2008 №155/488, подпункт 3.1.7.2 - в целях снижения материнской и младенческой смертности и повышения качества медицинской помощи, оказываемой женщинам и новорожденным детям Кировской области и распоряжением Департамента здравоохранения Кировской области от 22.03.2010г. №124 «Об утверждении листов маршрутизации женщин в период беременности на территории Кировской области» - в консультативно-диагностическом отделении оказывается консультативная помощь женщинам высокой группы риска врачами специалистами и определяется место планового родоразрешения и срок дородовой госпитализации.

Лист маршрутизации определяет принципы организации направления беременных женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией, отягощенным акушерским анамнезом для консультации к специалисту консультативно-диагностического отделения ГЛПУ «Кировский областной

клинический перинатальный центр» для решения вопроса о возможности вынашивания беременности и тактики ведения беременности.

Показаниями для направления беременной на консультацию в КДО ГЛПУ КОКПЦ являются:

Отягощенный акушерский анамнез (юные до 18 лет, первородящие старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, перинатальные потери, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);

Акушерские осложнения (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и ABO изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарная недостаточность, многоплодие, многоводие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков).

При наличии показаний для госпитализации беременная женщина с акушерской патологией подлежит госпитализации в отделение акушерско-гинекологического профиля учреждения здравоохранения по месту жительства.

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

В случаях угрозы прерывания беременности, преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация женщины осуществляется в отделения соответствующего профиля ГЛПУ КОКПЦ.

При сроке беременности 35-26 недель врачом акушером – гинекологом формулируется полный клинический диагноз с учетом течения беременности, оценки риска осложнений родов на основании всех проведенных исследований и консультаций врачей-специалистов, определяется место планового родоразрешения и срок дородовой госпитализации.

Показаниями для госпитализации пациенток с акушерской патологией и /или отягощенным акушерским анамнезом для родоразрешения в ГЛПУ «Кировский областной клинический перинатальный центр» являются:

- Преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
- Предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;

- Поперечное и косое положения плода;
- Преэклампсия, эклампсия;
- Холестаз, гепатоз беременных;
- Кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- Рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
- Беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
- Задержка внутриутробного роста плода II-III степени;
- Изоиммунизация при беременности;
- Наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции;
- Метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- Водянка у плода;
- Тяжелое много- и маловодие.

За 2009 год специалистами КДО проконсультировано 200 беременных женщин высокой группы риска Кировской области.

За 9 месяцев 2010 года – проконсультировано 310 беременных женщин (из них у 11- двойня).

Беременным женщинам выставлено, помимо основного диагноза, несколько сопутствующих. Многие заболевания подтверждены и некоторые выявлены впервые. Осмотрены специалистами консультативно - диагностического отделения: акушером-гинекологом, терапевтом, эндокринологом, окулистом, генетиком; проведено ультразвуковое исследование, доплерометрия, кардиотокография плода, электрокардиография, исследован тип гемодинамики. Беременные женщины при наличии показаний были консультированы специалистами НИИ гематологии и переливания крови, ГЛПУ Кировская областная клиническая больница и ГЛПУ Кировский областной клинический онкологический диспансер.

Выявлены и подтверждены следующие заболевания:

Патология плода:

- врожденный порок развития плода-9,
- синдром задержки развития плода-24,
- хроническая гипоксия плода-13.

Экстрагенитальная патология у матери:

- врожденный порок сердца - 7, гипертоническая болезнь 1 ст - 43,
- гипертоническая болезнь 2ст - 12, гипертоническая болезнь 3 ст - 2,
- вегетососудистая дистония – 4, хронический пиелонефрит - 21, инфекции

мочевыводящих путей - 7, мочекаменная болезнь - 9, нефроптоз - 2, двусторонний гидронефроз - 1, варикозная болезнь нижних конечностей - 27.

Посттромбофлебитический синдром правой нижней конечности - 1, анемия - 82, тромбофилия неясного генеза - 2, гиперкоагуляционный синдром - 1, аво – сенсбилизация - 7, HLA – сенсбилизация - 1, резус отрицательная принадлежность крови - 48, холестатический гепатоз - 1, хронический гепатит - 9, бронхиальная астма – 7, хронический бронхит - 4, гипотиреоз - 8, аутоиммунный тиреоидит - 7, сахарный диабет 1 типа - 1, сахарный диабет 2 типа - 1, гестационный сахарный диабет - 6, ожирение 1ст - 15, ожирение 2ст. - 10, ожирение 3ст. - 2, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура - 1, микроаденома гипофиза – 1, миопия высокой степени - 12;

Гинекологическая патология:

- миома матки - 15, рубец на матке - 43, киста яичника - 1, двусторонние цистаденомы яичников;

Акушерская патология:

-фетоплацентарная недостаточность - 35, НМПК - 8, маловодие - 16, многоводие - 9, предлежание плаценты- 1, отеки беременных- 20, гестоз л.ст. - 12, сочетанный гестоз - 16, угроза прерывания беременности - 7, истмико - цервикальная недостаточность - 4, индуцированная беременность - 5.

При наличии показаний беременные направлены на стационарное лечение в соответствующие отделения ГЛПУ КОКПЦ и ГЛПУ КОКБ. Всем беременным даны рекомендации по дальнейшему обследованию и ведению беременности, сроках дородовой госпитализации и месте родоразрешения.

Благодаря своевременной диагностике и проведенному лечению в ГЛПУ КОКПЦ и ГЛПУ КОКБ беременные родоразрешены в ГЛПУ КОКПЦ и по месту жительства с наименьшими осложнениями.

Е.В. Кулавский, В.А. Кулавский
ГОУ ВПО Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хронические экстрагенитальные заболевания при гестации всегда представляют угрозу возникновения различных осложнений, как у беременной женщины, так и у будущего ребенка. Частым заболеванием, осложняющим течение гестационного периода является сахарный диабет I типа (СД), который встречается у 3-12% беременных женщин [2, 5, 6].

В настоящее время под термином сахарный диабет (СД) принято понимать группу метаболических заболеваний, сопровождающихся гипергликемией, которая является результатом дефицита инсулина, его дефектного воздействия на ткани-мишени или сочетания обоих этих факторов [4]. Многообразие патогенетических вариантов заболевания в полной мере отражает его классификация (ВОЗ, 1999), которая выделяет основные классы:

- СД I типа (следствие деструкции β - клеток поджелудочной железы, при которой развивается абсолютная инсулиновая недостаточность);
- СД II типа (следствие периферической инсулино-резистентности (ИР), формирующей относительную инсулиновую недостаточность);
- другие типы СД (различные генетические дефекты, приобретенные болезни и прочие состояния, при которых в патологический процесс вторично вовлекается островковый аппарат β - клеток поджелудочной железы);
- гестационный СД (любые нарушения углеводного обмена, впервые возникшие и выявленные во время беременности);
- нарушенная толерантность к глюкозе (состояние, при котором через 2 часа после нагрузки глюкозой выявляется гипергликемия, уровень которой выше нормы, но ниже уровня, характерного для СД);
- нарушенная гликемия натощак (состояние, при которой утром перед завтраком после предварительного голодания в течение не менее 8 часов выявляется гипергликемия выше нормы, но ниже уровня, характерного для СД [7, 8]).

Беременность сама по себе является диабетогенным состоянием. Физиологическое течение периода гестации сопровождается рядом закономерных компенсаторно-приспособительных изменений; и более всего они касаются углеводного обмена, отвечающего за энергетическое обеспечение процессов роста и развития плода [3, 9].

Все, что происходит в организме матери в период гестации, так или иначе оправдано потребностями плода. Глюкоза, являясь основным источником биологической энергии, должна поступать к плоду непрерывно и в необходимом количестве. При этом природа существенно ограничивает материнский организм в получении энергии привычным путем.

В первом триместре беременности, когда эмбрион невелик, его энергетические потребности регулируются благодаря градиенту

концентрации глюкозы- у матери она всегда будет больше. Глюкоза достаточно равномерно попадает в организм плода пассивным путем, через наполненные водой поры. В течение периода ночного голода плод «выбирает» весь доступный ему запас; вследствие этого формируется тенденция к снижению уровня глюкозы у беременной натощак, но не ниже уровня, расценивается как биохимическая гипогликемия. Референтными для беременности значениями уровня глюкозы натощак принято считать $3,57 \pm 0,48$ ммоль/л. Тенденция к гипогликемии влечет за собой снижение выработки инсулина натощак. Перестройка механизмов регуляции углеводного обмена в интересах плода происходит довольно резко и может сопровождаться проявлениями дезадаптации организма беременной, вплоть до возникновения вагоинсулярных кризов с потерей сознания [7, 8, 10].

Включение альтернативного механизма активации глюконеогенеза малодоступно беременной. Потребность в пластическом строительном материале обеспечивается за счет непрерывного поступления плоду аминокислот (в том числе и аланина, который необходим для глюконеогенеза в печени) путем их активного транспорта. Требуемое количество аминокислот создается посредством перестройки белкового обмена у матери в направлении распада сложных белковых структур.

По мере увеличения гестационного возраста плода требуется все больше глюкозы и пластического материала. Разница в концентрации глюкозы начинается сглаживаться, и со второго триместра включается более надежный механизм гарантированного обеспечения плода глюкозой- феномен компенсаторной гестационной инсулинорезистентности (ИР). Он основан на «постпищевом» удержании глюкозы в крови матери в достаточной концентрации и столь долго, чтобы гарантировать ее приоритетное поступление к плоду в необходимом количестве. Материнским клеткам, как и в первом триместре, глюкоза достается по остаточному принципу. Вместе с тем у здоровой беременной концентрация глюкозы в крови после еды в норме никогда не превышает 7,8 ммоль/л [6, 7, 8]. Суть и идеология гестационной ИР обоснованы самой природой. Привычная программа функционирования репродуктивной системы во время беременности выключена, ее роль исполняет плацента, смысл существования которой состоит в организации питания и защиты растущего плода. Плацента- орган, ориентированный исключительно на удобства для плода, но никак не для матери. В первом триместре, пока плацента еще не

сформировалась, роль основного регулятора процесса сохранения беременности выполняет желтое тело, а функции инструктора по обеспечению благополучия эмбриона и плода- хорионический гонадотропин.

Когда заканчивается формирование плаценты, она берет на себя всю ответственность за состояние и развитие плода. Начиная со второго триместра быстро растущий плод потребляет до 6 мг глюкозы в секунду, тогда как у взрослого человека скорость потребления не превышает 2-3 мг в секунду. Плацента вовлекает в служение плоду весь материнский организм, следствием этого единения является развитие «контринсулярного заговора», в основе которого лежит ИР периферических тканей матери.

Все гормонально- метаболические изменения, которые происходят во время беременности, развиваются с учетом поддержки движения «против инсулина». Контринсулярным эффектом обладают все специфические гормоны, гормоны надпочечников и тропные гормоны гипофиза, уровень которых в период беременности повышается. Однако наиболее выраженным диабетогенным действием обладает плацентарный лактоген + кортизол. Существенную поддержку им оказывает и пролактин, 13% молекулы которого идентично по структуре плацентарному лактогену.

Плацентарный лактоген- гормон, существующий исключительно для обеспечения комфорта плоду. Кортизол также традиционно ассоциируется с риском нарушений углеводного обмена. Хорошо известно и влияние пролактина на островковый аппарат поджелудочной железы. Учитывая увеличение концентрации пролактина в период беременности в 5-20 раз, суммарный эффект оказывается достаточно значимым для обмена веществ. Уровень всех трех гормонов со второй половины беременности прогрессивно растет, что сопровождается затруднением реализации биологического действия инсулина на периферии. Выполнять свою биологическую роль инсулину удается только «числом», а не «уменьем». Поэтому с увеличением срока гестации количественно растет и секреция инсулина, что, в свою очередь, сопровождается гипертрофией, а затем и гиперплазией островкового аппарата поджелудочной железы у матери. У здоровой женщины этот процесс носит обратимый характер.

Основным источником энергии для материнского организма в период гестации становится распад высокоэстерифицированных жиров. Перестройка жирового обмена в направлении преобладания липолиза над липогенезом сопровождается тенденцией к накоплению конечных продуктов клеточного

метаболизма, которые вне беременности служат сырьем для образования холестерина. К их числу относятся и кетоновые тела (β - оксимасляная и ацетоуксусная кислоты). Они свободно проходят через плаценту и используются печенью и мозгом плода как источник энергии, а также являются сырьем для образования жировой ткани. По мере увеличения срока беременности активный липолиз влечет за собой накопление триглицеридов и неэстерифицированных жирных кислот: последние сами по себе активно участвуют в «контринсулярном заговоре» в организме беременной на уровне клетки, затрудняя метаболизм глюкозы. Даже у здоровой беременной при физиологическом течении периода гестации возникает тенденция к биохимическим изменениям по типу гипогликемии и кетоацидотического состояния, особенно выраженные в первой половине беременности. Во второй ее половине формируется стойкая ИР с накоплением жировой ткани, развитием триглицеридемии и постпищевой гипергликемии. У здоровой женщины все эти процессы протекают равномерно, что отражается в динамике гестационной прибавки массы тела. В норме в первом триместре она составляет 25% от общей прибавки за всю беременность, во втором триместре- 30-35%, в третьем триместре- 40-45%.

При беременности у женщин, больных сахарным диабетом (СД), все эти изменения происходят в организме, изначально существующем в состоянии длительной гипергликемии, хронической тканевой гипоксии и метаболического ацидоза вследствие нарушений поставки энергии, необходимой для адекватного клеточного метаболизма.

Течение СД на фоне беременности в первом триместре может внешне «улучшаться» в связи со снижением потребности в инсулине для материнского организма и повышенной востребованности глюкозы со стороны растущего эмбриона. Хорошему самочувствию больной способствует и «лоббирование» интересов инсулина на периферии со стороны хорионического гонадотропина. Однако сохраняется значимый риск развития и гипогликемии, и кетоацидоза, особенно на фоне присоединения раннего токсикоза и/или воздействия других факторов, негативно влияющих на степень компенсации СД. Помня, что нормой является тенденция к снижению уровня гликемии, необходимо тщательно контролировать уровень глюкозы и дозу вводимого инсулина.

После 16 недель на фоне формирования гестационной ИР начинает постепенно нарастать потребность в инсулине, что сопровождается появлением жалоб и повышает вероятность развития у беременной

кетацидоза. Наиболее критическим периодом является срок беременности 21-24 недели, когда чаще всего возникает риск ее прерывания.

Дифференцированные β - клетки, способные секретировать инсулин в поджелудочной железе плода появляются уже на 10-12-й неделе беременности. Начиная с этого срока она постепенно становится полноправным участником метаболической системы «мать- плацента- плод». Материнский инсулин в силу своей высокой молекулярной массы не попадает к плоду. Его задача сводится к обеспечению физиологического уровня гликемии у матери, который, в свою очередь, определяет уровень гликемии в организме плода. Концентрация глюкозы у плода выступает прямым инструментом регуляции механизма формирования и антенатальной активности его собственно инсулярного аппарата. При минимальных колебаниях уровня глюкозы и нормогликемии плод получает возможность реализации нормальной программы формирования и функционирования островкового аппарата поджелудочной железы. При лабильности концентрации глюкозы, поступающей от матери, перепада ее уровня в крови, тенденции к стойкой гипергликемии, формируется гиперактивный инсулярный аппарат. Это небезопасно для плода, поскольку привычным для него становится активный выброс инсулина в ответ на подъем уровня глюкозы в крови. При возникновении транзиторной гипогликемии у матери плод может следом за ней оказаться в такой же ситуации, но на восстановление адекватного уровня глюкозы в крови ему требуется гораздо больше времени. Поэтому при сформировавшемся гиперактивном инсулярном аппарате у плода в третьем триместре беременности, когда в единицу времени ему требуется уже достаточно много глюкозы, резкие перепады ее уровня (а в это период у беременной, больной СД, велик риск кетацидоза, и гипогликемии, вплоть до комы и прекомы) чреваты развитием у плода длительной гипогликемии- фактически внутриутробной комы, которая и может стать причиной его антенатальной гибели.

Вторая половина беременности представляет собой реальную угрозу мертворождения у матерей с СД, Причина ясна: сформировавшийся гиперактивный инсулярный аппарат ребенка быстрее утилизирует попавшую в его организм глюкозу, и у матери, которая зависит от поступления инсулина извне, риск развития гипогликемии становится реальным фактором. Этому способствуют и нарушения режима питания и трудности с коррекцией дозы инсулина, которая ориентируется на материнскую концентрацию глюкозы.

Определить степень активности островкового аппарата поджелудочной железы плода и характер влияния этого фактора антенатально невозможно. Выход один- как можно раньше, еще до зачатия, обеспечить женщине, страдающей СД, максимальную возможность поддержания программируемой нормогликемии путем тщательного лабораторного контроля степени компенсации заболевания с оценкой уровня гликированного гемоглобина (4, 6). Принципиально важным для прогноза исхода беременности у пациенток, страдающих СД, является наличие сосудистых осложнений, которые определяют степень тяжести болезни. Органически измененные периферические сосуды свидетельствуют о длительном тотальном метаболическом неблагополучии в организме. Особенно страдают наиболее кровоснабжаемые органы: сетчатка глаза, почки, сердце, головной мозг- развитием ретинопатии (до 30-35%), нефропатии, ишемической болезни сердца, энцефалопатии. Наиболее опасным следует считать выявление у беременной прогрессирование сосудистых осложнений, что является показанием к завершению беременности путем операции кесарево сечение. Характерная особенность периода беременности- активный ангиогенез, в первую очередь в плаценте. Сосуды, которые образуются в неадекватных условиях, неспособны исполнять свою биологическую роль- отсюда и практически гарантированное развитие плацентарной недостаточности. При наступлении беременности первым страдает от гипергликемии плацентарное ложе. Характерно формирование кольцевидной плаценты, гипопластической с добавочными дольками. Возможны сосудистые нарушения, такие как образование одной пупочной артерии вместо двух, формирование артерио- артериальных анастомозов. Практически у всех беременных, страдающих СД, обнаруживают отсутствие гестационных изменений в миометриальных сегментах маточно- плацентарных артерий. Вследствие функциональной недостаточности второй волны инвазии цитотрофобласта эти артерии сохраняют типичное строение стенки: узкий просвет и не могут обеспечить адекватный прирост маточно- плацентарного кровотока в течение второго- третьего триместров. Недостаточность инвазии цитотрофобласта, нарушение плодово- маточного кровотока, некоторые варианты незрелости ворсин считаются начальным звеном в развитии первичной плацентарной недостаточности (ПН). Возникают неполноценность васкуляризации и развития хориального дерева, а отставание в формировании котиледонов, что приводит к снижению функциональной способности плаценты.

Дальнейшее развитие беременности характеризуется замедлением созревания ворсин, задержкой и диссоциацией в их развитии. Из-за наличия незрелых терминальных ворсин осуществляется неполноценный метаболизм и снижается синтез необходимых плацентарных гормонов. Вследствие гипоксии миометрия и недостаточности плацентарного ложа создаются неблагоприятные условия для развития трофобласта и питания эмбриона, что провоцирует прерывание беременности в первом триместре или формирование первичной трофической ПН при пролонгировании. Наличие прегестационного СД у беременных, нарушение клеточного метаболизма и ангиопатии не могут не отразиться на процессах эмбриогенеза (диабетическая эмбриопатия). Избыточное поступление глюкозы от матери к плоду в первом триместре повышает риск усиления перекисного окисления липидов с образованием субстратов, обладающих тератогенным эффектом, что создает угрозу возникновения пороков развития плода. Их частота у матерей с СД вдвое превышает популяцию. По мере увеличения срока беременности существенные предпосылки к формированию аномалий развития плода создает многоводие.

Из числа медикаментов, которые пациенткам с СД приходится принимать (зачастую длительно), во время беременности противопоказаны любые таблетированные сахаропонижающие препараты, ингибиторы АПФ, ганглиоблокаторы и большинство антибиотиков (аминогликозиды, тетрациклины и др.). У 25-60% беременных диагностируют многоводие, в патогенезе которого играют роль как инфекция, с развитием плацентита, так и полиурия плода при развитии у него глюкозурии. Реакция амниона на повышение содержания глюкозы в околоплодных водах иногда является непредсказуемой.

Внутриутробная гибель плода происходит обычно в 36-38 недель беременности. Часто это случается при крупном плоде, кетоацидозе, сосудистых заболеваниях и гестозе. Частота антенатальной гибели плода при гестозе у матерей с СД может достигать 18-45%. При СД у матери характерным феноменом является наличие у новорожденного диабетической фетопатии, чему в немалой степени способствует избыток кетоновых тел, поступающих от матери. Под этим термином понимают симптомокомплекс, включающий характерный вид, функциональную незрелость органов и систем плода, ускорение темпов роста массы тела, высокую частоту аномалий развития, патологическое течение периода новорожденности, высокую перинатальную смертность.

Беременность, развивающаяся на фоне сахарного диабета, относится к группе риска, как для матери, так и для плода. Она утяжеляет течение сахарного диабета, способствует развитию тяжелых осложнений в процессе гестации (преэклампсия, многоводие инфекция). Если до беременности у женщин были сосудистые заболевания, то при беременности наблюдается их прогрессирование, ухудшение течения, ретинопатии, нефро- и нейропатии. При любой форме тяжести диабета возможно развитие диабетического кетоацидоза. При лабильном течении диабета вполне вероятны тяжелые приступы гипогликемии.

Противопоказания к беременности: тяжелая нефропатия с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин, суточной протеинурией 3,0 г и более, креатинином крови более 120 ммоль/л, артериальной гипертензией; ишемическая болезнь сердца; прогрессирующая пролиферативная ретинопатия. Беременность нежелательна, если возраст женщины старше 38 лет, диабетический кетоацидоз развивается в ранние сроки беременности; диабет у обоих супругов; диабет сочетается с резус-сенсibilизацией, активной формой туберкулеза, наличием хронического пиелонефрита; в анамнезе при хорошо компенсированном диабете отмечены повторные случаи гибели плода или рождение детей с пороками развития.

Подготовка к беременности должна предусматривать проведение комплексного гинекологического, эндокринологического, нефрологического, офтальмологического и неврологического обследования. Подбор и коррекция дозы инсулина проводится совместно с эндокринологом. Обследование включает:

- определение уровня гликемии натощак (должно быть не более 3,5-5,5 ммоль/л перед едой и не более 5,0-7,8 ммоль/л после приема пищи);
- определение в динамике АД, и если пациентка получала ингибиторы АПФ (ангиотензин- превращающие факторы), их необходимо отменить, т.к. они противопоказаны при беременности из-за риска развития анурии и гипоплазии легких у плода, маловодия у матери, необходимо перейти на безопасные для плода гипотензивные средства- блокаторы кальциевых каналов- метилдопа (допегит, гидралазин);
- исследование липидного спектра крови;
- оценка гемостазиограммы;
- анализ мочи на микроальбуминемию;

- ЭКГ, УЗИ печени, почек, молочных желез, органов малого таза;
- исследование на наличие вагинальной и/или цервикальной инфекции.

По мере формирования плаценты, роста и развития плода обязательным условием являются поддержание адекватного маточно-плацентарного кровотока и максимальное нивелирование риска развития хронической гипоксии и метаболического ацидоза в тканях плаценты.

Комплекс патогенетически обоснованной терапии плацентарной недостаточности предполагает:

- коррекцию рациона (диета должна быть обогащена железом, белками и полиненасыщенными жирными кислотами);
- применение антиоксидантов (витамин Е, аскорбиновая кислота);
- использование средств, улучшающих реологические свойства крови (дипиридамол, пентоксифиллин);
- применение стимуляторов биосинтеза белка, средств защиты мембран и увеличения уровня АТФ в клетке (актовегин, фосфолипиды, хофитол);
- нормализацию функции кишечника, устранение запоров;
- поддержание нормобиоценоза влагалища;
- обязательную санацию имеющихся очагов инфекции, в том числе доказанной мочеполовой инфекции с последующим восстановлением биоценоза влагалища (дотация лактобактерий, нормализация рН).

Проблема сахарного диабета и беременности остается одной из важных проблем современного перинатального акушерства. Перспективы дальнейших исследований связаны с расширением возможностей выделения группы риска и ранней диагностики нарушений углеводного обмена у беременных с гестационным сахарным диабетом, оптимизацией прегравидарной подготовки и ведения беременности у женщин, страдающих сахарным диабетом.

Литература:

1. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. – 454 с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Клинические рекомендации по эндокринологии. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007.- 455 с.
3. Женская консультация: Руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. Изд. 3-е испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 472 с.
4. Национальные стандарты оказания помощи больным сахарным диабетом (Электронный документ) (<http://www.diabet-news.ru/doc/14.shtml>).

5. Сахарный диабет и беременность (В.Э. Ванушко и др.) // Проблемы эндокринологии. – 2006. - №3. – С. 50-56.
6. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. – М.: Медпресс-информ, 2007. – С. 211-244.
7. Шехтман М.М., Варламова Г.М., Бурдули Г.М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных. – М.: Триада-Х, 2001. – С. 174-242.
8. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Изд. 3-е. – М.: Триада-Х, 2005. С. 674-694.
9. American Diabetes Association. Medical management of pregnancy complicated by diabetes. Ed. 3, 2007: 175 p.
10. Garducchi A.A., Corrado F. Sobbrío G. Glucose tolerance and insulin secretion in pregnancy // Diabet. Nutr. Metab., 1999; 12 (4): 264-270.

Н.А. Липлавк, М.А. Звычайный

ГОУ ВПО Уральская государственная

медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

МУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ И ЕГО КОРРЕКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН

Доказано, что дефицит половых стероидов (ДПС), наблюдающийся у больных при патологическом климактерии и при кастрационной болезни, может дестабилизировать гомеостатический контроль и привести к ранней и (или) ускоренной инволюции не только половых желез, но и отдельных тканей, органов и систем, деятельность которых неразрывно связана с состоянием репродуктивной системы, в том числе, опорно-двигательного аппарата (ОДА), так как, на сегодня установлено, что костная и соединительная ткань является третьим «органом-мишенью» для воздействия половых стероидов [5]. С другой стороны, среди патологии ОДА из ведущих мест занимают заболевания, связанные с дегенеративно-дистрофическими и метаболическими изменениями в костно-мышечной системе и соединительной ткани, часто сопровождающиеся развитием костно-болевых синдромов в спине и конечностях различной степени выраженности, существенно снижающих качество жизни женщин (КЖ) [1,3]. Такими заболеваниями являются остеопороз (ОП) и остеохондроз (ОХ) [4,5]. На сегодня подтверждено, что заместительная гормональная терапия (ЗГТ) является единственным патогенетически обоснованным методом лечения и профилактики ДПС [2]. Однако, в современной литературе данные по влиянию длительной ЗГТ на состояние костной ткани единичны и противоречивы, а по влиянию на соединительную ткань – отсутствуют

вообще. Более того, не проводилось анализа влияния ЗГТ на болевой синдром в позвоночнике и периферических костях, являющийся первопричиной ухудшения КЖ у данного контингента пациенток.

Вот почему, **целью** нашей работы явилось выяснение влияния ДПС у женщин на состояние ОДА и КЖ, а также возможностей их коррекции современными препаратами ЗГТ.

Материалы и методы

Нами на базе Городского эндокринологического центра МУ ГКБ № 40 г.Екатеринбурга было проведено комплексное обследование 303 пациенток. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (25-35 лет). Остальные обследуемые (273 пациентки) с ДПС (установленным при гормональном обследовании), в зависимости от варианта развития ДПС были распределены в следующие группы: **I группа** - 22 женщины в возрасте 45-60 лет с физиологически протекающим климактерием; **II группа** - 143 женщин в возрасте 45-60 лет, имеющих клинические проявления типичной формы климактерического синдрома; **III группа** - 108 женщин репродуктивного возраста (26-34 года), перенесших двухстороннюю оварио- или аднексэктомию с гистерэктомией или без нее.

Женщинам II и III групп была назначена ЗГТ: Эстримакс получали 18 женщин, Эстрожель - 37, Климен - 31, Климонорм – 30, Фемостон 2/10 -17, Фемостон 1/5- 21, Паузогест- 33 и Ливиал- 35 пациенток. У 51 больной ЗГТ не проводилась в связи с их отрицательным отношением к гормонотерапии, и они составили группу сравнения.

Комплексная характеристика болевого синдрома в позвоночнике и периферических костях скелета у всех женщин нами проводилась на основании субъективной и объективной оценки боли. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) выяснялась при проведении денситометрии поясничного отдела позвоночника (L₂-L₄) и проксимального отдела бедренной кости на двухэнергетическом рентгеновском костном денситометре “Lunar” (США) в УрНИИТО. Врачом - неврологом первично и при каждом рецидиве болевого синдрома оценивался вертебрологический статус пациенток и выраженность рентгенологических признаков ОХ при рентгенографии позвоночника в боковой проекции. КЖ у всех обследованных женщин нами оценивалось по опроснику “Уровень социальной фрустрированности” и авторской шкале «Комплексная оценка

степени влияния болевого синдрома в спине и костях периферического скелета на качество жизни пациенток».

Результаты и их обсуждение

В сравнении со здоровыми женщинами репродуктивного возраста, для обследованных с физиологическим климактерием свойственны: начальные проявления закономерной возрастной инволюции в состоянии ОДА (у всех – нормальная МПКТ, отсутствует распространенный ОХ) и практически полное отсутствие болевых ощущений, как в позвоночнике (93,8%), так и в периферических костях скелета и, следовательно, отсутствие влияния болевого синдрома на КЖ ($0,7 \pm 0,65$ баллов, $p \leq 0,01$).

Для больных с климактерием, протекающим патологически, характерно: наличие ускоренных инволюционно-дегенеративных процессов в ОДА (снижение плотности костной ткани – у 93%, распространенный ОХ – 64,5%), болевой синдром (у 99,0% пациенток), преимущественно сильной или средней интенсивности ($25,5 \pm 6,5$ балла, $p \leq 0,001$), локализующийся во всех отделах позвоночника, с распространением на пояс верхних и нижних конечностей, с частым рецидивированием (76,9%) и негативно влияющий на КЖ ($2,5 \pm 0,84$ балла, $p \leq 0,001$).

Для пациенток репродуктивного возраста, подвергнутых хирургическому удалению яичников, типичными являются: грубые инволюционно-дегенеративные отклонения в состоянии ОДА, отличающиеся ранним для данной возрастной группы характером и быстро прогрессирующим течением (снижение МПКТ вплоть до остеопении и ОП – у 96,3%, распространенный ОХ – у 65,7%), болевой синдром (у всех пациенток), имеющий тенденцию как к нарастанию интенсивности ($14,8$ балла, $p \leq 0,001$), так и к генерализации, частое рецидивирование болевого синдрома (до 4-5 раз в году у 18,5%), оказывающего крайне негативное влияние на КЖ ($3,8 \pm 0,79$ балла, $p \leq 0,001$).

В ходе проведения исследования нами выявлено, что при дифференцированном применении у женщин с ДПС все изученные нами современные препараты ЗГТ (Эстримакс, Эстрогель, Климонорм, Климен, Фемостон 1/5, Фемостон 2/10, Паузогест, Ливиал) существенно улучшают состояние ОДА (препятствуют дальнейшему прогрессированию потери костной ткани и даже восстанавливают уже утраченную костную массу - у 86,2% пациенток ($p \leq 0,001$), препятствуют генерализации ОХ - у 89,7%), уменьшают интенсивность боли ($p \leq 0,001$), способствуют снижению частоты рецидивов болевого синдрома в позвоночнике и периферических

костях ($p \leq 0,001$) и улучшают КЖ за счет не только купирования основных клинических проявлений ДПС, но и за счет уменьшения влияния болевого синдрома в позвоночнике и периферических костях ($p \leq 0,001$).

ВЫВОДЫ

На основании полученных результатов нами сделаны следующие выводы:

Во-первых, различные варианты ДПС оказывают хотя и не равноценное, но однонаправленное влияние на состояние ОДА, следствием чего является возникновение болевого синдрома в позвоночнике и костях периферического скелета, значительно ухудшающего общее состояние и КЖ женщин.

Во-вторых, ЗГТ предупреждает развитие ранних и/или ускоренных метаболических изменений в ОДА и способствует коррекции уже имеющихся отклонений в его состоянии: препятствует прогрессированию остеопении, ОП и дегенеративно-дистрофических изменений соединительной ткани, восстанавливает уже утраченную МПКТ, эффективно уменьшает выраженность болевого синдрома в позвоночнике и периферических костях и снижает количество его рецидивов, тем самым повышая КЖ пациенток.

Литература:

1. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности/ Л.И. Вассерман //Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.- 1995. -№2.-С. 73-79, 56 - 59.
2. Возможности гормонотерапии у больных с различной гинекологической патологией: пособие для врачей/ под ред. В.П. Сметник. -М.,2003.-16с.
3. Герасимов А.А. / Диагностика заболеваний с помощью кожной электрометрии./А.А. Герасимов, В.К. Широкого.//Метод.рекомендации.- Свердловск,1990.-10с.
4. Григорьева В.Н. Дистрофические поражения позвоночника/ под ред. А.Н.Беловой // Нейрореабилитация.-М.:Антидор,2000.-568с.
5. Дедов И.И. Остеопороз: патогенез, диагностика, принципы профилактики и лечения: метод.пособие / И.И. Дедов, Л.Я. Рожинская, Е.И Марова.-М.,2002.-60с.

О.С. Лоханова, С.В. Хлыбова
ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров
ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия Росздрава, г. Киров

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

В последние годы ожирению, как междисциплинарной проблеме посвящено большое число исследований [3, 9, 10,12 13, 11, 18, 19, 24, 25]. Ожирение, как хроническое заболевание сопровождается развитием таких тяжелых заболеваний, как сахарный диабет типа 2, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, рак толстой и прямой кишки, рак шейки матки, яичников, молочных желез и, следовательно, представляет серьезный риск для здоровья женщин любого возраста [4, 15, 9, 11].

Известно [3, 9, 10,12 13, 11, 18, 19, 24, 25], что ожирение тесно связано с нарушением репродуктивной функции. Так показано [4, 6, 11, 13, 15], что у женщин с ожирением часто отмечаются дисфункциональные маточные кровотечения, олигоменорея, аменорея, первичное и вторичное бесплодие, высокая частота гинекологических заболеваний. Не менее важными являются проблемы влияния ожирения на течение гестационного процесса [1, 3, 5, 10, 12, 13, 18, 19, 20, 22]. Известно, что увеличивается частота невынашивания беременности [10], развития гипотрофии плода [12,13], гестозов [1,3,10,12,13,19], осложнений в родах и послеродовом периоде [10,12]. Отмечено [1,4,10], что у женщин с ожирением высока доля репродуктивных потерь. По данным Batashki I. и соавт. (2006), 33,3% женщин вступают в беременность с избыточным весом или ожирением, а к концу беременности процент женщин страдающих избыточной массой тела достигает до 72,94%. Следовательно, пациентки, обращающиеся к акушеру - гинекологу по поводу различных гинекологических заболеваний, и беременные с сопутствующим ожирением требуют особого подхода [11].

Развитие ожирения неразрывно связано с нарушениями пищевого поведения [8, 14]. По мнению ряда исследователей [7, 8, 14], пищевое поведение — это компонент образа жизни и действий биологического существа, включающий в себя поиск, выбор, приготовление и поглощение пищи, а также все условия и ритуалы, сопровождающие эти процессы, и их

последствия для организма. Выделяют три вида пищевого поведения – ограничительный, эмоциогенный и экстернальный.

Ограничительное пищевое поведение характеризуется чрезмерным пищевым самоограничением и бессистемными строгими диетами, к которым время от времени прибегают все больные ожирением. Периоды ограничительного пищевого поведения сменяются периодами переизбытка с новым интенсивным набором веса.

При эмоциогенном типе пищевого поведения стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому что голоден, а потому что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т.д. Образно говоря, человек с эмоциогенным пищевым поведением «заедает» свои горести и несчастья.

При экстернальном пищевом поведении желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом, текстурой либо созерцанием того, как едят другие.

Любые отклонения в пищевом поведении наиболее актуальны у беременных женщин с сопутствующим ожирением, так как для плода организм матери является фактором окружающей среды, поэтому дефекты метаболизма у беременных могут быть связаны с неблагоприятным течением беременности и родов. Однако, до настоящего времени остается открытым вопрос об особенностях пищевого поведения у беременных женщин, страдающих ожирением, а именно являются ли те или иные пищевые предпочтения женщин во время беременности физиологическими потребностями или это может привести к развитию метаболических нарушений?

Целью нашего исследования явилось изучение пищевого поведения беременных женщин, страдающих ожирением.

Нами обследовано 46 беременных женщин, в том числе 14 (группа 1) с нормальной массой тела (средний ИМТ - $20,5 \pm 0,5$), 9 женщин (группа 2) с избыточной массой тела (средний ИМТ - $26,8 \pm 0,05$), 14 женщин (группа 3) с ожирением 1 степени (средний ИМТ - $31,9 \pm 0,5$) и 9 женщины (группа 4) с ожирением 2 степени (средний ИМТ - $37,0 \pm 0,6$). Все респондентки имели срок гестации до 12 недель и не страдали токсикозом 1 половины беременности. Для исследования был использован голландский опросник DEBQ. Средний возраст пациенток составил от $25,2 \pm 0,9$ до $27,2 \pm 0,9$ лет и достоверно не отличался между группами. По весу, индексу массы тела,

объему талии и объему бедер женщины всех групп достоверно отличались между собой ($p < 0,001$). Анализируя данные, полученные при заполнении опросника DEBQ, отметили, что ограничительный тип пищевого поведения, был типичен для женщин, имеющих избыточную массу тела и ожирение 1 и 2 степени ($2,7 \pm 0,1$ балла в группе 2; $2,7 \pm 0,2$ балла в группе 3; $2,8 \pm 0,2$ балла в группе 4). У беременных группы 1 нарушений типа пищевого поведения не отмечалось ($2,4 \pm 0,2$ балла). Однако, достоверной разницы средних показателей не получено ($p > 0,1$). У 100% женщин с ожирением 2 степени и у $77,8 \pm 13,9$ % женщин с избыточной массой тела достоверно чаще отмечался ограничительный тип пищевого поведения по сравнению с беременными, имеющими нормальную массу тела ($35,7 \pm 12,8$ %, $p < 0,05$). У женщин с ожирением 1 степени реже отмечался ограничительный тип пищевого поведения по сравнению с женщинами с ожирением 2 степени ($64,3 \pm 12,8$ % против 100%). Эмоциогенное пищевое поведение, отмечалось у женщин с нормальной массой тела ($1,9 \pm 0,2$ баллов) и у женщин с ожирением 1 степени ($2,2 \pm 0,2$ балла). У женщин с избыточной массой тела и беременных с ожирением 2 степени данный тип пищевого поведения не наблюдался. В процентном соотношении женщины всех групп не отличались по частоте встречаемости эмоциогенного пищевого поведения ($p > 0,1$)

По шкале экстернального пищевого поведения беременные всех групп имели более высокие балльные показатели по сравнению со средними показателями ($3,1 \pm 0,2$ баллов в группе 1; $3,0 \pm 0,1$ баллов в группе 2; $3,4 \pm 0,2$ баллов в группе 3; $3,3 \pm 0,03$ баллов в группе 4 против $2,7$ баллов). Достоверные отличия в баллах имели между собой женщины с избыточной массой тела и женщины с ожирением 2 степени ($3,0 \pm 0,1$ балла против $3,3 \pm 0,03$ балла, $p < 0,05$). По частоте встречаемости экстернального типа пищевого поведения достоверные различия выявлены между женщинами с ожирением 2 степени и женщинами с нормальной массой тела (100% случаев против $71,4 \pm 12$ % соответственно, $p < 0,05$).

Таким образом, согласно нашим данным, у всех беременных женщин, независимо от массы тела, были выявлены те или иные нарушения пищевого поведения. У беременных женщин группы 1 (средний ИМТ- $20,5 \pm 0,5$) и группы 3 (средний ИМТ - $31,9 \pm 0,5$) отмечались эмоциогенный и экстернальный типы пищевого поведения. Мы считаем, что эмоциогенный тип пищевого поведения может формироваться при ожидании рождения ребенка. Многие женщины имеют проблемы в репродуктивной сфере, поэтому при получении беременности они находятся в ожидании очень

значимого события в их жизни, не всегда уверены в благоприятном исходе, в связи с чем «заедают» свои волнения и переживания. Для беременных женщин группы 2 (средний ИМТ - $26,8 \pm 0,05$) и группы 4 (средний ИМТ - $37,0 \pm 0,6$) характерны ограничительный и экстернальный типы пищевого поведения. Можно предположить, что частая встречаемость экстернального типа пищевого поведения во всех группах связана с перестройкой пищевых предпочтений с момента наступления беременности. Женщины стараются дать «полезные» продукты своим будущим детям. Некоторые женщины боятся набрать лишние килограммы за время беременности и стараются ограничивать себя в продуктах питания, которые, по их мнению, ведут к увеличению массы тела. Таким образом, у них формируется ограничительный тип пищевого поведения.

Заключение. Наши исследования показали, что при беременности как у женщин с нормальной массой тела, так и у беременных с избыточной массой тела и ожирением имеются различные нарушения пищевого поведения. В одних случаях (при нормальной массе тела) это может быть проявлением адаптации к гестационному процессу, а в других (при наличии ожирения и избыточной массы тела) – быть причиной дальнейших метаболических нарушений на протяжении беременности и послеродового периода.

Литература:

1. Багрий Е. Г. Оптимизация пренатальной подготовки и родоразрешения многорожавших женщин с ожирением // Автореф. дисс. канд.мед. наук. - Ростов-на-Дону, 2004. – 19 с.
2. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Международный эндокринологический журнал. – 2007. – Т.3, № 9. – С. 31-34
3. Голикова Т.П., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. и соавт. Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением // Вест. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов. -1999. - № 2 – С. 22-24
4. Кан Н. И. Репродуктивное здоровье женщин при ожирении // Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Москва, 2004. - 46 с.
5. Качалина Е. С., Сошников А. В., Гречканев Г. О. Влияние медицинского озона на течение беременности и родов у женщин с экзогенно-конституциональным ожирением //Акушерство и гинекология. – 2002. - №3. - С. 21-25
6. Крапивина Н.А., Артымук Н.В. Методы коррекции избыточной массы тела у женщин с ожирением и нарушением менструального цикла // Мать и дитя в Кузбассе. – 2003. - №3.- С. 24
7. Кудашева В. А., Малахова А. В., Никитенко Е. И. Диетотерапия при ожирении //Медицинская помощь. – 2001. - №5. - С. 42-45.
8. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога – М.:ЭКСМО, 2007. – 1040 с.
9. Мкартумян А.М., Бирюкова Е.В, Стрюк Р.И. и соавт. Ожирение – заболевание, которое можно вылечить// Медицинский совет. – 2007. - № 2. – С. 20-23.

10. Омарова П. М. Особенности течения беременности, состояния плода и новорожденного при сочетании железодифецитной анемии и ожирения // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва, 2006.- 21 с.
11. Прилепская В. Н. Поликлиническая гинекология—М.:МЕДпресс-информ,2005.—640 с.
12. Панова Л. Ю. Особенности течения беременности и родов при ожирении различного генеза // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Пермь, 2005. – 24 с.
13. Прохорович Т.И. Особенности профилактики осложнений беременности у женщин с ожирением // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2005. – 25 с.
14. Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса // Дис. канд. психол. наук. - Санкт-Петербург, 2005.
15. Санта-Мария Фернандес Д.О. Принципы терапии нарушений менструального цикла у подростков и молодых женщин с ожирением // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва, 2008. – 24 с.
16. Старостина Е. Г. Принципы рационального питания в терапии ожирения Ч 1.//Кардиология. – 2001. - №5. – С. 94 – 99.
17. Старостина Е. Г.Принципы рационального питания в терапии ожирения Ч 2.//Кардиология. - 2001. - №8. – С. 87 – 92.
18. Чернуха Г.Е. Ожирение как фактор риска нарушений репродуктивной системы у женщин.// Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, №6. –С. 8-10
19. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание третье – М.: «Триада», 2005. – 816 с.
20. Grossetti E., Beucher G., Regeasse A. et al. Obstetrical complications of morbid obesity// Gynecol.Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2004. – Vol. 33, № 8. – P.739-744.
21. Musaiger A. Overweight and obesity in the Eastern Mediterranean Region: can we control it? // East Mediterr Health J. – 2004. - Vol. 10, № 6. – P. 789-793.
22. Brennand E., Dannenbaum D., Willows N. Pregnancy outcomes of First Nations women in relation to pregravid weight and pregnancy weight gain // J. Obstet. Gynaecol. Can.- 2005. - Vol. 27, № 10. - P. 936-944.
23. Fiala J., Egan J., Lashgari M. The influence of body mass index on pregnancy outcomes // Conn. Med. – 2006. - Vol. 70, № 1. – P.21-23.
24. Rubenstein A. Obesity: a modern epidemic// Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc. – 2005. - Vol. 116. – P. 103-111; discussion 112-113.
25. Batashki I., Topalovska D., Milchev N. et al. Obesity and pregnancy // Akush. Ginekol. (Sofia). – 2006. - Vol. 45, № 1. - P.14-18.

Д.А. Никулин, Н.В. Свинцова

*ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров*

ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ТРЕХ СЛУЧАЕВ ВОДЯНКИ ПЛОДА

Введение. Водянка плода является терминальной стадией целого ряда внутриутробных болезней и представляет собой значительное скопление транссудата в двух и более пространствах (кожа, плевральная полость, перикард, брюшная полость, плацента, плодный пузырь). Это полиэтиологическое заболевание, которое часто заканчивается гибелью плода внутриутробно или сразу после рождения. В настоящее время,

несмотря на достижения интенсивной терапии, водянка плода по-прежнему ассоциируется с высокой смертностью, которая по данным литературы составляет в целом около 40% [2,3,5]. Риск смерти новорожденных зависит от основного диагноза, степени недоношенности и тяжести состояния при рождении. Наиболее высокая летальность отмечается среди младенцев с врожденными аномалиями, а наиболее низкая среди детей с врожденным хилотораксом [2]. Дородовая диагностика, оценка состояния плода, применение методов фетальной терапии, акушерская тактика ведения беременности и родов при водянке плода, оказание помощи новорожденному являются актуальными проблемами в современной перинатальной медицине. Здесь помимо сугубо медицинских встают сложные этические аспекты, касающиеся консультирования родителей о возможности вынашивания беременности и оказания реанимационной помощи новорожденному. Реанимация в случае живорождения гидропического плода всегда проводится в полном объеме, но часто невозможно ответить на вопрос: не пытаемся ли мы спасти ребенка обреченного на гибель в виду исходно неизлечимого заболевания? По нашему мнению знание клинических исходов беременности и родов, результатов лечения новорожденных и изучение отдаленных исходов важны для заинтересованных специалистов, как в плане обмена опытом ведения пациентов, так и консультирования будущих родителей при угрозе развития водянки плода. В настоящей статье мы представляем наши наблюдения о трех случаях рождения новорожденных с врожденной водянкой в Кировском областном клиническом перинатальном центре, которые, несмотря на различия по этиологии и исходам, были объединены общими проблемами диагностики и терапии.

Описание клинических наблюдений. Случай 1. Недоношенная девочка родилась при сроке гестации 28 (4/7) недель гестации от 7 беременности 3 родов у женщины 31 года. В истории матери перенесенный сифилис с выздоровлением до наступления настоящей беременности. Группа крови матери O(I) резус-отрицательная. Первая беременность закончилась выкидышем на раннем сроке, от второй беременности родился доношенный здоровый мальчик, 3-я, 4-я и 6-я беременности прерывались медицинскими абортми, от 5-й беременности родился доношенный мальчик, который перенес гемолитическую болезнь по резус-фактору в легкой форме. В ходе настоящей беременности поздняя явка в 20 недель, нерегулярное наблюдение, не обследована. Женщина был доставлена в перинатальный

центр с жалобами на отхождение околоплодных вод при сроке беременности 28,4 недель. По УЗИ выявлено ножное предлежание плода, кардиомегалия, асцит, утолщение плаценты (Рис. 1).

Роды через естественные родовые пути в ножном предлежании. Применялось родовозбуждение окситоцином, пособие по Цовьянову. Вес ребенка при рождении 1800, длина тела 39 см, окружность головы 28, окружность груди 28 см. Оценка по шкале Апгар 2-3-4 балла. В родильном зале была произведена интубация трахеи, ИВЛ мешком Амбу, FiO₂ 100%, далее пациент переведен в ОРИТ на фоне продолжающейся ИВЛ.



Рис.1. УЗИ плод 28,4 нед. Признаки асцита

При осмотре выражена бледность, массивные плотные отеки, подкожные кровоизлияния на теле по типу экхимозов, развернутая нижняя апертура грудной клетки, резко увеличенный в объеме живот (окружность живота 38 см), увеличенная печень и селезенка, спонтанное дыхание неэффективное, тоны сердца глухие, артериальное давление 70/36, пульс 160 в минуту. Обследование при поступлении: группа крови ребенка O(I)Rh положительная (D+ с+). Прямая проба Кумбса - положительная. Тяжелая анемия Hb 57 г/л, RBC 1,36 10¹²/л НТС 19,4% Иммунные антирезусные антитела в титре 1:128. Билирубин в пуповинной крови 86,32 мкмоль/л, прямой 2,58 мкмоль/л. Общий белок 42,2 г/л, Протромбиновый индекс 44,9%, фибриноген 0,7 г/л. КЩС смешанный декомпенсированный ацидоз pH 6,863 PO₂ 52,8 PCO₂ 71,6 сHCO₃ 13,2 BE - 21,1 BE еcf - 20,0 ВВ 26,9. Рентгенологические признаки выраженного отека мягких тканей, респираторный дистресс - синдром 3 ст., кардиомегалия. По ЭХО-КГ не выявлено структурных аномалий сердца.

Клинический диагноз: Гемолитическая болезнь плода по резус-фактору врожденная отечная форма. Респираторный дистресс синдром. Тяжелая асфиксия при рождении. Срок гестации 28,4 недели.

Первые терапевтические мероприятия: обеспечение оптимального температурного режима в условиях инкубатора. Продленная ИВЛ в режиме пациент - триггерной вентиляции А/С. Подбор параметров выполнялся таким образом, чтобы обеспечить приемлемое поддержание вентиляции и оксигенации при минимально достаточном уровне пикового давления. В первые минуты жизни был выполнен абдоминальный парацентез методом «катетер на игле». Удалена асцитическая жидкость дробными порциями в суммарном объеме 280 мл. С целью терапии РДС однократно введен курсурф эндотрахеально. Был обеспечен сосудистый доступ, начата инфузионная терапия. Титрование добутамина в дозе до 20 мкг/кг мин. После первичной стабилизации витальных функций через 3 часа после рождения было выполнено заменное переливание крови (ЗПК) в 2 этапа. Первый этап частичное ЗПК с использованием эритроцитарной массы O(I) Rh отрицательной группы в объеме 80 мл. Частичная коррекция анемии до достижения показателей Hb 112 г/л, Ht 34.7%, Er 3,6 10^{12} /л. Второй этап заменное переливание крови с использованием эритроцитарной массы O(I) Rh отрицательной группы и СЗП АВ(IV) Rh отрицательной группы в соотношении 2:1 в объеме 160 мл. По окончании второго этапа ЗПК общий билирубин сыворотки крови был 59,4 мкмоль/л, Hb 175 г/л Ht 51,6 Er 5,63 10^{12} /л/ Эмпирическая антибактериальная терапия с первых суток (ампициллин и нетромицин). С целью коррекции ацидоза применялся траметамол. В возрасте 1 сутки жизни отмечался высокий почасовой прирост билирубина 17 мкмоль/л час, поэтому было предпринято второе ЗПК в объеме 2 ОЦК по стандартной методике, без осложнений. В последующем требовалась только фототерапия. Максимальный уровень билирубина был зафиксирован в конце 3-х суток жизни и составил 254,7 мкмоль/л за счет непрямой фракции. Состояние ребенка оставалось стабильно тяжелым. Продолжалась посиндромная терапия. В течение первой недели жизни отмечалось накопление асцитической жидкости в брюшной полости, которая периодически удалялась через силиконовый катетер в брюшной полости, в дальнейшем отделяемое прекратилось. За первую неделю жизни за счет схождения отеков отмечалась большая убыль массы тела 35% от веса при рождении. Вес ребенка на 8-е сутки жизни, когда убыль веса была максимальной, составил 1160 гр. На 10 сутки жизни ребенок был переведен

для дальнейшего лечения в Детскую городскую больницу. После 2-х месяцев лечения девочка была выписана домой в удовлетворительном состоянии. При НСГ исследовании у нее не выявлено признаков ВЖК и ПВЛ. При офтальмологическом осмотре была диагностирована ретинопатия недоношенных 1 степени 3 зоны обоих глаз. Оперативного лечения не требовалось. В возрасте 6 месяцев жизни развитие ребенка без грубых нарушений, но наблюдение за ее ростом и развитием будет продолжено.

Случай 2 Недоношенная девочка, срок гестации 33 (2/7) недели от 2 беременности 1 родов у женщины 29 лет. Первая беременность прервана на раннем сроке медицинским абортom. Группа крови матери O(I) резус-положительная. В 17 недель беременности при биохимическом скрининге было выявлено увеличение ХГЧ 4,17 МоМ и нормальный уровень АФП 1 МоМ. При 3-м УЗИ при сроке гестации 32,4 недели был диагностирован двухсторонний гидроторакс, брадикардия у плода ЧСС 116 в мин., многоводие ИАЖ 23,7.(рис.2)

При обследовании беременной в стационаре был выявлен гестационный сахарный диабет в стадии компенсации. Результат серологического обследования на TORCH инфекции отрицательный. При динамической оценке состояния плода прогрессировали признаки гипоксии по КТГ, доплерометрические признаки нарушения плодово-плацентарного кровотока (отсутствие диастолического компонента кровотока). По состоянию плода принято решение о необходимости экстренного досрочного родоразрешения. Роды путем кесарева сечения при сроке гестации 33 недели.



Рис.2 УЗИ плод 32,4 нед. Признаки гидроторакса

Вес ребенка при рождении 2630, рост 42 см, окружность головы 31 см, окружность груди 28 см. Оценка по шкале Апгар 1-5 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: ИВЛ, FiO_2 100%, непрямой массаж сердца, интубация трахеи. Далее ребенок переведен ОРИТ на фоне продолжения ИВЛ. При осмотре бледность, нарушение кожной перфузии, массивные отеки больше выражены в области грудной клетки, плечевого пояса, головы, спонтанное дыхание неэффективное, в легких дыхательные шумы ослаблены, глухие тоны сердца, брадиаритмия ЧСС 80-130 в минуту АД 54/30. Обследование при поступлении КЩС крови декомпенсированный ацидоз pH 6,887, PCO_2 115.7 мм рт.ст., $sHCO_3$ 21.5 ммоль/л, BE -14.4 ммоль/л, BE_{ef} -11.6 ммоль/л, BV 33.6 ммоль/л. Группа крови ребенка B(III) резус положительный. Билирубин пуповинный 19,3 мкмоль/л. Анализ крови Hb 160 г/л, Ht 46,4%, Eг 4,56 10^{12} /л, Лейкоциты 9,8 10^9 /л. Общий белок 30,7 г/л, С-реактивный белок <6 мг/л. При рентгенографии грудной клетки признаки отека мягких тканей, тотальное затемнение легочных полей. ЭХО-КГ не выявила структурных аномалий сердца. Была предпринята диагностическая пункция плевральной полости с выведением 50 мл жидкости.

Терапевтические мероприятия в условиях ОРИТ родильного дома. Обеспечение оптимального температурного режима в условиях инкубатора. Проведение продленной ИВЛ, постоянное двухстороннее пассивное дренирование грудной полости по Бюлау. Инфузионной и трансфузионная терапия, парентеральное питание. Использовалось титрование дофамина и добутамина. Была начата эмпирическая антибактериальная терапия - ампициллин и нетромицин. С целью анальгезии титрование фентанила. После адекватного дренирования плевральных полостей значительно улучшились показатели вентиляции и оксигенации, достигнута стабилизация гемодинамики, восстановление диуреза. По характеру отделяемого из плевральной полости диагностирован хилоторакс. На вторые сутки жизни отмечались пароксизмы судорог. Противосудорожная терапия включала применение сибазона и фенобарбитала. В динамике за счет разрешения отеков отмечалась большая убыль массы тела, которая составила - 740г (28%), вес на 5 сутки жизни 1890 гр. На 6-е сутки жизни при стабильном общем состоянии девочка была переведена для дальнейшего лечения в реанимацию хирургического отделения Детской областной клинической больницы.

Клинический диагноз: Врожденный хилоторакс. Респираторный дистресс синдром. Асфиксия при рождении тяжелой степени. Недоношенность, гестационный возраст 33 недели.

Лечение ребенка было длительным. Основная проблема, которую трудно было решить – накопление большого количества хилезной жидкости в плевральной полости. Успех терапии в конечном итоге определила комплексное лечение, включающее респираторную терапию, полноценную нутритивную поддержку за счет проведения парентерального питания и лечебного энтерального питания и использование соматостатина в лечении хилоторакса. После 2-х месяцев лечения ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии. В возрасте 6 месяцев неврологическое развитие девочки без грубых нарушений, наблюдение за состоянием ее здоровья и дальнейшим развитием продолжается.

Случай 3. Недоношенная девочка, срок гестации 30 (5/7) недель от 5 беременности 2 родов у женщины 29 лет. От 1-й беременности родилась доношенная здоровая девочка, 2-я и 3-я беременности прерваны медицинскими абортами, 4-я беременность закончилась выкидышем на раннем сроке. Поступила в отделение патологии беременности с жалобами на отеки, патологическую прибавку веса в течение 2-х недель, жажду, снижение шевелений плода. Тяжесть гестоза на момент поступления была определена как средней тяжести. Группа крови матери В(III) резус-отрицательная. Иммунные антирезусные антитела не выявлены. При УЗИ диагностирована водянка плода, двойной контур головки и брюшной стенки за счет отека, увеличение размеров печени, многоводие ИАЖ 19,5 см (Рис. 3) Выявлены признаки гипоксии плода по КТГ, доплерометрические признаки нарушения маточно-плацентарного кровотока 1а ст. По состоянию плода было принято решение о необходимости экстренного родоразрешения. Роды путем кесарева сечения. Вес новорожденного при рождении 2200, рост 40см, окружность головы 30 см. Оценка по шкале Апгар 2-5 баллов. В родильном зале ИВЛ, интубация трахеи, абдоминальный парацентез с выведением 100 мл асцитической жидкости с целью абдоминальной декомпрессии. Перевод в ОРИТ на фоне продолжения ИВЛ.



Рис.3 УЗИ Плод 30 нед. Признаки отека мягких тканей, двойной контур головки плода

При осмотре кожные покровы бледно – цианотичного цвета, нарушения кожной перфузии, массивные отеки, увеличенный в объеме живот, значительное увеличение печени, спонтанное дыхание неэффективное, глухие тоны сердца, ЧСС 130 в мин, АД 60/30, геморрагическое отделяемое по желудочному зонду, кровоточивость слизистых и мест punctии кожи. Обследование при поступлении группа крови ребенка АВ(IV) резус отрицательная, иммунные анти А антитела не обнаружены. Прямая проба Кумбса слабоположительная, возможно за счет неспецифической агглютинации. Декомпенсированный ацидоз рН 7,031 PCO₂ 59,7 мм рт.ст., сHCO₃ 15,5 ммоль/л, BE – 15,9 ммоль/л, BEesf – 15,9 ммоль/л BB 32,1 ммоль/л. Пуповинный билирубин 41,5 мкмоль/л.

Тяжелая анемия Hb 42 г/л, Ht 14,8%, RBC 1,36 10¹²/л, тромбоцитоз 724 (макроформы), лейкоциты 11 10⁹/л. Для дифференцирования клеток крови потребовалась консультация гематолога. Лейкоцитарная формула: Бласты - 44%, промиелоциты - 4% миелоциты - 1% палочкоядерные - 1% сегментоядерные - 3% лимфоциты - 39% эозинофилы - 6% базофилы - 2%. Эритробласты 5/100, пронормоциты 10/100, базофильные нормоциты 27/100, полихроматофильные нормоциты 171/100, нормоциты оксифильные 430/100. Сумма бластных клеток с преобладанием мегакариобластов, эритроцитарные элементы с признаками мегалобластности, тромбоциты - преобладают макроформы.

На рентгенограмме органов грудной клетки кардиомегалия, интерстициальный отек легких. При НСГ выявлены двухсторонние ВЖК 3 степени в сочетании с паренхиматозным кровоизлиянием слева. Эхо-КГ

дилатация и снижение сократимости левого желудочка Fs 25%, среднее давление в легочной артерии 39 см рт.ст.

Проводилась посиндромная и симптоматическая терапия. Смерть ребенка наступила на вторые сутки жизни вследствие полиорганной недостаточности. С целью установления причин смерти было проведено патологоанатомическое и гистологическое исследование. Основное заболевание: острый врожденный недифференцированный лейкоз – лейкоэмические инфильтраты в печени, миокарде, поджелудочной железе, головном мозге. Осложнение основного заболевания: геморрагический синдром кровоизлияние в желудочки мозга, бронхолегочное кровотечение, кровоизлияния в серозные оболочки. Неиммунная водянка – анасарка, гидроперитонеум, гидроторакс. Гепатомегалия. Ишемические инфаркты в селезенке. Сопутствующие состояния: недоношенность срок гестации 30 недель.

Обсуждение. По этиологии традиционно выделяют две формы: иммунную и неиммунную водянку плода. Иммунная водянка плода или гемолитическая болезнь плода обусловлена аллоиммунными антиэритроцитарными антителами (к резус-фактору или другим эритроцитарным антигенам). Неиммунная водянка включает очень широкий спектр заболеваний, который постоянно расширяется, так как каждый год описываются новые случаи. Авторы одного систематического обзора на основе анализа публикаций в мировых медицинских журналах смогли обобщить данные о большом числе пациентов (6361 случай) и классифицировать все патологические состояния, которые приводят к водянке по 14-ти категориям [1].

Дифференциально-диагностические группы причин возникновения водянки плода и их относительная частота:

1. Сердечно-сосудистые (21.7%)
2. Гематологические (10.4%)
3. Хромосомные (13.4%)
4. Генетические синдромы (4.4%)
5. Лимфатические дисплазии (5.7%)
6. Врожденные нарушения обмена веществ (1.1%)
7. Инфекции (6.7%)
8. Внутригрудные аномалии (6.0%)
9. Заболевания и аномалии мочевыделительной системы (2.3%)
10. Опухоли вне грудной локализации (0.7%)

11. Патология плаценты и пуповины (5.6%)
12. Аномалии желудочно-кишечного тракта (0.5%)
13. Смешанные причины (3.7%)
14. Идиопатическая водянка (17.8%)

Дородовая этиологическая диагностика водянки плода во всех представленных нами случаях была затруднена. Водянка плода, выявленная при УЗИ диагностике, неспецифична по своей природе, а основное заболевание диагностировано только в ходе обследования новорожденного. Первый случай представляет пациента с врожденной отечной формой гемолитической болезни по резус-фактору, второй случай рассматривается как проявление аномалии лимфатической системы, а третий случай исключительно редкое гематологическое заболевание – врожденный лейкоз.

Плод предрасположен к отекам в виду высокой проницаемости эндотелия, относительно большой емкости интерстициального сектора, значительной зависимости лимфатического оттока от центрального венозного давления. Основной патофизиологический механизм для формирования водянки плода заключается в дисбалансе между выработкой интерстициальной жидкости и скоростью лимфатического отведения. Патологические состояния, разными путями, но воздействуют на одни универсальные звенья патогенеза, приводящие к возникновению отеков. К накоплению жидкости в интерстициальном пространстве приводят застойная сердечная недостаточность, повышение проницаемости капилляров, уменьшение онкотического давления плазмы и нарушения лимфатического оттока. Компенсаторные реакции, направленные на поддержание гомеостаза при гипоксии, вызванной основным заболеванием, направлены на увеличение эффективности извлечения кислорода, перераспределение кровотока к мозгу и сердцу и увеличение сердечного выброса путем увеличения объема циркулирующей крови. В конечном итоге эти компенсаторные механизмы приводят к повышению центрального венозного давления, увеличению гидростатического давления в капиллярах, что способствует транссудации и накоплению жидкости в интерстициальном пространстве и отекам [1,6].

Тяжелая анемия, постепенно развивающаяся при гемолитической болезни плода, приводит к сердечной недостаточности. Экстрамедуллярное кроветворение и застой в печени ведут к сдавлению внутривенных сосудов, венозному стазу и портальной гипертензии, дисфункции

гепатоцитов и ослаблению синтеза альбумина. Поскольку альбумин это преобладающий белок, от которого зависит онкотическое давление плазмы, его снижение увеличивает транскапиллярное перемещение жидкости в интерстициальное пространство. По мере нарастания водянки развивается органомегалия, отек кожи и мягких тканей, трансудат в плевральной полости и полости перикарда, асцит [6].

Врожденный хилоторакс также является одной из причин водянки плода, патофизиологический механизм которой связан с нарушением лимфатического дренажа, накоплением жидкости в грудной полости, сдавлением полых вен и сердца с уменьшением сердечного выброса и развитием сердечной недостаточности. Врожденный гидроторакс, кроме того, может стать причиной гипоплазии легких [1].

Если основная причина не может быть устранена пренатально, то водянка неуклонно прогрессирует. Плод может погибнуть внутриутробно тяжелой вследствие анемии и недостаточности кровообращения. В случае живорождения требуется реанимационная помощь. Адекватное самостоятельное дыхание не устанавливается вследствие отека легких, ограничений экскурсии диафрагмы и грудной клетки из-за плеврального выпота, асцита и повышенной ригидности тканей. Кроме того, сразу после рождения развиваются расстройства дыхания из-за гипопластических легких и респираторного дистресс синдрома новорожденных. В тяжелых случаях отмечается геморрагический синдром вследствие угнетения тромбоцитопоэза и снижения факторов свертывания крови, синтез которых происходит в печени, развития ДВС синдрома [6].

Выводы:

1. Водянка плода является жизнеугрожающим состоянием.
2. Ранняя диагностика и выявление этиологического фактора водянки плода позволяет оценить прогноз и определить возможности и тактику лечения этой патологии.
3. До уточнения диагноза приведшего к водянке плода нельзя ориентировать женщину на неизбежный летальный исход у будущего ребенка.
4. Лечение и родоразрешение женщин с водянкой плода должно проводиться только в клинике обладающей современными технологиями пренатальной диагностики и внутриутробной терапии плода.

5. Успешное лечение коррегируемой водянки зависит от уровня развития неонатальной реанимации и неонатальной хирургии в области.
6. В снижении перинатальной заболеваемости и смертности от гемолитической болезни по резус — фактору важна система мер профилактики анти D изоиммунизации.

Литература:

1. Bellini C, Hennekam RCM, Fulcheri E, Rutigliani M, Morcaldi G, Boccardo F, Bonioli E. Etiology of nonimmune hydrops fetalis: A systematic review. Am J Med Genet 2009. Part A 149A:844–851. <http://www.sepeap.org/archivos/pdf/11373.pdf>
2. Matthew E. Abrams, Keith S. Meredith, Paula Kinnard and Reese H. Clark Hydrops Fetalis: A Retrospective Review of Cases Reported to a Large National Database and Identification of Risk Factors Associated With Death. Pediatrics 2007;120;84-89 <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/1/84>
3. Trainor B. and Tubman R. The Emerging Pattern Of Hydrops Fetalis - Incidence, aetiology and management. Ulster Med J. 2006 September; 75(3): 185–186.
4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1891778/>
5. Курцер М. А., Гнетецкая В. А., Мальмберг О. Л. и др. Неиммунная водянка плода: диагностика и тактика. Акушерство и гинекология, 2009; 2; стр. 37-40
6. Ричард Э. Берман, Роберт М. Клигман, Хал Б. Дженсон Педиатрия по Нельсону, 17 издание. М.:ООО «Рид Элсивер», 2009, Т1. - 824с.
7. Н.П. Шабалов Неонатология– 3-е изд., М. Медпрес-информ, 2004, Т2. стр. 124-147.

Д.А. Никулин

*ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров*

МЕТОД КЕНГУРУ В ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Метод «кенгуру» заключается в том, что детей ежедневно, от одного до нескольких часов в день, выкладывают на грудь мамы или папы, при этом физический контакт поддерживается наиболее тесный «кожа-к-коже». Для тех, кто впервые слышит такие выражения как «метод кенгуру», «кенгурить» слова звучат очень непривычно, даже шуточно, но вскоре становятся абсолютно понятными и очень хорошо принимаются всеми родителями. История метода «кенгуру» насчитывает уже несколько десятков лет. Еще в 70-е годы педиатры Эдгар Рей и Гектор Мартинец в Колумбии из-за недостатка инкубаторов пытались спасти недоношенных младенцев от переохлаждения самым простым и естественным способом - согреть теплом у груди матери. Само название «кенгуру» родилось по аналогии с наблюдаемым в природе способом вынашивания детеныша кенгуру. Опыт оказался удачным и метод «кенгуру» начал широко распространяться изначально в развивающихся странах Африки и Азии. Благодаря

применению «кенгуру», сотрудникам международной гуманитарной организации "Врачи без границ" удавалось выхаживать даже недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 грамм при отсутствии специального медицинского оборудования в лагерях беженцев во время гражданской войны в Кот-д'Ивуаре в 2004-2005 годах [2]. Сегодня все чаще обращаются к этому методу выхаживания, но уже не только в развивающихся странах, но и в странах с высокоразвитой медицинской помощью, где нет недостатка в медицинской технике. «Кенгуру» идеально сочетает различные воздействия, причем его влияние происходит совершенно естественно.

1. Мягкая стимуляция всех органов чувств. Ребенок в момент тесного контакта с мамой ощущает поглаживания, прикосновения, слышит биение сердца и голос мамы, улавливает запах грудной железы, грудного молока, запахи тела. Покачивания стимулируют чувство равновесия, ощущение положения тела в пространстве и движения. Многие из этих ощущений уже знакомы и близки ребенку по чувственному опыту внутриутробной жизни и действуют успокаивающе.
2. Существенно снижается восприятие боли недоношенным ребенком настолько, что контакт кожа-к-коже можно использовать как способ безмедикаментозного обезболивания таких малых процедур как, например, прокол кожи при выполнении анализа крови.
3. Помогает в установлении отношений между ребенком и родной семьей, воспитывает чувство родительства.
4. Способствует сохранению грудного вскармливания.
5. Повышает самооценку и уверенность родителей в том, что они в силах помочь своему малышу.
6. Дарит время спокойствия и тишины, дает эффект релаксации и восстановления психологического равновесия после сильнейшей травмы, которую причиняют родильнице преждевременные роды.
7. Повышается осведомленность родителей в вопросах выхаживания и лечения недоношенных детей.
8. Повышается уровень доверия и взаимодействия родителей с медицинским персоналом отделений новорожденных.

Научные исследования, проведенные в разных странах в течение последних 30-ти лет, не выявили ни одного факта, когда бы применение метода кенгуру причинило какой-либо вред ребенку или матери. Ребенок не

только не охлаждается, находясь на груди мамы, но его температура даже повышается, а сердечная деятельность и дыхание остаются стабильными [1].

В исследованиях, вошедших в систематический обзор из базы данных Кокрейна, было показано, что при «кенгуру выхаживании» у недоношенных детей уменьшаются эпизоды апноэ, они быстрее набирают вес, раньше начинают сосать грудь, у них реже отмечаются заболевания органов дыхания в первые 6 месяцев жизни. В отделениях, где практикуется метод «кенгуру» меньшая заболеваемость новорожденных госпитальными инфекциями. Участвовавшие в «кенгуру» мамы дольше кормят своих детей грудью, более уважительно относятся к работе врачей и детских медицинских сестер. Научные исследования в настоящее время продолжаются и касаются изучения влияния «кенгуру» на физиологические изменения в организме ребенка, на неврологическое и эмоциональное развитие детей и детско-родительские отношения. Изучаются и другие аспекты, даже экономическая рентабельность и влияние «кенгуру» на такие явления как жестокое отношение к детям, беспризорность и сиротство [1,3].

Несмотря на все вышесказанное «кенгуру» нельзя предлагать рутинно всем без учета состояния здоровья, особенностей реагирования ребенка и отношения родителей. Противопоказаниями могут быть, например, тяжелый сепсис, свежие внутричерепные кровоизлияния 3-4 степени, потребность в дыхании кислородом с концентрацией более 40%, сложная фиксация венозного или артериального катетера. Как правило, «кенгуру» допускается только после стабилизации состояния. Но также совершенно неверно ставить метод кенгуру в зависимость от массы тела и возраста недоношенного ребенка или, например, от необходимости проведения аппаратной искусственной вентиляции легких. Было бы целесообразным каждый раз решать этот вопрос строго индивидуально [4].

В публикациях об опыте применения метода кенгуру в европейских клиниках можно выделить наиболее взвешенные рекомендации для персонала отделений новорожденных по внедрению и использованию метода кенгуру, то, что можно и нужно использовать в нашей повседневной работе [4,5].

Практические аспекты «кенгуру»

- Поместите рядом с инкубатором или детской кроваткой удобное кресло, в котором спинка позволяет принять полулежачее положение. Это необходимо, чтобы мама не испытывала неудобств, ведь «кенгуру» может длиться не один час. В многоместной палате укромный уголок, где

расположатся мама и малыш можно отделить ширмой. Подход к инкубатору держите свободным, а медицинское оборудование, дыхательные шланги, магистрали систем располагайте таким образом, чтобы не затруднять доступ к ребенку.

- Хорошо спланируйте день, когда планируется пригласить маму, чтобы никакие плановые диагностические и лечебные процедуры не нарушали их покой. Наиболее удобное время предвечернее или вечернее. Взятие крови на анализ можно выполнить в ходе «кенгуру», но делать этого не рекомендуется, чтобы ребенок не испытал неприятного болезненного опыта в момент общения с мамой.
- Перед «кенгуру» расскажите маме в доступной форме о состоянии здоровья ребенка и проводимом лечении. Обязательно заострите внимание на том, что такое апноэ и какая помощь может потребоваться в этом случае. Объясните назначение пульсоксиметра, какие показатели он отображает и диапазон их изменений в норме.
- Поддерживайте общение родителей друг с другом. Возможно, в первое время потребуются помощь маме для того чтобы преодолеть чувство страха и опасения ненамеренно нанести вред такому хрупкому и нежному существу, которое представляет собой недоношенный младенец. Поддержка со стороны родителей, которые уже имеют положительный опыт «кенгуру» весьма поможет.
- Хотя мама предпочтительней, но в роли «кенгуру» могут быть и другие члены семьи, в том числе папа ребенка, а также старшие братья и сестры, если их присутствие не противоречит внутреннему распорядку больницы.
- Обучите родителей гигиеническим правилам в отделении новорожденных. Самое строгое правило, которое должны усвоить все в отделении, мытье и обработка антисептиками рук.
- Посоветуйте маме надеть рубашку или блузу, которую можно легко расстегнуть спереди. При варикозном расширении вен будут полезны компрессионные чулки или эластичный бинт, а во время «кенгуру» возвышенное положение ног. Недоношенный ребенок, как правило, остается совсем голеньким для непосредственного контакта кожа-к-коже. Можно оставить только памперс и шапочку на головке, а поверх укрыть одеялком.
- Сложный момент это перемещение ребенка из инкубатора на грудь мамы. Для выполнения этой процедуры потребуется как минимум два

человека. В начале необходимо оценить поведение ребенка и его готовность к взаимодействию. Перед выкладыванием из инкубатора нужно привлечь внимание ребенка. Для этого осторожно коснитесь его ладонью, дайте почувствовать ваше присутствие. Подождите ответной реакции. Так мы сообщаем, что сейчас произойдет некое событие. Далее ребенка осторожно перемещают, переворачивают на животик и укладывают вертикально на верхнюю часть груди мамы, проверяют положение датчиков аппаратуры слежения и укрывают.

- В первый раз требуется присутствие детской медицинской сестры во время всего сеанса «кенгуру». Ребенок, нуждающийся в дыхательной поддержке, может получать кислород через маску, носовые канюли. Аппаратная искусственная вентиляция легких также не является препятствием, если частота принудительных дыхательных циклов не больше 25 и концентрация кислорода не больше 40%. При проведении сеанса «кенгуру» с вентилируемым пациентом необходимо предельное внимание и готовность к оказанию экстренной помощи. Наготове должен быть набор для интубации трахеи и опытный персонал.
- Необходимо не менее часа, чтобы ребенок полностью адаптировался, поэтому «кенгуру» продолжается обычно от одного до 3-4 часов.

Может быть так, что первый сеанс «кенгуру» и большую часть времени в последующем глубоко недоношенный ребенок будет только спать и не проявлять никакой активности. Но рано или поздно малыш на груди мамы инстинктивно начинает совершать движения в поисках соска. Такое поведение наблюдается даже у недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 грамм. Прикладывание к груди возможно в ходе «кенгуру». При первых попытках сосания маловесный недоношенный ребенок только почувствует вкус и запах молока, не получив сколько-нибудь значимого объема пищи (такое сосание называется непищевым), но это оказывает существенное влияние на развитие и закрепление рефлекса и является первым шагом для грудного вскармливания.

«Кенгуру» прекращают, когда ребенок проявляет чрезмерное беспокойство, когда устает мама, когда замечено значительное отклонение частоты пульса и дыхания у ребенка от нормы и увеличение потребности в дыхании кислородом.

В отделениях новорожденных нашего города метод кенгуру выхаживания еще только начинает свою жизнь. Многие сейчас могли бы возразить: «Почему стали говорить о внедрении нового метода, ведь у нас

всегда в отделениях новорожденных разрешалось родителям брать детей на руки, разговаривать с ними, ласкать, но никогда ранее это не называлось термином «метод кенгуру»? О применении метода «кенгуру» говорят тогда, когда это явление интегрировано в повседневную работу, становится неотделимой частью процесса физической и психологической адаптации недоношенного ребенка к жизни в семье, а родные родители становятся активными участниками выхаживания недоношенного ребенка с первых дней жизни. Это достигается изменением в организации работы неонатальных отделений, созданием условий для совместного пребывания матери и ребенка, обучением родителей, профессиональной подготовкой детских медицинских сестер, социальной и эмоциональной поддержкой.

Литература:

1. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review) Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration
2. Heather Harris A little help from my friends: caring for premature babies in a war zone International Breastfeeding Journal 2007, 2:3
3. Juan Gabriel Ruiz-Peláez, Nathalie Charpak, Luis Gabriel Cuervo Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries BMJ 2004;329:1179–82
4. Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. <http://www.fruehgeborene.de>
5. Frühgeborene in den ersten Lebenswochen. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. <http://www.fruehgeborene.de>

А.А. Олина, Т.И. Карпунина

*ГОУ ВПО Пермская государственная
медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь*

КРИСТАЛЛОГРАФИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ И ВАГИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Изучение феноменов, происходящих при высушивании (драинге) биологических жидкостей считается одним из перспективных направлений современной лабораторной диагностики. Комплексный системный подход к изучению этого процесса с позиций физикохимии, кристаллографии и принципов синергетики разработан и описан В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной [5]. Кристаллизация биологических жидкостей организма – генетически обусловленный процесс, связанный с наличием в них определенных органических и неорганических компонентов [3]. На

основании характера драинга можно объективно судить о химическом составе БЖ, а также об их интегральных поверхностно-активных, сорбционных и осмоактивных свойствах. С помощью специального приема дегидратации капли БЖ получают сухую пленку (фацию), которая представляет собой фиксированный тонкий срез исследуемой жидкости. При переходе в твердую фазу в процессе самоорганизации (дегидратация, замораживание) БЖ структурируются и приобретают устойчивые морфологические формы [1, 4].

Основным достоинством функциональной морфологии биологических жидкостей является получение оригинальных объективных и высоко значимых клинико-диагностических данных, позволяющих выявлять патологические отклонения на самых ранних этапах и контролировать изменения в динамике заболевания.

Любые, как физиологические, так и патологические процессы, протекающие в живом организме, имеют в своей основе специфические белки и другие органические молекулы, которые в процессе самоорганизации БЖ формируют «мозаичные» структуры макроуровня, доступные для визуального анализа.

Кристаллографический метод в настоящее время используется для изучения различных биологических жидкостей: слеза, слюна, моча, пот и др. В доступной литературе мы не встретили данных по исследованию влагалищной жидкости. Разработка способов изучения вагинальной жидкости при различных гинекологических заболеваниях представляет в настоящее время несомненную актуальность. Существующие до сих пор критерии дифференциальной диагностики неспецифических инфекционных процессов во влагалище не учитывают изменений в составе ВЖ. В то же время, постоянство состава любой биологической жидкости (БЖ) поддерживается сбалансированным взаимодействием систем организма, что в целом и обеспечивает гомеостаз, а при локальных процессах изменение состояния специфических секретов более достоверно отражает нарушения в патологическом очаге.

Материалы исследования. Проведено изучение кристаллограмм влагалищной жидкости (ВЖ) 8 пациенток с нормоценозом, 20 - с бактериальным вагинозом. Содержимое влагалища забирали шпателем, затем центрифугировали и супернатант отбирали автоматическим дозатором, с последующим нанесением на предметное стекло. Фации ВЖ получали методом клиновидной дегидратации [6] при комнатной

температуре, относительной влажности воздуха 70% и времени ее формирования 24 часа. Полученный образец фотографировали с помощью бинокулярной лупы МБС-9 и цифровой фотокамеры OLIMPUS. Анализ изображений проводили с применением компьютерной программы IMAGE-PRO+ (1995г.), оценивали разделение фации влагалищной жидкости на центральную, промежуточную и периферическую зоны, их ширину, однородность, расположение и форму кристаллов.

Результаты исследования и обсуждение.

Изображение фации ВЖ условно здоровых пациенток имеет четко выраженное разграничение на зоны. Периферическая зона узкая, содержит единичные аркообразные структуры. Промежуточная - прозрачная, не содержит кристаллов. Структура центральной зоны зернистая, обнаруживаются сфероидные глыбки кристаллов, которые имеют наибольшую концентрацию в центральной части.

При бактериальном вагинозе изменение качественного и количественного состава влагалищной микрофлоры, увеличение продуктов жизнедеятельности анаэробных микроорганизмов приводит к изменениям биохимического состава ВЖ, за счет чего в фации биожидкости увеличивается периферическая зона, в ней отсутствуют аркообразные элементы, но встречаются «токсические бляшки» – маркер распада (деструкции) тканей. Вся центральная часть заполнена папоротникообразными, древовидными кристаллами, промежуточная зона выражена, неоднородна, также содержит кристаллы.

Как известно, в результате дренажа БЖ неорганические вещества скапливаются в центре, а белковые структуры локализуются на периферии фации. Ранее проведенные исследования биохимического состава ВЖ показывают [2], что у здоровых женщин содержание белка составляет 18 мг/л, при этом авторы отмечают, что белок имеет трансудационное происхождение и зависит от состояния слизистой оболочки влагалища. При БВ выявлено увеличение содержания общего белка до 28 мг/л. Также при БВ отмечено 30-кратное увеличение трансферина. В результате исследования содержания иммуноглобулинов нами зарегистрировано достоверное повышение количества IgM. Увеличение содержания белковых фракций в содержимом влагалища приводит к изменению структуры кристаллограммы – расширению периферической зоны.

Согласно имеющимся в литературе данным, эпителий влагалища осуществляет активную реабсорбцию электролитов из влагалищной

жидкости. При БВ клетки эпителия дезинтегрированы, процессы реабсорбции нарушены, что приводит к повышению содержания Na⁺ и хлоридов. Концентрация Na⁺ во ВЖ здоровых женщин составляет 93,36±3,71 ммоль/л, при БВ – 179,81±3,92 ммоль/л, хлоридов – 92,38±3,38 ммоль/л и 178,56 ±4,23 ммоль/л соответственно [2]. Вероятно, такие изменения состава ВЖ приводят к формированию древовидных структур в центральной зоне фации в процессе дегидратации.

Изучение влагалищного содержимого является как фундаментальным, так и прикладным направлением в медицине. Это определяется рядом положений. Во-первых, ВЖ может быть рассмотрена как интегральная среда, по составу которой прямо или косвенно можно судить о состоянии всех отделов женской репродуктивной системы. Во-вторых, находящиеся во влагалище микроорганизмы в результате своей жизнедеятельности продуцируют ряд метаболитов, по содержанию которых можно судить о состоянии биоценоза и прогнозировать развитие и исход воспалительных заболеваний. В-третьих, по ряду некоторых биохимических и биофизических показателей возможно понимание закономерностей формирования патологических процессов [2].

Таким образом, кристаллографический метод может применяться для изучения влагалищной жидкости при инфекционных заболеваниях влагалища. Он является простым в исполнении, отличается высокой информативностью, позволяет документировать полученные результаты и проводить сравнительную оценку данных до и после лечения, а также относится к неинвазивным методам диагностики.

Литература:

1. Новые подходы к оценке кристаллографии биологических жидкостей при патологических процессах различной природы / Т.И. Карпунина, Н.В. Чемурзиева, Э.С. Горовиц // Материалы научной сессии ПГМА.- Пермь, 2008. – С.48-50.
2. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира. – СПб.: ООО «Нева-Люкс», 2001. – 363 с.
3. Клиническое значение кристаллографического и кристаллоскопического метода исследования мочи / Г.В. Плаксина, Г.В. Риманчук, Л.Н. Горчакова // Клиническая лабораторная диагностика.– 1999.– № 10.– С. 34
4. Аутогенные ритмы и самоорганизация биожидкостей / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.– 1996.– №10.– С. 364-371.
5. Шабалин, В.Н. Морфология биологических жидкостей человека / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина.- М.: Хризостом, 2001.
6. Шабалин В.Н. Формообразование кристаллических структур биологических жидкостей при различных видах патологии.- Методические рекомендации Минздрава РФ № 96/165, 1998 г.– 35 с.

А.А. Олина, Н.М. Пирожникова, О.Ю. Дугина
ГОУ ВПО Пермская государственная
медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

В конце XX века в России произошли значительные социальные и экономические изменения, что отразилось на медико-демографической ситуации. Результатом социального и экономического неблагополучия явился так называемый «русский крест», когда в 1991 г. показатель рождаемости впервые оказался меньше показателя общей смертности. В этой связи проблема охраны репродуктивного здоровья населения приобрела особую значимость [3, 4].

Материал и методы исследования. Проведен анализ демографических показателей (численность населения, половой, возрастной состав населения города Перми, число родившихся и умерших, естественный прирост (убыль) населения) за период 1990 – 2009 гг., представленных отделом переписи населения и демографической статистики Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю (ПЕРМЬСТАТ), а также данных официальной статистики (статистические формы №12, 13).

Результаты исследования и обсуждение.

Современную демографическую ситуацию в г. Перми, как и в целом по России, скорее можно охарактеризовать, как кризисную. Это проявляется, прежде всего, в продолжающейся с начала 1990 г. депопуляции. В последние годы наметилась тенденция повышения показателей рождаемости: 2008 г. – 11,3, 2009 г. – 12,1. Следует отметить, что это зависит в значительной мере от половозрастного состава населения, а именно, от доли женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте.

Анализ динамики численности населения по г. Перми показывает, что за 19 лет оно снизилось на 105 256 чел. (1990 г. – 1091050 чел., 2009 г. – 985794). Наиболее выраженное снижение наблюдали в середине 90-х годов. Так, в 1994 г. население уменьшилось на 10 251 чел., в 1995 г. – на 25 797 чел., в 1996 г. – 10 430 чел., что связано с политическими, социальными и экономическими изменениями в стране в целом.

За анализируемый период женское население уменьшилось на 35 480 чел. В структуре населения по полу отмечается преобладание удельного веса женщин. Так, их доля в 1990 г. составила 53,2%, а в 2009 г. – 55,3%.

Интерес представляет изучение группы женщин фертильного возраста, к которой по критериям ВОЗ относят группу от 15 до 49 лет. За период с 1990 по 2009 гг. отмечается незначительное увеличение ее численности на 779 человек. При этом выявлено снижение числа девочек в возрасте от 0 до 14 лет (на 55580 чел.) и девушек-подростков от 15 до 18 лет (на 5849 чел.). В то же время группа женщин позднего репродуктивного возраста (46-49 лет) увеличилась на 10070 чел. Это свидетельствует о старении женщин фертильного возраста и является неблагоприятным фактором для воспроизводства населения.

Для изучения демографической ситуации в г. Перми был проведен анализ рождаемости, которая относится к основным демографическим процессам и в решающей степени определяет характер воспроизводства населения.

В процессе анализа показателей рождаемости отмечен наиболее низкий уровень в период с 1993 по 1995 годы (8,0-8,1 на 1000 населения), что, безусловно, связано с экономической нестабильностью в стране. В последующие годы наблюдается постепенное ее повышение: 1998 г. – 8,5, 2000 г. – 9,1, 2004 г. – 11,5, 2009 г. – 12,1, однако показатели не достигают уровня 1990 г. (12,6). До настоящего времени демографическая ситуация в Перми характеризуется естественной убылью населения -1,1.

В целях увеличения интенсивности деторождения немаловажное значение имеет изучение факторов риска, воздействующих в целом на уровень рождаемости. К ним относятся наряду с социально-экономическими, психологическими, также медицинские. Нами глубоко исследовано влияние на процессы рождаемости в г. Перми тактики планирования семьи, в том числе показатели аборт, применение эффективных средств контрацепции, бесплодие и др.

Всемирной организацией здравоохранения была разработана и принята более 40 лет назад концепция планирования семьи. Планирование семьи рассматривается как компонент программы охраны здоровья матери и ребенка. Опыт, накопленный Международной Федерацией планирования семьи, объединяющей более 120 стран, показал возможность решения проблемы высокой материнской, перинатальной, младенческой смертности путем снижения абортов. В мире ежегодно выполняется 45 млн. абортов, у

каждой третьей женщины он сопровождается осложнениями, около 500 тыс. женщин погибают от осложнений связанных с беременностью. В последнее десятилетие в России отмечается стойкая тенденция к снижению числа прерываний беременности, так по данным МЗ РФ в 1995 г. зарегистрировано 2766 тыс. искусственных аборт, в 2000 г. – 1961 тыс., в 2005 г. – порядка 1500 тыс. Несмотря на общую положительную динамику, показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста остается одним из самых высоких в мире и составляет 35,6 (2006 г.), что значительно выше аналогичных показателей экономически развитых стран. Так в США он составляет 21,3, в Великобритании – 14,2. Финляндии -11,7, Нидерландах – 5,3 (по данным на 2003 г.). Представленные данные свидетельствуют о том, что Россия остается уникальной страной, в которой искусственный аборт является методом регуляции рождаемости [1].

В г. Перми в течение последних 6 лет отмечается снижение абсолютных и относительных показателей, количество аборт на 1000 женщин фертильного возраста в 2002 году составило 53,8, в 2007 – 36,8, в 2009 – 34,2. Особенно важно, что такая же тенденция отмечается и в группе 15-19 лет, которая составляет репродуктивный потенциал.

Удельный вес первобеременных в общем числе прерываний беременности снижается, и составляет 18,8% в 2002 г. и 12,2% - в 2009 г. Данный факт, с одной стороны, свидетельствует о росте числа женщин, использующих эффективные методы контрацепции, но с другой стороны, увеличение повторнобеременных говорит о недостаточной профилактической работе по реабилитации женщин после аборта.

Важным аспектом программы планирования семьи является контрацепция, так как применение эффективных методов - основной метод профилактики нежелательной беременности. В России в отличие от других стран мира не произошла так называемая контрацептивная революция – замещение в структуре методов планирования семьи аборта эффективными, современными методами контрацепции, как это произошло в экономически развитых странах мира [2]. Как известно, к числу эффективных средств относят добровольную хирургическую стерилизацию, внутриматочную и гормональную контрацепцию. В настоящее время, благодаря работе службы планирования семьи, отмечается рост числа женщин, использующих данные методы. Так, например, в России в 1990 г. гормональную контрацепцию применяли 1,7 женщин на 10 000 женщин фертильного возраста, в 2006 г. – 9,8. Однако уровень применения контрацепции в нашей стране остается

очень низким. Только 23,3%, среди женщин фертильного возраста, в 2006 г. использовали эффективные методы, по сравнению с Европейскими странами – 75%.

В Перми отмечается увеличение числа женщин репродуктивного возраста, применяющих эффективные методы контрацепции (2000 г. – 19,8% женщин репродуктивного возраста были пользователями эффективных методов контрацепции, в 2009 г. – 33,7%). Среди всех методов наиболее часто используемым является гормональная контрацепция. Однако нельзя не отметить особенности статистического учета в данной группе. В нашей стране применение гормональной контрацепции плохо контролируемый процесс, так как препараты продаются свободно, женщины могут самостоятельно приобрести контрацептивы, принимать их и отменять. Постановка и удаление внутриматочных средств, проведение хирургической стерилизации процесс, контролируемый врачом, поэтому показатели применения данных методов являются более достоверными.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о сохранении неблагоприятной демографической ситуации. Реализация национальных проектов привела к стабилизации показателей рождаемости, однако сохранение высокого уровня аборт, старение группы женщин репродуктивного возраста свидетельствуют о низком репродуктивном потенциале. Выявленные закономерности приводят к настоятельной потребности разработки конкретных мер по совершенствованию системы охраны репродуктивного здоровья.

Литература:

1. Аганезова Н.В. Современные методы контрацепции. – СПб., 2006.
2. Аскалонов А.А., Перфильева Г.Н., Евтушенко Н.В. Обеспечение качества медицинской помощи матери и ребенку. – Барнаул, 1998.
3. Лазарев В.Н., Лапкина Е.Е., Щельцина Н.Ю., Закомерная Е.А. // НМЖ. Здравоохранение ПФО. – 2006. - №2. – С. 53-55.
4. Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Русский крест. Факторы, механизмы и пути разрешения демографического кризиса в России. – М., 2006.

А.А. Осокина, Л.Б. Садырина, И.А. Макарова

Департамент здравоохранения Кировской области, г. Киров

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2004-2008 ГГ. И В 2009 Г.

Материнская смертность (МС) – это интегрирующий показатель здоровья женщин репродуктивного возраста, отражающий популяционный итог взаимодействий экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов, и один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения.

Термин «Материнская смертность» принят в большинстве стран мира. В соответствии с рекомендациями ВОЗ и МКБ-Х пересмотра под этим термином регистрируются все случаи смерти женщин, обусловленной беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившей во время беременности или в течение 42 дней после ее завершения от состояния, связанного с беременностью, отягощенного ею или ее ведением, кроме несчастных случаев или случайно возникших обстоятельств.

Расчет коэффициента МС производится на 100 000 живорождений, что позволяет получить сопоставимые показатели по странам мира и регионам РФ.

В период с 2004 по 2008 год, в результате проводимой работы по совершенствованию организации и контролю качества акушерско-гинекологической помощи женщинам Кировской области, удалось добиться стабилизации показателя материнской летальности в регионе на уровне общероссийских показателей:

Таблица 1. - Анализ материнской смертности в период 2004-2008 гг.

	2004	2005	2006	2007	2008
Кировская область (абс., показатель на 100 000 живорождений)	4 29,4	4 30,5	6 43,9	5 34,7	3 18,9
Российская Федерация (абс., показатель на 100 000 живорождений)	440 23,4	370 25,4	350 23,6	354 22,0	354 20,7

В соответствии с существующей нормативно-правовой базой (приказ Минздравсоцразвития России от 23 июня 2006 года №500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации») каждый случай материнской летальности подлежит экспертному анализу.

По данным проведенной экспертной оценки, 54,2% случаев отнесены к предотвратимым и условно предотвратимым, и 45,8% признаны

непредотвратимыми (в период с 2001 по 2005 год предотвратимыми и условно предотвратимыми признаны 70% из 20 случаев МС). Таким образом, в последние годы в Кировской области прослеживается положительная тенденция к снижению доли предотвратимых причин.

Из числа умерших, 10 были жительницами сельской местности (41,6%), 14 человек жили в городах Кировской области (58,4%).

Вне стационара смерть наступила у 5 женщин (20,8%), в ЦРБ – 10 (41,7%) (2001-2005 - 25%); в городских стационарах (включая КОКБ) – 9 случаев (37,3%) (2001-2005 - 60%). Настораживает рост доли женщин, погибших в учреждениях 1 и 2 уровня оказания медицинской помощи, берущих на себя оказание помощи женщинам группы высокого перинатального риска.

В структуре причин МС по Кировской области за 5 лет ведущее положение занимает токсикоз второй половины беременности и его осложнения (преимущественно тяжелые и атипичные формы) и акушерские эмболии - по 20,8% - 5 случаев по каждой нозологии.

На втором месте – по 16,7% (4 случая каждой нозологии) – смерть от аборта и его осложнений; кровотечение при беременности, в родах и послеродовом периоде.

Третье место – 8,3% - 2 случая – смерть от экстрагенитальной патологии и внематочной беременности.

В структуре экстрагенитальной патологии преобладают заболевания, редко встречающиеся во время беременности, трудно диагностируемые и имеющие злокачественное течение: полинейропатия Гийена-Барре, разрыв аневризмы сосудов головного мозга.

В 2001-2005 гг. первое, второе и третье место занимали соответственно: аборт, гестоз, кровотечение.

Изменение структуры причин МС в сторону снижения количества потерь в результате аборта и его осложнений является результатом проводимой работы по планированию семьи, внедрению технологий безопасного и доступного прерывания нежелательной беременности.

Таблица 2. – Структура причин материнской смертности в Кировской области в период 2004-2008 гг.

	2004	2005	2006	2007	2008
Всего умерло (абс. число)	4	4	6	5	3
На 100 000 живорождений	29,4	30,5	43,9	34,7	18,9
Внематочная беременность					
- абсолютное число	1	-	1	-	-
- в %	25		16,7		
Аборт и его осложнения					
- абсолютное число	-	2	1	1	
- в %		50	16,7	20	
Кровотечения при					

беременности, в родах и послеродовом периоде		-			
- абсолютное число	1		1	1	1
- в %	25		16,7	20	33,3
Токсикозы беременности					
- абсолютное число	1	1	2	1	-
- в %	25	25	33,2	20	
Сепсис во время родов					
- абсолютное число	-	-	-	-	-
- в %					
Непрямые причины акушерской смерти (экстрагенитальные заболевания – ЭГЗ)					
- абсолютное число	-	-	-	1	1
- в %				20	33,3
Другие осложнения беременности и родов (акушерская эмболия)					
- абсолютное число	1	1	1	1	1
- в %	25	25	16,7	20	33,3

Анализ материнской смертности за 2009 год.

Показатель МС в 2009 году по Кировской области составляет 77,6 на 100 000 живорожденных – 12 случаев. Рост показателя произошел за счет гибели женщин от непредотвратимых и условно предотвратимых причин: 50% (6 случаев) признаны экспертами непредотвратимыми, 41,7% (5 случаев) – условно предотвратимыми и 8,3% (1 случай) – предотвратимым.

Из числа умерших 5 женщины были жительницами сельской местности (41,7%), 7 человек жили в городах Кировской области (58,3%).

Случаев смерти вне стационара не зарегистрировано.

В ЦРБ погибли 7 человек (58,3%) (МУЗ «Белохолуницкая ЦРБ», МУЗ «Демьяновская ГБ», МУЗ «Городская больница №2» пос. Восточный, МУЗ «Котельничская ЦГБ», МУЗ «Пижанская ЦРБ», МУЗ «Свечинская ЦРБ», МУЗ «Уржумская ЦРБ»).

В МУЗ г. Кирова – 3 случая (25%) (1 – МУЗ «КГБ №8», 2 – МУЗ «СГКБ»).

2 (16,7%) женщины погибли в отделениях реанимации областных учреждений («КОКБ» и «КОКПТД»). Таким образом, более 80% женщин погибли в учреждениях 1 и 2 уровня оказания медицинской помощи.

Практически 50% погибших женщин поступили в стационар в терминальном или крайне тяжелом состоянии, при этом одна из женщин до момента госпитализации находилась в психоневрологическом интернате, одна пациентка вела асоциальный образ жизни и страдала алкоголизмом.

Таблица 3. – Структура причин материнской смертности в Кировской области в 2009 г. в сравнении с показателями Российской Федерации 2008 г.

	Кировская область 2009 г.	Российская Федерация 2008 г.
Всего умерло (абс. число)	12	387
На 100 000 живорождений	77,7	22,6
Внематочная беременность		
- абсолютное число	-	18
- в %		4,6
Аборт и его осложнения		
- абсолютное число	1	75
- в %	8,3	19,4
Кровотечения при бер., в родах и п/род. периоде		
- абсолютное число	1	55
- в %	8,3	14,2
Токсикозы беременности		
- абсолютное число		48
- в %	-	12,4
Сепсис во время родов		
- абсолютное число	1	53
- в %	8,3	13,7
Непрямые причины акушерской смерти		
- абсолютное число	6	105
- в %	50	27,1
Другие осложнения беременности и родов:		
1. акушерская эмболия		
- абсолютное число	2	33
- в %	16,8	8,5
2. ТЭЛА		
- абсолютное число	1	18
- в %	8,3	4,7

В структуре причин МС на 1 месте экстрагенитальная патология – 4 случая – 33,3%:

- разрыв аневризмы сосуда головного мозга в послеродовом периоде;
- разрыв аневризмы сосуда головного мозга во время беременности;
- буллезная эмфизема легких. Спонтанный двусторонний пневмоторакс. Острая легочно-сердечная недостаточность в послеродовом периоде;
- генерализованный туберкулез во время беременности.

На 2 месте – эмболия околоплодными водами (во время операции кесарево сечение и в послеродовом периоде) и смерть от инфекционных заболеваний (грипп, осложненный пневмонией) – по 2 случая – 16,7% .

По 1 случаю: смерть от аборта и его осложнений; кровотечение при беременности, в родах и послеродовом периоде; сепсис; тромбоэмболия легочной артерии.

Таким образом, в структуре причин МС в Кировской области в 2009 г. преобладает патология, относящаяся к непрямым причинам акушерской

смерти - экстрагенитальные заболевания и связанные с ними непредотвратимые осложнения – тромбоэмболия легочной артерии, а также эмболия околоплодными водами, частота которой возросла в Российской Федерации по сравнению с 2007 годом практически в 2 раза.

Как положительный момент следует отметить отсутствие в структуре причин МС в 2009 г. гестоза и его осложнений, внематочной беременности, а также снижение доли аборт и акушерских кровотечений, что, несомненно, является следствием проводимой планомерной работы по профилактике осложнений беременности и введением алгоритмов оказания помощи при экстренных и неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии.

Основные замечания экспертов на уровне амбулаторной помощи:

- несоответствие диспансерного наблюдения соответствующей нормативно-правовой базе (недостаточное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, консультативная помощь смежных специалистов), как следствие этого: несвоевременная диагностика осложнений беременности, отсутствие диагностики экстрагенитальной патологии, неадекватная профилактика осложнений и терапия, запоздалая госпитализация;
- некачественное оформление медицинской документации.

Недостатки, выявленные экспертами на уровне стационарного этапа помощи:

- госпитализация в стационар не соответствующей степени перинатального риска;
- недооценка тяжести состояния;
- недооценка величины кровопотери;
- несвоевременная установка диагноза;
- недоучет клинико-лабораторных данных;
- недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов;
- неадекватная терапия, в том числе инфузионно-трансфузионная, несвоевременное восполнение кровопотери;
- запоздалое оперативное лечение;
- отсутствие консультативной помощи специалистов хирургического и терапевтического профиля;
- дефекты в оформлении медицинской документации.

Факторы, формирующие показатели материнской смертности во всех случаях можно разделить на организационные, тактические и лечебно-диагностические.

К организационным причинам устойчиво высокой МС следует отнести:

- дефицит кадров врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов, особенно выраженный в сельских районах (в 3 районах отсутствуют

- врачи акушеры-гинекологи, в 12 – работает 1 специалист), отсутствие круглосуточного дежурства врачей в районных больницах;
- отсутствие возможности постоянного круглосуточного лабораторного контроля в родильных домах, особенно в сельских районах, отсюда неполноценность реанимационной помощи;
 - недостаточное снижение числа абортов, связанное с малоэффективной работой служб планирования семьи.

Причиной тактических и лечебно-диагностических ошибок являются:

- недостаточная подготовленность врачей-акушеров, прежде всего в сельской местности (неумение оперировать в рамках оказания неотложной помощи, отсутствие четких знаний протоколов диагностики и лечения акушерских кровотечений, гестоза, сепсиса);
- недостаточная подготовленность анестезиологов к работе в акушерстве;
- несогласованность действий врачей различных специальностей при оказании экстренной и неотложной помощи пациенткам.

Для снижения МС целесообразно:

- обеспечить приоритетное финансирование службы охраны материнства и детства, реализация программ, направленных на улучшение демографической ситуации (оснащение дыхательной и следящей аппаратурой для женщин и детей лечебно-профилактических учреждений);
- расширить объемы бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий по охране репродуктивного здоровья, в том числе обеспечение женщин групп социального риска бесплатными контрацептивами, внедрение новых технологий аборта;
- завершить формирование уровневой системы оказания акушерско-гинекологической помощи, паспортизации акушерских учреждений с четким определением целей и пределов компетенции каждого из уровней с обеспечением преемственности в их деятельности;
- строго соблюдать и контролировать выполнение стандартов оказания специализированной помощи в соответствии с категорией лечебного учреждения;
- повысить роль перинатального центра как ведущего учреждения службы родовспоможения в регионе;
- совершенствовать подготовку и последипломное обучение врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов, подготовку врачей по экстрагенитальной патологии при беременности с использованием возможностей кафедр ГОУ ВПО КГМА (общее и тематическое усовершенствование), областных лечебно-профилактических учреждений (обучение специалистов на рабочих местах);

- обратить внимание на полноту и регулярность обследования и наблюдения беременных в соответствии с приказом № 50 МЗ РФ от 10.02.2003 года;
- обратить внимание на преемственность информации и сотрудничество в ведении беременных между смежными специалистами (терапевтами, эндокринологами, окулистами, хирургами, кардиологами) и акушерами-гинекологами, оптимизация работы АТПК.

А.В. Падыганова, Е. Н. Чичерина

*ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия Росздрава, г. Киров
ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров*

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ

Почки - составная и значительная часть микроциркуляторной системы организма, важный орган метаболизма и гуморальной регуляции различных процессов. По данным Захаровой Е.В. (2007) при физиологической беременности в организме женщины происходит ряд изменений, которые касаются регуляции водно-солевого и кислотно-щелочного обмена, общей и внутривисочечной гемодинамики и состояния мочевыводящих путей. Характерным для беременности является значительное расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточников [2]. Также существенно меняется кровоснабжение почек: особенностью почечного кровотока во время беременности является его увеличение в I триместре с достижением максимума к 24-28-й неделе и постепенное уменьшение в последующие сроки [2]. С малых сроков беременности увеличивающийся почечный кровоток приводит к увеличению уровня клубочковой фильтрации, что может служить причиной развития гестационной гиперфильтрации, сопровождающейся относительным уменьшением концентрации креатинина и мочевины крови [6]. Кровоснабжение почек во многом определяет их функциональное состояние, одним из основных критериев которого являются показатели диуреза. Изменение мочеотделения зависит от уровня клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции [2].

Точное измерение экскреторной функции почек крайне важно как в клинической практике, так и в исследовательских работах. Как отмечают Геддес К.Г., Мактиер Р. (2004) введение рутинного измерения скорости

клубочковой фильтрации (СКФ) и новой дефиниции «хроническая болезнь почек» (ХПБ) возобновили интерес к методам измерения почечной функции.

В 2005 году Съезд нефрологов России рекомендовал использование в России нового понятия – ХБП.

Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривается в качестве маркера неблагоприятного прогноза распространенных в популяции заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых, что вполне соответствует утвердившейся концепции кардиоренальных взаимоотношений [1]. По данным рекомендаций Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по оценке функционального состояния почек (2008) эндотелиальная дисфункция, характерная уже для ранних стадий ХБП, является ключевым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Вовлечение почек при многих заболеваниях, в том числе исходно не считающихся почечными, делает необходимой разработку единых подходов к ведению пациентов с выявленной хронической почечной недостаточностью (ХПН), особенно в плане раннего предупреждения и лечения ее осложнений (например, анемии, нарушений фосфорно-кальциевого обмена), существенно ухудшающих прогноз других заболеваний [3].

В соответствии с рекомендациями K/DOQI, 2006 следует устанавливать наличие ХБП, основываясь на признаках поражения почек и уровне СКФ независимо от диагноза, приведшего к почечной патологии [4]. Критериями ХБП являются: повреждение почек ≥ 3 месяцев, определяемое как структурные или функциональные нарушения почек с наличием или без снижения СКФ, которое проявляется изменениями мочи/визуальных тестов или морфологическими нарушениями; СКФ < 60 мл/мин/1.73 м² в течение ≥ 3 месяцев с наличием или без признаков повреждения почек [5]. Повреждение почки – это структурные или функциональные отклонения со стороны почек. Первоначально они могут выявляться при нормальной СКФ, но со временем могут привести к ее снижению. Маркеры повреждения почки включают в себя отклонения от нормы показателей, характеризующих функцию почек: в результатах биохимического анализа крови - концентрация креатинина, калия сыворотки; анализа мочи – эритроцитурия, лейкоцитурия, микроальбуминурия (МАУ), протеинурия; визуализирующих исследований - изменения со стороны чашечно-лоханочной системы, кисты почек, камни и др. при ультразвуковом исследовании (УЗИ), внутривенной урографии,

компьютерной томографии (КТ) и др. Все лица с повреждением почки независимо от уровня СКФ рассматриваются как имеющие ХБП [3].

Стадии ХБП классифицируются по уровню СКФ: I стадия — СКФ 90 мл/мин/1,73 м² и более, II — СКФ 89–60 мл/мин/1,73 м², III — СКФ 59–30 мл/мин/1,73 м², IV — СКФ 29–15 мл/мин/1,73 м², V — СКФ 15 мл/мин/1,73 м² и менее [5]. Показатель СКФ на уровне 90 мл/мин принят как нижняя граница нормы. Состояния со СКФ в диапазоне от 60 до 89 мл/мин при отсутствии признаков повреждения почек классифицируют как «снижение СКФ», которое целесообразно отразить в диагнозе [3].

По данным крупных регистров NHANES (National Health and Nutrition examination Survey), распространенность стойкого снижения СКФ менее 60 мл/мин в общей популяции составляет 13%.

Беременные, страдающие ХБП, хуже приспосабливаются к увеличению почечного кровотока во время гестации, что в свою очередь приводит к ускорению ухудшения почечной функции. ХБП у беременных, как и в общей популяции, может протекать латентно и проявляться лишь при снижении уровня СКФ на 25% от нормальных значений [6].

При изучение распространенности ХПБ среди женщин фертильного возраста и беременных D. Williams, J. Davison установили, что ХПБ 1-2 стадии встречается у 3% женщин в возрасте 20-39 лет, ХПБ 3-5 стадии – примерно у каждой 150 женщины. Что касается беременных, то ХПБ 3-5 стадии осложняла каждую 750 беременность. Интересен тот факт, что примерно 20% беременных, у которых преэклампсия развилась до 30 недели беременности, особенно с выраженной протеинурией, имели недиагностированную ХБП [6].

Существует несколько способов оценки функционального состояния почек: проба Реберга-Тареева, расчетные формулы MDRD, Кокрофта-Гаулта.

Проба Реберга-Тареева может дать лучшую оценку СКФ, чем расчетные методы при беременности [3].

Назначение медикаментозной терапии способно замедлить прогрессирование нарушений функции почек. Сохранение субклинических нарушений функции почек на фоне лечения, даже при достижении контроля факторов риска, например, артериального давления (АД), и регрессе других органных поражений, может отрицательно сказываться на прогнозе пациента. Таким образом, оценка функционального состояния почек важна для выбора профилактических и терапевтических мероприятий [3].

Литература:

1. Мухин Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации - общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза// Терапевтический архив. - 2007. №6. - С.5-10.
2. Сухих Г.Т., Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов. - М.: 2009. - 432 с.
3. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечнососудистого риска// ВНОК. - М.: 2008. - 26 с.;
4. Шилов Е.М. Нефрология. Учебное пособие для послевузовского образования. - М.: 2007. С.13–15, 58–61, 599–612.
5. The National Kidney Foundation KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendation// <http://www/kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines.cfm>, http://www/kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_rus/// Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Nation Kidney Foundation, Inc. 2002; 23–25: 1–22, 43–80.
6. Williams D., Davison J. Chronic kidney disease in pregnancy//BMJ. 2008; 336: 211-215.

Г.И. Перешеина

*ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН «ГРУППЫ РИСКА», НА БАЗЕ ГЛПУ «КИРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Гуманному отношению к детям благоприятствует социальная экосистема, в которой взаимодействие между различными её составляющими направлено на удовлетворение базовых потребностей детей, обеспечение защиты и комфортных условий для их развития, воспитания и подготовки к жизни в обществе.

Эффективным методом оказания поддержки во время беременности является создание социальных служб в учреждениях родовспоможения. С их помощью организуется медико-социальное сопровождение с момента обращения женщины в Женскую консультацию или с момента госпитализации в родильный дом.

Как и для медицинского сопровождения, объектами социальной работы преимущественно является женщины, имеющие те или иные факторы, осложняющие нормальное протекание беременности или препятствующие ей, - во всех аспектах: физиологическом, психологическом, социальном.

Сегодня в нашей стране особую проблему составляют женщины из групп социального риска – прежде всего, с точки зрения социального

сиротства и рождения детей с отклонениями в развитии. В настоящее время в России ежегодно около 2,8 тыс. женщин рожают в возрасте до 16 лет; 13 тыс. – до 17 лет; 36, 7 тыс. – до 18 лет. Доля детей, чьи матери не достигли совершеннолетия, составляет в среднем 3,8 % от общего числа родившихся. Значительный риск представляет социальное неблагополучие семьи: алкоголизм, бедность. В группе неполных семей с несовершеннолетними матерями отмечается высокий уровень материнской депривации; около 1% всех новорождённых становятся сиротами уже в первые дни жизни, вследствие отказа от них матерей в роддомах [1].

Социальная поддержка беременных в родильном доме рассматривается как новое направление в сфере здравоохранения, а тем более в службе родовспоможения. Ежегодно 35% пациентов обслуживающихся в Кировском областном клиническом Перинатальном центре составляют категорию, которая имеет факторы риска:

- Статус матери – одиночки;
- Многодетные матери;
- Юный возраст первородящей;
- Безработные;
- Трудная жизненная ситуация;
- Социальная неустроенность;
- Глубокие разногласия между супругами;
- Смерть кого-то из близкого окружения.

Рождение внебрачного ребёнка у несовершеннолетней женщины, как правило, связано с недостаточностью сексуального образования и информации о контрацептивах, отсутствием доступа к социальным ресурсам, семейным или социальным неблагополучием. Чаще всего беременность скрывается от социального окружения в т.ч. и от родителей. В следствии этот возникают проблемы с жильём, экономические трудности снижают психологическое благополучие женщины, увеличивают её предрасположенность к дистрессу, и тем самым снижают её способность к поддерживающему родительству. Это всё пугает молодую мать. Одним из последствий девиантного материнства становится отказ матери от своего малыша. Отказываются не только юные, но и многодетные, безработные, одинокие.

Социальная служба перинатального центра призвана на этапе выявления проблем беременных женщин, помочь настроиться на волну

родительства, путём социального сопровождения. Для всесторонней помощи организована школа материнства, которая призвана скорректировать поведение молодых мам, обучить основным элементам ухода за новорожденным. Правильно сориентироваться в государственных льготах, выплатах. Одна такая консультация может дать неожиданный благоприятный эффект и способствовать началу сознательной работы женщины над собой. Межведомственный подход позволяет проводить дальнейший этап реабилитации после выписки из роддома. Данные молодой мамы передаются по месту жительства в «Кировский центр социальной помощи семье и детям», где ей предоставляется поддержка в виде натуральной помощи, материальной, психолого-педагогической. Эти ресурсы снимают многие трудности психологического характера. Снижение социальной остроты ситуации способствует более благоприятному течению беременности либо формированию адекватной внутренней материнской позиции [2].

Таким образом, социальная работа и психологическая поддержка женщин в период беременности является своеобразной профилактикой психоэмоциональных осложнений послеродового периода и предупреждением социального сиротства, и поэтому должны охватывать максимальное число женщин.

Литература:

1. «Межведомственный подход к ведению беременности высокого риска и медико-социальное и психолого-педагогическое сопровождение детей с врожденными пороками развития и генетическими аномалиями» Методическое руководство. - М.: Издательская группа «Реформ-Пресс», 2010.-144с.
2. Зевахина Ф.Р. «Межведомственное взаимодействие в социальной работе с семьями группы риска» Сборник материалов. – Киров.: Издательство Март – 2000, 2008. -106 с.

Н.С. Печенкина, С.В. Хлыбова, Н.Ю. Матвеева

ГЛПУ Кировский областной клинический

перинатальный центр, г. Киров

ГОУ ВПО Кировская государственная

медицинская академия Росздрава, г. Киров

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛАКТАТА НАКАНУНЕ РОДОВ

Сахарный диабет – заболевание, характеризующееся недостаточностью инсулина в организме. Частота сахарного диабета (СД) у беременных, по данным ряда авторов встречается от 3% до 6% от общего количества родов [4, 7], данные о распространенности гестационного сахарного диабета (ГСД) в России варьируют от 2,4% до 4% [2, 3]. Течение СД и ГСД сопровождается многочисленными осложнениями, как со стороны плода, так и у новорожденного. Наиболее частыми осложнениями беременности наблюдаются: гестоз – 30,6%, фетоплацентарная недостаточность – 38,8%, многоводие – 42,8% [6]. В 67,2% случаев роды у больных с сахарным диабетом заканчиваются операцией кесарево сечение [5], при этом у каждой второй пациентки СД показанием к операции является гипоксия плода [1]. Методы прогнозирования осложнений со стороны плода включают КТГ, доплерометрию, определение плацентарного лактогена. Однако, они не позволяют в полной мере предвидеть неблагоприятные перинатальные исходы у женщин с СД. Показано, что содержание лактата в венозной крови в норме варьирует с 0,9 до 1,7 ммоль/л. Известно, что повышенная концентрация лактата в крови создается при тканевой гипоксии из-за снижения перфузии или уменьшения содержания кислорода в крови, что приводит к метаболическому ацидозу.

Цель исследования: клиническая оценка течения беременности, родов у пациенток с ГСД, диабетом I и II типа в современных условиях. Изучить взаимосвязь между содержанием лактата в крови беременных с ГСД, СД I и II типа перед родами и состоянием новорожденного.

Методы исследования: Был проведен ретроспективный анализ историй родов по архивным материалам Кировского областного клинического перинатального центра за период 2008-2009 гг. В группу 1 (n=31) вошли пациентки с ГСД, в группу 2 (n=11) – с СД I типа 11, в группу 3

(n=8) - с СД II типа. Определение лактата в крови беременных в сроки с 29 до 39 недель беременности был использован метод ферментативно колориметрического тестирования крови (LOX - PAP).

Средний возраст женщин в группе 1 составил 26,6* лет (* - здесь и далее – различия с группой 2 и 3 достоверны, $p < 0,05$), в группе 2 - 32,3 лет, в группе 3- 38,6 лет. В группе 1 первобеременные женщины составили 12,9%, а в группах: 2 и 3 первобеременных не было. Средняя масса тела женщин в группе 1 накануне родов составила $85,5 \pm 1,2^*$ кг рост - $165,2 \pm 1,2$ см, средняя прибавка массы тела за беременность - $14,5 \pm 0,6^*$ кг. Среди обследованных в группе 1 служащие составили: 25,8% (8)*, рабочие - 48,4% (15)*, учащиеся специальных и высших учебных заведений - 6,5% (2), неработающие - 19,3% (6)*. Брак был зарегистрирован у 61,3% (19), в гражданском браке состояли 32,2% (10), одиночками было 6,5% (2) женщин. Экстрагенитальная патология диагностирована у 100% (31), в том числе: анемия в 83,8% (26)*, сердечно-сосудистая патология в 58,0% (18)*, заболевания мочевыводящей системы в 77,4% (24)*. Хронические урогенитальные инфекции (ХУГИ) были отмечены у 93,5% (29) пациенток. Среди осложнений беременности в группе 1 наблюдались: многоводие - 51,6% (16)*, гестоз легкой степени - 58,0% (18)*, гестоз средней и тяжелой степени - 25,8% (8)*, плацентарная недостаточность (ПН) - 77,4% (24)*, хроническая внутриутробная гипоксия плода - 61,2% (19). В группе 1 операцией кесарево сечение были родоразрешены 61,3% (19)* женщин. Средняя масса тела женщин в группе 2 составила $94,3 \pm 1,8$ кг, рост - $168,3 \pm 1,2$ см, прибавка массы тела за беременность - $6,6 \pm 0,5$ кг. В группе 2 служащие составили: 36,3% (4), рабочие - 27,4% (3), нигде не работали 36,3% (4) женщин. Состояли в зарегистрированном браке 72,6% женщин (8), в гражданском браке – 27,4% (3), одиноких 00,0%. Экстрагенитальная патология встречалась у 100%, а именно: анемия у 72,6,% (8), сердечно-сосудистая патология у 81,8% (9), заболевания мочевыводящей системы у 90,9% (10), у всех пациенток отмечалась ангиопатия сетчатки, диабетическая нефропатия и полинейропатия. Женщины группы 2 также имели в анамнезе ХУГИ 90,9% (10). Осложнениями беременности в группе 2 были следующие: многоводие 81,8% (9), гестоз легкой степени 27,4% (3), гестоз средней и тяжелой степени 63,6%(7) ПН 90,9% (10), хроническая внутриутробная гипоксия плода 54,5% (6). В группе 2 операцией кесарево сечение закончились роды у 72,7% (8) пациенток. В группе 3 средняя масса тела женщин составила $114,3 \pm 1,2$ кг, рост - $169,2 \pm 1,1$ см, прибавка массы

тела за беременность - $10,6 \pm 0,5$ кг. Среди обследованных женщин группы 3 служащие составили 50,0% (4), рабочие - 25,0% (2), нигде не работали 25,0%(2) женщин. Состояли в зарегистрированном браке 75,0% женщин (6), в гражданском браке – 25,0% (2), одиноких 00,0%. Экстрагенитальная патология диагностирована у 100%, в том числе: анемия у 75,0,% (6), сердечно - сосудистая патология у 75,0% (6), заболевания мочевыводящей системы у 100,0% (8) у всех пациенток отмечалась ангиопатия сетчатки и диабетическая полинейропатия. Женщины группы 3 имели в анамнезе ХУГИ 100,0% (8). Осложнениями беременности в группе 3 были следующие: многоводие 75,0% (7), гестоз легкой степени 25,0% (2), гестоз средней и тяжелой степени 75,0%(6), ПН 100,0% (8), хроническая внутриутробная гипоксия плода 62,5% (5). В группе 3 операцией кесарево сечение закончились роды у 75,0% (6) пациенток. Таким образом, женщины обеих групп (2-й и 3-й) не отличались как по большинству анализируемых показателей, так и методу родоразрешения.

Среди пациенток группы 1 нормальный уровень (0,9-1,5ммоль/л) лактата крови накануне родов был у 64,5% (подгруппа 1.1), верхняя граница нормы (1,6-1,7ммоль/л) - у 22,5% (подгруппа 1.2), повышенный уровень (1,8- 2,2 ммоль/л) - у 12,9% (подгруппа 1.3). Среди новорожденных от пациенток подгруппы 1.1 оценку по шкале Апгар на 1-й минуте в 8 баллов получили 45,0% (9), 7 баллов - 50,0% (11), 6 баллов – 5,0% (1). На 5-й минуте все новорожденные женщин подгруппы 1.1 были оценены на 8 баллов. Новорожденные от женщин подгруппы 1.2 на 1-ой минуте жизни ни в одном случае не получили оценку по шкале Апгар более 8 баллов, оценку 7 баллов получили 57,1% (4), 6 баллов - 28,7% (2) и 5 баллов - 14,2% (1). На 5-й минуте оценка по шкале Апгар 7 баллов наблюдалась у всех новорожденных. В подгруппе 1.3 на 1-й минуте 50% (2) новорожденных получили оценку 7 баллов и 50% (2) новорожденных - 4 балла. На 5-й минуте оценка по шкале Апгар в данной подгруппе оставалась низкой у всех новорожденных. В группах 2 и 3 лактат крови накануне родоразрешения был повышен у 100% женщин. В группе 2 на 1-й минуте оценку по шкале Апгар 8 баллов у новорожденных не установлено, 7 баллов – 63,6% (7), 6 баллов 18,2%(2), 5 баллов 9,1%(1), 2 балла – 9,1% (1), на 5-й 8 баллов – 9,1%(1), 7 баллов – 63,6% (7), 6 баллов 27,3% (3). В группе 3 на 1-й минуте оценку по школе Апгар 8 баллов наблюдалась у 25,0% (2) новорожденных, 7 баллов – 37,5% (3), 6 баллов – 37,5%. В группе 3 на 1-й минуте оценку по шкале Апгар 8 баллов 00%

новорожденных, 7 баллов – 25,0% (2), 6 баллов 25,0%(2), 5 баллов – 25,0% (2), 4 балла – 25,0% (2). В группе 3 на 5-й минуте оценку по школе Апгар 8 баллов наблюдалась у 00,0% новорожденных, 7 баллов – 25,0% (2), 6 баллов – 75,0%.(6). У 50% пациенток с повышенным уровнем лактата крови, при определении сахара крови у новорожденного в первые часы жизни наблюдалась гипогликемия ($\leq 1,7$ ммоль/л). У новорожденных от пациенток подгруппы 1.3, группы 2 и группы 3 отмечались следующие заболевания: нарушение мозгового кровообращения, диабетическая фетопатия, а в группе 2 и 3, кроме того - у каждого второго новорожденного выявлена кардиомиопатия. Таким образом, представленные результаты наблюдения позволяют, вероятно, использовать определение лактата крови накануне родов, как прогностический критерий оценки состояния новорожденного.

Литература:

1. Аббасова З.Ф., Златовратская Т.В., Апресян С.В. Клинические особенности течения беременности и родов при инсулинзависимом сахарном диабете// *Материалы VIII-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя».*- М., 2006. – С. 4.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Особенности течения беременности и родов при сахарном диабете в современных условиях // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2006. - Т. LV выпуск 1.- С.12-15.
3. Евсюкова И.И. Состояние новорожденных детей в современных условиях лечения их матерей, больных сахарным диабетом // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2006. – Т. LV, выпуск 1. - С.17-20.
4. Корчагина Е.Е., Рудеева О.А., Горбулина О.А., Новикова В.А., Федорович О.К., Каранадзе Е.Н., Наурузова З.М. Особенности антенатальной ультразвуковой диагностики диабетической фетопатии плода // *Материалы IV-го съезда акушер-гинекологов России.*- М., 2008. – С. 126-127.
5. Скорнякова Л.М., Коликов А.И., Нередько Е.Г. Практический опыт родоразрешения женщин с сахарным диабетом // *Материалы XI-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя».*- М., 2007. – С. 238.
6. Оганян Л.Ф., Баранов А.Н., Абрамов А.А., Зенишин А.А. Особенности гестационного процесса и родов у женщин с сахарным диабетом // *Материалы IV-го съезда акушер-гинекологов России.*- М., 2008. – С. 187.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: 2008. – 815 с.

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ ЖЕНЩИНАМ И ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В Г. КРАСНОЯРСКЕ

Введение

С учетом создавшейся в стране демографической ситуации создание оптимальных условий для материнства, сохранение здоровья матери и ребенка приобретают приоритетное значение.

Мероприятия, направленные на обеспечение безопасного (благополучного) материнства, охрану репродуктивного здоровья, профилактику и снижение материнской и детской заболеваемости и смертности, осуществляются в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и федеральной целевой программы «Дети России».

Оказание ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и их детям своевременной и эффективной лечебно-диагностической и профилактической помощи, а также социально-психологическое сопровождение в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения – одна из важнейших задач, стоящих перед службой охраны здоровья матери и ребенка.

Решение медицинских, реабилитационных, социальных вопросов, а также психологическое сопровождение беременных женщин и детей с ВИЧ-инфекцией, детей с перинатальным контактом по ВИЧ осуществляются в женских консультациях, акушерских стационарах, в том числе специализированных, детских амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях совместно с территориальными центрами ВИЧ/СПИД.

Красноярский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями занимается решением медико-социальных проблем на территории края, результатом которых является снижение потерь здоровья, инвалидность и смертность населения от СПИД.

Основными направлениями деятельности центра межведомственное взаимодействие и координация работы по проблеме являются: ВИЧ/СПИДа, проведение мероприятий по профилактике СПИДа среди населения в целом

и в группах риска, организация системы мероприятий по предупреждению обеспечения современного уровня перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, оказание медико-психологической помощи, подготовка медицинских кадров и многое другое.

С 1 января 1989 по 1 июня 2010 года в Красноярском крае выявлено 11 675 ВИЧ-инфицированных. В том числе в городе Красноярске - 5209 человек.

Только за текущий год (данные на 01.06.2010 года) диагноз "ВИЧ-инфекция" поставлен 658 жителям края, из них в г. Красноярске выявлено - 211 человек. Каждый третий случай пришелся на лиц возрастной категории 25-29 лет, каждый четвертый - на лиц 30-34 лет, каждый пятый - на лиц возраста 20-24 лет.

Материалы и методы

На базе Муниципального учреждения здравоохранения Родильный дом №5 г. Красноярска ретроспективно проанализировано 172 истории родов ВИЧ-позитивных родильниц и истории новорожденных, рожденных данными женщинами. Изучена медицинская документация детей в «Краевом центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» за период 2007-2009гг.

Целью исследования явилось определить охват перинатальной профилактики передачи ВИЧ инфекции плоду, ВИЧ-статус и состояние здоровья детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.

Все родильницы были разделены на 2 группы. Первую группу составили 34 (19,8%) женщины, которые не получали профилактику перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, средний возраст $25,1 \pm 6,5$ лет. Вторую группу составили 138 (80,2%) женщин, которые получали профилактику перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, средний возраст $26,5 \pm 6,5$ лет.

Все женщины и дети из 1-ой и 2-ой группы получали профилактику передачи ВИЧ-инфекции ребенку во время родов и период новорожденности препаратами «Вирамун» (ненулеозидный ингибитор обратной транскриптазы) и «Ретровир» (нулеозидный ингибитор обратной транскриптазы) в соответствии с Приказом №606 МЗРФ «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».

Результаты и их обсуждение

Несмотря на улучшение показателей проведения перинатальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции, доля беременных получивших трехэтапную АРВП остается низкой. Из общего числа женщин (n=172) профилактику во время беременности и родов получили 138 (80,3%) женщин, 34 (19,7%) роженицы получили профилактику только во время родов. Во время беременности одним препаратом проведена профилактика у 51 (36,6%) женщины, двумя препаратами - у 28 (20,2%) и трехэтапную АРВП получили 59 (42,9%) беременных.

Препаратами выбора для профилактики перинатального заражения ВИЧ-инфекцией плода во время беременности стали нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (НИОТ) – Тимазид, Эпивир, Никавир, Комбивир, ингибитор протеаз (ИП) – Вирасепт, Калетра (комбинированный препарат: Ламивудин+Зидовудин).

Срок начала перинатальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции плоду во время беременности во 2-ой исследуемой группе распределился следующим образом: в 14-25 недель беременности 50 (37,6%) женщин, в 26-28 недель беременности - 32 (23,1%), в 29-39 недель беременности - 54 (39,3%).

При поступлении в родильный дом женщины при ведении родов через естественные родовые пути с началом регулярной родовой деятельности получали перорально 20 мг «Вирамунa» и внутривенно капель «Ретровир» по схеме 0,2 мг/кг в первый час, затем по 0,1 мг/кг. При родоразрешении путем кесарево сечения данная профилактика проводилась за 6 часов до оперативного вмешательства.

Показатель вирусной нагрузки в исследуемых группах (см. таблицу 1) определялся в сроке 34-38 недель беременности. В соответствии с Приказом №606 МЗРФ при низкой вирусной нагрузке (менее 1000 копий в мл.) было возможно родоразрешение через естественные родовые пути. При высокой (более 1000 копий в мл.) и неизвестной вирусной нагрузке рекомендовалось проведение операции кесарево сечение.

При анализе течения беременности выявлено, что анемия беременных встречалась чаще на 35,4% во 2-й группе исследуемых женщин (см. рис. 1).

Роды через естественные родовые пути в 1-ой группе у 20 (58,8%) женщин, путем кесарево-14 (41,2%). Во 2-ой группе через естественные родовые пути 96 (69,5%), кесарево сечение - 42 (30,5%).

Таблица 1 – Показатель вирусной нагрузки к моменту родов в исследуемых группах

1-ая группа абсолютное число, (%)	низкая вирусная нагрузка (менее 1000 копий в мл.)	высокая вирусная нагрузка (более 1000 копий в мл.)	неизвестная вирусная нагрузка
кесарево сечение	4 (11,7%)	0	10 (29,5%)
естественные роды	0	0	20 (58,8%)
2-ая группа абсолютное число, (%)	низкая вирусная нагрузка (менее 1000 копий в мл.)	высокая вирусная нагрузка (более 1000 копий в мл.)	неизвестная вирусная нагрузка
кесарево сечение	10 (7,2%)	23 (16,7%)	9 (6,5%)
естественные роды	77 (55,8%)	6 (4,3%)	13 (9,5%)

Через естественные родовые пути роды велись при следующих условиях:

1. Низкая вирусная нагрузка
2. Отсутствие акушерских показаний к родоразрешению путем операции кесарево сечение
3. При отсутствии условий к родоразрешению путем операции кесарево сечение (категорический отказ женщины от операции, поступление в родильный дом во II периоде родов)

Операция кесарева сечения выполнялась при следующих условиях:

1. Высокая вирусная нагрузка
2. По акушерским показаниям и рекомендациям смежных специалистов (неврологов, кардиологов)
3. При категорическом отказе женщины от ведения родов через естественные родовые пути

В 1-й группе быстрые или стремительные роды были у 5 (14,7%) рожениц, во 2-й группе данная патология встретилась у 16 (11,5%) женщин. Длительный безводный промежуток (более 5 часов) в 1-й группе зарегистрирован у 15 (45%), во 2-й группе у 40 (30%) женщин соответственно. Первичная слабость родовой деятельности и/или слабость потуг в 1-й группе развилась у 6 (17,6%) рожениц, во 2-й группе у 22 (15,9%). Повреждение мягких тканей родовых путей (включая эпизиотомию) в 1-й группе произошло у 11 (32,3%), во 2-й группе у 45 (32,6%). Преждевременные роды в первой группе были у 6 (17,6%), во второй у 17 (12,3%) женщин.

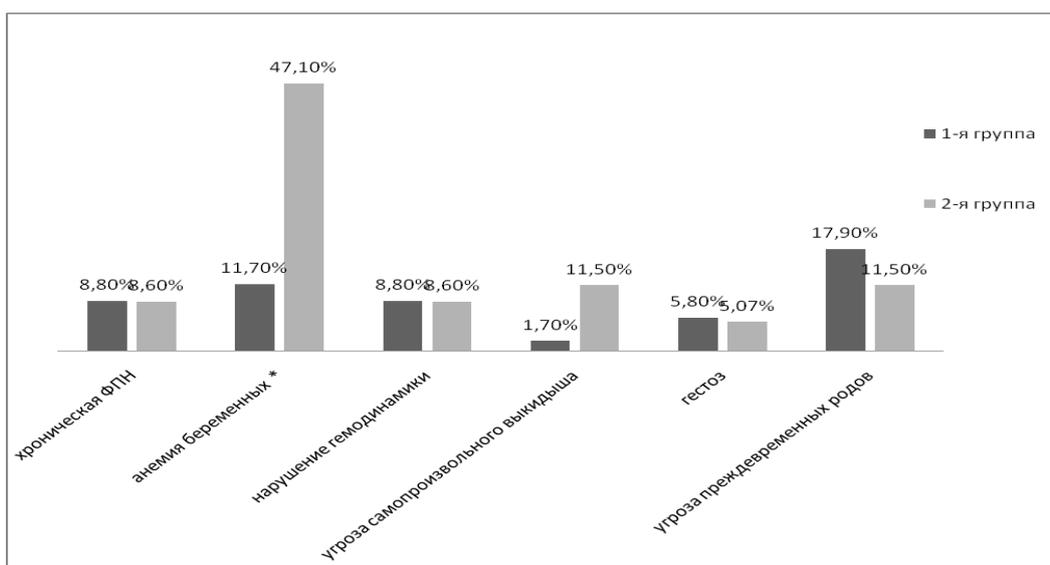


Рис. 1. Течение беременности в исследуемых группах

Примечание: *- статистическая значимость $p < 0,05$

Из 1-й группы 3 (8,8%) новорожденных получили оценку 5-6 баллов по шкале Апгар, во второй группе – 4 (2,9%). В 7-8 баллов в первой группе оценили 26 (76,5%), во второй группе – 84 (60,8%) новорожденных. В первой группе оценку 8-9 баллов получили 5 (14,7%) детей, во второй группе - 50 (36,3%) ($p=0,06$ стремиться к статистически значимому).

На момент пребывания в родильном доме у новорожденных выявлены следующие патологии: врожденная гипотрофия различной степени, задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП), токсико-метаболическое поражение центральной нервной системы (ЦНС), церебральная ишемия различной степени, внутриутробная инфекция (ВУИ), недоношенность (см. рис. 2). Токсико-метаболическое поражение ЦНС у новорожденных из 1-ой группы диагностировано чаще на 26,5%. Вероятнее всего это можно объяснить тем, что женщины из 1-й группы во время беременности чаще употребляли алкоголь на 8,9% и инъекционные наркотики на 13,7%, чем женщины из 2-й группы.

По перинатальному исходу были получены статистически значимые результаты. Во второй группе домой выписано на 32,6% детей больше (85,5% против 52,9%, $p < 0,05$). В связи с общим состоянием средней и тяжелой степени тяжести, выявленным патологиями в детскую инфекционную больницу переведено на 29,6% детей больше из первой группы (44,1% против 14,5%, $p < 0,05$). 1 (3%) ребенок из первой группы исследуемых умер на 8-й день после рождения от двусторонней пневмонии.

ВИЧ-статус детей оценивался по достижению детьми 18 месяцев (это срок диспансерного учета по контакту с ВИЧ-инфекцией).

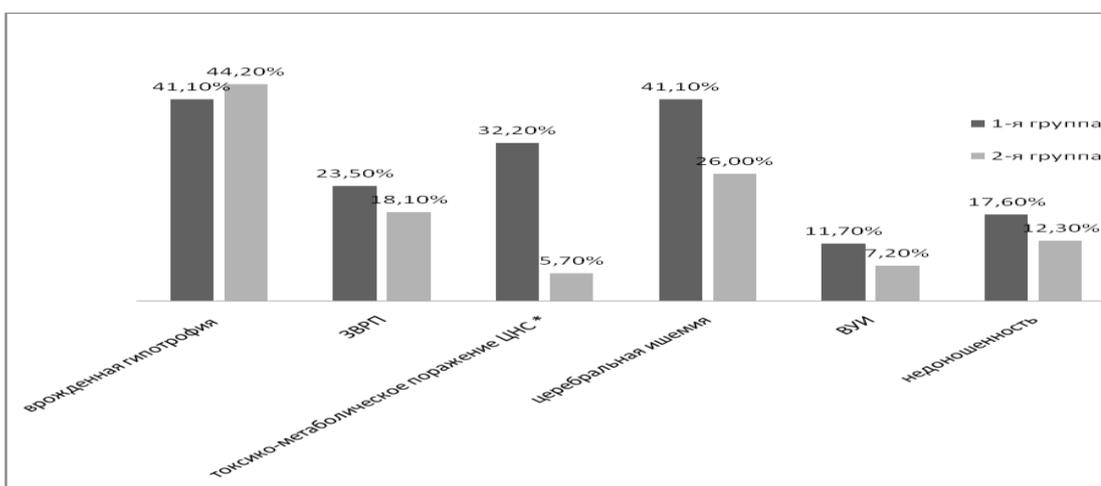


Рис.2. Патологии, выявленные у новорожденных в родильном доме
Примечание: *- статистическая значимость $p < 0,05$

Один (3%) ребенок из первой группы является ВИЧ-положительным. При анализе данного случая выявлено, что ребенок был рожден через естественные родовые пути, вирусная нагрузка к моменту родов у женщины была неизвестной. Роженица поступала в родильный дом в конце первого периода и родоразрешение методом кесарево сечения не было возможным. Во время беременности у женщины была угроза выкидыша и хроническая ФПН.

Диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден у 4 (2,1%) детей из 2-й группы. Двое детей рождены через естественные родовые пути. Вирусная нагрузка к моменту родов у одной женщины была высокая, она отказалась от предложенного кесарево сечения. Во время беременности получала один препарат АРВП (прием нерегулярный), с 24 нед. беременности. Во время беременности диагностирована хроническая ФПН.

Вторая роженица поступила в родильный дом в конце первого периода родов, вирусная нагрузка была неизвестна. Во время беременности получала один препарат АРВП с 30 недель беременности (прием нерегулярный).

Двое детей с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции из 2-й группы рождены с помощью операции кесарево сечения. В обоих случаях показатель вирусной нагрузки у женщин был высокий (33000 и 26000 копий в мл.). Женщины получали во время беременности трехэтапную АРВП, прием препарата был нерегулярный, профилактика проводилась после 28 недель беременности. У одной из женщин диагностирована хроническая ФПН.

В первой группе 15 (44,1%) и 73 (53,3%) детей из второй группы продолжают стоять на учете по перинатальному контакту с ВИЧ-инфекцией, так как их возраст не достиг 18 месяцев.

Выводы

В результате проведенного анализа выявлено, что АРВП во время беременности повышает риск развития анемии беременных, не влияет на частоту осложнений во время родов. Состояние новорожденных у женщин, получавших АРВП во время беременности и родов, характеризовалось более высокой оценкой по шкале Апгар, дети реже госпитализировались в детскую инфекционную больницу.

В нашем исследовании на ВИЧ-статус повлиял показатель вирусной нагрузки к моменту родов. Прямой зависимости от срока начала терапии, способа родоразрешения и исхода по ВИЧ-статусу для ребенка не получено. Наибольшее значение вероятно оказала регулярность приема препарата во время беременности. Можно предположить, что определенную роль сыграл так называемый плацентарный фактор, а именно наличие хронической ФПН у беременной.

Благодаря современной антиретровирусной профилактики, рациональному ведению беременности и родов передача ВИЧ-инфекции ребенку снизилась до до 5-6 % по результатам нашего исследования.

Н.А. Попцова, О.А. Братухина

*ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров*

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Распространенность тромбоемболических осложнений в акушерстве составляет 0,6-5,0 случаев на 1000 беременных [1], 2-5 на 1000 родов [2]. Актуальность этой проблемы для беременных, родильниц и женщин в послеродовом периоде обусловлена тем, что венозный тромбоз и тромбоемболию легочной артерии во время беременности и в послеродовом периоде наблюдают в 5,5 раз чаще, чем у небеременных женщин, а после родов в 3-6 раз чаще, чем во время беременности. При знании многих механизмов патогенеза в развитии тромбоза, причина остается неизвестной приблизительно в половине случаев у пациенток без каких-либо фоновых заболеваний. В исследованиях было показано, что бессимптомный венозный тромбоз во время беременности возникает в 0,18-4,9 случаях на 1000 родов [1].

Беременность является состоянием, при котором риск развития венозных тромбозов увеличивается в 5-6 раз. Для физиологически

протекающей беременности характерны все признаки триады Вирхова. Изменяется система гемостаза: увеличивается количество практически всех факторов свертывания крови (кроме XI, XIII); растет активность фактора VIII; снижается фибринолитическая и антикоагуляционная активность крови; уровень тромбоцитов практически не меняется. Изменения происходят также и в физиологии системы венозного кровообращения: происходит дилатация вен различного калибра, в т.ч. и магистральных вен (что связано с гормональными изменениями во время беременности); снижается тонус мышечного слоя; развивается функциональная недостаточность клапанов; наблюдается сдавление подвздошных вен и нижней полой вены беременной маткой; развиваются артерио-венозные анастомозы на фоне застойных явлений. В результате этого снижается скорость венозного кровотока на 50 % к III триместру беременности. Тромбообразование чаще развивается в венах левой нижней конечности, в связи с тем, что левая бедренная вена находится в худших условиях для оттока крови ввиду анатомической асимметрии расположения [1].

К факторам риска тромбоза глубоких вен относят осложнения беременности, сопровождающиеся ДВС-синдромом (гестоз, акушерские кровотечения, гнойно-септические заболевания, инфекционные и воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей), возраст старше 35 лет, индекс массы тела более 25 кг\м², экстрагенитальные заболевания (ожирение II-III ст., гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания почек, анемия, варикозная болезнь вен), семейный и личный анамнез по тромбозам (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия), многоплодная беременность, курение, группа крови (отмечено, что у лиц с группой крови A(II), B(III), AB(IV) концентрация фактора VII выше, чем у лиц с O(I) группой крови), врожденная и приобретенная тромбофилия (АФС, мутация гена метилентетрагидрофолатредуктазы, Лейденовская мутация (гена фактора V свертывания крови), мутация гена протромбина, дефицит антитромбина III, протеина C, S), длительный постельный режим (длительный токолиз, параличи), использование гормональных контрацептивов или препаратов для подавления лактации в послеродовом периоде, оперативное вмешательство (кесарево сечение, операции на беременной матке, наложение акушерских щипцов), переломы, травмы в анамнезе, злокачественные новообразования. Факторы риска тромбоза глубоких вен достаточно хорошо изучены, однако при наличии факторов риска не всегда развивается тромбоз.

Венозные тромбозы магистральных вен приводят к тромбированию сосудов плаценты, ухудшают маточно-плацентарное кровообращение и внутриутробное состояние плода. Таким образом, тромбоэмболические осложнения создают реальную угрозу жизни и здоровью матери и плода и определяют рост материнской и перинатальной смертности [2].

В отделении патологии беременности №1 КОКПЦ в 2010 году наблюдалась пациентка с острым венозным тромбозом. Беременная Д. 32 лет поступила 18.06.2010 в отделение патологии беременности КОКПЦ с жалобами на отеки голеней в течении 4 недель; появление болей в правой голени в течение 5 дней и усилены ее отечности.

Из анамнеза установлено, что беременная страдает варикозной болезнью нижних конечностей с 20 лет. Семейный анамнез отягощен варикозной болезнью по линии матери.

Данная беременность третья, в 2005 и 2007 гг. медицинские аборт без осложнений. В женской консультации наблюдалась с 5 недель. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 12 и 30 недель. В 24 недели была осмотрена ангиологом, поставлен диагноз: Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН II степени. Рекомендовано принимать «Детралекс» 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день, «Курантил» 25мг по 1 таблетке 3 раза в день, эластическая компрессия нижних конечностей.

Status locales: правая нижняя конечность отечна до паховой складки, кожа нижних конечностей чистая, не изменена, инфильтратов нет. Умеренная болезненность при пальпации в области вены правой голени. Симптомы Мозеса и Хоманса положительные справа. Пульсация артерий четкая до периферии на обеих конечностях. Окружность в области голеностопного сустава справа - 24 см, слева - 22 см; окружность в области подколенной ямки справа – 34 см, слева – 33 см.

При первичном осмотре был поставлен диагноз: Беременность 32-33 недели. Гестоз легкой степени. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН II степени. Острый флелотромбоз справа? ОАА. Возрастная первородящая.

Было проведено обследование:

ОАК: Er $3,57 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 113 г/л, Ht 30,9%, Le $16,4 \cdot 10^9$ /л, Tr $166 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 41 мм/час, лейкоцитарная формула: п/я-7%, с/я-54%, э-3%, б -1%, лф-30%, мo-5%.

Геморрагический синдром: ПТИ 92%, фибриноген 4,7 г/л, АЧТВ 28,4 (норма 24,0-34,0), время свертывания 4'00'', ПДФ ≥ 20 мг/л, Д-димер 0,5-3 мкг/мл.

Биохимический анализ крови: общий белок 59 г/л, глюкоза, билирубин, креатинин, мочевины в пределах нормы.

Группа крови B(III) Rh (+).

Общий анализ мочи, суточная потеря белка, мазок на Gp в пределах нормы.

Была проведена оценка состояние плода и маточно-плацентарного кровотока: КТГ 7 баллов по шкале Фишера, в динамике - 9 баллов; УЗИ – по фетометрии плод соответствует 33,3 неделям беременности. Плацента по передней стенке до дна, толщиной 31 мм, I степени зрелости, доплерометрия – нарушения маточно-плацентарного кровотока не выявлено.

Обследована на маркеры наследственной тромбофилии в КНИИГиПК: мутации генов факторов свертывания II (протромбина), V (Лйеденовская мутация), МТГФР (метилентетрагидрофолатредуктаза) не выявлено.

Беременная была консультирована ангиохирургом. Диагноз: Острый голенно-подколенно-бедренный флеботромбоз справа. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН II степени.

Ангиохирургом было рекомендовано:

1. Строгий постельный режим 7-10 дней. Правую нижнюю конечность на шину Беллера.
2. Эластическая компрессия обеих нижних конечностей (чулки 2 компрессионный класс).
3. «Клексан» 0,6 п/к 2 раза в сутки.
4. Раствор «Никотиновой кислоты» 1% 5.0 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в капельно 1 раз в сутки № 5.
5. «Детралекс» 500 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки.
6. «Волювен» 500 мл в/в капельно 1 раз в сутки №6.
7. «Диклоген» 50 мг по 1 свече в прямую кишку 2 раза в сутки № 10.

На фоне проведенного лечения беременная отметила улучшение состояния, уменьшение болей в нижней конечности и снижения отека.

На 10 сутки на фоне лечения Status locales: незначительный отек правой нижней конечности, кожа нижних конечностей чистая, не изменена, инфильтратов нет. Пальпация в области вены правой голени безболезненная. Симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные с обеих

сторон. Пульсация артерий четкая до периферии на обеих конечностях. Окружность в области голеностопного сустава справа - 22 см, слева - 22 см; окружность в области подколенной ямки справа – 33 см, слева – 33 см.

Лабораторные показатели в динамике через 10 дней:

ОАК: Er $3,72 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 126 г/л, Ht 32,7%, Le $15,9 \cdot 10^9$ /л, Tr $186 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/час, лейкоцитарная формула: п/я-4%, с/я-57%, э-5%, б -0%, лф-26%, м_о-8%.

Геморрагический синдром: ПТИ 91%, фибриноген 4,0 г/л, АЧТВ 25,2 (норма 24,0-34,0), время свертывания 3'45", ПДФ ≥ 5 - <20 мг/л, Д-димер 0,5-3 мкг/мл.

Состояние плода за период лечения удовлетворительное.

После 10 дневного курса терапии беременная была повторно консультирована ангиохирургом. Рекомендовано:

- Эластическая компрессия обеих нижних конечностей (чулки 2 компрессионный класс).
- «Клексан» 0,6 п/к 2 раза в сутки до 12 дней, затем «Клексан» 0,2 п/к 1 раз в день до родов и 2 недели после родов.
- «Детралекс» 500 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки до родов.
- Возможны роды через естественные родовые пути.

Беременная Д. выписана 06.07.2010г. в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации с диагнозом: Беременность 34-35 недель. Острый голенно-подколенно-бедренный флеботромбоз справа. Гестоз легкой степени. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Возрастная первородящая. ОАА. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН II степени. Рекомендована плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и родоразрешению в 38-39 недель.

03.08.2010. беременная Д. поступила в отделение патологии беременных с диагнозом: Беременность 39-40 недель. Гестоз легкой степени. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Острый флеботромбоз справа (июнь 2010). Возрастная первородящая. ОАА. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН II.

Status locales: отеков нижних конечностей нет, кожа нижних конечностей чистая, не изменена, инфильтратов нет. Пальпация в области вен голеней безболезненная. Симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные с обеих сторон. Пульсация артерий четкая до периферии на обеих конечностях.

Обследование:

ОАК: Er $3,72 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 122 г/л, Ht 32,6%, Le $12,0 \cdot 10^9$ /л, Tr $173 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 37 мм/час, лейкоцитарная формула: п/я-5%, с/я-58%, э-2%, б-0%, лф-28%, м_о-7%.

Геморрагический синдром: ПТИ 81%, фибриноген 4,44 г/л, АЧТВ 28,6 (норма 24,0-34,0), время свертывания 3'20'', ПДФ ≥ 5 - < 20 мг/л, Д-димер 0,5-3 мкг/мл.

Общий анализ мочи без особенностей.

КТГ плода 7-8 баллов.

Беременная продолжала получать «Клексан» 0,2 п/к 1 раз в день, «Детралекс» 500 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки.

05.08.2010 самостоятельно развилась родовая деятельность, женщина переведена в родовое отделение, на период родов инъекции «Клексана» были прекращены.

Общая продолжительность родов 9 час 40 мин, I период 9 час 00 мин, II период 30 мин, III период 10 мин, безводный период 7 час 20 мин. Родился живой доношенный плод мужского пола с массой 3350 г, длиной 52 см, по шкале Апгар на 1 минуте - 7 баллов, на 5 минуте - 8 баллов. Общая кровопотеря 250 мл. С целью профилактики кровотечения с конца второго периода родов начата в/в инфузия 5 ЕД раствора окситоцина на 400 мл стерильного изотонического раствора хлорида натрия. Во втором периоде родов произведена эпизиотомия.

Послеродовый период протекал без осложнений. ОАК, ОАМ, УЗИ без особенностей. Выписана на 4 сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями под наблюдение врача женской консультации. Рекомендована эластическая компрессия нижних конечностей, прием «Детралекс» 500 мг 2 раза в сутки.

У всех пациенток с тромбозами и с акушерскими осложнениями во время беременности или в анамнезе необходимо проводить скрининг на наследственные формы тромбофилии. Это позволяет определить дальнейшую тактику лечения пациенток, его длительность, выбор препарата, позволяет предотвратить как тромбоэмболические, так и акушерские осложнения при планировании последующей беременности, дать пациентке рекомендации по антикоагулянтной терапии при возникновении внешних факторов риска тромбозов.

При отсутствии возможности обследовать на наследственные формы тромбофилии в послеродовом периоде женщинам с перенесенным острым венозным тромбозом рекомендуется:

1. эластическая компрессия обеих нижних конечностей в течение 1,5-2 лет.
2. ангиопротекторы («Детралекс» 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день) до 6 мес.
3. дезагреганты (Пентоксифилин, Дипиридамо́л, ацетилсалициловая кислота).
4. женщинам получавшим НМГ до родов рекомендуется продолжить лечение НМГ до 2 недель в послеродовом периоде с переходом, при необходимости, на антикоагулянты непрямого действия до 4 мес («Варфарин» с 5 мг в день под контролем МНО в пределах 2,0-3,0).
5. наблюдение у хирурга/ангиолога в амбулаторных условиях

Литература:

1. Доброхотова Ю.Э., Щёголева А.А. Тромботические состояния в акушерской практике. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М., Акиншина С.В. Патогенез и профилактика тромбоэмболических осложнений в акушерской практике. // Журнал российского общества акушеров-гинекологов. – 2008. - № 1. – с. 18-31.
3. Макаров О.В., Озолина Л.А. Венозные тромбозы в акушерстве и гинекологии. М., 1998.

Л.Б. Садырина, А.А. Осокина, И.А. Макарова

Департамент здравоохранения Кировской области, г. Киров

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ: СТРУКТУРА, ПУТИ СНИЖЕНИЯ

Младенческая смертность – смертность детей из числа родившихся живыми от момента рождения до достижения возраста одного года. Доля детей умерших на первом году жизни от числа умерших во всех возрастных категориях составляет от 0,5 до 1%. Однако потери в детском возрасте сказываются на средней продолжительности жизни и продолжительности пребывания в трудоспособном возрасте, поэтому младенческая смертность является важной составляющей медико-демографической ситуации.

Последние годы в области отмечалась тенденция к повышению рождаемости на 8,5%: с 10,5 на 1000 населения в 2007 до 11,4 в 2009. В абсолютных цифрах: в 2008 году в области зарегистрировано рождение 15952

новорожденных, что на 1010 больше, чем в 2007 году; в 2009 году зарегистрировано рождение 15880 младенцев.

Показатель общей смертности по РФ в 2009 году снизился до 14,1 на 1000 населения, в Кировской области – до 16,6. Демографическая ситуация в области остается неблагоприятной в связи с высоким уровнем общей смертности и отрицательным естественным приростом населения.

Таблица 1 – Динамика показателя младенческой смертности

Младенческая смертность	2007	2008	2009
Российская Федерация (на 1000 родившихся живыми)	9,4	8,5	8,1
ПФО (на 1000 родившихся живыми)	8,9	7,9	7,2
Кировская область (на 1000 родившихся живыми)	9,7	7,5	6,6

Благодаря комплексу мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям в период с 2007 по 2009 показатель младенческой смертности снижен на 31 % с 9,8 на 1000 родившихся живыми в 2007 году до 6,6 в 2009 году и сопоставим как с показателями по Приволжскому федеральному округу, так и по РФ в целом. Ранговый порядок причинной структуры младенческой смертности в Кировской области соответствует структуре причин по РФ в целом. За период с 2007 по 2009 годы ведущая роль принадлежит отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде – 34 %, на втором месте – врожденные аномалии развития – 32 %. Впервые в 2009 году на третье место в структуре причин младенческой смертности вышли прочие (синдром внезапной смерти грудного ребенка) – 10,7 %. Необходимо отметить, что за последние три года показатель смерти младенцев от данной причины вырос в 1,6 раза. Сложно управляемой является смертность детей от внешних причин: травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. В 2009 году они занимают в структуре младенческой смертности IV место - 7,8 %, на V месте - болезни органов дыхания – 6,8%.

Таблица 2 – Структура младенческой смертности

Ранговый порядок причин младенческой смертности	2007		2008		2009	
	абс.	% МС	абс.	% МС	абс.	% МС
1 Болезни периода новорожденности	60	41,4	52	44,4	35	33,3
- пневмопатии	28	19,3	22	18,8	21	20,0
- инфекции, специфичные для перинатального периода	11	7,6	11	9,4	4	3,8

	- геморрагическая болезнь н/р	7	4,8	5	4,3	4	3,8
	- гемолитическая болезнь н/р	2	1,4	-	-	-	-
	- родовая травма	4	2,8	3	2,6	1	1,0
	- асфиксия	6	4,1	7	6,0	3	2,9
	- прочие болезни н/р	2	1,4	4	3,4	2	1,9
2	Врожденные пороки развития	50	34,5	24	20,5	34	32,4
3	Последствия воздействия внешних причин	15	10,3	18	15,4	9	8,6
4	Болезни органов дыхания	4	2,8	4	3,4	7	6,7
5	Инфекционные заболевания	1	0,7	6	5,1	3	2,9
	в т.ч. сепсис	-	-	2	1,7	2	1,9
6	Заболевания центральной нервной системы	4	2,8	2	1,7	4	3,8
7	Новообразования	-	-	-	-	-	-
	Прочие	10	6,9	10	8,5	11	10,5

В течение последних 3-х лет прослеживается снижение перинатальных потерь от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде: асфиксии, внутриутробных инфекций, родовой травмы и дыхательных расстройств. Это результат планомерно проводимой работы по улучшению оснащения родовспомогательных учреждений необходимым оборудованием и подготовке специалистов, оказывающих медицинскую помощь матери и ребенку.

Организация работы ГЛПУ «Кировский областной клинический перинатальный центр» и оснащение родовспомогательных учреждений позволили внедрить современные перинатальные технологии и улучшить качество оказываемой медицинской помощи детям, родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела. Показатель выживаемости недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, в областном перинатальном центре в 2009 году составил 63,6%, а родившихся с массой тела от 1000 гр до 1500 гр – 88,3%.

Работа акушерско-гинекологической и медико-генетической служб Кировской области позволила повысить эффективность выявления врожденной и наследственной патологии плода.

Таблица 3 – Пренатальная диагностика врожденных аномалий развития

	2007	2008	2009
Охват беременных биохимическим сывороточным скринингом I триместра (PAPP – а, св.-ХГЧ) % охвата	6%	6%	11%
Охват беременных биохимическим сывороточным скринингом II триместра (АФП, ХГЧ) % охвата	90%	90%	91,2%
% охвата УЗИ- скринингом беременных	91%	94%	97 %

В 2009 году диагностировано 180 случаев врожденных аномалий плода, по решению пренатального консилиума элиминировано 113 (2008 г - 143 /88; 2007 г – 147/87). Диагноз пренатального консилиума во всех случаях верифицирован на патологоанатомическом исследовании. Вместе с тем, родилось и умерло на первом году жизни 34 младенца с врожденными аномалиями развития: (32 % в структуре младенческой смертности), в том числе в неонатальный период – 19 новорожденных. В структуре врожденных аномалий развития, как причины младенческой смертности, на первом месте врожденные пороки сердца – 58%, на втором – множественные ВПР, на третьем – пороки развития желудочно-кишечного тракта – 9%.

Высоким остается удельный вес детей 1-го года жизни, умерших на дому - 24,8%, хотя по сравнению с 2008 годом он несколько снизился.

Таблица 4 – Удельный вес детей 1-го года жизни, умерших на дому (%)

2005	2006	2007	2008	2009
25,4	15,7	21,4	26,1	24,8

Смерть детей на дому происходит из-за позднего обращения за медицинской помощью и (или) пренебрежения родителями интересов ребенка. В большинстве случаев данные факты имеют место в семьях «группы социального риска». В связи с этим, педиатрическая служба уделяет особое внимание таким семьям: на 01.01.2010 года на патронаже состоит 4120 семьи «группы социального риска», в которых проживает 7304 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет, в том числе в возрасте до 1 года – 369, детей подросткового возраста 15 – 17 лет – 1221.

В очередной раз необходимо обратить внимание на рост заболеваемости детей первого года жизни, и большая роль в этом принадлежит перинатальной патологии. Снижение перинатальной патологии – главный фактор сохранения здоровья рождающегося поколения и уменьшения смертности детского населения.

Решение каких проблем является резервом снижения младенческой смертности?

- Периконцепционная профилактика перинатальной патологии: планирование беременности, проведение медико-генетического консультирования семьи, определение риска пренатальной патологии. Своевременная элиминация патологических плодов.

- Медико-психологическая помощь детям подросткового возраста, работа по сохранению репродуктивного здоровья девочек и девушек,

формирование психологических установок на создание семьи, рождение детей. Для раннего выявления заболеваний, приводящих к ограничению репродуктивной функции, с 2011 года планируется проведение углубленной диспансеризации детей подросткового возраста (14-летних), включая осмотры акушера-гинеколога, детского уролога и других специалистов.

- Формирование трехуровневой системы и повышение качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также новорожденным.

- Необходимо учитывать тот факт, что в 2012 году Российская Федерация планирует перейти европейские критерии учета перинатальных потерь. В этой связи необходимо обеспечить своевременную госпитализацию беременных женщин с высокой степенью перинатального риска в перинатальный центр, а также рациональную транспортировку новорожденных из акушерских стационаров в отделения реанимации и интенсивной терапии. Необходимо широкое внедрение новых технологий выхаживания новорожденных, в том числе недоношенных детей и детей, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Мы связываем решение ряда проблем с пуском акушерского корпуса перинатального центра, а также с организацией работы, оснащением и кадровым обеспечением родильных отделений межрайонных консультативно-диагностических центров.

Учитывая особую остроту социальных проблем в области, предложено на уровне муниципальных образований усилить работу по взаимодействию учреждений здравоохранения с учреждениями социальной защиты населения по вопросам совместного патронирования беременных женщин, рожениц, родильниц, а также семей с детьми из «группы социального риска». Для уменьшения детских потерь от внешних причин будет продолжена реализация межведомственных программ по сохранению жизни и здоровья детей, на создание травмобезопасной среды, на предупреждение формирования психоразрушающих форм поведения детей подросткового возраста, суицидального поведения, профилактику употребления психоактивных веществ. Особое внимание – мероприятиям по формированию здорового образа жизни населения, в том числе женского, включая минимизацию вредных привычек, развитие физической культуры, приверженности к здоровому питанию.

Несмотря на благополучную динамику младенческой смертности, проблема сохранения здоровья детей и дальнейшего снижения

репродуктивных потерь, прежде всего за счет эффективных медико-социальных мероприятий и повышения качества медицинской помощи женщинам и детям, является одной из приоритетных задач развития здравоохранения Кировской области.

Н.В. Семеновский, Н.А. Хвостикова, Е.А. Суворова, Д.А. Никулин

ГЛПУ Кировский областной клинический

перинатальный центр, г. Киров

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ГЛПУ «КИРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Оказание акушерско-гинекологической помощи в Кировской области имеет свои особенности, что связано с географическим положением и уровнем экономического и социального развития региона. Кировская область расположена на северо-востоке европейской части Российской Федерации. Территория Кировской области по площади составляет 120,4 тысяч квадратных километров. В административном отношении Кировская область делится на 39 районов. Численность населения на начало 2008 года составила 1413,3 тысяч человек. По этому показателю Кировская область занимает 7 место среди 14 регионов Приволжского федерального округа и 32 место – в Российской Федерации [3].

По определению директора Научного Центра акушерства гинекологии и перинатологии, академика РАМН, д.м.н. профессора Кулакова В.И.

«...в условиях низкой рождаемости в России благополучный исход каждой беременности является важнейшей задачей, как акушеров – гинекологов, так и неонатологов, то есть акушерство всё более приобретает перинатальный характер... Сохранение генофонда России - наша приоритетная задача».

Для решения этих задач и обеспечения оптимальных условий оказания медицинской помощи беременным, выхаживания новорожденных необходимо развитие учреждений современного типа – перинатальных центров, оснащённых высокотехнологичным оборудованием и укомплектованных квалифицированными кадрами [5].

Перинатальный центр позволяет сконцентрировать в одном месте беременных высокой степени перинатального риска и их детей с экономически оправданным обеспечением высококвалифицированными кадрами и современным оборудованием. Для выполнения указанных задач необходимо обеспечить регионализацию службы охраны здоровья матери и

ребенка, т.е. создание единой координированной системы, оказывающей помощь на территории всего региона. Необходимо было провести комплекс мероприятий направленных на создание сети учреждений родовспоможения, связанных единым информационным центром, который обеспечивает взаимодействие между первым, вторым и третьим уровнями оказания медицинской помощи [5].

С этой целью распоряжением ДЗ Кировской области № 01 –12/1284 от 03.03.2007г. «Об организации медицинской помощи беременным группы высокого и среднего перинатального риска и роженицам Кировской области» был введен мониторинг беременных, согласно которого клинические данные о беременных группы высокого риска из районов области передавались под наблюдение специалистов перинатального центра по системе 4х контрольных талонов, с обязательным консультированием пациентов на базе перинатального центра в установленные сроки.

В течение года в среднем на учет состояло около 240 беременных женщин из районов Кировской области [3].

Самая высокая активность в постановке беременных высокой группы риска на учет была отмечена в Вятскополянском, Котельничском, Куменском, Мурашинском районах.

По степени риска беременные распределились следующим образом:

От 10 до 11 баллов - 5%

От 12 до 20 баллов - 82%

Свыше 20 баллов – - 13%

За 2009г из всех женщин высокой группы риска были проконсультированы в областных ЛПУ 68% беременных, из них в областной клинической больнице – 24%, в перинатальном центре –44 %. К сожалению, по различным причинам 32% беременных женщин не прошли консультацию в лечебных учреждениях областного центра. Профилактическая госпитализация проведена у 86% беременных. В санатории-профилактории прошли профилактическое лечение 18% беременных женщин.

Количество родов за 2009 г – 181. Родившие в ЦРБ составили 35% , в перинатальном центре - 60%, родильных домах г. Кирова 5%
Всего родилось 183 ребенка (1 двойня). Случаев перинатальной смертности зарегистрировано не было.

Осложненные роды отмечены у 131 пациентки (71,8%), из них оперативные у 92(50,8%) [3].

В процессе работы с районами области выявлены следующие недостатки:

1. Неполное предоставление информации о пациентке;
2. Неверная оценка степени риска в баллах;
3. Пропуск информации по одному из контрольных талонов;
4. Недостаточные данные по родам и исходам беременности;
5. Неполная информация по новорожденному;
6. Недооценка факторов перинатального риска;
7. Постановка на учет беременных высокого риска по факту осложнения в родах;

Появилась необходимость открытия и формирования дистанционно – консультативного центра.

С момента преобразования в 2005 году Кировского клинического родильного дома № 2 в ГЛПУ «Кировский областной клинический перинатальный центр» была введена консультативная помощь врачам ЦРБ при ведении осложненной беременности и родов высокого перинатального и материнского риска. Консультации проводились по телефону 1 родового отделения заведующей отделением, в вечернее и ночное время ответственным дежурным врачом. При анализе данной работы Департамент здравоохранения Кировской области и администрация ГЛПУ КОКПЦ пришли к выводу о необходимости создания дистанционно-консультативного центра на базе ПЦ с круглосуточным дежурным врачом для проведения консультации всех родов, проходящих в районах области [3].

С 01.02.2010 года в перинатальном центре начало работать новое отделение: дистанционно-консультативный центр.

Цель отделения – оказание круглосуточной консультативной помощи специалистам родовспомогательных учреждений первого и второго уровней, создание системы оперативного слежения и управления акушерской ситуацией.

Задачи ДКЦ:

- оказание круглосуточной консультативной помощи по телефону специалистам родовспомогательных учреждений первого и второго уровней;
- решение вопросов перевода и транспортировки пациентов со средней и высокой степенью перинатального и материнского риска в родовспомогательные учреждения соответствующего уровня;
- осуществление оперативного, динамического наблюдения за состоянием здоровья беременных, рожениц и родильниц, нуждающихся в интенсивной терапии и реанимации;

- проведение анализа дефектов в оказании неотложной помощи женщинам в учреждениях родовспоможения области;
- ведение учетной и отчетной документации.

По данным на октябрь 2010г в Кировской области 39 районов. В 15 из них имеются маломощные родильные отделения с количеством родов менее 100 в год, в 5 – менее 50 родов в год. В 4 ЦРБ - отсутствует родильное отделение в составе ЦРБ. В 6 районах нет врача акушера-гинеколога. В ряде районов работает по одному акушеру-гинекологу. Отдаленность районов составляет от 200 до 500 км. С двумя районами нет автомобильного сообщения, связь осуществляется только железнодорожным транспортом. В этих условиях возможность получить консультацию по ведению беременных и рожениц приобретает особое значение, в этих случаях оперативно решаются вопросы дородовой госпитализации беременных в КОКПЦ, возможность перевода рожениц с началом родовой деятельности в КОКПЦ или в ближайшее родовспомогательное учреждение [1].

За 8 месяцев 2010 года (с 1 февраля по 30 сентября) дистанционно-консультативным центром КОКПЦ проконсультировано 3738 рожениц и родильниц из районов Кировской области [3].

Нормальных (не осложненных) родов 2608 (69,7%). Родов, закончившихся операцией кесарева сечения 698 (18,7%). Переведено в перинатальный центр с началом родовой деятельности 82 роженицы (2,19%). Это женщины группы высокого перинатального и материнского риска с преждевременными родами, гестозами средней и тяжелой степени тяжести, с экстрагенитальными заболеваниями, осложняющими беременность.

В ДКЦ проконсультировано 600 беременных, 412 из них было госпитализировано для лечения и родоразрешения в ПЦ, что составило 68,7%.

При анализе показателей работы перинатального центра за 9 месяцев 2009 и 2010 г.г. отмечается тенденция к увеличению общего количества родов, а также увеличение количества родов у жительниц из районов области.

В перспективных планах работы ДКЦ:

- совершенствование организационно – методической работы с районами области,
- снижение % осложненных родов в ЦРБ. Как результат этой работы – снижение перинатальных потерь;

– методическая помощь ЦРБ по внедрению алгоритмов ведения беременности родов;

– организация выездных акушерских и неонатологических бригад с целью оказания своевременной, качественной высококвалифицированной медицинской помощи населению районов Кировской области.

Организация дистанционного консультативного центра с выездными бригадами позволит обеспечить круглосуточное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц и новорожденных, нуждающихся в интенсивной терапии на территории Кировской области.

Учебно-методическая работа в перинатальном центре проводится совместно с кафедрой акушерства и гинекологии Кировской Государственной медицинской академии, (зав. кафедрой профессор, д.м.н. Дворянский С. А.). Основными направлениями этой работы являются исследования по созданию медицинских стандартов, протоколов, алгоритмов лечения и обследования пациентов при различных заболеваниях, ведения родов и послеродового периода.

С 2005 года проводится работа по катamnестическому наблюдению детей с экстремально низкой массой тела, родившихся в Перинатальном центре.

В 2009 году был проведен опрос-анкетирование в семьях, в которых воспитываются недоношенные дети с очень малой массой тела при рождении. Анкетирование проводилось дистанционно, по почте, по достижении детьми возраста 1 календарного года. Мы направили анкеты по 67 известным адресам. Откликнулись 36 (53,7%), семей, в которых воспитываются 39 детей.

Настоящий опрос охватил детей, воспитывающихся в семьях. В городе Кирове проживают 14 (39%) семей, в различных районах Кировской области 22 (61%). Неполные семьи, когда дети воспитываются матерью без участия отца 6 (17%)

По результатам обработки данных теста по показателям нервно-психического развития можно дать предварительную оценку развития детей. При анализе ответов родителей на вопросы анкеты 27(69%) детей развиваются без заметных отклонений, у 7 (18%) можно предполагать негрубое отставание темпов развития, у 5(13%) отмечается явная задержка развития.

Работа по катамнезу детей находится в процессе формирования и будет плодотворно продолжена при открытии отделения 2 этапа выхаживания новорожденных.

Создание единой перинатальной службы в Кировской области позволит подойти к формированию системы управления качеством медицинской помощи, включающей: управление ресурсами, технологиями и мониторингом результатов.

Литература:

1. Статистика здоровья населения и здравоохранения Кировской области в 2009 году. ДЗ Кировской области. КОГУЗ «Медицинский информационно – аналитический центр»
2. Основные показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в РФ. МЗ и социального развития РФ. Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения ФГУ « Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
3. Статистические данные Федеральной службы государственной статистики по Кировской области.
4. Статистические данные « Пояснительная записка к годовому отчету за 2009 год» ГЛПУ «Кировский областной клинический перинатальный центр»
5. Информационное письмо «Опыт работы и задачи перинатальных центров по снижению перинатальной и материнской смертности». г. Москва 2009г. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова»

Ф.К. Тетелютина, В.В. Журавлева, Е.А. Пашукова,

Н.А. Уракова, Т.В. Сушенцова, Ф.С. Хазиева

ГОУ ВПО Ижевская государственная

медицинская академия, г. Ижевск

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Акушерские кровотечения, возникающие во время беременности, в родах и послеродовом периоде остаются одной из основных проблем практического акушерства. В структуре материнской смертности массивные кровопотери занимают ведущее место в большинстве стран мира. (В.Н. Серов, Г.М. Савельева).

Первые сообщения о применении эмболизации а. hypogastrica, а. iliaca interna, производимой для остановки кровотечения, обусловленного

распространенным злокачественным процессом относятся к середине 70 – х годов прошлого века.

Особый интерес представляет успешное применение эмболизации для остановки кровотечения в акушерской практике.

С конца 70 – х годов артериальную эмболизацию начали использовать для остановки гипотонических кровотечений после аборт и родов, глубоких разрывах влагалища и шейки матки, сосудистых аномалиях, а также и кровотечениях, обусловленных с аномалиями локализации и прикрепления плаценты.

При аномалии прикрепления плаценты следует катетеризировать сосуд при родоразрешении женщин с данной патологией, а в дальнейшем произвести эмболизацию во время операции либо непосредственно после нее. Этот подход даже при pl. percreta позволяет сохранить матку[1].

Эффективность метода при акушерских кровотечениях и кровотечениях после абортов колеблется от 7 до 97 %.

Причинами массивных кровотечений признано считать: преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, разрыв матки, послешоковые кровотечения, дефекты гемостаза, тромбоцитопении, гипотонию матки, травмы родовых путей, дефекты соединительной ткани, мертвый плод и др.

Хирургическое вмешательство для остановки кровотечения нередко заканчивается калечащей женщиной операцией, инвалидизацией, сопровождается еще большей потерей крови и утяжелением состояния женщины.

Важным показанием в акушерстве к проведению чрезкожной транскатетерной эмболизации является обильное маточное кровотечение в родах, в раннем и позднем послеродовым периоде, которое невозможно остановить консервативно с использованием новых подходов аутоплазмодонорства, интраоперационной реинфузии, нормоволемической гемодинамики, СЗП, трансамчи и др. Поэтому данный метод выступает как альтернативный по отношению к операции при массивном акушерском кровотечении.

На протяжении последних 15 лет в Республиканский Клинический Диагностический Центр (РКДЦ) УР достаточно широко применяются рентгенохирургические методы диагностики и лечения, как в акушерстве, так и в гинекологии, в частности чрезкожная транскатетерная эмболизация

маточных и внутренних подвздошных артерий при массивных акушерских кровотечениях.

В структуре РКДЦ Удмуртской Республики имеется родильный дом высокого риска по оказанию помощи беременным, родильницам и роженицам с сердечно сосудистой патологией и отделение рентгенохирургии, которое работает в круглосуточном режиме, поэтому в плановых и экстренных ситуациях имеется возможность оказать помощь больным в любое время суток.

Целью настоящей работы являлась оценка эффективности артериальной эмболизации, как метода остановки массивного кровотечения в акушерской практике.

Эмболизация внутренних подвздошных и маточных артерий – это минимально инвазивная процедура, выполняющаяся по ангиографической технике под флюороскопическим контролем, при которой прекращается ток крови в сосуде. Чаще всего мы проводили эндоваскулярную эмболизацию маточной артерии с двух сторон. Процедура выполняется под местной анестезией. Доступ к внутренней подвздошной и маточной артериям осуществляется посредством катетеризации бедренных артерий по стандартной методике Сельдингера. Сначала выполняется ангиография внутренней подвздошной артерии. Затем под контролем рентгенотелевидения в маточные или внутренние подвздошные артерии медленно вводится частички эмболизирующего материала. Мы пользуемся Труфиллом (ПВА- поливинилалкоголь) размером от 300 до 700 мк, которые заклинивают просвет сосуда. Количество вводимого препарата колеблется от 0,1 до 0,4 г.

В 4 случаях дополнительно проводилась эмболизация маточных артерий спиральями Гиантурко (d=3-5 мм). При проведении эмболизации внутренних подвздошных артерий, по возможности нужно избегать эмболизации *a.glutea superior*, *a. glutea inferior*, поскольку это может привести к ишемии ягодичной области и седалищного нерва. После окклюзии сосудов снова проводится ангиограмма.

Мы считаем, что показаниями к эмболизации внутренних подвздошных и маточных артерий в акушерстве являются:

1. Массивные акушерские кровотечения в раннем послеродовом периоде: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты без вращения, послешоковые

кровотечения, дефекты гемостаза, гипо-атония матки, дефекты соединительной ткани.

2. Массивные акушерские кровотечения в позднем послеродовом периоде.
3. Послеродовые гематомы влагалища и параметрия.
4. Массивные кровотечения при глубоких разрывах влагалища и шейки матки с переходом на своды.
5. Предполагаемая массивная кровопотеря в родах.

Результаты и их обсуждение.

Нами проведена эмболизация при массивных акушерских кровотечениях 17 родильницам в возрасте от 19 до 35 лет. Первородящих было - 7 и повторнородящих – 10. Каждая родильница в среднем имела 2-4 экстрагенитальных заболеваний, осложнения гестации и ОАА. Раннее послеродовое кровотечение (гипо-атония матки) было у 7 родильниц (41,2%), позднее послеродовое кровотечение у 5 пациенток (29,4%), при глубоких разрывах влагалища и шейки матки с переходом на своды у -1 родильницы (5,9%), при послеродовых гематомах влагалища и параметрия - 4 женщинам (23,5%). Объем кровопотери в 10 наблюдениях составил 1,5-2 литра, у 6 пациенток от 1 до 1,5 литра и у 1 - 2,5 л. При обширных послеродовых гематомах влагалища на ангиограмме четко прослеживается маточная артерия и ее ветви. После эмболизации все ветви на уровне эмбола исчезла, кровотечение прекращалось.

Все пациентки наблюдались в отделении интенсивной терапии РКДЦ в течение суток после чего переводились в родильный дом №6.

Осложнений в позднем послеоперационном периоде у наших пациенток не было. Рецидивов кровотечения не наблюдалось. Явлений постгеморрагической анемии, были купированы и состояние женщины восстановлено к 10 суткам послеродового периода.

Средний койкодень составил 8,1. Из них 2 были переведены в ЖКО РКДЦ на реабилитацию. Все пациентки выписаны домой в удовлетворительном состоянии с сохраненной функцией репродукции.

Эмболизация маточных и подвздошных артерий при массивных акушерских кровотечениях является относительно новой методикой сохраняющей жизнь, качество здоровья, репродуктивную систему, а также отсутствие осложнений после процедуры позволяет рекомендовать ее при urgentных состояниях в акушерской практике сопровождающихся массивными кровотечениями.

Литература:

1. Самойлова Т.Е., Голубев В.А. Применение чрескожной артериальной эмболизации в акушерстве и гинекологии /Ж. Акушерство и гинекология, 2005, №4. – С. 9-11.

**Ф.К. Тетелютина, Э.Х. Мухаметзянова, Т.В. Сушенцова,
И.С. Овчинникова, О.А. Красноперова**
ГОУ ВПО Ижевская государственная
медицинская академия, г. Ижевск

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

По мнению многих авторов физиологически протекающую беременность следует рассматривать как состояние хронического стресса. Одними из информативных лабораторных показателей, отражающих воздействие стрессорных факторов на организм, являются уровень кортизола, АКТГ [1, 2, 3, 4, 5].

С целью оценки психоэмоционального состояния женщин, рожаящих впервые, мы провели изучение концентрации гормонов – кортизола, АКТГ. Материалы и методы. Нами проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование состояния 155 беременных. Группу наблюдения составили 62 беременных женщин, прошедших физиопсихопрофилактическую подготовку к родам с применением ароматерапии и реабилитацию в санаторных условиях. Группу сравнения составили 93 пациентки, наблюдение беременности у которых осуществлялось с применением классической методики физиопсихопрофилактической подготовки к родам. Средний возраст беременных группы наблюдения $24,5 \pm 0,6$ лет не отличался от такового в группе сравнения $23,5 \pm 0,5$ лет ($p > 0,05$). Уровень кортизола, АКТГ определяли автоматически на аппарате «ELECSYS – 1010» электрохемилюминисцентным методом с использованием тест системы и оборудование фирмы «Хоффман Ля Рош». Обследование проводилось в утренние часы. Забор крови проводился из локтевой вены в объеме 5 мл (натощак). За норму был принят показатель тестостерона – 0 – 4,6 нмоль/л, кортизола – 55,0 -690,0 нмоль/л, АКТГ – 8,3 – 57,8 пг/мл.

Количество клеток гранулоцитарного ряда (гранулоцитов и агранулоцитов) контролировалось по показателям полного анализа крови, проведенного стандартным методом. Подсчет лейкоцитарной формулы

осуществлялся с помощью светового микроскопа и на аппарате «SYSMEX» К – 1000.

Ведение беременности осуществлялось совместно с клиническим психологом, при этом во время первой явки в женскую консультацию каждой женщине проводилось углубленное психологическое консультирование для оценки исходного психоэмоционального статуса.

Для снижения уровня патологии беременности и родов, улучшения качества потомства была создана усовершенствованная система ведения беременных, рожаящих впервые с использованием в физиопсихопрофилактической подготовке к родам ароматерапии и реабилитации в санатории «Металлург» Удмуртской Республики в соответствии с приказом МЗ РФ № 207 от 16.05.2003г. «Об организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях» и № 44 от 22.03.2006г. «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория». Реабилитационные мероприятия были направлены на подготовку к родам, как самой женщины, так и членов ее семьи.

Программа долечивания (реабилитации) беременных женщин, рожаящих впервые, включала следующие функции:

- Проведение комплекса лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий с использованием природных и преформированных факторов, направленных на предупреждение осложнений беременности и родов;
- Организацию рационального и лечебного питания;
- Организацию дородовой физической и медико-психологической подготовки с учетом современных перинатальных технологий;
- Санаторно-просветительскую деятельность (обучение гигиеническим навыкам, основам планирования семьи, здоровому образу жизни и т.д.);
- Обеспечение надлежащих условий для полноценного отдыха и укрепления здоровья беременных.

При первом посещении врача, пациентка информировалась о проводимом влиянии ароматерапии (АТ) на развитие беременности, ребенка, исход родов, положительном влиянии эфирных масел (ЭМ) на многие сферы деятельности человеческого организма, разъяснялись ожидаемые эффекты АТ, а также возможные негативные реакции от воздействия АТ. Беременной женщине предлагалось выбрать одно из 9 разрешенных к применению ЭМ (апельсин, грейпфрут, мандарин, бергамот, лимон, мята, лаванда, пихта), производимых фирмой Styx (Австрия).

Результаты и их обсуждение. Оценивая отношение беременных группы наблюдения к применению ЭМ, мы установила, что почти каждая вторая женщина ($40,3 \pm 6,2$ на 100 опрошенных) основной причиной согласия в применении ароматерапии назвали «Доверяю своему врачу», каждая третья ($38,7 \pm 6,2$ на 100 опрошенных) – «Мне нравятся запахи эфирных масел», каждая четвертая ($27,4 \pm 5,7$ на 100 опрошенных) – «Читала или слышала о лечебной пользе эфирных масел».

Анализ общих эффектов ароматерапии показал, что каждой третьей беременной ($38,7 \pm 6,2$ на 100 опрошенных) с умеренной степенью ощущений понравился приятный запах; каждой десятой – со слабой степенью ($9,7 \pm 3,8$ на 100 опрошенных) или с сильной степенью ($8,1 \pm 3,5$ на 100 опрошенных) ощущений понравился приятный запах или появились приятные ассоциации умеренной степени ($8,1 \pm 3,5$ на 100 опрошенных). У трети беременных ($33,8 \pm 6,0$ на 100 опрошенных) ароматерапия ощущений и ассоциаций не вызвала.

При анализе психологических эффектов ароматерапии выявлено, что под её воздействием у большинства беременных группы наблюдения ($62,9 \pm 6,1$ на 100 опрошенных) повысилось чувство спокойствия, у каждой девятой – появилось чувство радости ($14,5 \pm 4,5$ на 100 опрошенных) или повысилось чувство уверенности ($11,3 \pm 4,0$ на 100 опрошенных). Каждая третья беременная ($32,3 \pm 5,9$ на 100 опрошенных) отметила повышение работоспособности, каждая четвертая ($24,2 \pm 5,4$ на 100 опрошенных) – повышение физической активности. Ни одной из беременных, применявшей ароматерапию, аллергической реакции не отмечено.

Опрос 87 беременных группы сравнения о причине несогласия в применении ароматерапии показал, что практически каждая вторая отказалась потому, что «Просто не хочет применять данный метод». У $19,6 \pm 4,3$ на 100 опрошенных реальная непереносимость ароматерапии – не понравился запах, плохо переносит запахи, раздражение, зуд и сыпь или ухудшение психического, физического состояния.

Уровень кортизола, АКТГ определяли у женщин обследуемых групп в сроке до 12 недель и 23 – 24 недель, так как с 25 – ой недели гестации идет активный синтез кортикостероидов надпочечниками плода.

Уровень кортизола в среднем в I триместре беременности у женщин группы наблюдения составил $541,66 \pm 43,00$ нмоль/л и группы сравнения – $486,75 \pm 31,82$ нмоль/л, находился в пределах нормативных значений (за норму был принят показатель $221,0 - 690,0$ нмоль/л).

Уровень АКТГ у женщин группы наблюдения в среднем в I триместре беременности составил $20,35 \pm 3,34$ пг/мл и был незначительно ниже группы сравнения $22,97 \pm 1,89$ пг, но достоверных различий не выявлено.

У 4 женщин группы наблюдения на фоне стрессовой ситуации уровень кортизола был в пределах $691,24 - 698,12$ нмоль/л при повышении АКТГ до $39,8 - 48,7$ пг/мл, в группе сравнения соответственно у 7 беременных при колебаниях от $691,18$ до $701,12$ нмоль/л и от $39,7$ до $51,6$ пг/мл не исключено, что это функциональное повышение концентрации гормонов.

Содержание концентрации кортизола во II триместре беременности у женщин группы наблюдения в среднем незначительно увеличилось до $675,67 \pm 39,6$ нмоль/л ($p < 0,05$), но не превышала верхней границы нормы. В то время, как у беременных группы сравнения концентрация кортизола в крови во II триместре гестации возросла в среднем почти в 2 раза по отношению к таковой в I триместре гестации и составила $839,15 \pm 16,02$ нмоль/л ($p < 0,001$).

Во II триместре беременности по отношению к I триместру гестации уровень АКТГ в группе наблюдения в среднем несколько снизился до $19,40 \pm 2,27$ нмоль/л, однако достоверных изменений не произошло. В то время как у женщин группы сравнения средние цифры концентрации АКТГ во II триместре гестации по отношению к I триместру достоверно выросли до $28,44 \pm 1,85$ нмоль/л ($p < 0,05$).

Установлено достоверное увеличение концентрации АКТГ и кортизола во II триместре в крови беременных группы сравнения по отношению беременных группы наблюдения ($p < 0,05$). Выявлена прямая корреляционная зависимость средней степени тесноты связи ($r = 0,45$) роста концентрации кортизола к концентрации АКТГ у беременных группы сравнения во II триместре гестации.

Таким образом, у беременных группы сравнения во II триместре по отношению к I триместру гестации достоверно возрастает уровень АКТГ и кортизола и превышает показатели физиологической нормы. Такие же изменения происходят у беременных группы сравнения во II триместре гестации по отношению к группе наблюдения. У беременных, рожавших впервые, прошедших физиопсихопрофилактическую подготовку по классической методике во II триместре гестации выражена стрессовая нагрузка, что проявляется увеличением концентрации в крови гормонов, отражающих стрессовые состояния беременных.

Таким образом, увеличение концентрации в крови гормонов, отражающих стрессовое состояние беременных могут говорить о напряжении механизмов

гомеостаза, в том числе системы психической адаптации, возникшей во время беременности у женщин, что указывает на необходимость применения усовершенствованной системы ведения беременных.

Литература:

1. Давыдова О.Б. Актуальные вопросы в ароматерапии: [Текст] / Е.А. Турова, А.В. Головач. – СПб., 2004. – 1. – С. 170 – 173.
2. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы [Текст] / Н.П. Коваленко. – СПб., 2001. – 318с.
3. Магденко О.В. Взаимосвязь мотивации сохранения беременности с психоэмоциональным состоянием у женщин с физиологической и осложненной беременностью [Текст] / О.В. Магденко, Н.Г. Иглина, О.Ю. Ефремова // Перинатальная психология и медицина: сб. науч. трудов членов Российской Ассоциации Перинатальной Психологии и Медицины. – СПб., 2004 – 2005. – С. 165-170.
4. Серов В.Н. Применение физических факторов у беременных в условиях санатория: Ж. Российского общества акушеров – гинекологов [Текст] / Т.Б. Маланова – 2006. – 2. – С. 20 – 22.
5. Ayers S. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence [Text] / S. Ayers, A. Pickering // Birth. – 2001. – № 28. – P.111-118.

Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова, Е.П. Кузнецова, Л.И. Пименова

*ГОУ ВПО Ижевская государственная
медицинская академия, г.Ижевск*

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ФПК И ПП ИГМА

В структуре последипломного образования врачей особая роль отводится первичной специализации или интернатуре. Наиболее рациональным является обучение молодых врачей на клинических базах академии факультета последипломного образования. Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГОУ ВПО ИГМА Росздрава- в течение 20 лет ведет работу по обучению врачей- интернов по специальности «Акушерство и гинекология». В целях реализации задач первичной специализации по специальности «Акушерство и гинекология» на кафедре разработана программа. Формирование специалистов происходит в условиях крупных специализированных клиник под руководством преподавателей, опытных врачей. Клинической акушерской базой кафедры является: Республиканский клинико-кардиологический центр, в структуре которого работает родильный дом №6, консультативная женская консультация, женское кардиологическое отделение для лечения беременных. Клинической гинекологической базой кафедры является МУЗ «МСЧ №3», в структуре которой имеется

гинекологическое отделение, дневной стационар, женская консультация с кабинетом «Планирования семьи» и кабинетом «Подготовленные роды». Эти крупные многопрофильные учреждения круглосуточно оказывают экстренную и плановую помощь женскому населению города Ижевска и республики «Удмуртия». Они оснащены современным медицинским оборудованием, диагностической и лечебной аппаратурой, что влияет на эффективность обучения в интернатуре на кафедре акушерства и гинекологии.

Качество подготовки врачей- интернов определяется также большим стажем педагогической и лечебной работы преподавателей, их клиническим опытом, профессионализмом, как в специальности, так и в педагогической деятельности, что позволяет предложить молодым врачам клинический опыт, практические навыки и современные теоретические знания по всем разделам программы. Обучение осуществляется на основании разработанной программы «Учебно-методического комплекса» по специальности «акушерство и гинекология» для подготовки врача в интернатуре.

Программа по интернатуре включает углубленное изучение современных методов исследования клинических основ заболеваний диагностики и лечения гинекологических заболеваний, гинекологии подросткового возраста, вопросов здорового образа жизни подростка, женщины любого возраста, беременной и плода, физиологии развития беременности, родов, акушерских осложнений, вопросов перинатологии, физиологии и патологии новорожденного, и другие перспективные направления современного здравоохранения.

Наиболее интегрированным курсом обучения врачей интернов на кафедре является более глубокое изучение диагностики и лечения неотложных состояний у гинекологических больных с использованием эндоскопического метода, заболеваний сердечно- сосудистой системы у беременных, их ведение и родоразрешение. Внедрены эксклюзивные курсы «Планирование семьи», «Подготовка беременной и семьи к родам», по которым проводится мастер- класс.

Ключевыми характеристиками метода обучения и компонентами деонтологического воспитания, являются приобретение отработка навыков, умений, гуманность, взаимоактивность, что в совокупности способствует более эффективному обучению. Подход к обучению, направленному на приобретение и отработку навыков, и умений в значительной степени

отличается от традиционных подходов. Наибольшее значение в процессе обучения на цикле придается тому, как каждый обучающийся активно выполняет задание. Возможность отработки навыков в начале обучения в контролируемых или смоделированных условиях очень важна для приобретения навыка и развития его до уровня компетентности. Повторение является необходимым элементом процесса достижения опытности.

Существенным компонентом обучения, направленного на достижение навыков, является использование тренировки, в ходе которой вначале объясняется задание, затем демонстрируется работа на фантомах и муляжах в имитированной клинической обстановке, в условиях обучающего центра практических умений.

Теоретическая подготовка слушателей интернатуры предусматривает обязательное участие в еженедельных семинарских занятиях, разборах клинических случаев, решении ситуационных задач, ежедневных утренних, научно-практических конференциях, клиничко-анатомических конференциях, телеконференциях.

Контроль приобретенных знаний и практических навыков слушателей интернатуры, осуществляется входным и выходным тестовым контролем, квартальными зачетами, переходными полугодовыми экзаменами, который дает оценку теоретической, практической подготовки за пол года обучения, а так же выпускным сертификационным экзаменом по завершению обучения в интернатуре. Ежедневный контроль знаний осуществляется на утренних конференциях, обходах, семинарах, практических занятиях, собеседованиях. Все врачи выполняют дипломные работы по темам, утвержденным в начале учебного года на заседаниях кафедры. Доклады по выполненным дипломным работам представляются на конкурс молодых ученых, который проводится ежегодно в Ижевской медицинской академии. Таким образом, молодой врач участвует в научном исследовании по актуальным вопросам акушерства, гинекологии, перинатологии и имеет печатную работу (тезисы). Это способствует формированию клинического мышления, учит проводить анализ, делать выводы и ставить новые задачи на основании полученных результатов.

Выполненная работа докладывается на конференции в лечебном учреждении и конференции молодых ученых с обсуждением полученных результатов в коллективе.

Таким образом, в своей повседневной работе молодые специалисты получают колоссальный практический опыт, приобретают

профессиональные навыки, современные знания по проблемам, учатся анализировать, клинически мыслить, что способствует расширению профессионального мышления и является базовой частью в их дальнейшей практической деятельности.

Е.Н. Чичерина, А.В. Падыганова
ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия Росздрава, г. Киров
ГЛПУ Кировский областной
клинический перинатальный центр, г. Киров

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) в настоящее время занимают ведущее место в структуре экстрагенитальной патологии беременных и до сих пор служат одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. Артериальная гипертензия (АГ) одна из наиболее распространенных форм ССЗ и встречается у 15-20% беременных. Несмотря на актуальность повышения АД во время беременности, необходимо помнить, что у 40-50% беременных женщин при однократном измерении отмечается повышение АД выше 140/90 мм рт. ст. На сегодняшний день наиболее достоверным методом диагностики повышенного АД является не однократное измерение, а проведение суточного мониторирования АД (СМАД) [1].

Изучение особенностей суточного мониторирования артериального давления у беременных важно для ранней диагностики нарушений гемодинамики, что позволило бы разработать более совершенную тактику ведения беременных с артериальной гипертензией [4]. Имеются данные, что наибольший риск нарушения гемодинамики в системе мать-плацента-плод в зависимости от типа суточной кривой артериального давления имеют беременные с недостаточным его снижением в ночное время [2].

Поскольку величина АД является главным диагностическим и прогностическим критерием, важно ее правильно определять и оценивать. Традиционное однократное измерение АД в медицинском учреждении в большинстве случаев не отражает действительного его уровня у пациенток вследствие колебаний АД в течении суток, реакции на исследование,

возможной ошибки исследователя при измерении (Кобалава Ж.Д., 2003). Наиболее информативным методом для раннего выявления гипертензии является суточное мониторирование артериального давления (СМАД) [3].

Материалы и методы. Проанализированы результаты суточного профиля АД у 30 беременных с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) (критериями ХАГ являются АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. до беременности или в течение первых 20 недель, данное АД обычно сохраняется в течение > 42 суток после родов) во втором триместре беременности. Средний возраст обследованных пациенток составил $31,3 \pm 4,1$ года. Средняя продолжительность гипертонии составила $8,7 \pm 1,3$ лет.

В ходе исследования беременным проводилось СМАД по стандартной методике на аппарате МДП-НС-02 (ДМС-передовые технологии, Россия), результаты оценивались по общепринятым показателям: индексы времени систолического и диастолического АД (ИВСАД, ИВДАД), вариабельность САД и ДАД, пульсовое АД за дневные и ночные часы. В данном аппарате применяется осциллометрический метод измерения артериального давления. Монитор программировался на снятие показаний каждые 30 мин днем (07-23 ч) и каждые 60 мин ночью (23 ч 01 мин до 6 ч 59 мин).

Результаты. Из наблюдаемых 30 беременных с ХАГ отягощенная наследственность по гипертонической болезни наблюдалась у 81%.

При оценке суточного профиля АД у беременных следует ориентироваться на средние показатели АД. Оптимальным является отдельный анализ среднего АД за день и среднего АД за ночь. При этом наибольшей информативностью и прогностической значимостью для беременных имеют показатели среднего АД за ночь и степени ночного снижения АД.

У большинства женщин наблюдалось нарушение соотношения двухфазности суточного ритма АД. Особенностью суточного профиля АД у беременных с артериальной гипертензией являлось преобладание типа суточной кривой с недостаточным снижением АД в ночное время (тип нон-диппер) – 37,8%. У беременных с длительным анамнезом гипертонии, стойким повышением АД наблюдалась ночная гипертония (8,6%), когда высокое АД регистрировалось в ночное время и превышало дневные значения АД. Тип суточной кривой АД с ночной гипертонией считается самым неблагоприятным в прогностическом отношении для матери и плода.

При анализе вариабельности показателей АД у беременных с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) выявлена характерная

динамика. Так, были выявлены достоверно высокие показатели вариабельности систолического, диастолического, среднего гемодинамического и пульсового АД.

Таким образом, у беременных с ХАГ наряду с повышением среднесуточных САД и ДАД выявлено прогностически неблагоприятное повышение среднего гемодинамического и пульсового АД, а также увеличение частоты патологических типов суточного ритма давления.

Высокая вариабельность АД у беременных, с артериальной гипертензией наряду с повышенными значениями АД дополнительно повышает риск осложнений для матери и плода.

Выводы. Установлено, что особенностью суточного профиля АД у беременных с ХАГ является преобладание типа суточной кривой с недостаточным снижением АД в ночное время.

Данный тип суточной кривой АД с ночной гипертензией считается самым неблагоприятным в прогностическом отношении для матери и плода.

Таким образом, используя данные СМАД возможна своевременная диагностики артериальной гипертензии беременных и назначение соответствующей индивидуально подобранной антигипертензивной терапии.

Литература:

1. Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Мурашко Л.Е., Мишина И.Е. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению// Лечащий врач. – 2006. – №3. – С. 22-25.
2. Бартош Л.Ф. и др. Значение суточного мониторирования артериального давления у беременных/ Материалы Международного конгресса «Артериальная гипертензия – от Короткова до наших дней». – СПб, 2005. – С.14.
3. Суточное мониторирование артериального давления/ Пособие для врачей. СПб, 2010. – 48 с.
4. Рогоза А.Н, Ощепкова Е.В. и др. Современные неинвазивные методы измерения артериального давления для диагностики артериальной гипертензии и оценки эффективности антигипертензивной терапии. Москва Медика, 2007. – 72 стр.

РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Важнейшей проблемой современного акушерства является постоянно возрастающая частота кесарева сечения. В России частота этой операции составляет 15 – 16%, достигая 30 – 40% в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению.

Заметный рост частоты кесарева сечения в Кировском областном клиническом перинатальном центре (КОКПЦ) произошел в 2005г. и продолжился в последующие годы. Он связан с увеличением контингента беременных высокого репродуктивного риска – беременных с гестозами тяжелой степени, с невынашиванием беременности, отягощенным акушерским анамнезом, с экстрагенитальной патологией, с первородящими юного и позднего репродуктивного возраста, с аномалиями матки, тазовыми предлежаниями, многоплодными беременностями, вспомогательными репродуктивными технологиями. В это же время частота кесарева сечения в отдельных роддомах Москвы колебалась от 11,3 до 28,6%, перинатальная смертность составляла 1,4 – 7,3%, т.е. была относительно низкой [2].

Соотношение плановых и экстренных кесаревых сечений в КОКПЦ стабилизировалось – 38,2% к 61,8%. В экстренных родоразрешениях доля запланированных кесаревых сечений составляет 20%, что характеризует реализацию соответствия конкретно сложившейся акушерской ситуации адекватности родоразрешения.

Роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке удавалось провести лишь сравнительно у небольшого числа женщин:

	2004г.		2005г.		2006г.	
	Число случаев	%	Число случаев	%	Число случаев	%
Роды самопроизвольные с рубцом на матке	5	0,18	6	0,16	12	0,32
% от всех родов с рубцом на матке	3,93		2,69		5,88	

В структуре показаний к кесареву сечению на первом месте рубец на матке – 29%. Очевидно, одним из резервов снижения частоты кесарева

сечения является родоразрешение через естественные родовые пути при наличии рубца на матке, а также стремление уменьшить частоту оперативных родов у первородящих женщин.

	2007г.		2008г.		2009г.	
	Число случаев	%	Число случаев	%	Число случаев	%
Роды самопроизвольные с рубцом на матке	17	0,44	26	0,58	21	0,50
% от всех родов с рубцом на матке	6,61		8,28		6,34	

Для сравнения: за 5 лет (с 2003г. по 2007г.) в ЦПСИР г. Москва частота родов через естественные родовые пути по отношению ко всем родам с рубцом на матке составила 5,6 – 6,7% [2].

По данным отечественных и зарубежных акушеров, занимающихся проблемами родоразрешения беременных с оперированной маткой, 40 – 80% женщин могут рожать самостоятельно. Объективная оценка состояния рубца с использованием клинических, инструментальных (УЗИ, гистероскопия, МРТ) и лабораторных методов исследования позволяют судить об особенностях рубца на матке еще до наступления повторной беременности, что имеет важное значение в прогнозе предстоящих родов.[4, 5]

Критерии отбора беременных на влагалищное родоразрешение:

- согласие беременной;
- возможности акушерского стационара (3-й уровень);
- состоятельность рубца на матке;
- отсутствие проблемы предшествующей беременности, завершившейся кесаревым сечением;
- отсутствие противопоказаний для влагалищного родоразрешения.

Противопоказания к родам через естественные родовые пути после кесарева сечения:

- два и более рубца на матке;
- рубец после классического кесарева сечения;
- рубец после лапароскопической миомэктомии, либо локализованной по задней стенке матки;
- локализация плаценты в области рубца;
- крупный плод, многоплодие;
- тазовое предлежание;

- поперечное положение плода;
- наличие других серьезных акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний. [5]

Условия для подготовки беременной к родам:

- согласие пациентки на роды;
- одноплодная беременность;
- доношенный срок беременности;
- хорошее состояние плода;
- целый плодный пузырь.

Существующие в настоящее время методы объективной оценки состоятельности рубца на матке не всегда достоверно прогнозируют возможность повторных родов через естественные родовые пути и требуют дальнейшей разработки для внедрения в акушерскую практику дифференцированного подхода к выбору оптимальных методов и сроков родоразрешения беременных с рубцом на матке [5].

Литература:

1. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. и др. // Акушерство и гинекология. – 2005. - № 3 – С. 3 – 7.
2. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и др.// Акушерство и гинекология. – 2007. - № 2. – С. 3 – 8;
3. Чернуха Е.А. // // Акушерство и гинекология.. – 2005. - № 5. – С.8 – 12;
4. Болотова О.В.// // Акушерство и гинекология.. – 2009. - № 5. – С. 7 – 9;
5. Фаткуллин И.Ф.// Status Praesens. - 2009. - № 11. – С. 15-19.

Н.В. Яговкина, С.А. Дворянский, О.А. Осацкая,

Н.В. Семеновский, В.А. Колпакова

*ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия Росздрава, г. Киров*

*ГЛПУ Кировский областной клинический
перинатальный центр, г. Киров*

ПРОВЕДЕНИЕ СОВМЕСТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КИРОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И КИРОВСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Клинические исследования лекарственного средства являются необходимым этапом разработки любого нового препарата, или расширения показаний для применения лекарственного средства, уже известного врачам.

На начальных этапах разработки лекарственных средств проводятся химические, физические, биологические, микробиологические, фармакологические, токсикологические и другие исследования на тканях (in vitro) или на лабораторных животных. Это так называемые доклинические исследования, целью которых является получение научными методами оценок и доказательств эффективности и безопасности лекарственных средств. Однако эти исследования не могут дать достоверной информации о том, как изучаемые препараты будут действовать у человека, так как организм лабораторных животных отличается от человеческого и по фармакокинетическим характеристикам и по реакции органов и систем на лекарства. Поэтому необходимо проведение клинических испытаний лекарственных средств у человека.

Клиническое исследование (испытание) лекарственного средства - это системное изучение лекарственного препарата посредством применения его у человека (пациента или здорового добровольца) с целью оценки его безопасности и/или эффективности, а также выявления и/или подтверждения его клинических, фармакологических, фармакодинамических свойств, оценки всасывания, распределения, метаболизма, выведения и/или взаимодействия с другими лекарственными средствами. Решение о начале клинического исследования принимает Спонсор/Заказчик, который несет ответственность за организацию, контроль и/или финансирование исследования. Ответственность за практическое проведение исследования возложена на Исследователя (лицо или группу

лиц). Как правило, спонсором являются фармацевтические компании – разработчики лекарственных средств, однако в роли спонсора может выступать и исследователь, если исследование начато по его инициативе и он несет полную ответственность за его проведение.

Клинические исследования должны проводиться в соответствии с основополагающими этическими принципами Хельсинкской Декларации, Правилами GCP (Good Clinical Practice, Надлежащая Клиническая Практика) и действующими нормативными требованиями. До начала клинического исследования должна быть проведена оценка соотношения предвидимого риска с ожидаемой пользой для испытуемого и общества. Во главу угла ставится принцип приоритета прав, безопасности и здоровья испытуемого над интересами науки и общества. Испытуемый может быть включен в исследование только на основании добровольного информированного согласия (ИС), полученного после детального ознакомления с материалами исследования.

Клиническое исследование должно быть научно обосновано, подробно и ясно описано в протоколе исследования. Оценка соотношения рисков и пользы, а также рассмотрение и одобрение протокола исследования и другой документации, связанной с проведением клинических исследований, входят в обязанности Экспертного Совета Организации / Независимого Этического Комитета (ЭСО / НЭК). После получения одобрения от ЭСО/НЭК можно приступать к проведению клинического исследования.

В 2010 г. Кировской ГМА и Кировским ОКПЦ было проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование безопасности и эффективности препарата Лактофильтрум® у женщин репродуктивного возраста с диагнозом бактериальный вагиноз при поддержке ОАО «АВВА-РУС». Подобное исследование на базе кафедры акушерства и гинекологии КГМА и КОКПЦ проводилось впервые. В исследовании принимали участие врачи поликлинического приема Центра планирования семьи КОКПЦ и женских консультаций города Кирова. Лабораторные и микробиологические исследования проводились лабораториями КОКПЦ, заведующая Столбова Р.С., и кафедры микробиологии КГМА, заведующая кафедрой Колеватых Е.П.

Работа над проведением данного клинического испытания показала большие возможности по дальнейшему сотрудничеству между одним из крупнейших учреждений здравоохранения Кировской области и высшим учебным заведением.