

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. —
зам. главного редактора, Луцик А.А. — зам. главного редактора,
Михайлуц А.П., Разумов А.С. — ответственный секретарь,
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бугаго Ю.И. (Кемерово),
Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Гор-
батовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гу-
кина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), За-
харенков В.В. (Новокузнецк), Золотов Г.К. (Новокузнецк),
Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово),
Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово),
Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск),
Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово),
Рыков В.А. (Новокузнецк), Селедцов А.М. (Кемерово), Сы-
тин Л.В. (Новокузнецк), Усов С.А. (Кемерово), Устьянце-
ва И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хай-
новская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово),
Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк),
Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

Спецвыпуск № 1 – 2006

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2006: СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ, ПЕРИНАТОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ. Материалы юбилейной межрегиональной научно-практической конференции (Новокузнецк, март 2006 г.). - Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2006. - 154 с.

Спецвыпуск содержит материалы, посвященные юбилею Новокузнецкого зонального перинатального центра.

Редакционная коллегия выпуска:

Баженова Л.Г. (Новокузнецк)
Луцик Л.А. (Новокузнецк)
Полукаров А.Н. (Новокузнецк)
Ушакова Г.А. (Кемерово)
Артымук Н.В. (Кемерово)
Пасман Н.М. (Новосибирск)
Красильников С.Э. (Новосибирск)
Кулешов В.М. (Новосибирск)
Гуляева Л.Ф. (Новосибирск)
Евтушенко И.Д. (Томск)
Кулинич С.И. (Иркутск)
Гурьева В.А. (Барнаул)
Федорова Н.И. (Барнаул)

ЗОНАЛЬНЫЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: ЗАДАЧИ, ЦЕЛИ, НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Новокузнецкий перинатальный центр создан в 1998 году для оказания консультативной, диагностической, медицинской и организационно-методической помощи населению г. Новокузнецка и городов Юга Кузбасса. Это муниципальное лечебно-профилактическое учреждение имеет высшую категорию. Здесь работают квалифицированные специалисты, в совершенстве владеющие современными методами лечения и диагностики. 60 % врачей имеют высшую и первую квалификационные категории, девять из них кандидаты, двое — доктора медицинских наук, троим присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации», десяти — звание «Отличник Здравоохранения». Практическими врачами в 2005 году получено два патента на изобретения.

Чтобы успешно справляться с разноплановыми задачами, ЗПЦ имеет развитую организационную структуру. Так, одним из его ведущих подразделений является Центр планирования семьи и репродукции, который, в свою очередь, включает медико-генетическую консультацию и две лаборатории — генетическую и вспомогательных репродуктивных технологий.

Есть в Зональном перинатальном центре и специализированная акушерская служба, объединяющая клинический родильный дом и выездную акушерско-анестезиологическую бригаду.

И, разумеется, не обойтись в подобном медицинском учреждении без педиатрической службы. В Новокузнецке она состоит из отделения реанимации новорожденных, выездной реанимационной бригады для новорожденных, стационара многопрофильной детской больницы, а также амбулаторно-поликлинической службы. Активно работает отделение восстановительного лечения.

Необычайно широк круг проблем, которыми занимается персонал Центра. Здесь всесторонне консультируют женщин, прогнозируют возможную патологию еще до наступления беременности. Оказывают квалифицированную помощь будущим мамам, новорожденным и детям раннего возраста с перинатальной патологией. Не забыты и подростки: врачи центра консультируют и лечат мальчиков и девочек при нарушении полового развития, готовят молодежь к браку, ведут сексуальное просвещение, помогают супружеским парам в планировании семьи, выборе контрацептивов.

Зональный перинатальный центр является учебной базой Новокузнецкого государственного

института усовершенствования врачей: кафедры детской хирургии, педиатрии, акушерства и гинекологии, оториноларингологии, неврологии, рефлексотерапии и мануальной терапии, лучевой диагностики, клинической лабораторной диагностики.

На базе амбулаторно-поликлинической службы функционируют школы для больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом.

В стационаре многопрофильной больницы действует система управления качеством оказываемой медицинской помощи, разрабатываются новые стандарты качества. Широко применяются эндоскопические операции при заболеваниях органов брюшной полости и ЛОР-патологии. В 2005 году было проведено 128 эндоскопических операций (полипотомия, конхотомия, аденотомия, гайморотомия, аппендэктомия, кистэктомия яичников).

На базе Центра планирования семьи и репродукции функционирует одно из первых в Сибири отделение экстракорпорального оплодотворения. Здесь проводят консервативное лечение трубного бесплодия, искусственную инсеминацию спермой мужа и донора, искусственное оплодотворение.

В родильном доме ЗПЦ создан акушерский стационар высокого риска по материнской и перинатальной смертности, куда госпитализируются беременные Юга Кузбасса с тяжелой экстрагенитальной патологией и акушерскими осложнениями беременности. Оперативная работа выездных акушерско-анестезиологической и реанимационной бригад позволила снизить материнскую и перинатальную смертность.

Важнейшей задачей акушерско-гинекологической службы остается повышение качества и эффективности медицинской помощи женскому и детскому населению Юга Кузбасса, охрана репродуктивного здоровья женщин, детей и подростков. Демографическая ситуация за последние 5 лет (2000-2005 гг.) указывает на положительную динамику — число родов увеличилось с 5637 в 2000 году до 7230 в 2005 году. Большое внимание уделено вопросам современного планирования семьи с проведением работы в группе женщин, имеющих экстрагенитальные заболевания и представляющих риск по материнской и перинатальной смертности, подбором оптимальных средств контрацепции.

С 2000 года существует практика ежемесячного представления на кафедральном рапорте в род-



доме ЗПЦ беременных группы высокого риска по перинатальным потерям и материнской смертности для обсуждения плана ведения в женских консультациях. Следствие этой работы — снижение перинатальной смертности с 18,7 % в 1999 году до 9,2 % в 2005 году. Показатель материнской смертности остается нестабильным, с 1999 года перестал возрастать и принял колебательный характер: 2000 г. — 101,0 (5 чел.), 2002 г. — 104,6 (6 чел.), 2004 г. — 33,7 (2 чел.), 2005 г. — 95,6 (6 чел.).

Врачи Зонального перинатального центра активно участвуют в выездной консультативной работе, оказывая помощь детям и населению репродуктивного возраста малых городов и сельских районов Юга Кузбасса.

Проводится целенаправленная организационно-методическая работа по созданию координированной, взаимодействующей системы акушерской и неонатальной помощи, по охране материнства и детства, снижению материнской, младенческой и перинатальной заболеваемости и смертности.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА Г.НОВОКУЗНЕЦКА

Охрана материнства и детства, совершенствование и развитие педиатрической и акушерско-гинекологической помощи, снижение материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности в современных условиях остаются приоритетными направлениями деятельности органов управления и учреждений здравоохранения. В послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию (25.04.2005 г.) к важнейшим общенациональным проблемам отнесены низкая рождаемость и необходимость повышения, в связи с этим, престижа материнства и отцовства, а также создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей.

Несмотря на повышение рождаемости, которое отмечается на протяжении последних лет, остается высоким уровень смертности населения и отрицательный естественный прирост. Следует отметить стойкую тенденцию к снижению показателя младенческой смертности, а также перинатальной смертности. Показатели материнской смертности на протяжении последних пяти лет остаются нестабильными: уровень ее колеблется от 38,1 до 104,6.

В структуре общей смертности населения материнская смертность, младенческая смертность и смертность детей от 0 до 18 лет в целом составляют незначительный удельный вес, лишь 1,5 %, но эти показатели являются интегрированными показателями эффективности работы не только службы охраны материнства и детства в целом, но и социального благополучия общества.

Общие демографические показатели по г. Новокузнецку за 2001-2005 годы представлены в таблице.

Данные показатели существенно не отличаются от областных и российских, и имеют те же тенденции. Такую демографическую ситуацию можно назвать катастрофической: происходит неуклон-

ное прогрессирующее постарение и естественная убыль населения. В связи с этим, здоровье нации приобретает поистине стратегическое значение.

Анализ состояния здоровья детей свидетельствует о продолжающемся его ухудшении. Общая заболеваемость новорожденных за последние пять лет увеличилась на 10 %, от здоровых матерей рождается всего одна треть новорожденных, общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет включительно увеличилась на 12,8 %, подростков 15-17 лет — на 15,1 %. На высоком уровне сохраняется заболеваемость детей первого года жизни, каждый второй ребенок переносит 2,5-3 заболевания на протяжении первого года жизни.

В структуре общей заболеваемости детей в возрастной группе 0-18 лет первое место принадлежит болезням органов дыхания — 51,8 %, второе — травмам и отравлениям (12,8 %), третье место у детей до 14 лет — инфекции (6 %), у подростков — заболевания опорно-двигательного аппарата (8,6 %).

Детская инвалидность, ее профилактика — чрезвычайно важная современная медико-социальная проблема. За пять лет число детей-инвалидов выросло на 15 %. В структуре детской инвалидности преобладают болезни нервной системы, психические расстройства и врожденный порок развития.

Сохраняется устойчивая тенденция к снижению младенческой смертности. Структура ее остается прежней. На первом месте болезни перинатального периода (34,4 %), на втором — пороки развития (14,7 %), на третьем — синдром внезапной смерти младенца (11,4 %).

Показатель материнской смертности — интегрированный показатель, зависящий от комплекса социальных, экономических, медико-биологических, региональных и других факторов. Структура материнской смертности определяется тремя ведущими причинами: кровотечениями (33,3 %), абортными (33,3 %), токсикозами беременности (16,7 %).

Таблица
Общие демографические показатели по г. Новокузнецку за 2001-2005 годы

Наименование показателя	2001	2002	2003	2004	2005
Рождаемость (на 1000 населения)	9,1	9,9	10,3	10,4	11,1
Общая смертность (на 1000 населения)	16,1	16,7	17,6	17,3	17,9
Естественный прирост (на 1000 населения)	-7,0	-6,8	-7,3	-6,9	6,8
Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	16,0	10,3	10,1	10,2	9,9
Перинатальная смертность (на 1000 родившихся)	16,6	11,7	9,0	10,6	9,2
Материнская смертность (на 100000 родившихся)	38,1	104,6	50,4	33,7	95,6



Такая же ситуация наблюдается в целом по Российской Федерации.

Абсолютное число аборт за последние годы снижается благодаря активной работе кабинетов планирования беременности, которые открыты во всех женских консультациях, родильных домах, гинекологических отделениях. На один род приходится 1,06 аборта (в 2002 году — 1,5).

Важной характеристикой состояния репродуктивного здоровья женщин является гинекологическая заболеваемость. За последние пять лет отмечается рост показателей: нарушения в околomenopausalном периоде — на 70 %, эндометриоз и расстройства менструации — почти на 30 %, женское бесплодие — на 8 %.

Таким образом, при общей положительной динамике наиболее социально значимых показателей деятельности службы охраны материнства и детства, сохраняется ряд негативных тенденций. Растут показатели заболеваемости, инвалидности, остаются стабильно высокими показатели смертности в группе детей старше года, показатели материнской смертности, которые превышают общеевропейские.

По-прежнему актуальны вопросы профилактики детской беспризорности и дезадаптации, обеспечения эффективной социальной помощи и реабилитации детей, находящихся в социально опасном положении.

Улучшение положения семьи и детей, охрана здоровья матери и ребенка — масштабные комплексные проблемы. Сегодня, когда в общих чертах реализован большой национальный проект по улучшению положения старшего поколения, первоочередной задачей становится улучшение положения семьи и детей.

Все это определяет приоритетные направления в работе службы охраны материнства и детства. Основная цель — повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения, создание благоприятных условий для повышения доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям путем расширения первичной медико-санитарной помощи, укрепления материально-технической базы детских поликлиник и женских консультаций.

Улучшение положения семьи и детей, охрана здоровья матери и ребенка — масштабные комплексные проблемы. Какова будет динамика основных показателей охраны здоровья материнства и детства: материнской, перинатальной и младенческой смертности в нашем городе — положительная или отрицательная, зависит не только от медицинских работников, внедряющих новые технологии в диагностике и лечении, но и от степени материального признания государством, областными и городскими властями значения здравоохранения и, в частности, охраны здоровья матери и ребенка.



ГУСЯТИНА Г.Н., БАЖЕНОВА Л.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н., КАШЛЕВА В.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Кафедра акушерства и гинекологии,
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. НОВОКУЗНЕЦКА (2000-2005 ГГ.)

Акушерско-гинекологическая служба г. Новокузнецка представлена 9 женскими консультациями, 4 родильными домами (2 самостоятельных), 4 гинекологическими отделениями в составе больниц №№ 1, 11, 22, 29.

Важнейшая задача акушерско-гинекологической службы — повышение качества и эффективности медицинской помощи женскому населению, охрана репродуктивного здоровья женщин.

Анализ демографической ситуации за последние 5 лет (2000-2005 гг.) указывает на положительную динамику — увеличение числа родов (2000 г. — 5637, 2003 г. — 6679, 2005 г. — 7230), повышение рождаемости (2000 г. — 8,6, 2003 г. — 10,3, 2005 г. — 11,1), снижение числа прерываний беременности (2000 г. — 10538, 2003 г. — 9052, 2005 г. — 7659).

В основе благоприятного исхода родов для матери и плода лежит совершенствование организации медицинской помощи беременной. С этой целью акцент в организации амбулаторной помощи женскому населению был сделан на внедрение современных технологий и повышение профессионального уровня врачей. Так, за период с 1999 г. по 2005 г. в женских консультациях внедрены: алгоритмы диспансеризации беременных по трем диспансерным группам, ведение гравидограмм, рекомендованных ВНИЦ Акушерства и Гинекологии, тест движения плода. Продолжается совершенствование единых стандартов профилактического ведения беременных в основных группах риска по перинатальным и материнским потерям, а именно: по невынашиванию, гестозу, гипоксии плода, кровотечению.

Для повышения профессионального уровня врачей женских консультаций, во всех консультациях выделены врачи, занимающиеся вопросами современного планирования семьи. Предварительно все врачи, работающие на специализированных приемах, прошли тематическое усовершенствование на семинарах, проводимых в течение трех лет. Таким образом, обычный прием по контрацепции заменен на прием по планированию семьи с проведением работы в группе женщин, имеющих экстрагенитальные заболевания и представляющих группу риска по материнской и перинатальной смертности. Это позволило не только осу-

ществлять индивидуальный подбор оптимальных средств контрацепции, но и формировать муниципальный заказ на бесплатные контрацептивы.

Специально для врачей женских консультаций в 2003 г. проведен цикл усовершенствования по актуальным вопросам перинатального акушерства. Врачи женских консультаций, занимающиеся работой дневного стационара, прошли специализацию на рабочем месте, на базе отделения «патологии беременности» роддома Зонального перинатального центра (ЗПЦ).

С 2000 года существует практика ежемесячного отчета заведующих всех женских консультаций по диспансерным группам и обсуждения плана ведения беременных группы высокого риска по перинатальным потерям и материнской смертности на кафедральном рапорте в роддоме ЗПЦ. В результате перинатальная смертность снизилась с 18,7 % в 1999 г. до 9,2 % в 2005 г.

Уменьшилось число женщин из числа родивших, не наблюдающихся в женских консультациях — с 13,4 % (799 чел.) в 2001 г. до 6,7 % (484 чел.) в 2005 г. Число медицинских абортс уменьшилось с 4029 в 2000 г. до 3459 в 2005 г., микроабортс — с 4710 в 2000 г. до 3118 в 2005 г. Активно внедряется методика амбулаторного аборта. В 2005 году проведено 33 прерывания беременности медикаментозным методом. Охват женского населения контрацепцией составляет 65,8 %.

Четыре родильных дома (каждый с коечной мощностью на 105 коек) осуществляют специализированную акушерскую помощь. С 1999 года начато внедрение современного направления в родовспоможении: «Родильный дом доброжелательного отношения к ребенку». В этой связи в роддоме № 1 были организованы палаты «Мать и Дитя» на 16 мест. В 2005 году во всех родильных домах внедрены койки совместного пребывания матери и ребенка, которые составляют до 74 % от коечного фонда родильной койки. Приложено к груди в родзале в 2005 г. 86,7 % новорожденных (6270 чел.) против 60,4 % (3135 чел.) в 1999 г.

В результате внедрения современных технологий грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка снизился уровень гнойно-септических осложнений у новорожденных. В 2005 г. зарегистрировано только 4 случая ко-

нюктивита (0,05 %), не потребовавших лечения в стационаре.

Внедрение современной методики ушивания матки однорядным швом с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала (полисорб, сафил, викрил) и проведение интраоперационной антибиотикопрофилактики позволило снизить удельный вес разлитой гнойно-септической инфекции с 2-х случаев перитонита (0,03 %) в 2000 г. до отсутствия разлитой гнойно-септической инфекции в 2005 г. Частота операций кесаревого сечения в 2005 г. составила 16 %.

Проведенные мероприятия, к сожалению, не оказали значительного влияния на показатель материнской смертности (МС). Показатель МС в городе остается нестабильным, с 1999 года перестал возрастать и принял колебательный характер: 2000 г. — 101,0, 2001 г. — 38,1, 2002 г. — 104,6, 2003 г. — 50,4, 2004 г. — 33,7, 2005 г. — 95,6. Совершенствование работы с социальной службой, развитие социального патронажа, планирование семьи в группе социально неблагополучных женщин реально может снизить данный показатель.

Гинекологическая служба в 2000 году была представлена 295 койками на базе трех многопрофильных больниц (№№ 1, 22, 11). С развитием стационаро-замещающих технологий, выделением гинекологических коек дневных стационаров при женских консультациях, выделением коек для производства аборт из числа гинекологических, число коек гинекологического профиля в 2005 году составило 270. На базе МГКБ № 29 развернуто 15 хозрасчетных коек гинекологического профи-

ля с целью внедрения эндоскопической хирургии в гинекологической практике. В 2000 г. число эндоскопических операций составляло 7,8 % от всех операций (607 чел.). Отсутствовали эндоскопические операции при внематочной беременности.

В 2005 г. число эндоскопических операций составило 10,6 % от всех операций (1183 чел.). Производятся органосохраняющие операции: из 196 операций по поводу трубно-яичниковых опухолей произведена 121 органосохраняющая операция (61,7 %). Широкое применение экстракорпоральных методов детоксикации позволило в 431 случае заболеваний с образованием трубно-яичниковых опухолей оперировать лишь в 45,5 % (196 случаев). В 2005 году из 348 операций по поводу внематочной беременности эндоскопическим доступом произведены 264 (75,9 %). Применение современных эндоскопических методов лечения в гинекологической практике позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщины, открывает перспективу проведения реконструктивно-пластических операций с минимальной травмой органов малого таза.

Таким образом, основным направлением в совершенствовании организации медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья является внедрение современных технологий в акушерско-гинекологическую практику, оптимизация деятельности как первичной медико-профилактической помощи на всех уровнях ее оказания, так и специализированной, с увеличением акцента на профилактику и восстановление нарушений репродуктивного здоровья.

КСЕНДЗОВ Л.И.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Кафедра акушерства и гинекологии,
г. Новокузнецк*

ВЕДЕНИЕ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ

Несмотря на постоянное совершенствование медикаментозного лечения угрозы прерывания беременности у женщин, частота преждевременных родов последние два десятилетия остается стабильной. В некоторых странах она достигает 5-10 %. Минимум преждевременных родов составляет около 3 % [6]. Частота произвольных выкидышей в первом триместре обычно не учитывается, однако, по нашим данным, в одной из лучших консультаций г. Новокузнецка она составила 7,1-9,5 % от всех желанных беременностей.

По сложившейся традиции ведение врачом беременных в ранние сроки в наших условиях практически отсутствует. Только половина женщин становятся на учет до 12 недель беременности. Таким образом, чрезвычайно важный период формирования эмбриона у многих женщин остается бесконтрольным.

Для облегчения работы с контингентом беременных в плане профилактики невынашивания, семейный врач должен выделить среди наблюдающихся беременных группу риска, включающую женщин с преобладанием парасимпатического сегментарного отдела вегетативной нервной системы, которые легко определяемы по повышенной влажности ладоней. При этом следует учитывать, что наибольшее количество преждевременных родов приходится на первобеременных и повторнородящих, имевших медицинские аборт, так как они уверены в благополучном исходе беременности и пренебрегают элементарными правилами поведения в течение беременности. Требуется их обучение, выявление ранних признаков угрозы прерывания, лечение. У женщин с отягощенным прерыванием беременности анамнезом следует начинать профилактическое лечение задолго до бывшего срока прерывания, возможно даже с момента овуляции.

Профилактика угрозы прерывания для беременных группы риска заключается в устранении эпидемиологических факторов невынашивания. В домашних условиях это кофе, высокий каблук, курение, длительные переходы, переезды, как отрицательные, так и положительные эмоциональные стрессы. Вопрос о половом воздержании решается индивидуально с учетом реакции матки и предшествующего анамнеза. Всегда полезно ограничение физической домашней нагрузки, особенно важно исключить движения типа вешания бе-

лья, приводящие к спазму матки. На рабочем месте с самых ранних сроков исключается физическое, психическое, химическое и любое лучевое воздействие. При невозможности предоставить соответствующий труд, целесообразно взять отпуск без сохранения содержания.

Обязательно обеспечение полноценного белкового питания с первых дней зачатия. Для профилактики задержки развития плода [4] беременная должна получать 1 г животного белка на 1 кг массы тела. Соотношение мясного и молочного белка должно быть 1 : 1. К этому в питание беременной необходимо добавить глюкозу в виде таблеток, виноградного сока до 1 л или меда до 50 г в сутки.

Как источник мясного белка предпочтительны телятина, говядина, говяжья печень. Молочные продукты женщина выбирает сама, это — сыр, творог, сыковая масса. Рыба в питании предпочтительна морская, яйцо — одно в день, фрукты с минимальным содержанием гербицидов и пестицидов, овощи без превышения уровня нитратов. Уровень витаминов необходимо поддерживать комплексом «Гендевит» по 1 драже 2-3 раза в сутки. Рационально после каждого приема белковой пищи принимать по 1 табл. фестала или панкреатина (25 ЕД).

Для женщин, имевших в анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша в ранние сроки, может быть назначено профилактическое лечение, заключающееся в приеме 5 мг туринала 2 раза в день с момента овуляции до первого дня задержки, и далее по 5 мг туринала 3 раза в день до 14 недель [5].

Москвитина Н.К. [3] предлагает с первого дня задержки и до 6 недель вводить 5 мг прогестерона внутримышечно и 0,025 мг этинил-эстрадиола per os, а далее до 14 недель — 10 мг прогестерона и 0,05 мг этинил-эстрадиола. По своей сути, как тот, так и другой методы не являются профилактическими, а купируют доклинический уровень угрозы прерывания беременности.

Официально лечение угрозы прерывания начинается с появления клинических признаков, т.е. схваткообразных болей, тонуса, кровянистых выделений. Однако этот набор признаков более подходит к самопроизвольному выкидышу в ходу. Особенностью иннервации матки является отсутствие болевых рецепторов. Импульсы с барорецепторов матки при обычном ее тоне не доходят до коры головного мозга, поэтому если женщина

ощущает боль в области матки, то это признак чрезмерно сильного сокращения.

Любые кровянистые выделения из матки свидетельствуют о наличии опорожняющейся гематомы. Таким образом, показанием к началу лечения в ранние сроки должны быть доклинические признаки. Обычно это минимальный дискомфорт предменструального характера или ощущение лютого неблагоприятного исхода в области малого таза, а также повышение активности матки, диагностируемое при УЗИ.

Если пришлось начать лечение при классических признаках угрозы прерывания, то УЗИ проводится обязательно для исключения ограниченных гематом и, при кровянистых выделениях, для подтверждения жизнеспособности плодного яйца. УЗИ проводится через переднюю брюшную стенку. Применение влагалищного датчика и влагалищного пальцевого исследования при желанной беременности должно быть исключено.

Доклинический уровень угрозы прерывания позволяет проводить лечение амбулаторно. Клинические признаки, особенно кровянистые выделения, предполагают немедленную госпитализацию. Вопрос о госпитализации должен решать семейный врач, а не беременная женщина.

Появление доклинических и клинических форм угрозы прерывания предполагает для всех беременных комплексное применение гормональных, спазмолитических, успокаивающих средств и средств, улучшающих метаболические процессы в организме матери и эмбриона.

Лечение хорионическим гонадотропином (хориогонином) рекомендуется начинать как можно раньше, не позднее 8 недель. После 14 недель гормон не применяется. Если используется препарат профазы (Profasi), то его вводят внутримышечно: первая инъекция 10000 МЕ, далее по 5000 МЕ, дважды в неделю. При использовании других лекарственных форм хориогонина следует ориентироваться на рекомендации фирмы-изготовителя. Следует учитывать, что хориогонин поддерживает аменорею даже при гибели эмбриона. Необходим контроль с помощью УЗИ.

Прогестерон вводится внутримышечно в виде 1 % или 2,5 % раствора на персиковом масле, или во влагалище в виде шариков, содержащих 1 мл 2,5 % раствора прогестерона и 3,0 масла какао. Хранят эти шарики в холодильнике. Во влагалище вводятся и шарики утрожестана, содержащие 100 мг прогестерона, по 1-2-3 шарика 2 раза в сутки.

Для применения *per os* используется дюфастон (дигидропрогестерон). Его начальная доза 20 мг, потом по 10 мг 2 раза в сутки. Если угроза прерывания сохраняется, дозу можно повышать каждые 8 часов на 5 мг до эффекта. Снижение дозы должно быть постепенным. Прием

препарата продолжается в течение недели после исчезновения симптомов. При повторном появлении жалоб начинают лечение с дозы, оказавшейся эффективной. Как и любой другой гормональный препарат, дюфастон снижает аппетит, а при рвоте беременных является поддерживающим ее фактором.

Применение 17-оксипрогестерона-капроната нецелесообразно из-за его медленного всасывания и невозможности создать достаточную концентрацию в организме. Препараты прогестерона могут применяться до 35-36 недель, т.к. они стимулируют появление β -адренорецепторов на гладкомышечной клетке матки. Количество применяемого препарата зависит от рекомендаций фирмы и срока беременности.

Этинил-эстрадиол, рекомендуемый Москвиной Н.К. [3], является наиболее безопасным для матери и эмбриона эстрогеном, однако, фирма, выпускающая микрофоллин, не рекомендует его применение во время беременности. Туринал (аллил-эстренол), применяемый как прогестерон-сберегающий и улучшающий кровообращение в области плацентарной площадки по 5 мг 3 раза в день, обладает минимальным андрогенным влиянием и может применяться в ранние сроки. Для уменьшения выброса адреналина следует рекомендовать беременным легкие успокоительные средства на основе валерианы и пустырника.

Снижение влияния ацетилхолина на матку достигается не только уменьшением физической активности женщин, но и применением папаверина по 0,04 г 3-4 раза в день или дротаверина (Ношпа) по 0,04 г 3-6 раз в день, уменьшающих никотиноподобный эффект ацетилхолина. Необходимо также назначение метацина по 0,002 г 3-4 раза в день или тропацина по 0,01 г 3-4 раза в день после еды, как средств, блокирующих мускариноподобный эффект ацетилхолина.

Снижение мышечной активности матки не только профилактирует отслойку плаценты, но и улучшает питание эмбриона путем уменьшения внутриматочного давления.

Дополнительно для улучшения микроциркуляции в области прикрепления хориона могут быть назначены аспирин по 0,08-0,125 г 1 раз в сутки, теofilлин по 0,1 г 2-3 раза в день (можно в суппозиториях), курантил по 0,025 г 3 раза в день.

Улучшению течения окислительно-восстановительных процессов способствуют кокарбоксилаза, вводимая внутримышечно по 0,05 г 1 раз в день 5-10 дней; натрия аденозинтрифосфат по 1 мл 1 % раствора 1 раз в день внутримышечно до 30 дней; метионин по 0,5 г 3-4 раза в день в течение 10-30 дней. Могут быть использованы антиоксиданты: липостабил по 2 капсулы 3 раза в день перед едой с небольшим количеством воды, витамин Е

по 1-2 капсулы в день, актовегин по 2 мл ежедневно внутримышечно в течение 10-14 дней. Оксигенотерапия может применяться в виде кислородных коктейлей.

Витаминотерапия начинается с первых дней задержки месячных. Обычно достаточно употребления гендевита по 1 драже 2-3 раза в день. Применение других сочетаний витаминов особых преимуществ не дает.

При индивидуальной непереносимости лекарственной терапии, или ее принципиальном отрицании женщиной, можно рекомендовать рецепт № 14 по Д.И. и И.И. Бенедиктовыми (1982). Предлагается смешать шиповник (плоды измельченные 2 ст.л.), пустырник (трава 2 ст.л.), зверобой (трава 2 ч.л.), аир (корневище 2 ч.л.), хвощ (трава 2 ч.л.), боярышник (плоды измельченные 1 ч.л.), девясил (корень измельченный 3 ч.л.); смесь залить 800 мл кипятка, кипятить 5 мин, настоять 20 мин, процедить. Пить горячим по 100 мл 3 раза в день с 1 ч.л. пчелиного меда за 80 минут до еды, курсами по 2 месяца, с 10-дневными перерывами.

Если у беременной, наблюдаемой семейным врачом, имеются в анамнезе 3 и более самопроизвольных выкидышей подряд в ранние сроки, то в 35 % случаев можно предполагать наличие антифосфолипидного синдрома. Подтверждение или исключение его предполагает обследование в перинатальном центре и контроль за выполнением его рекомендаций.

Физиотерапевтическое лечение при угрозе прерывания беременности показано для воздействия на вегетативную нервную систему матери. Однако если для его выполнения требуются длительные поездки беременной, то вред от них может превышать пользу. Наиболее популярны: эндоназальный электрофорез с витамином В₁ или димедолом, ионофорез с новокаином на низ живота, электрорелаксация матки, электрофорез магния синусоидальным током, индуктотерапия околопочечной области, гипербарическая оксигенация, абдоминальная декомпрессия, чрезкожная электростимуляция, электроанальгезия, лазеротерапия, лазероманнитотерапия, иглорефлексотерапия. Наиболее просто выполнима иглорефлексотерапия в виде однократного введения серебряных микроигл на время беременности в точки E-36, RP-6; TR-5; R-3; F-2; BM-160 справа и слева [1].

Во втором триместре угроза прерывания беременности проявляется на доклиническом уровне в виде сокращений матки, не ощущаемых женщиной. Однако они хорошо регистрируются гистерографически и могут быть выявлены женщиной, если она будет контролировать эти сокращения рукой. Тонус матки гистерографически не регистрируется. Для его выявления женщина, лежа на боку, должна сравнить плотность матки и выше-

лежащих отделов живота. При преобладании тонуса матки или наличии ее активности следует начинать полноценное лечение угрозы прерывания, не дожидаясь клинических признаков, до полной нормализации состояния матки.

С начала второго триместра и далее до 28 недель допустимы только сегментарные сокращения матки, определяемые на гистерограмме как небольшие, до одной трети высоты обычной схватки, длительностью 30-40 секунд, через 10-15 минут, не ощущаемые беременной. С 28 недель появляются схватки Брекстон-Гикса, которые по гистерографической картине соответствуют обычным, но их частота не более одной за 60 минут, и к открытию шейки матки они не ведут. Женщина обычно ощущает 2-3 сокращения в день. При появлении активности матки, превышающей вышеуказанную, даже без клинических признаков, следует начинать расслабляющую матку терапию.

Эхоскопические исследования во втором-третьем триместрах помогают уточнить ситуацию по длине шейки матки и диаметру ее внутреннего зева. При длине шейки 3 см беременные лечатся амбулаторно. Укорочение шейки до двух сантиметров предполагает госпитализацию [2]. Открытие внутреннего зева более 4 мм должно расцениваться как истмико-цервикальная недостаточность и быть компенсировано влагалищным пессарием амбулаторно или ушиванием шейки матки в стационаре, при полном подавлении активности матки. Удаление кольца или снятие швов проводится в 38 недель.

К перечисленным средствам уменьшения сокращения матки после 19 недель обычно добавляются токолитические препараты (партусистен по 5 мг в таблетке, бриканил по 2,5 мг в таблетке, гинипрал по 0,5 мг в таблетке). Эффективность β-миметиков зависит от количества β-адренорецепторов в матке. Учитывая быстрое выделение препаратов из организма, следует вводить их через 3-4 часа, 4-8 таблеток в сутки. Количество принимаемого препарата снижается при уменьшении активности матки или при учащении пульса беременной до 140 и более ударов в минуту. В последнем случае можно применить верапамил по 0,04 3 раза в день, вызывающий блокирование поступления кальция в клетку и уменьшение частоты сокращений сердца матери.

Там, где нет необходимости вызывать брадикардию, для уменьшения активности матки может применяться блокатор кальциевых каналов нифедипин по 0,04 2 раза в сутки, отдельно или вместе с токолитиками. Для женщин группы риска целесообразно носить с собой аэрозоль партусистена «Беротек», при вдыхании которого через 1-2 минуты успокаивается матка, после чего принимается таблетка β-миметика, которая начнет действовать через 30 минут, предотвращая разви-

тие родовой деятельности в течение 3-х часов, что позволяет продолжить лечение амбулаторно или госпитализировать беременную.

Показанием к госпитализации должно быть отсутствие эффекта через 5-6 часов после начала лечения и срок беременности свыше 26 недель, т.к. начавшиеся в этот период схватки очень быстро прогрессируют и могут перейти в преждевременные роды.

В этот же период следует обращать внимание на сердцебиение плода, которое должно находиться в пределах 144-148 ударов в одну минуту, а так же на его движения.

Раннее ощущение движений (с 16 недель) говорит об их высокой интенсивности, которая может быть следствием голодания ребенка или сдавления пуповины.

Во втором-третьем триместре, при благоприятном течении беременности, женщина ощущает большей частью легкие, малозаметные движения плода. Наличие, тем более преобладание, мощных движений свидетельствует о неблагополучии в фето-плацентарном или маточно-плацентарном кровообращении. В первом случае следует ослабить сдавление или натяжение пуповины. Для этого при каждом появлении чрезмерной активности плода женщина принимает коленно-локтевое положение и находится в нем не менее 20 минут.

При нарушении кровообращения в области плацентарной площадки следует, за счет малых доз токолитиков (партусистен 1/4 таблетки), обеспечить расслабление матки, улучшить микроциркуляцию курантилом по 25 мг 3 раза в день, туриналом 5 мг 3 раза в день; обеспечить усиленное белковое питание и достаточный уровень витаминов. Если ухудшение состояния плода не компенсируется в течение недели, необходимо стационарное лечение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ксендзов, Л.И. Способ лечения невынашивания /Ксендзов Л.И. //Патент на изобретение № 2132671.
2. Липман, А.Д. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности /Липман А.Д., Черемных А.Ю. //Акуш. и гинекол. – 1996. – № 4. – С. 5-7.
3. Москвитина, Н.К. Лечение доклинических форм угрожающего выкидыша у женщин с генитальным инфантилизмом /Москвитина Н.К. //Акуш. и гинекол. – 1976. – № 5. – С. 53-56.
4. Prenatal diagnosis and treatment of intrauterine growth retardation /Kaneoka T., Taguchi S., Shimizu H., Shirakawa K. //J. Perinat. Med. – 1983. – V. 11, N 4. – P. 204-212.
5. Schneider, W.H.F. Zur Frage der Fehlbildungsrate nach Gestagenmedikation in der Frühschwangerschaft /Schneider W.H.F., Philip K., Schneid R. //Wien. Klin. Wochsch. – 1981. – N 93. – P. 711-712.
6. Thoulon, J.M. Prevention of prematurity /Thoulon J.M. //Rev. Prat. – 1995. – N 54(14). – P. 1737-1741.

ЧЕЧЕНИНА А.А., ЧЕЧЕНИН Г.И., ГУСЯТИНА Г.Н.,
ПОЛУКАРОВ А.Н., КОНДРАТЬЕВА И.И., МОЗГУНОВА С.Г.

КМИАЦ,

МЛПУ Зональный перинатальный центр,
Клинический родильный дом,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ И СИНТЕЗ НАКОПЛЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ, КАК ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ В СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Решение задачи по обеспечению населения доступной качественной медицинской помощью возможно при условии внедрения новых медицинских технологий, применения принципов доказательной медицины, организации достоверного учета и анализа состояния здоровья, выявления проблем и оценки эффективности функционирования служб и учреждений здравоохранения по конечному результату. Особенно это актуально в службе родовспоможения, где от деятельности медицинских работников зависит здоровье и жизнь матери и плода. Выполнение данного условия требует наличия адекватного информационного обеспечения.

С целью изучения качественных показателей в службе родовспоможения, с 1999 года, по инициативе КМИАЦ и родильного дома № 1 (в настоящее время это родильный дом МЛПУ «Зональный перинатальный центр» — ЗПЦ), начала создаваться компьютерная персонифицированная база данных на каждую беременную женщину. Централизованная база из учреждений родовспоможения города хранится и поддерживается в актуальном состоянии в КМИАЦ. В настоящее время в базе данных родильного дома МЛПУ ЗПЦ уже накоплены сведения более чем на 13 тысяч женщин.

Созданная система слежения (мониторинг) позволяет проводить динамический анализ и соответствующие обобщения. В частности, анализируется течение беременности, наличие вредных привычек, других факторов риска для матери и плода; изучаются осложнения родового акта для роженицы и новорожденного, виды хирургической помощи, родовой травматизм, заболевания новорожденного, в т.ч. врожденные пороки развития; виды реанимационно-анестезиологической помощи при родоразрешении (последнее подключено в 2005 году); учитываются все акушерские пособия и процедуры за весь период беременности и течения родов (амниоцентез, УЗИ, КТГ, спец. функциональные пробы для плода и матери и т.д.).

Первичными документами для формирования формализованного входного документа (уч. ф. № 103/у — 99 серия К 32, утвержденного Минз-

дравом РФ), передаваемого в КМИАЦ из родильного дома, являются: история родов, история развития новорожденного, обменная карта беременной. Из первичных медицинских документов и содержащейся в них информации в базе данных сформированы два раздела: период течения беременности и период родов с исходом для новорожденного.

Для оценки состояния беременности в разделе базы «течение беременности» накапливается информация о сопутствующих заболеваниях беременных, осложнениях течения беременности для матери и плода при этих заболеваниях, сведения о различных рисках акушерского или анатомического характера (неправильное положение или предлежание плода, узкий таз, излишний вес беременной или, напротив, недостаточная масса тела, хроническая внутриутробная гипоксия плода, угроза прерывания беременности, перенашивание, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез) и др.

В разделе «период родов с исходом для новорожденного» содержатся данные для ретроспективного анализа особенностей родоразрешения, исходов родов. Особое внимание уделяется аномалиям родовой деятельности, родовому травматизму, родам с патологической кровопотерей, патологией плацентации, нарушением биомеханизма родов, при этом проводится сопоставление с исходом для плода и т.п.

То есть, создан информационный массив для проведения его тщательного анализа и изучения. За прошедший период 1999-2005 гг. данные, накопленные в базе как по роддому № 1, так и по другим роддомам, использовались для более глубокого анализа и изучения. Были изучены особенности течения беременности, исходы родов: для матери и плода при анемиях, гипотониях, эндокринных заболеваниях (ожирение, диффузный зоб 0, I, II ст. с эутиреозом, гипотиреозом); стремительных; с задержкой внутриутробного развития плода и других проблемах родовспомогательной службы. Все материалы обобщены, опубликованы в печати и доложены на международных форумах, различных научно-практических конференциях.

В настоящем сообщении дан сравнительный анализ данных по базе за 2001 г. и 2005 г. с целью выяснения изменений за пятилетний период. Данные сравнительного анализа по оценке течения беременности в 2001 и 2005 гг. представлены в таблице 1.

Сравнение ведущих качественных показателей 2001 г. и 2005 г., характеризующих течение беременности, показало, что основные группы сопутствующих заболеваний и осложнений остались прежними. Лидирующие позиции занимают «анемия», «эндокринная патология», «инфекции мочеполовых путей», «гипотензивные» и «гипертензивные состояния». Удельный вес беременных с указанной патологией имеет явную тенденцию к снижению по всем позициям, что свидетельствует о качестве работы первичного звена.

Такие показатели, как «недостаточное увеличение массы тела» и «чрезмерное увеличение массы тела беременных», продолжают заслуживать внимание, поскольку при первом высок удельный вес рождения детей с СЗРП (синдром задержки развития плода), а при втором, напротив, более вероятно рождение детей с крупной массой (было показано нами в проведенных наблюдениях ранее).

Увеличение числа двоен напрямую связано с широким распространением искусственного оп-

лодотворения в лечении бесплодия. Показатель «многоводия» при беременности остается без изменений (8 %) и отражает уровень инфекций мочеполовой сферы (последний показатель по-прежнему занимает третью позицию по частоте сопутствующих заболеваний у беременных, несмотря на явное снижение удельного веса с 48,5 % в 2001 г. до 26,6 % в 2005 г.).

Существенно снизился показатель перенашивания при беременности — с 5,9 % до 2,4 %. Это — результат значительного улучшения диагностики, наблюдения, лечения и своевременности госпитализации и родоразрешения.

Преждевременные роды — проблема всегда актуальна, показатель «удельный вес преждевременных родов» остается на уровне 3 % по роддому. Проблема усугубляется тем, что существуют, так называемые, роды «физиологически незрелым плодом». Они могут быть на любом сроке беременности после 36 недель, но чаще всего встречаются при сроке 36-37 недель. По роддому ЗПЦ за 2005 год их удельный вес составляет 7 %.

Оценить эффективность и качество диспансеризации беременных, подготовку женщины к родам можно только по исходам родов, в частности, по методам и осложнениям при родоразрешении, состоянию новорожденного (табл. 2).

Таблица 1
Наиболее часто встречающиеся сопутствующие заболевания и осложнения беременности

Коды МКБ	Нозологическая форма	Всего случаев		Уд. вес (%)	
		2005	2001	2005	2001
099.0	Анемия	796	1162	36,2	68,3
099.2	Эндокринная патология	676	836	30,6	49,1
023	Инфекция мочеполовых путей	586	826	26,6	48,5
026.5	Гипотензивный синдром у матери	347	348	15,7	20,4
010.1	Гипертензия при беременности, всего	336	294	15,1	17,1
	в т.ч. гипертензия кардиоваскулярная	139	41	6,3	2,4
010.2	Гипертензия почечная	7	7	0,3	0,4
013,014	Гипертензия, вызванная беременностью	181	233	8,2	13,5
014.0	Преэклампсия ср. степени	1	2	0	0,1
014.1	Тяжелая преэклампсия	4	9	0,2	0,5
014.9	Неуточненная преэклампсия	1	1	0	0
015	Эклампсия	2	1	0,5	0
043.8-043.9	Недостаточность плаценты	324	436	14,7	25,3
026.1	Недостаточное увеличение массы тела при берем.	255	200	11,6	11,6
026.0	Чрезмерное увеличение массы тела при берем.	74	104	3,4	6,1
036.6	Крупный плод	238	256	10,8	14,4
036.5	Гипотрофия плода	148	290	6,7	16,4
030.0	Беременность двойней	38	18	1,7	1,1
034.2	Рубец на матке	112	79	5,1	4,6
040	Многоводие	186	145	8,4	8,5
041.0	Маловодие	31	168	1,4	9,9
048	Переношенная беременность	54	100	2,4	5,9
060	Преждевременные роды и родоразрешение	66	51	3	3



Таблица 2
Наиболее часто встречающиеся группы осложнений при родоразрешении

Коды МКБ	Нозологическая форма	Всего случаев		Уд. вес (%)	
		2005	2001	2005	2001
042.0-042.1	Преждевременный разрыв плодных оболочек	701	755	31,7	42,6
069	Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	477	415	21,6	23,4
062.4	В т.ч. гипертонические некоординированные и затянувшиеся сокращения матки	268	92	12,1	5,2
082.0, 082.1	Число операций "кесарево сечение" (кроме малого)	486	348	22	19,6

В таблице представлены основные, наиболее часто встречающиеся, группы родов. Всего в 2005 г. было 1931 роженица с осложнениями, или 87,3 % от всех родов, в 2001 году — 86,7 %.

С осложнениями родилось 608 новорожденных (27,6 %) в 2005 г., 480 (28,2 %) в 2001 г., с врожденными аномалиями развития — 210 новорожденных (9,5 %) и 192 (11,3 %), соответственно.

Таким образом, в основном, роды протекают с осложнениями. Основные группы осложнений родового акта для матери и плода остаются без явной тенденции к положительной динамике, сохраняется и их структура, и удельный вес. Отрицательная динамика на стабильно высоком уровне по показателю «аномалии родовой деятельности» регистрируется за счет рубрики «гипертонические некоординированные и затянувшиеся сокращения матки» (062.4): увеличение с 5,2 % до 12,1 %. Это можно объяснить отсутствием положительной динамики по состоянию новорожденных при рождении. Ситуацию не спасает даже высокий процент оперативного родоразрешения (22 % против 19,6 %).

Таким образом, сравнительный анализ данных, накопленных в персонифицированной компьютерной базе КМИАЦ (на основе учетной формы Минздрава РФ № 103/ у — 99 серия К 32) за 2001 и 2005 гг., показал:

- в отчетном году отмечено улучшение качества диспансеризации беременных, выявление и лечение экстрагенитальной патологии, гинекологических заболеваний, патологии плацентации, патологии внутриутробного развития плода;
- по исходу родов для плода и матери частота осложнений родового акта остается на прежнем уровне (87,3 % в 2005 г., 86,7 % в

2001 г.) и обусловлена высокой частотой аномалий родовой деятельности, в частности, «гипертонические некоординированные и затянувшиеся сокращения матки» (код МКБ 062.4) — 268 случаев (12,1 %) в 2005 г. против 92 случаев (5,2 %) в 2001 г., соответственно.

Данная ситуация, на наш взгляд, в какой то степени обусловлена особенностями психологической подготовки к родам. В последние годы в службе родовспоможения на всех этапах преобладают лечебный и диагностический аспекты. В то же время, это единственный профиль, где всегда преобладала профилактика, которая строилась на системных позициях и классической основе. Сейчас женщины, особенно перед родами, постоянно находятся в страхе, как и все наше общество. Отсюда и большинство вышеперечисленных проблем.

Созданная в городе Новокузнецке и поддерживаемая КМИАЦ в актуальном состоянии персонифицированная электронная база данных позволяет проводить тщательный анализ и изучение причин неблагополучия, по результатам принимать обоснованные решения по совершенствованию службы родовспоможения. Результаты настоящего исследования должны быть нацелены на повышение достоверности исходных данных для формирования базы. В работе с разделом «диспансеризация женского населения и беременных» необходимо направить усилия на дальнейшее совершенствование качества прогнозирования, предупреждения и лечения аномалий родовой деятельности, своевременности родоразрешения, индивидуального подхода к женщине в решении этой проблемы и многих других аспектов в процессе подготовки к родам и родоразрешению.

АЛЕКСЕЕВА М.В., СОКОЛОВСКИЙ В.С., КАРПОВА М.А.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Родильный дом № 2,
г. Новокузнецк

НОВЫЙ ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Наблюдающееся в настоящее время ухудшение репродуктивного здоровья женщин и отсутствие должной подготовки к родам часто приводят к их патологическому течению [5, 1]. В последние годы наблюдается увеличение числа рожениц с аномалиями сокращений матки, преимущественно за счет дискоординации родовой деятельности, которая является преобладающей по частоте, наиболее тяжелой по клиническому течению и наименее изученной формой патологии сокращений матки в родах [4, 6].

У каждой третьей роженицы с дискоординированной родовой деятельностью производится операция кесарево сечение [2, 9], но, несмотря на такую высокую оперативную активность, сохраняются весьма неблагоприятные показатели при этой патологии. Затяжное течение родов встречается у 80-82 % рожениц, а в сочетании с несвоевременным отхождением вод — в 78,2 % случаев. У 92 % рожениц бывают осложнения в послеродовом периоде — кровотечения, эндометрит, травмы шейки матки, влагалища, промежности, септические заболевания. При дискоординации родовой деятельности более чем 50 % родов осложняются острой гипоксией плода, а у каждого третьего новорожденного от матери с данной патологией сократительной активности матки наблюдается гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, что увеличивает мертворождаемость до 3 %, заболеваемость новорожденных — до 19,6 %, а перинатальную смертность — до 39,6 % [4, 7, 8].

Ведущим механизмом в развитии дискоординации родовой деятельности является функциональное нарушение нервной регуляции. У рожениц с этой патологией выявляется состояние перевозбуждения, как стволовых структур головного мозга, так и периферической вегетативной нервной системы, нарушение ее функционального равновесия, при этом отмечается преобладание парасимпатического влияния над симпатическим [3, 8].

Знание этиопатогенеза дискоординации родовой деятельности определяет ее профилактику и лечение. Акушеры всех времен искали средства лечения в родах частых, болезненных, разных по силе и непродуктивных маточных сокращений. Однако до последнего времени безотказных способов лечения данной патологии нет, разноречивы подходы к лечению [7].

Цель настоящего исследования — изучить эффективность предложенного способа лечения дискоординации родовой деятельности, его надежность, целесообразность внедрения в клиническую практику в сравнении с консервативным методом.

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В родильном доме № 2, совместно акушерами-гинекологами и анестезиологами, разработан новый оригинальный способ лечения дискоординации родовой деятельности [10], включающий блокаду пояснично-крестцового сплетения в первом периоде родов. Способ отличается тем, что устанавливают катетер в перинеуральную клетчатку среднего этажа малого таза, между крестцово-остистой связкой и грушевидной мышцей, и вводят первую дозу анестетика (лидокаин 1 % 40 мл) при раскрытии маточного зева на 3-5 см; затем, при необходимости, повторные дозы вводят каждые 1,5-2 часа до достижения лечебного эффекта, не превышая суммарную дозу лидокаина 1 % в 80 мл.

Большое представительство соединительнотканной клетчатки, сохраненный тонус грушевидной мышцы обуславливают распространение местного анестетика в полость малого таза к пояснично-крестцовому сплетению. Фармакологическое действие местных анестетиков на пояснично-крестцовое сплетение обуславливает развитие «дифференциального блока» — вегетативного и сенсорного, что приводит к восстановлению нарушенного при дискоординации родовой деятельности равновесия вегетативной нервной системы, оказывая спазмолитическое и обезболивающее действие, что значительно снижает, а иногда и ликвидирует, спастическое состояние матки без дополнительного назначения спазмолитиков.

Регистрация сократительной деятельности матки и функциональная оценка состояния плода в родах изучались с помощью фетального монитора «Феталгард-2000». Графический анализ динамики раскрытия шейки матки в родах проводился с помощью партограмм. С целью оценки эффективности обезболивания использовали шкалу Н.Н. Растригина, Б.В. Шнайдера (1974-1975).

В родильном зале врач-неонатолог оценивал новорожденных по шкале Апгар. В послеродовом периоде использовали клинические методы исследования новорожденных по общепринятой схеме.

Для выявления динамики обратного развития матки после родов в качестве скрининга у рожениц использовался метод ультразвукового сканирования.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 77 женщин в возрасте от 17 до 40 лет в сроке беременности 38-40 недель. Первородящих было 68 (88 %), повторнородящих — 9 (11 %). У 25 женщин (32 %) анамнез был отягощен наличием экстрагенитальной патологии (гипоталамический синдром, инфантилизм и т.д.), хронических воспалительных процессов гениталий, эрозии шейки матки и ее лечения путем диатермокоагуляции, осложненным течением беременности (многоводие, маловодие, гестоз, ФПН и др.). Все обследованные были разделены на две группы, равноценные по возрасту, паритету, течению беременности, наличию сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Первая группа (контрольная) — в нее вошли 46 рожениц с дискоординированной родовой деятельностью, которым проводилось консервативное лечение путем введения спазмолитиков, анальгетиков, седативных средств, токолитиков в рекомендуемых дозах.

Вторая группа (обследуемая) — в нее вошли 33 роженицы с дискоординированной родовой деятельностью, которым лечение проводилось новым оригинальным способом блокады сакрального сплетения по описанной выше методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перед началом лечения у рожениц отмечалось неадекватное беспокойное поведение, связанное с резко болезненными, часто сильными, схватками с сохранением гипертонуса матки вне схватки. При этом трудно пальпировалась предлежащая часть плода (головка), отсутствовало ее поступательное движение. При внутреннем исследовании — отсутствие прогрессивного раскрытия шейки матки, ее функциональная дистония.

Через 10-20 мин. после проведения блокады сакрального сплетения роженица успокаивалась (обезболивание по шкале Шнайдера $8,7 \pm 0,4$ балла), схватки принимали координированный характер, ткань шейки матки становилась податливой.

В 4-х случаях (12,1 %) в обследуемой группе роды закончились путем операции кесарево сечение, три из них — по причине клинического несоответствия, одна — из-за отсутствия эффекта от лечения дискоординации родовой деятельности, что составляет 3 % от общего числа женщин в обследуемой группе.

В контрольной группе оперативное родоразрешение составило 28,3 %. Три случая (23 %) — клиническое несоответствие, пять случаев (38 %) — дистресс плода, пять случаев (38 %) — отсутствие

эффекта от лечения, что составляет 10,8 % от общего числа женщин контрольной группы.

Длительность родов у женщин контрольной группы составила $8,6 \pm 5,8$ часов, в обследуемой — $7,8 \pm 0,6$ часов. Скорость раскрытия маточного зева до лечения в сравниваемых группах существенно не различалась — $0,76 \pm 0,07$ и $0,67 \pm 0,08$ см/час, соответственно. После лечения скорость раскрытия шейки матки в контрольной группе составила $1,6 \pm 0,3$ см/час, в обследуемой — $4,5$ см/час.

Длительность II периода родов — в контрольной группе $30,6 \pm 3,6$ мин, в обследуемой $24,4 \pm 3,0$ мин. Длительность III периода — $7,3 \pm 0,9$ мин. и $6,7 \pm 1,1$ мин., соответственно.

Разрывы шейки матки, неизбежные при данной патологии родовой деятельности [8], встречались одинаково часто — 34 % в обследуемой и 33,9 % в контрольной, учитывая только случаи консервативного родоразрешения. Но в контрольной группе также отмечены разрывы промежности (6 %) и влагалища (3 %), в обследуемой группе их не было.

Объем кровопотери в контрольной группе больше ($416,1 \pm 51,8$), чем в обследуемой ($237,9 \pm 33,2$), за счет большего числа оперативных родоразрешений, травматизма и гипотонии матки (6 % в контрольной группе).

Послеродовый период осложнился субинволюцией матки у 3 % рожениц основной группы и у 15,2 % женщин контрольной группы.

Средняя оценка состояния новорожденных по шкале Апгар в первую минуту существенно не различалась ($7,3 \pm 0,2$ баллов в основной группе, $7,2 \pm 0,2$ балла в контрольной), но уже к десятой минуте жизни составила $9,0 \pm 0,2$ и $8,2 \pm 0,2$ баллов, соответственно.

Период адаптации у новорожденных основной группы протекал осложненно в 9 % случаев: два ребенка (6 %) имели пренатальное поражение нервной системы, один (3 %) — родовую травму (кефалогематому). В контрольной группе ранний неонатальный период осложнился в 23,9 % случаев: у 8 детей (17,3 %) диагностировано пренатальное поражение нервной системы, у 2-х (4,3 %) — гипоконъюгационная желтуха, у одного (2,2 %) — родовая травма (перелом ключицы). Двое новорожденных (4,3 %) контрольной группы переведены для дальнейшего лечения в детскую больницу. Все новорожденные основной группы выписаны домой с рекомендациями. Случаев перинатальной смертности в обеих группах не было.

Таким образом, проведенное исследование показало, что предложенный способ лечения дискоординации родовой деятельности способствует укорочению течения родового акта, снижению материнского травматизма, величины общей кровопотери в родах, сокращению частоты оперативно-



го родоразрешения по причине неэффективности родовой деятельности. Применение нового оригинального способа лечения дискоординации родовой деятельности сопровождается уменьшением числа случаев гипоксии плода и улучшением показателей функционального состояния новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамченко, В.В. Профилактика и лечение аномалий родовой деятельности /В.В. Абрамченко, З.В. Бибилейшвили, А.Р. Чхидзе. – Тбилиси, 1987. – 178 с.
2. Воскресенский, С.Л. Сократительная деятельность матки при различных вариантах раскрытия ее шейки и поступательного движения головки плода во время родов /Воскресенский С.Л., Завтрак С.Т. //Акуш. и гинекол. – 1991. – № 4. – С. 29-32.
3. Аномалии родовой деятельности /Егорова Н.А., Добротина А.Ф., Струкова В.И. и др. – Н-Новгород, 2002. – 57 с.
4. Жежер, А.А. Анестезиологические пособия при дискоординации сократительной деятельности матки /А.А. Жежер: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2001. – 22 с.
5. Караш, Ю.М. Диагностика сократительной деятельности матки в родах /Ю.М. Караш. – М., 1982. – 224 с.
6. Оноприенко, Н.В. Некоторые вопросы диагностики, классификации и терапии дискоординированных сокращений матки в родах /Н.В. Оноприенко: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Саратов, 1969. – 19 с.
7. Подтетенов, А.Д. Регуляция родовой деятельности /А.Д. Подтетенов, Т.В. Братчикова, Г.А. Котайш. – М., 2003. – 53 с.
8. Сидорова, И.С. Физиология и патология родовой деятельности /И.С. Сидорова. – М., 2000. – 318 с.
9. Складановская, Т.В. Ранняя диагностика и интенсивное лечение дискоординированной родовой деятельности /Т.В. Складановская: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 1999. – 22 с.
10. Способ лечения дискоординации родовой деятельности /Соловьевский В.С., Горин В.С., Алексеева М.В. и др. //Патент № 2241498 от 12.05.2003.



БОКОВА Г.Н., КЛЫБИК С.В., СТИХИНА Г.М., ШАТОХИНА Т.Н.,
ШАМАЕВ Д.Ю., СЫЧЕНКО А.Г., МЕРИНОВА А.С., АРТЫМУК Н.В.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

В статье представлен опыт профилактики гнойно-септических осложнений при абдоминальном родоразрешении у 180 пациенток. Комплексная программа профилактики гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения, включающая выделение групп риска, обеспечение минимальной вероятности инфицирования во время беременности, родов, операции и в послеоперационном периоде, антибактериальную профилактику, раннюю диагностику и лечение локализованных форм заболеваний, позволила значительно снизить частоту гнойно-септических осложнений (1,1 %), избежать развития генерализованных форм инфекции.

Ключевые слова: кесарево сечение, профилактика, гнойно-септические осложнения.

За последние годы перинатальный подход к проблемам акушерства привел к повышению числа оперативных родоразрешений. В настоящее время кесарево сечение является наиболее частой акушерской родоразрешающей операцией [3, 6]. В этих условиях чрезвычайную актуальность приобретает проблема обеспечения безопасности оперативного вмешательства для матери, так как рост частоты кесарева сечения приводит к увеличению инфекционных осложнений в послеродовом периоде.

По данным различных авторов, частота гнойно-септических осложнений после кесарева сечения составляет от 3,3 до 54,3 % случаев [5]. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные вопросам совершенствования кесарева сечения и профилактике гнойно-септических осложнений, высокая частота послеоперационных осложнений требует концентрации знаний по данной проблеме.

Цель исследования — оценить эффективность системы профилактики гнойно-септических осложнений (ГСО) при абдоминальном родоразрешении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования составили 180 пациенток, родоразрешенных операцией кесарева сечения в родильном отделении МУЗ «Центральная городская больница» (ЦГБ) г. Междуреченска в 2004 году.

Перед проведением операции всем пациенткам оценивалась степень инфекционного риска по шкале В.С. Горина (1998). Распределение женщин по степеням риска ГСО было следующим: I степень наблюдалась у 2,8 % женщин, II степень — у 6,6 %, III степень — у 48,3 %, IV степень — у 36,6 %, V степень — у 5,5 % пациенток.

Были выявлены следующие факторы риска ГСО: хронические очаги воспаления — в 60 % случаев, бактериальный вагиноз — в 37 %, анемия — в 60,5 %, социальное неблагополучие — в 10 %, гестоз — в 28,8 %, выраженное ожирение — в 6,1 %.

В экстренном порядке операция кесарева сечения проведена 58,8 % пациенток. Безводный период более 6 часов наблюдался у 22,8 % обследованных. Длительность операции более часа имела место у 8,8 % женщин, кровопотеря более 10 % ОЦК наблюдалась у 10 % пациенток. У каждой пятой роженицы влагалищное исследование в родах проводилось более 3 раз. Длительность родов более 12 часов имела место у 10 женщин (5,5 %).

Методика комплексной профилактики ГСО включала в себя предоперационные мероприятия: общепрофилактические (тигательная гигиеническая подготовка к оперативному вмешательству, обязательный забор посева из цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам) и индивидуальные меры профилактики (санация очагов хронической инфекции, иммунокоррекция).

Из цервикального канала у 37 % пациенток выделялась патогенная микрофлора: энтерококк — в 29,4 %, эпидермальный стафилококк — в 17,6 %, гемолитический стафилококк — в 16,2 %, золотистый стафилококк — в 10,3 %, фекальный стрептококк — в 8,8 %, кандида албicans — в 7,4 %, гарднерелла вагиналис — в 5,9 %, кишечная палочка — в 4,4 % случаев.

Разрез на передней брюшной стенке проводился по Пфанненштилю в 77 случаях (42,8 %), по Joel Cohen — в 41 (22,8 %), в модификации М. Stark [7] — в 38 (21,1 %), нижнесрединный разрез — в 24 случаях (13,3 %).

Рассечение матки по Дефлеру проводилось только в 5 случаях (2,8 %), по Гусакову — в 175 (97,2 %). Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с временной изоляцией брюшной полости выполнялось в 2-х случаях.

Интраоперационные мероприятия профилактики ГСО включали выполнение разреза передней брюшной стенки, при котором ни одно из направлений послойных разрезов не совпадает по всей длине; тщательный гемостаз методом электрокоагуляции всех мелких сосудов и перевязки сосудов среднего калибра; взятие посева из полости матки на флору и чувствительность к антибиотикам; внутриматочный лаваж 1 % раствором диоксида или 2 % раствором хлоргексидина; ушивание матки непрерывным однорядным швом с использованием синтетического рассасывающегося материала: викрилом — в 15,8 %, капроагом — в 84,2 % случаев; лимфотропное введение антибиотиков (в 13,9 % случаев); орошение брюшной полости и подкожно-жировой клетчатки антисептиком; внутривенное введение антибиотиков после пережатия пуповины.

Однократное интраоперационное введение антибиотиков (2,0 цефазолина) проводилось у пациенток 1-2 степени риска, родильницам с 3 степенью риска ГСО назначалась антибактериальная профилактика короткими курсами (48-72 часа), с учетом чувствительности флоры, у родильниц из 4 и 5 групп риска антибактериальная терапия начиналась до операции и продолжалась в течение 5 суток в послеоперационном периоде.

Послеоперационные мероприятия общепрофилактического значения заключались в коррекции гемостаза адекватной инфузионной терапией, восполнении кровопотери, профилактике пареза кишечника, субинволюции матки, раневой инфекции, активном ведении родильниц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Течение послеоперационного периода у родильниц после операции кесарева сечения в подавляющем большинстве случаев, несмотря на преобладание пациенток с высоким инфекционным риском IV-V степени (42,1 %) было без осложнений в 92,8 % случаев. Незначительные клинические проявления пареза кишечника наблюдалась у 2-х пациенток (1,1 %), кратковременное повышение температуры до субфебрильных значений — у 7 родильниц (3,9 %).

В 2 (1,1 %) случаях у пациенток из 4 группы риска ГСО развился послеоперационный эндометрит. Лохиометра диагностирована у 11 пациенток (6,1 %). Внутриматочный аспирационно-промывной лаваж полости матки холодными растворами хлоргексидина и метрогила выполнялся в 7 случаях (3,8 %), инструментальная ревизия

полости матки проводилась у 5 больных (2,8 %). Результаты гистологического исследования показали наличие гнойного эндометрита в 2-х случаях, в 3-х случаях отмечались некротические изменения децидуальной ткани.

Результаты исследования показали, что относительно ранняя выписка на 6-7 сутки имела место более чем у 1/3 женщин, в половине случаев пациентки выписывались на 8-9 сутки после операции, больные с послеоперационным периодом, осложненным лохиометрой, выписаны на 10-11 сутки после родов, а с гнойным эндометритом — на 12-13 сутки с выздоровлением.

В настоящее время существует много дискуссионных вопросов относительно профилактики ГСО после операции кесарева сечения. Прежде всего, это касается техники операции. Общеизвестным в мире является проведение операции в нижнем сегменте матки поперечным разрезом [4, 5]. Мы являемся сторонниками рассечения матки по Гусакову, и в большинстве случаев операция проводилась по данной методике, и только в атипичных ситуациях, при риске травматизации сосудистых пучков, разрез производился по Дерфлеру. Однако в литературе имеется противоположная точка зрения, свидетельствующая о меньшей травматичности разреза по Дерфлеру [2].

Отсутствует единое мнение по вопросу способа и времени удаления плаценты из матки. По мнению некоторых авторов, не следует торопиться с удалением плаценты, следует наложить зажимы на углы матки и ждать самостоятельного отделения последа [8]. Мы, после извлечения плода и введения сокращающих матку средств, проводили ручное отделение плаценты и выделение последа, ревизию стенок полости матки и, при необходимости, инструментальное обследование (при помощи кюретки). Данная методика согласуется с мнением большинства авторов [3, 4, 5].

Обсуждается вопрос о методике ушивания стенки матки. Мы отдаем предпочтение непрерывному однорядному шву синтетическим рассасывающимся шовным материалом. Обязательным условием является правильное сопоставление краев раны [5]. Преимущество однорядного шва заключается в меньшем нарушении трофики тканей, меньшем количестве шовного материала в области шва, более редком развитии отека в послеоперационном периоде, меньшей продолжительности операции [2, 3, 4].

Важное значение для предупреждения ГСО принадлежит антибиотикопрофилактике. До настоящего времени продолжается дискуссия о длительности превентивной терапии. Предлагаются разные методы. Начиная от введения одной дозы после пережатия пуповины, до применения препаратов в течение 6 дней в послеоперационном периоде [1, 2, 3, 5, 6]. По данным В.В. Ка-



ган и соавт. (2004), при использовании стандартных курсов антибактериальной терапии в течение 5-7 суток гипертермия более суток сохраняется практически у 1/3 женщин, в то время как при коротких курсах профилактики повышение температуры не наблюдается более суток [1].

У женщин с желанной планированной беременностью, при своевременной адекватной санации, использовании современных технологий родоразрешения, возможно ведение послеоперационного периода без антибактериальной терапии, что, наряду с экономическим эффектом, расширяет возможности естественного вскармливания и позволяет избежать отрицательного влияния антибактериальных препаратов на организм матери и плода [1].

С нашей точки зрения, наиболее благоприятным при абдоминальном родоразрешении является введение антибиотиков в процессе операции после пережата пуповины. Это позволяет создать в оперируемых тканях терапевтическую концентрацию препарата еще во время оперативного вмешательства и, в то же время, предохраняет плод от неблагоприятного воздействия. Продолжительность антибактериальной профилактики должна определяться индивидуально, в зависимости от степени инфекционного риска.

Таким образом, комплексная программа профилактики гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения, включающая выделение групп риска, обеспечение минималь-

ной вероятности инфицирования во время беременности, родов, операции и в послеоперационном периоде, раннюю диагностику и лечение локализованных форм заболеваний, позволила значительно снизить частоту гнойно-септических осложнений (1,1 %), избежать развития генерализованных форм инфекции, уменьшить послеоперационное пребывание в отделении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Каган, В.В. Антибактериальная терапия и кесарево сечение /Каган В.В., Брюхина Е.В. //Мат. докладов VI Рос. Форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 82-83.
2. Кесарево сечение /Под ред. Краснопольского В.И. – М., 1997.
3. Клинические лекции по акушерству и гинекологии /Под ред. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцевой Л.Д. – М., 2000. – 379 с.
4. Кулаков, В.И. Дискуссионные вопросы кесарева сечения /Кулаков В.И., Чернуха Е.А. //Мат. докладов VI Рос. Форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 109-112.
5. Кулаков, В.И. Кесарево сечение /Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. – М., 2004. – 320 с.
6. Современные аспекты кесарева сечения: Уч.-метод. пособие. – Смоленск, 2001. – 42 с.
7. Stark, M. Comparison between the Joel Cohen and Phannenstiel incisions in cesarean section /Stark M., Finkel A.R. //Eur. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol. – 1994. – V. 53. – P. 121-122.
8. Wilkinson, C. Manual removal of the placenta at caesarean section (Cochrane Review) /Wilkinson C., Enkin M.W. //In The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software. – 2000.

ГУЛИК В.Ф., НЕРЕТИН К.Н., САФРОНОВА С.К., ГУЛИК М.В.,
ДЕМЕШЕВА А.А., ШВЕЦОВА О.А., ПЕТРУСЕВА Н.В., БАЖЕНОВА Л.Г.

ГУ НИИ КПП,

ПЗ РАМН,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

МЛПУ Роддом № 3,

г. Новокузнецк

АДАПТИВНЫЕ ТИПЫ РЕГУЛЯЦИИ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

В классическом акушерстве и патофизиологии беременности рассматривается как классическая модель биологического стресса. Однако, эти общесистемные положения не находят соответствующего развития и применения в теоретическом и практическом акушерстве. Вместе с тем, беременность и роды следует рассматривать как сложный многоуровневый и многозвеньевой процесс, детерминированный матричной программой генома бластоцисты и плода.

Можно выделить две проблемы, которые ограничивают реализацию указанных «аксиомных» утверждений. Первая проблема может быть обозначена как методологическая, вторая — как проблема дефицита информации о реальных механизмах организации и регуляции состояний беременности и родов. Первая проблема вытекает из положений аналитической медицины, в которых не рассматривается приоритет механизмов регуляции адаптационных реакций, их интеграционная роль в организации состояний беременности и родов.

В современной научной парадигме (И. Пригожин, Ф. Капра, Г. Хакен) о сетевой структуре организации и функционирования сложных биологических систем, организация состояния признается приоритетной функцией механизмов саморегуляции и самоорганизации. Сам процесс организации состояний, функций связан с установлением связей и взаимоотношений между функциональными элементами и предполагает потребление энергии, информационных сигналов и субстратов метаболизма. При этом признается, что свойства целого не сводимы к сумме его частей, а являются результатом их взаимодействий.

В результате становится понятен генез формирования многообразия клинической симптоматики беременности и родов. Она определяется возможностями биологической среды организма матери обеспечивать развитие плода, типом гестационной регуляции адаптивных и компенсаторных реакций, изменением их стратегий.

Вторая проблема связана с дефицитом получения в реальном режиме информации о состоянии регуляторных механизмов гестации, регулирующих реакции адаптации и компенсации.

Решение данной проблемы возможно на основе внедрения в клиническое акушерство метода спектрального анализа ВРС, который позволяет анализировать структуру и энергетику регуляторных механизмов медленных колебаний гемодинамики (МКГ). В результате становится возможным выделение групп риска и прогнозирование осложнений беременности и родов.

Цель исследования — определение роли различных адаптивных типов регуляции в генезе осложнений беременности и родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе обобщен 15-летний опыт использования в клинике акушерства параметров и показателей МКГ. В исследование включены 1418 беременных женщин, которые, в зависимости от интенсивности мощности энергии МКГ (классификация А.Н. Флейшмана) [1], были разделены на три группы: а) группа с высоким уровнем энергии (150-9000 усл. ед.) — 723 женщины; б) группа со средним уровнем энергии (40-150 усл. ед.) — 439 женщин; в) группа с низким уровнем энергии (1-40 усл. ед.) — 256 женщин.

Мощность и специфика генерации колебательной энергии исследовалась на основе спектрального анализа варибельности сердечного ритма. В диапазоне 0,002-0,5 Гц выделяются три колебательных (пульсирующих) ритма: 3,5 сек. ритм-НФ, (дыхательный и холинергический режимы регуляции); 10 сек. ритм-LF, (симпатикoadренальная регуляция); 20 сек. ритм-VLF (механизмы гуморально-метаболической регуляции). Все три энергетических мощности осуществляют пространственно временную организацию состояний беременности и родов, адаптационные и компенсаторные реакции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования установили, что показатели МКГ достоверно коррелируют с клиникой развития нормы и патологии беременности и родов. Это позволяет рассматривать МКГ как один из паттернов сетевой организации беременности

и родов, а также как диссипативную структуру, то есть структуру, способную рассеивать энергию на цели организации состояния и функции. В зависимости от мощности колебательной энергии, механизмов ее генерации, их доминирования и интенсивности усвоения энергии, выделены три типа регуляции: стабилизирующий, вынужденный и смешанный. Указанные типы регуляции определяют развитие в организме матери различных стратегий адаптации и компенсации (повышение сопротивляемости — гиперкатаболизм; толерантности — ресурсосберегающая стратегия и перемежающаяся стратегия), которые имеют соответствующие клинические эквиваленты.

Гомеокинез беременной женщины, как экологической среды для плода, включая и МКГ с их свойствами диссипативной структуры и паттерна организации, являются относительно неустойчивыми структурами. Они находятся вдали от состояния равновесия, что является основным условием относительно устойчивого развития состояний беременности и родов. Беременность и роды, по отношению к организму матери, рассматриваются как доминантное стресс-воздействие. Данный результат исследования является ключевым в понимании нормы и патологии беременности.

Дифференциальный диагноз нормы и патологии беременности и родов возможен на основе выделения доминантных типов и режимов регуляции реакций адаптации и компенсации, которые обеспечивают организацию состояний беременности и родов.

Физиологическое течение беременности и родов имеет место при стабилизирующем типе регуляции и нормоадаптивном режиме его активности, который поддерживает гомеокинез организма матери в пределах стресс нормы. То есть, можно утверждать, что организм матери, как биологическая экологическая среда для плода, находится в оптимальном состоянии. При этом, преобразование энергии и информации колебательных процессов гемодинамики в интеграционные связи функциональной системы не сопровождается напряжением адаптивных и компенсаторных реакций, соответственно, отсутствует и патологическая симптоматика.

К сожалению, данная гармония наблюдается не так уж часто, и зависит от многих внешних и внутренних причин. По нашим данным, нормоадаптивное состояние или состояние стресс нормы имеет место у 20-25 % беременных женщин. Было установлено, что одновременно параметры и показатели МКГ модулируются не только развивающейся беременностью и родами, но и другими доминантными стресс воздействиями [2, 3, 4].

Осложнения течения беременности и родов или несбалансированное состояние гомеокинеза организмов матери и плода разной иерархической

принадлежности и степени их выраженности устойчиво регистрируются при стабилизирующем типе регуляции, но который функционирует в гипер- или гипoadaptивном режимах активности. Состояние беременности и родов, в соответствии с изменением структуры регуляции, определяется как кризисное. Степень варибельности показателей МКГ существенно и достоверно выше или ниже значений стресс нормы. Такой тип и режим регуляции не удерживает оптимальный уровень показателей гомеокинеза организма матери, но и не допускает их переход в критический уровень. Утрачивается признак стационарности состояния.

Проводимая интенсивная терапия (ИТ), соответствующая общепринятым акушерским медицинским стандартам и алгоритмам, мало эффективна, так как она носит симптоматический характер. Интенсивность прогрессирования патологии беременности частично снижается, но клиническое проявление патологии беременности остается прежним. Данный эффект ИТ мы объясняем тем обстоятельством, что проводимая интенсивная терапия не учитывает состояние типа и режима регуляции адаптивных реакций, их генез (особенности состояния организма матери, отношения мать-плод). То есть, ИТ в значительной степени является симптоматической.

Клинические проявления дизадаптоза (гестоз, ФПН, невынашивание и другие состояния) и их генез пытаются объяснить различными статическими, анамнестическими факторами риска («крайне отягощенный анамнез!»). При этом, состояние плода остается компенсированным. По результатам наших исследований [3,5,7], в основе генеза данного режима регуляции и, соответственно, в развитии симптомов патологии, кроме беременности, принимают участие другие доминантные стресс воздействия. К ним мы отнесли бытовые, социальные проблемы, негативную медицинскую информацию, соматические и психические заболевания матери, навязчивый тревожный режим самоанализа состояния и его прогноза, конституциональные особенности типа регуляции.

Необходимо особо подчеркнуть, что формализованные знания врача и структура предпочтений являются сильным стресс воздействием, и способны разрушить физиологические доминанты беременности и родов.

Вынужденный тип регуляции характеризуется устойчивым режимом активности и устойчивой структурой регуляции в разных вариантах сочетания эрготропных (симпатических, барорегуляторных и холинэргических) механизмов регуляции. Функция регуляции приобретает однотипный характер. Связи между функциональными элементами становятся высоко стабильными, что ограничивает функциональную активность системы, стабильность существования структурных элемен-

тов системы, ее адаптационные и компенсаторные возможности. Функциональная система матери утрачивает способности активно противодействовать избыточным и неблагоприятным воздействиям.

Указанные особенности режима регуляции подтверждаются дисфункциональными проявлениями регуляции при выполнении функциональных проб (дыхательная проба, ортостаз, ментальный стресс). Данному типу регуляции соответствует клиническая полисимптоматика патологии беременности и родов, которая имеет устойчивую тенденцию к прогрессированию [5, 6]. При этом возможен быстрый переход кризисного состояния в критическое (развитие эклампсии, преждевременных родов, отслойки плаценты и других состояний). Выделены три состояния данного типа регуляции: а) устойчивое доминирование в структуре регуляции холинергических и гуморальных механизмов; б) устойчивое доминирование механизмов баро- и симпатической регуляции; в) устойчивый низкий (депрессивный) режим регуляции.

Неизбежное и прогрессирующее развитие патологии беременности (гестоз, ФПН, невынашивание, гипоксия плода, СЗВУР, ВУИ) и аномалии родов установлено при устойчивом доминировании в структуре регуляции высокой активности холинергического (3,5 сек ритм-режим) и гуморально-метаболического режимов (20 сек ритм-режим управления). Выход в патологию реализуется через избыток аденозиновых фракций метаболизма АТФ и оксид азота. Происходит существенное ухудшение микроциркуляции, повышение проницаемости эндотелия, снижение ОЦК. Доминирование режима холинергической регуляции часто имеет конституциональную и родовую принадлежность (особенность регуляции теплообмена), что ограничивает возможности и эффекты лечебных воздействий.

Также к развитию патологии беременности и родов предрасполагает вынужденный режим регуляции, в котором доминирует сочетание высокой активности механизмов барорегуляции (10 сек ритм) и гуморальной регуляции (20 сек ритм). В структуре данного режима регуляции присутствует высокий риск избыточных симпатоадреналовых реакций с ишемизацией тканей, органов и ограничением биокинетики рождающей матки. Указанный режим вынужденной регуляции и сопутствующая ему патология, в отличие от предыдущего, более эффективно корректируется соответствующими лечебными воздействиями (технологии дезинтеграции и минимизации).

Вынужденный депрессивный режим регуляции существенно ограничивает интенсивность развития адаптационных и компенсаторных реакций, что также негативно сказывается на вынашива-

нии беременности и родах. В лечении доминируют методы активизации режимов регуляции.

ВЫВОДЫ

Состояние беременности и динамика родов формируются и зависят от особенностей регулирующих механизмов гестации. Они определяют структуру и интенсивность информационных и энергетических процессов, которые трансформируются в организацию связей и взаимоотношений между функциональными элементами организма, и которые определяют особенности адаптационных и компенсаторных реакций беременной.

В данном контексте МКГ анализируются как диссипативная энергетическая структура (энергия представлена величиной амплитудных колебаний) и как паттерн организации (взаимосвязи обусловлены профильными регуляторными характеристиками спектра).

В период гестации, под влиянием матричной программы генома плода и других доминантных стресс воздействий, могут формироваться три типа регуляции: стабилизирующий, вынужденный и смешанный. Они определяют характер адаптационных и компенсаторных реакций, клинику беременности и родов.

Типы регуляции одновременно могут рассматриваться как прогностические и доклинические маркеры особенностей развития беременности и родов. При этом беременность и роды необходимо относить к категории событий, в которых присутствуют скрытые и высокие резервы компенсации и свойства нелинейной динамики.

В категории целей, задач и медицинских стандартов выделение типов регуляции позволит более четко конкретизировать особенности патологии беременности и родов в адаптационном синдроме и облегчит решение лечебных проблем.

Лечебные технологии, на наш взгляд, должны предусматривать изменение типов и структуры регуляции, интенсивности энергообразования, возбужденности, рецепции, характера связей, реагирования и реакций, другими словами, учитывать многоуровневую, многозвеньевую структуру организации беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Флейшман, А.Н. Медленные колебания гемодинамики: Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике /А.Н. Флейшман. – Новосибирск, 1999.
2. Астахов, А.А. Два уровня комплексной оценки состояния гемодинамики при нормальной беременности, преэклампсии и эклампсии /Астахов А.А., Астахов Ал.А., Байшев Ф.К. //Критические состояния в акушерстве и неонатологии: Матер. н.-практ. конф. – Петрозаводск, 2004. – С. 218-221.
3. Гулик, В.Ф. Сложные системы в клинической медицине, медленные колебания гемодинамики как паттерн сетевой организации сложных систем и как решать проблемы сложности /Гулик В.Ф.,



- Неретин К.Н., Гулик М.В. //Инжиниринг в медицине. – Челябинск, 2004. – С. 182-198.
4. Гулик, В.Ф. Диагностические и лечебные технологии в акушерстве на основе анализа медленных колебаний гемодинамики как паттерна сетевой организации беременности и родов /Гулик В.Ф., Неретин К.Н., Гулик М.В. и соавт. //Инжиниринг в медицине. – Челябинск, 2004. – С. 198-206.
 5. Кризисные и критические состояния в акушерстве (новые взгляды) /Гулик В.Ф., Неретин К.Н., Гулик М.В. и соавт. //Критические состояния в акушерстве и неонатологии: Матер. н.-практ. конф. – Петрозаводск, 2004. – С. 235-240.
 6. Серов, В.Н. Эклампсия /Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. – М., 2002.
 7. Диагностика и системная терапия энергоизмененных состояний при беременности и родах /Гулик В.Ф. Неретин К.Н., Флейшман А.Н. и соавт. //Медленные колебательные процессы в организме человека: Матер. IV Всерос. симп. – Новокузнецк, 2005. – С. 113-124.
- 

ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ЕГОШИНА Н.М.,
МАЛКОВА Е.М., ЧЕРЕДНИЧЕНКО В.М.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ВИРУСА КРАСНУХИ В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Одной из частых причин невынашивания и смертности детей в неонатальном периоде, а также рождения младенцев с врожденными пороками развития являются внутриутробные инфекции (ВУИ). К сожалению, многие ВУИ в периоде новорожденности не имеют специфической клинической картины, поэтому диагностика TORCH-инфекций по клиническим признакам без привлечения специфических микробиологических исследований в 90-95 % случаев приводит к диагностическим ошибкам [2, 4].

Среди ВУИ краснуха занимает особое место, связанное с высоким уровнем заболеваемости и тяжелыми уродствами при инфицировании беременных женщин [1]. Инфицирование плода происходит в период вирусемии у беременной матери. Вероятность инфицирования плода при первичном инфицировании краснухой зависит от сроков беременности и составляет 60-90 % в первом триместре, 50-75 % во втором и 25-50 % в третьем [3].

Наиболее тяжелые исходы ВУИ при инфицировании в первом триместре: до 20 % выкидышей, до 60 % СВК (синдром врожденной краснухи). Поскольку в 60-80 % случаев первичное инфицирование краснухой протекает бессимптомно, факт инфицирования можно установить только лабораторными исследованиями. Для постановки диагноза врожденной краснухи используются методы молекулярной диагностики, в частности, полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Родильный дом № 1 МЛПУ «Зональный перинатальный центр» (ЗПЦ) г. Новокузнецка участвует в научно-исследовательском проекте Новосибирского государственного научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор» «Молекулярная идентификация изолятов вируса краснухи, циркулирующего в Западной Сибири». Работа выполняется при поддержке проекта МНТУ № 2924 р.

Целью исследования является изучение роли вируса краснухи в формировании врожденных пороков развития при использовании молекулярно-биологического метода.

Обследованы новорожденные младенцы с врожденными пороками развития (ВПР) различных органов и систем, находившиеся на лечении в детском отделении родильного дома, и их матери. В исследовании приняли участие 22 пары мать-младенец. Среди обследованных младенцев

отмечались врожденные пороки сердца (ВПС) — у 7 детей (31,8 %), гидроцефалия — у 5 (22,7 %), синдром Дауна — у 5 (22,7 %), аномалии конечностей — у 3 (13,6 %), спино-мозговая грыжа — у одного ребенка (4,6 %). Один младенец ВПР не имел, но был рожден в тяжелой асфиксии с проявлением клиники мозговой комы с первых минут жизни (4,6 %). Всего новорожденных с признаками ЗВУР — 6 человек (27,2 %).

РНК вируса краснухи выделялась из сыворотки крови и мочи новорожденных методом обратной транскрипции — полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) с использованием тест-систем «Вектор-Рубелла РНК-ампи-100».

Во всех случаях матери отрицали контакт с больными краснухой во время беременности. Общеизвестный факт, что бессимптомное течение инфекции у беременных не снижает вероятность инфицирования плода.

Инфицирование вирусом краснухи установлено у 7 новорожденных с ВПР (31,8 %). Специфические иммуноглобулины класса М не обнаружены ни в одном наблюдении. В одном случае коэффициент avidности составил 56 % при положительной ПЦР, что подтверждает текущую инфекцию.

Возраст матерей, родивших детей с ВПР и выделивших РНК вируса краснухи, не превышал 32 года, первобеременные составляли 57 %. Первые роды отмечались в трех наблюдениях, вторые — в двух; в одном случае женщина имела в анамнезе 3 родов. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез отмечен у всех женщин, случаи угрозы прерывания беременности в первой и второй половине беременности имели место у трех женщин. Фетоплацентарную недостаточность и хроническую внутриутробную гипоксию плода диагностировали у 5 беременных.

Известно, что при ВУИ младенцы чаще рождаются в тяжелом состоянии, однако в нашем наблюдении состоянии всех 7 пациентов расценивалось как удовлетворительное, то есть у новорожденных с пороками развития, в том числе с ВПС, в первые минуты рождения не наблюдалось нарушения адаптации к внеутробной жизни.

Изменения гемограммы считаются одним из постоянных проявлений краснухи. Особенно характерными являются тромбоцитопения, нейтропения и анемия. Во всех случаях не выявлено



значительных отклонений от нормы, только в двух наблюдениях отмечался лимфоцитоз, тромбоцитопения не отмечена ни в одном из случаев.

Таким образом, мы согласны с авторами проекта исследования, что выделение РНК вируса краснухи у новорожденных с ВПР свидетельствует о сохраняющейся актуальности синдрома врожденной краснухи в структуре ВУИ. Однако отсутствие указаний на контакт с краснушной инфекцией у женщин, младенцы которых выделили РНК вируса краснухи, затрудняет диагностику синдрома врожденной краснухи у новорожденных. В то же время, отсутствие специфических признаков врожденной краснушной инфекции требует обследования для обнаружения РНК вируса краснухи всех новорожденных с порока-

ми развития, особенно при наличии клиники генерализованной ВУИ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Крич У. // Доклады Европейского бюро ВОЗ, № 93. – Женева, 1985.
2. Значение различных вирусных инфекций в невынашивании, мертворождении, перинатальной и младенческой смертности / Нисевич Л.Л., Талалаева А.Г., Каск Л.Н. и др. // Педиатрия. – 1999. – № 1. – С. 1-10.
3. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей: 2-е изд. – М., 2002. – 104 с.
4. Царегородцев, А.Д. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями и задачи по ее снижению в Российской Федерации / Царегородцев А.Д., Рюмина И.И. // Рос. вестн. перинат. и педиат. – 2001. – № 2. – С. 4-7.



ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ЕГОШИНА Н.М.,
МУРАШКИНА Л.С., ОВЧИННИКОВА Л.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ИЗМЕНЕНИИ ТЕНДЕНЦИЙ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО СИСТЕМЕ АВО И РЕЗУС-ФАКТОРУ

Среди клинических форм иммунопатологии беременности наиболее изучена и занимает ведущее место гемолитическая болезнь плода (ГБП) и новорожденного (ГБН), которая развивается вследствие несовместимости организмов матери и плода по различным эритроцитарным антигенам [1, 6, 7]. На сегодняшний день известно более 10 изосерологических систем и более 250 эритроцитарных антигенов [4, 5]. Однако существенное значение в клинической практике имеют лишь отдельные антигены некоторых систем. В подавляющем большинстве случаев ГБП и ГБН вызывается сенсибилизацией матери антигенами системы резус и АВО. Значительно реже она возникает при несовместимости крови матери и плода по другим редким факторам [1].

Цель работы — проследить основные тенденции течения ГБН по системе АВО и резус фактору и сравнить процент диагностируемых случаев и тяжесть ГБН в г. Новокузнецке за последние годы, по данным родильного дома № 1 МЛПУ «Зональный перинатальный центр» (ЗПЦ).

Проведен ретроспективный анализ историй развития новорожденных с ГБН за шесть лет, с 2000 по 2005 гг. Учет данных проводился по всем выявленным случаям ГБН с разделением их по АВО системе и резус фактору, как у доношенных, так и у недоношенных младенцев (табл. 1).

Тяжесть ГБН у новорожденных оценивали по лабораторным показателям (увеличение уровня

неконъюгированного билирубина в сыворотке крови выше 342 ммоль/л; почасового прироста билирубина выше 6 ммоль/л за период наблюдения более 4 часов; уровня неконъюгированного билирубина в сыворотке крови, взятой из вены пуповины выше 60 ммоль/л при условии наличия признаков прогрессирующего гемолиза; снижение Нб менее 100 г/л с нормобластозом при признаках прогрессирующего гемолиза) и клиническим проявлениям (отечная форма ГБН, наличие билирубиновой энцефалопатии независимо от уровня непрямого билирубина) [2], по совокупности которых неонатологи выходили на решение вопроса о проведении операции ОЗПК. Определяющим фактором в решении вопроса о показании к ОЗПК было значение количества билирубина до токсического уровня свыше 342 ммоль/л, независимо от суток жизни.

Отмечается увеличение более чем в два раза случаев ГБН за последние два года, с 2,1 % в 2000 г. до 5 % в 2004 г. и 4,8 % в 2005 г., причем прирост идет за счет доли ГБН по системе АВО в группе доношенных новорожденных. Наблюдается также увеличение процента оперативных вмешательств, которые определяются также тяжестью ГБН по системе АВО (от отсутствия ОЗПК в 2000 г. до 0,7 % или 15 случаев в 2004 г. и до 0,5 % или 12 детей в 2005 г.). Значительную часть в формировании изучаемой патологии внесли иногородние младенцы. Доля их участия

Таблица 1
Случаи ГБН по системе АВО и резус-фактору

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Родилось живыми	2102	1783	2288	2229	2020	2232
Из них недоношенных	73 (3,5)	71 (4)	83 (3,6)	92 (4,1)	82 (4,1)	75 (3,4)
Всего случаев с ГБН	44 (2,1)	33 (1,9)	66 (2,9)	73 (3,3)	102 (5,1)	106 (4,8)
ГБН у доношенных	43 (2,1)	33 (1,9)	65 (2,8)	70 (3,1)	100 (5)	98 (4,4)
ГБН у недоношенных	1 (0,1)	-	1 (0,1)	3 (0,1)	2 (0,1)	2 (0,1)
ГБН по Rh-фактору	9 (0,4)	7 (0,4)	3 (0,1)	12 (0,5)	10 (0,5)	6 (0,3)
ГБН по системе АВО	35 (1,7)	26 (1,5)	63 (2,8)	61 (2,7)	92 (4,6)	100 (4,5)
Сделано ОЗПК всего	8 (0,4)	8 (0,5)	14 (0,6)	14 (0,6)	21 (1)	18 (0,8)
ОЗПК при ГБН по Rh-фактору	8 (0,4)	7 (0,4)	12 (0,5)	12 (0,5)	6 (0,3)	6 (0,3)
ОЗПК при ГБН по АВО системе	0	1 (0,1)	2 (0,1)	2 (0,1)	15 (0,7)	12 (0,5)
ГБН у иногородних младенцев	8 (0,4)	4 (0,2)	6 (0,3)	2 (0,1)	24 (1,2)	18 (0,8)

Примечание: Данные представлены в абсолютных числах, в скобках - в относительных (%).

в 2000 г. составила 0,4 %, а в 2004 г. и 2005 г. соответствовала 1,2 % и 0,8 %.

Следует отметить, что в случаях иммунологического конфликта по системе АВО в крови матери, помимо естественных α - или β -антител, появляются и иммунные α - или β -антитела, агглютинины и гемолизины. Присутствие блокирующих антител всегда свидетельствует о сенсибилизации даже при низком титре агглютининов, следовательно, низкий титр не может иметь решающего значения в определении оперативной тактики ведения пациентов с ГБН.

Врачами-изосерологами ГДКБ № 4 предложена таблица, адаптированная к практике неонатологов по подбору эрмассы для проведения ОЗПК при ГБН по резус фактору и системе АВО с учетом фенотипа крови матери и ребенка (табл. 2).

Таблица 2
Подбор эритроцитарной массы при ГБН по резус-фактору для переливания детям первых 4 месяцев жизни

Мать	Ребенок	Эр. масса	Эр. масса, фенотип	СЗП
О (I)	О (I)	О (I)	ФЕНОТИП	О (I)
О (I)	А (II)	А (II)	МАТЕРИ	А (II)
О (I)	В (III)	В (III)		В (III)
О (I)	AB (IV)	AB (IV)		AB (IV)
А (II)	О (I)	О (I)		О (I)
А (II)	А (II)	А (II)		А (II)
А (II)	В (III)	В (III)		В (III)
А (II)	AB (IV)	AB (IV)		AB (IV)
В (III)	О (I)	О (I)		О (I)
В (III)	А (II)	А (II)		А (II)
В (III)	В (III)	В (III)		В (III)
В (III)	AB (IV)	AB (IV)		AB (IV)
AB (IV)	О (I)	О (I)		О (I)
AB (IV)	А (II)	А (II)		А (II)
AB (IV)	В (III)	В (III)		В (III)
AB (IV)	AB (IV)	AB (IV)		AB (IV)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлены некоторые особенности в изменении тенденций течения ГБН по системе АВО и резус фактору.

По литературным данным, частота ГБН вследствие несовместимости крови по системе АВО равна 1 : 250-300 родов. По нашим данным, это наблюдается у значительно большего числа новорожденных. На количество родившихся живыми в 2000 г. мы должны были иметь 7 младенцев, но превысили «норму» в 5 раз, а в 2005 г. превышение допустимых показателей произошло уже в 14 раз.

Наблюдается рост числа тяжелых форм ГБН по системе АВО и процента ОЗПК у доношенных младенцев, по сравнению с формами ГБН по резус фактору и процентом операций при них.

Об активности выделенных антител у пациентов с ГБН по системе АВО судили по их титру. Однако титр и биологическая активность антител не обязательно совпадают, так как указанный титр обычно характеризует зафиксированное количество антител в реакции с эритроцитами и не указывает на количество свободных антител в растворе. Таким образом, низкий титр антител не имеет значения в решении вопроса о проведении операции ОЗПК у больных ГБН.

Независимо от суток жизни, определяющим фактором в решении вопроса о показании к ОЗПК должен являться критический уровень непрямого билирубина свыше 342 ммоль/л.

В последние годы достигнуты успехи в профилактике развития анти-Rh₀(D) иммунизации у резус-отрицательных лиц путем использования иммуноглобулина анти-Rh₀(D), применения более качественных и надежных тест-систем и реагентов нового поколения, в том числе и на основе моноклональных антител [3, 5, 6]. Однако, несмотря на достижения перинатологии, полностью предупредить заболеваемость и смертность новорожденных от ГБН не удается [5].

Таким образом, по мере снижения частоты анти-Rh₀(D) иммунизации, удельный вес случаев ГБН по АВО системе имеет тенденцию к росту. В связи с этим, врачам-акушерам и неонатологам следует обратить внимание на поднятую проблему, и учитывать тенденции последних лет по обсуждаемой теме в своей работе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, З.Ф. Иммунологические основы акушерской патологии /Васильева З.Ф., Шабалин В.Н. – М., 1984. – 192 с.
2. Гемотрансфузионная терапия новорожденных: Метод. реком. /Володин Н.Н., Белоусова Т.В., Андрияшина И.В., Соколова В.А. – М., 2001. – 31 с.
3. Основы перинатологии: Учебник /Под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева. – М., 2002. – С. 138-146.
4. Приказ № 363 от 25.11.2002 «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови». – М., 2002. – 39 с.
5. Румянцев, А.Г. Гемотрансфузионная терапия в педиатрии и неонатологии /Румянцев А.Г., Аграненко В.А. – М., 2002. – 644 с.
6. Сидельникова, В.М. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного /Сидельникова В.М., Антонов А.Г. – М., 2004.
7. Шабалин, В.Н. Современные представления об антигенах крови человека /Шабалин В.Н., Серова Л.Д. //Рос. вест. перинат. и пед. – 1996. – № 6. – С. 35-38.
8. Шабалов, Н.П. Неонатология: Уч. пособие /Н.П. Шабалов. – М., 2004.

ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ЕГОШИНА Н.М., ТИМОФЕЕВА Л.А., КОЛЕСНИК В.М.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ СИНДРОМА ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Одним из наиболее частых метаболических расстройств в периоде новорожденности является повышение сывороточной концентрации билирубина, сопровождаемое желтухой. Концентрация билирубина, при которой кожные покровы новорожденного ребенка приобретают желтоватый оттенок, колеблется от 68 до 137 мкмоль/л [1, 6]. Согласно данным литературы, в периоде ранней неонатальной адаптации желтуха выявляется у 50-60 % доношенных и у 70-90 % недоношенных детей [4, 7]. В зависимости от обусловивших ее причин, гипербилирубинемия может появиться как сразу при рождении, так и в течение всего неонатального периода.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты так называемых «затянувшихся» желтух, длительность которых превышает 4 недели, причем эти дети поздно госпитализируются в специализированные отделения [2]. Данная проблема требует особого внимания неонатологов в плане уточнения диагнозов в группе детей с затянувшимися желтухами, а также своевременного и дифференцированного их лечения.

Целью работы явился анализ факторов риска возникновения синдрома гипербилирубинемии у новорожденных на базе детского отделения родильного дома № 1 МЛПУ «Зональный перинатальный центр» (ЗПЦ) г. Новокузнецка.

Разработана карта оценки, в которую вошли следующие сведения о матери и младенце: срок гестации, оценка по шкале Апгар, масса при рождении, роды физиологические или проведенные оперативным путем, учет группы крови матери и ребенка и изменения в общем анализе крови с целью исключения гемолитических форм желтух, особенности течения беременности у женщины, срок появления желтухи у младенцев, наличие

сопутствующей патологии у новорожденного, уровень общего и непрямого билирубина (НБ) в динамике, особенности лечения. Особенно интересен факт приема женщинами во время беременности лекарственных препаратов, в том числе БАД, наркотиков, а также курения.

За период 2005 года зарегистрировано 75 случаев гипербилирубинемии, что составило 3,4 % по отношению ко всем родившимся (табл.). Всего составлено и проанализировано 57 карт (29 мальчиков и 28 девочек). Младенцев, рожденных естественным путем, было 42, путем кесарева сечения — 15 человек. Недоношенных со сроком гестации до 32 недель — 5 детей, 34 недели — 3, 35 недель — 3, 36 недель — 8 детей. Только 6 новорожденных родились в асфиксии и оценка по шкале Апгар у них составляла 1/4-6 баллов. У большей части младенцев оценка была от 7 до 10 баллов. Один младенец имел массу тела при рождении до 1500 г, 6 детей — 1501-2000 г, 14 — 2001-2500 г, 10 — 2501-3000 г, 12 детей — более 3000 г.

Для выявления зависимости уровня билирубина от количества принятых матерью во время беременности препаратов всех младенцев поделили на три группы.

Первую группу в количестве 14 человек составили младенцы, матери которых принимали от 3 до 10 препаратов, вторую — 35 младенцев, матери которых принимали от 11 до 20 препаратов, третью — 7 новорожденных, матери которых принимали более 20 препаратов. Уровень Нб с учетом максимальных показателей по всем группам составил, в среднем, 316,7 мкмоль/л, а по группам цифры были представлены следующим образом: в первой — 270,6 мкмоль/л, во второй — 296,8 мкмоль/л и в третьей — 382,7 мкмоль/л.

Таблица

Динамика зарегистрированных случаев конъюгационных желтух в родильном доме за период с 2000 по 2005 гг.

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Родилось живыми	2102	1783	2288	2229	2020	2232
Из них недоношенных	73 (3,5)	71 (4)	83 (3,6)	92 (4,1)	82 (4,1)	75 (3,4)
Случаи желтух у новорожденных	51 (2,4)	55 (3,1)	95 (4,2)	111 (5)	117 (5,8)	138 (6,2)
в т.ч. у недоношенных	-	15 (0,8)	30 (1,3)	33 (1,5)	26 (1,3)	41 (1,8)
Число младенцев, переведенных в ОПН	2	1	1	5	2	3
Число привитых младенцев	нет	343 (19,2)	2121 (92,7)	1996 (89,5)	1582 (78,3)	1335 (59,8)
Проведение ОЗПК	-	-	-	1	1	-

Примечание: Данные представлены в абсолютных числах, в скобках - в относительных (%).

Уровень Нб более 300 ммоль/л чаще наблюдался среди недоношенных и доношенных младенцев с синдромом ЗВУР, масса которых не превышала 2500 граммов. Выявлена зависимость максимального уровня общего билирубина и Нб от сроков появления среди маловесных младенцев. Повышение уровня билирубина у них регистрировалось после пятых суток жизни, когда у доношенных младенцев с массой тела более 3000 г уровень билирубина достигал наивысших значений в первые трое суток после рождения.

Следует заметить, что один новорожденный не вошел ни в одну группу, так как его мать во время беременности не получала ни одного препарата, однако на третьи сутки уровень общего билирубина у него составил 314,1 ммоль/л (Нб 299 ммоль/л). В этом случае обратили внимание на то, что младенец был крупным, извлечен оперативным путем в тазовом предлежании, и учета препаратов, которые вводились женщине во время операции, мы не проводили.

В комплексе неблагоприятных воздействий на организм беременной женщины и ее плод сегодня большое значение придают вредным привычкам (курение, употребление алкоголя), пристрастиям к токсическим и наркотическим веществам, повседневному использованию растущего арсенала косметических средств и средств бытовой химии, лекарств, пищевых добавок и пр. [3], поэтому отдельно проанализировали 8 карт младенцев, матери которых являются хроническими курильщицами. Не выявлено зависимости уровня как общего билирубина, так, соответственно, и Нб у новорожденных от количества принятых их матерями препаратов, но средние показатели билирубина среди этих младенцев были высокими и составляли 285 ммоль/л (Нб 280 ммоль/л).

Все 57 младенцев были пролечены консервативно общепринятыми методами фототерапии, которая усиливалась инфузионной терапией с назначением фенобарбитала через рот. Длительность терапии определялась ее эффективностью, а именно, темпами снижения уровня непрямого билирубина в крови.

Среди медицинских работников акушерских и педиатрических подразделений появились высказывания об увеличении частоты желтух, что, по их мнению, может быть связано с проведением вакцинации против гепатита В у новорожденных детей [5]. В связи с этим, мы провели ретроспективный анализ первичной документации всех случаев желтух новорожденных за последние шесть лет, начиная с 2000 года.

Напомним, что вакцинация новорожденных против гепатита В проводится с четвертого квартала 2001 года и в отдельные годы, например в

2005 году, мы не имели возможности прививать новорожденных в связи с отсутствием вакцины в течение 4 месяцев.

Частота случаев желтух, связанных с повышением Нб, представлена в таблице, из которой видно, что в последние годы наблюдается рост желтух у новорожденных младенцев. Не с одинаковой частотой регистрировались желтухи до применения вакцины против гепатита В и в годы вакцинации, однако зависимости роста частоты желтухи от количества привитых новорожденных младенцев мы не обнаружили.

Таким образом, при анализе вышеизложенного материала выявлена причинно-следственная связь некоторых факторов риска в возникновении синдрома гипербилирубинемии у новорожденных.

Количество желтух новорожденных на современном этапе развития медицины, особенно в последние годы, возросло, что, возможно, связано с агрессивностью акушерской тактики ведения беременных женщин.

Выявлена зависимость повышения уровня общего билирубина и Нб у новорожденных от количества принятых женщинами во время беременности препаратов.

Сроки появления желтух и высокого уровня Нб удалены на 5-7 дней от момента рождения у маловесных младенцев как недоношенных, так и доношенных с синдромом ЗВУР, а старт гипербилирубинемии у доношенных младенцев с массой тела более 3000 г наблюдается в первые три дня жизни.

Зависимости роста частоты желтух у новорожденных от количества привитых против гепатита В мы не обнаружили.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Володин, Н.Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики /Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. //Рос. вестн. перинат. и пед. – 2004. – № 5. – С. 18-23.
2. Анализ структуры желтух новорожденных по данным отделения патологии новорожденных детской городской клинической больницы г. Владивостока /Ицкович А.И., Блохина Н.П., Шегеда М.Г. и др. //Матер. V Рос. Форума «Охрана здоровья матери и ребенка». – М., 2003. – С. 112-113.
3. Основы перинатологии: Учеб. /Под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева. – М., 2002. – С. 59-109.
4. Педиатрия /Под ред. Дж. Грефа. – М., 1997. – С. 213-222.
5. К вопросу о желтухах у новорожденных детей, привитых против гепатита В /Устинова С.И., Таранушенко Т.Е., Тимошенко В.Н., Писарева Т.В. //Матер. V Рос. Форума «Охрана здоровья матери и ребенка». – М., 2003. – С. 287-288.
6. Шабалов, Н.П. Неонатология: Уч. пособие /Н.П. Шабалов. – М., 2004.
7. Харрисон, Т.Р. Внутренние болезни /Т.Р. Харрисон. – М., 2004. – С. 290-300.

КОСИК А.П., РЕНГЕ Л.В., МОЗГУНОВА С.Г.

МЛПУ Зональный перинатальный центр,

г. Новокузнецк

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Снижение материнской и детской заболеваемости и смертности в значительной степени зависит от структуры и организации работы акушерских учреждений, оснащения их современным оборудованием, медикаментами, и квалификации медицинских кадров.

В связи с организацией Зонального перинатального центра, концентрацией в акушерском стационаре беременных группы высокого риска по материнской и перинатальной смертности, актуальным явилось создание отделения анестезиологии и реанимации в родильном доме.

Экологическая и медико-социальная обстановка привели к прогрессивному снижению индекса здоровья у беременных, снижению компенсаторных возможностей женского организма и, как следствие, возникновению критических состояний при декомпенсации. Критические состояния диктуют необходимость работы анестезиолога-реаниматолога акушерского стационара в качестве лечащего врача.

Госпитализация на родоразрешение беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией увеличивает необходимость оперативного родоразрешения с анестезиологическим обеспечением до полной компенсации состояния в послеоперационном периоде.

Кроме того, в современных условиях, согласно медико-экономическим стандартам, проводится обезболивание родов, в том числе регионарная анестезия, требующая участия анестезиолога.

Отделение анестезиологии и реанимации открыто 1 апреля 2004 года, на 6 реанимационных коек.

Цель настоящей работы — провести сравнительный анализ деятельности анестезиологической службы, до и после организации отделения.

До открытия отделения работа врачей анестезиологов, в основном, ограничивалась анестезиологическим обеспечением операций и обезболиванием родов. Так, в 2003 году на 2213 родов пришлось 380 операций (17,1 %). Анестезиологическая активность, включая обезболивание родов, составляла 56,8 %. Госпитализация беременных с тяжелой акушерской и соматической патологией осуществлялась в палату интенсивной терапии родильного отделения, где анестезиологи оказывали консультативно-практическую помощь. В 2003 году было пролечено 435 человек (19 % от общего количества родов). Из них, 72 беремен-

ных (16,6 %), в том числе с тяжелой соматической патологией — 12 (сахарный диабет — 2; гипертоническая болезнь — 6; врожденные пороки сердца — 2; заболевания центральной нервной системы — 2) и 60 беременных (83,4 %) с гестозами средней, тяжелой степени. 363 родильницы (83,4 %), из них 60 (16,5 %) с осложненным течением родов (гипертензия, материнский травматизм, кровопотеря) и 303 (83,5 %) в послеоперационном периоде.

С открытием отделения появилась возможность госпитализации беременных из группы высокого риска по материнской смертности. Четко отлаженная работа по протоколу при различных нозологиях, постоянный мониторинг витальных функций беременной, своевременная коррекция гомеостаза в urgentных ситуациях позволили сохранить хорошие показатели качества работы родильного дома.

Так, за 2005 год родоразрешено 2212 женщин (на уровне 2003 года), при этом в отделении анестезиологии и реанимации пролечено 588 больных, на 153 женщины больше, чем в 2003 году. Из них 121 беременная (20,6 %) в том числе — 6 беременных с сахарным диабетом; 16 беременных с гипертонической болезнью; с врожденным пороком сердца — 4; болезни почек — 11; заболевания центральной нервной системы — 5; дифференциальная диагностика между гипертонической болезнью и гестозом — 49 (79,4 %); 467 родильниц, из них, 18 с осложненным течением родов и 449 родильниц (96,1 %) в послеоперационном периоде.

Оперативным путем родоразрешены 484 беременных (21,9 %), на 4,8 % больше уровня 2003 года. Анестезиологическая активность выросла с 56,8 % до 81,5 %.

Еще одно направление работы отделения — консультативная помощь врачам акушерских стационаров Юга Кузбасса. В 2005 году осуществлено 12 выездов в составе акушеро-анестезиологической бригады в различные лечебные учреждения области.

Основными поводами для вызовов бригады были массивная кровопотеря, тяжелые формы гестоза, коррекция гомеостаза в послеоперационном периоде.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ, подтверждает актуальность работы отделения анестезиологии и реанимации в родильном доме.

КОХ Л.И., ДЕВЯКОВИЧ Н.Н.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ЧАСТОТА ВЕРОЯТНЫХ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Особенности физиологии и патологии сократительной деятельности матки в родах до настоящего времени до конца не изучены. Несмотря на широкое внедрение профилактических и лечебных мероприятий, разработанных на основе изученных патогенетических механизмов нарушений сократительной активности миометрия, аномалии родовой деятельности не имеют тенденции к снижению: 8,1 % — в 1950-е гг., 9,2-10,2 % — в 1970-1979 гг., 7,9-10,3 % — в 1980-1989 гг., 8,9-15 % — в 1990-1999 гг. [1, 6]. Незначительное увеличение частоты нарушений сократительной деятельности матки можно объяснить использованием дорогостоящей аппаратуры и разным подходом акушеров при оценке отдельных фаз прелиминарного и первого периодов родов.

Изучение этой проблемы, а также поиск путей профилактики и лечения аномалий родовой деятельности, являются необходимой предпосылкой к уменьшению количества патологических родов, оперативных вмешательств, гипо- и атонических кровотечений, и снижению перинатальной и материнской смертности. В связи с этим, фундаментальное изучение физиологии и патологии сократительной деятельности матки женщин представляет большой практический интерес.

В ходе многолетних исследований показано, что сократительная деятельность матки — это сложный многозвеньевой процесс, который осуществляется за счет местных, гуморальных, рефлекторных и механических механизмов. В наше время ряд клиницистов и физиологов подчеркивают ту мысль, что среди гладкомышечных органов матка занимает исключительное место вследствие особой функции, отличий в строении и реагировании на различные факторы среды. Так, в ходе исследований природы мышечного сокращения существенные успехи были достигнуты в решении центральных проблем биологической подвижности:

- выявлении ультраструктуры сократительного аппарата;
- изучении физико-химических свойств и механизмов взаимодействия основных сократительных белков — актина и миозина;
- поиске путей превращения химической энергии аденозинтрифосфорной кислоты в механическую;
- в сравнительном анализе морфофункциональных свойств сократительных систем гладкомышечных клеток [1, 3, 9].

Однако предлагаемые решения этих проблем не объясняют механизма запуска родовой дея-

тельности и различных нарушений сократительной деятельности матки в родах. Последние объясняются такими факторами, как экстрагенитальная, генитальная патология, ятрогенные заболевания, биологические и конституциональные особенности, профессиональные вредности, вредные привычки и др. [3].

Вопросам регуляции сократительной деятельности миометрия посвящены исследования многих авторов. Часть исследователей являлись сторонниками таких понятий, как «тонусный и фазный двойной принцип сокращения матки» [6, 7], «контракция-ретракция-дистракция» и «тройной нисходящий градиент» маточной активности в родах [3, 10]. В 1970-1980 гг. основное внимание в изучении патогенетических механизмов нарушений сократительной деятельности матки уделялось изучению биомеханических процессов, протекающих в ее тканях, энергетическим свойствам работающей в родах матки [1, 9]. В последние десятилетия ряд авторов придерживаются мнения, что ведущая причина в возникновении аномалий маточных сокращений заключена в особенностях строения самого исполнительного органа и кровообращения в нем [4, 5, 8].

Вместе с тем, до настоящего времени нет единой точки зрения на строение миометрия. В большинстве руководств в миометрии выделяют три слоя: наружный и внутренний, представленные продольно ориентированными мышечными волокнами, и срединный, представленный циркулярно расположенными мышечными волокнами [9].

Морфологическими исследованиями Кох Л.И. показано, что миометрий состоит из четырех слоев: подсерозного, надсосудистого, сосудистого и внутреннего. При этом, наибольшую важность в сократительной деятельности матки имеют два слоя. Первый — надсосудистый (парамиметрий), составляющий 1/3 толщины стенки матки. Он характеризуется наличием в нем срединной продольной мышечной полосы (СПМП), вариабельностью строения. Важной особенностью надсосудистого слоя миометрия является его непосредственное продолжение в связочный аппарат матки, наружными точками фиксации которого являются различные отделы костного малого таза. Второй слой — сосудистый (архимиметрий), является плодместилищем, богат сосудистой сетью, тесно связан с надсосудистым слоем [5].

В процессе работы Кох Л.И. было доказано, что особенность строения надсосудистого слоя миометрия непосредственно отражается на харак-

тере сократительной деятельности матки. Так, при наличии СПМП и ее хорошей выраженности родовая деятельность имеет нормальный или бурный характер, а при проведении медицинского аборта — кровопотеря минимальна; при ее отсутствии — выражена слабость родовой деятельности, которая может являться показанием к проведению кесарева сечения, повышается кровопотеря, в том числе и при проведении медицинского аборта [2, 4]. Авторами установлено, что в ранние сроки беременности срединная продольная мышечная полоса — это ни что иное, как вероятный признак беременности (Гентера). Последний может определяться по передней, задней поверхности матки или не выявляться совсем. Следовательно, уже в ранние сроки беременности по наличию признака Гентера и степени его выраженности можно прогнозировать характер родовой деятельности [2, 4]. В связи с этим, представляет интерес изучение частоты признака Гентера, что и явилось **целью настоящего исследования**.

За период 2004-2005 гг. нами обследованы 68 женщин в возрасте 15-43 лет, вставших на диспансерный учет в женскую консультацию родильного дома № 2 в ранние сроки беременности. Вероятные признаки беременности определялись при осмотре шейки матки в зеркалах, бимануальном исследовании и ультразвуковом сканировании с использованием вагинального и конвексительного датчиков. Определяли следующие признаки: размягчение всей матки, разрыхление и цианоз преддверия влагалища и шейки матки (признак Скробанского), увеличение и изменения матки (асимметрия — признак Пискачека, размягчение перешейка матки — признак Горвица-Гегара, повышенная сократимость матки — признак Снегирева), наличие СПМП (признак Гентера) [2, 7].

Наиболее часто встречались размягчение матки — 63 женщины (92,7 %), признак Пискачека — 14 (20,6 %), Горвица-Гегара — 11 (16,2 %), Снегирева — 31 (45,6 %), Гентера — 37 (54,4 %), Скробанского — 52 (76,5 %) (в том числе по степеням выраженности: 1 — 19,1 %, 2 — 14,7 %, 3 — 26,5 %).

Локализация признака Гентера по передней стенке матки встречалась в 35,3 %, по задней стенке — в 23,5 %, в том числе в сочетании с локализацией в дне матки — в 19,1 %. По данным литературы, признак Гентера встречается в 25-95 % случаев (без учета локализации по стенкам матки); Горвица-Гегара — в 21-76,4 %; Пискачека — в 23,6-91,2 % [2, 6, 9]. Сочетание признака Гентера с признаком Снегирева отмечено нами в 100 % случаев, при его отсутствии не был выражен и признак Снегирева. Сочетание признака Гентера с признаком Пискачека выявлено у 9 беременных (13,2 %).

Анализ течения первого триместра беременности в зависимости от вероятных признаков показал, что в 100 % случаев при наличии признака Гентера при бимануальном исследовании выявлялся повышенный тонус матки, при проведении УЗИ — локальное утолщение стенки матки, чаще (56,8 %) по задней стенке, что расценивалось нами как угроза прерывания беременности. Госпитализация и сохраняющая терапия способствовали пролонгации беременности. В случаях, когда беременность протекала на фоне угрозы прерывания любой степени выраженности, в 35,1 % случаев СПМП выявлялась по задней стенке и в дне тела матки, высота ее при этом составляла 1,1-1,5 см, ширина — $2,1 \pm 0,5$ см, длина — $2,6 \pm 0,5$ см.

Исход течения беременности и родоразрешения прослежен нами у 21 беременной. У женщин с наличием признака Гентера (85,8 %) родовая деятельность была хорошей, роды завершены через естественные родовые пути без осложнений. В 3-х случаях (14,2 %) при отсутствии СПМП отмечена упорная слабость родовой деятельности, по поводу чего роды завершены оперативно. Во время кесарева сечения визуальное срединная продольная мышечная полоса также не выявлялась, матка гипотонична, кровопотеря составила 950 ± 50 мл.

Учитывая малое количество наблюдений, нами сделано предварительное заключение, что наличие вероятного признака Гентера, выявляемое в ранние сроки, можно использовать для прогнозирования течения беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамченко, В.В. Активное ведение родов /Абрамченко В.В. — СПб., 2003.
2. Биссе, Т.В. Прогнозирование родовой деятельности в зависимости от структурных особенностей матки /Биссе Т.В., Кох Л.И. //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Матер. науч. конф. — Екатеринбург, 1997.
3. Караш, Ю.М. Диагностика сократительной матки в родах /Караш Ю.М. — М., 1982.
4. Кох, Л.И. Анатомо-физиологические особенности строения миометрия женщин /Кох Л.И., Сакс Ф.Ф. //Акуш. и гинек. — 1983. — № 2.
5. Кох, Л.И. Функциональная хирургия матки при лейомиоме /Л.И. Кох: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Томск, 1989.
6. Михайленко, Е.Т. Биомеханизм родового акта и его регуляция /Михайленко Е.Т., Курский М.Д., Чуб В.В. — Киев, 1980.
7. Персианинов, Л.С. Физиология и патология сократительной деятельности матки /Персианинов Л.С., Железнов Б.И., Бого-явленская Н.В. — М., 1975.
8. Савицкий, Г.А. Биомеханика раскрытия шейки матки в родах /Савицкий Г.А. — СПб., 1999.
9. Сидорова, И.С. Физиология и патология родовой деятельности /Сидорова И.С. — М., 2000.
10. Mosler, K. The dynamics of uterine muscle /Mosler K. — New York, 1968.

КСЕНДЗОВ Л.И.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ

Сложилось мнение, что интенсивное лечение при проведении сохраняющей терапии угрожающего выкидыша у беременных женщин позволяет сохранить большое количество детей с врожденными уродствами, а в случае минимальной терапии — увеличивается количество ослабленных плодов и перинатальная смертность. Наиболее остро этот вопрос возникает при первой беременности.

Отметим, что данное мнение недостаточно подкреплено соответствующими исследованиями. По мнению Ч. Кодингтона-третьего (1999), угрожающий аборт не требует госпитализации, не влияет на риск перинатальной гибели плода и незначительно повышает риск пороков развития. Больную следует успокоить и объяснить ей, что кровотечение в ранние сроки беременности бывает часто и (если беременность удастся сохранить) не влияет на здоровье ребенка [1]. Сидельникова В.М. (2000) также рекомендует при угрозе прерывания в ранние сроки не только физический и сексуальный покой, психотерапию, но и спазмолитическую, а также патогенетически обоснованную гормональную терапию [3]. Отечественными авторами предлагаются и более интенсивные методы лечения [2].

Целью нашего исследования было изучение течения беременности и исход родов у первобеременных с угрозой прерывания при интенсивной терапии.

МЕТОДИКА

Проведено 130 первобеременных женщин с угрозой самопроизвольного выкидыша. В том числе, начиная с первого триместра — 41 женщина (первая подгруппа), в период с 13 до 22 недель физиологической аменореи — 89 женщин (вторая подгруппа), наблюдавшихся на специализированном приеме по невынашиванию беременности.

Лечение первобеременных было комплексным. Все наблюдавшиеся получили длительную (до 37 недель) микроиглотерапию серебряными микроиглами. Но-шпа была применена у 4,6 % беременных, туринал — у 35,4 %, прогестерон — у 31,5 %, сернокислая магнезия — у 3,1 %, токолитики — у 23,8 % женщин. Выявленная в течение беременности истмико-цервикальная недостаточность компенсировалась влагалищными пессариями в виде колец Майера, изготавливаемых по размерам влагалища и шейки матки. С целью лечения внутриутробной гипоксии плода получали си-

гетин 4,6 % беременных, кокарбоксилазу — 2,3 %, курантил — 9,2 %, кислородные коктейли — 10 % женщин. Лечение проводилось в большинстве случаев амбулаторно. В госпитализации нуждались 23,8 % беременных. В среднем, повторяемость госпитализации была 1,05 раз, при максимальной частоте 2 раза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст наблюдаемых составил, в среднем, 29 лет. Существенной разницы между возрастом мужа и жены не наблюдалось. Брак был зарегистрирован у 93,8 % женщин, длительность семейной жизни была, в среднем, 6,5 лет, семьи были достаточно обеспеченными и имели хорошие жилищные условия. Беременность была желанной у всех наблюдавшихся. Работали 97,2 % женщин, большей частью служащими (42,2 %), меньшая часть занималась физическим трудом (38,9 %). Около половины всех женщин до наступления настоящей беременности и во время нее не имели на рабочем месте существенных производственных вредностей.

Среди наблюдавшихся эпидемиологических факторов невынашивания преобладали: повышенные психические, физические нагрузки и значительное химическое воздействие на организм. Более трети наблюдавшихся имели соматические заболевания. Наиболее часто встречались болезни печени, желудка, почек; реже — гипертоническая болезнь и заболевания щитовидной железы.

Длительность менструального цикла была, в среднем, 28 дней. У 3,1 % женщин месячные были нерегулярными. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у одной трети группы. Чаще всего наблюдалось первичное бесплодие, кисты яичников, аднексит, псевдоэрозии шейки матки. У 3,8 % женщин в анамнезе были операции по поводу склерокистозных яичников и кист. Уровень респираторных заболеваний во время беременности не превышал 3 %. Состояние влагалищной флоры не имело существенных патологических изменений.

Течение настоящей беременности осложнилось гипоксией внутриутробного плода у 14,6 % наблюдавшихся женщин, легкой степенью ОПГ-гестоза — у 6,9 %. У 3,8 % беременных была выявлена истмико-цервикальная недостаточность, у 4,6 % низкое прикрепление плаценты. Классические симптомы прерывания беременности наблюдались у 36,9 % беременных. В том числе, боли

внизу живота — у 32,3 %, тонус матки — у 3 %, имели кровянистые выделения 1,5 % женщин. 56,2 % беременных женщин диагноз угрозы прерывания был поставлен при плановом гистерографическом исследовании, у 6,9 % женщин повышенная сократительная активность матки наблюдалась при контрольной эхоскопии. Повторяемость повышения активности матки по данным гистерографии была 1,33 раза, при максимальной частоте 3 раза.

В первой подгруппе (п. 1) родились живыми, доношенными 95,2 % новорожденных. В двух случаях (в 8 и 11 недель) произошли выкидыши. Во второй подгруппе (п. 2) живыми и доношенными были 94,4 % детей. Два доношенных плода были потеряны за счет родового травматизма, два — рождены преждевременно. Один из них погиб антенатально, другой после родов, вследствие слишком малого веса. В одном случае наблюдался поздний выкидыш мертвым плодом, имевшим уродство, несовместимое с жизнью.

В первой подгруппе преобладали девочки (56 %), во второй — мальчики (53,6 %). Средний вес плода в первой подгруппе (с учетом выкидышей) — 3248,8 г, средний рост — 48,4 см; во второй подгруппе, соответственно, 3597,8 г и 50,5 см. Родовозбуждение проводилось у 4,8 % (п. 1) и 2,2 % (п. 2), роды были осложнены слабостью родовых сил в 12,2 % (п. 1) и 4,5 % (п. 2); асфиксией в 9,8 % (п. 1) и 5,6 % (п. 2). Родовой трав-

матизм наблюдался у 4,8 % (п. 1) и 7,9 % (п. 2) новорожденных. Роды закончились кесаревым сечением у 17,1 % (п. 1) и 19,1 % (п. 2) роженниц, пороки развития, совместимые с жизнью, выявлены у 7,1 % и 5,6 % новорожденных, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом по группе, при небольшом уровне выкидышей и преждевременных родов, наблюдается высокая перинатальная потеря детей (3,1 % случаев), не связанная с пороками развития, и повышенная частота оперативного родоразрешения (18,5 %). Уродство, не совместимое с жизнью, встретилось в 0,8 % случаев, пороки развития совместимые с жизнью — в 6,2 % случаев. Таким образом, первобеременные женщины с признаками угрозы самопроизвольного выкидыша составляют группу высокого риска и требуют к себе повышенного внимания при контрольных эхоскопиях в течение беременности и, особенно, в родах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Акушерство: Справочник калифорнийского университета /Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. — М., 1999. — 704 с.
2. Основы перинатологии: Учебник. /Под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева. — М., 2002. — 576 с.
3. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности /В.М. Сидельникова. — М., 2000. — 304 с.

ЛИХАЧЕВА В.В., БАЖЕНОВА Л.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н.,
РЕНГЕ Л.В., ГУСЯТИНА Г.Н., ШИРОКОВА Т.А..

*МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Проблема эндокринной патологии, в частности гипотиреоз, у беременных женщин занимает важное место в акушерстве. Частота гипотиреоза достигает 16-20 % в зобно-эндемичных регионах, к каковым относится Кемеровская область. Снижение уровня тиреоидных гормонов, имеющих спектр влияния на физиологические функции и метаболические процессы в организме, приводит к увеличению числа осложнений беременности и родов, ухудшению перинатальных исходов.

Для оценки состояния плода на современном этапе получила широкое распространение доплерометрия, позволяющая своевременно выявить нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения. Гемодинамические процессы в единой функциональной системе «мать-плацента-плод» являются одним из ведущих факторов, обеспечивающих нормальное течение беременности, рост и развитие плода.

Цель исследования — изучение особенностей показателей доплерометрии у беременных с гипотиреозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для осуществления поставленной цели проведено доплерометрическое исследование маточно-плодово-плацентарного комплекса у 42 практически здоровых беременных (I группа) и у 54 пациенток с гипотиреозом (II группа) в сроки беременности 30-32 недели.

Возраст пациенток был от 18 до 43 лет. Беременные были сопоставимы по возрасту, социальному положению, уровню образования, материально-бытовым условиям.

Допплерометрическое исследование системы «мать-плацента-плод» проводилось ультразвуковым аппаратом «Schymadzu», работающим в реальном масштабе времени с использованием линейного механического датчика 3,5 МГц.

Для уточнения характера гемодинамических изменений использовалась классификация нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока (Медведев М.В., Юдина Е.В., 1999):

1 степень: А — нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохранном плодово-плацентарном кровотоке, Б — нарушение плодово-пла-

центарного кровотока при сохранном маточно-плацентарном кровотоке;

2 степень: одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических значений (сохранен конечно-диастолический кровоток);

3 степень: критические нарушения плодово-плацентарного кровотока (отсутствие или реверсный диастолический кровоток) при сохранном либо нарушенном маточно-плацентарном кровотоке.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гемодинамические нарушения маточно-фето-плацентарного русла выявлены у 14,3 % и 42,6 % пациенток I и II групп. Структура гемодинамических нарушений в зависимости от степени тяжести у обследованных женщин представлена в таблице 1.

Таблица 1
Структура гемодинамических нарушений
у обследованных беременных в 30-32 недели
в зависимости от степени тяжести

Степень тяжести ГДН	I группа (n = 42)		II группа (n = 54)	
	абс.	%	абс.	%
1А	2	4,8	10	18,5*
1Б	4	9,5	9	16,7*
2	-	-	3	5,6
3	-	-	1	1,9
Итого:	6	14,3	23	42,6*

Примечание: * - достоверность различий при $p < 0,05$

При анализе таблицы 1 видно преобладание гемодинамических нарушений во II группе, по сравнению с I-й, за счет большей частоты и наличия средней и тяжелой степени их в данной группе пациенток.

Средние показатели систоло-диастолического отношения (СДО) в артерии пуповины и маточных артериях в сроке беременности 30-32 недели у пациенток групп сравнения с выявленными гемодинамическими нарушениями (ГДН) представлены в таблице 2.

При анализе данных таблицы 2 отмечаются достоверно большие значения СДО во II группе, по сравнению со I-й, что свидетельствует о более



Таблица 2

**Средние показатели СДО в сроке беременности
30–32 недели у пациенток с гемодинамическими
нарушениями в маточно-фетоплацентарном русле**

Исследуемый сосуд	I группа (n = 6, 14,3 %)	II группа (n = 23, 42,6 %)
Артерия пуповины	$3,36 \pm 0,06$	$3,87 \pm 0,09^*$
Маточная артерия справа	$2,23 \pm 0,04$	$2,71 \pm 0,05^*$
Маточная артерия слева	$2,27 \pm 0,06$	$2,73 \pm 0,06^*$

Примечание: * - достоверность различий при $p < 0,05$

выраженных нарушениях гемодинамики у данной группы пациенток.

За норму СДО в данные сроки беременности приняты данные М.В. Медведева (1996): артерия пуповины — $2,88 \pm 0,06$; маточные артерии — $1,73 \pm 0,02$.

Таким образом, у пациенток с гипотиреозом частота и степень выраженности гемодинамических нарушений в системе «мать-плацента-плод» были достоверно выше, чем у практически здоровых беременных.

ПОЛУКАРОВ А.Н., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.,
КОРЕНЬ О.Л., КОРОЛЕВА Т.А., КОТОВА Л.Ю.,
ЛИНДИНА Л.И., НЕЩЕРЕТ Н.А., СОРОКИНА И.В.

*МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

МОНИТОРИНГ ЧАСТОТЫ СИНДРОМА ДАУНА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ (1990-2004 ГГ.)

Трисомия по 21 хромосоме — самая распространенная хромосомная аберрация в популяциях человека. Синдром Дауна является фенотипическим проявлением этой аномалии. Причиной заболевания почти всегда (более 98 % случаев) является новая мутация [6, 14].

Доказанным является факт увеличения частоты рождения детей с трисомией у родителей старших возрастных групп [15]. Следовательно, в популяциях с большим удельным весом возрастных рожениц, появление на свет ребенка с синдромом Дауна является более частым событием. Вероятно, существенное значение может иметь полнота учета. В странах, где проводится исследование кариотипа абортусов, регистрируемая частота аберрации будет существенно выше. Влияние на частоту трисомии по 21 хромосоме агрессивных факторов внешней среды является недоказанным. Характерный фенотип и высокая частота делает синдром Дауна удобным объектом для мониторинга.

В начале исследования мы исходили из возможности использования показателя частоты синдрома Дауна в качестве индикатора гаметического мутагенного действия агрессивных факторов внешней среды. Тем более что г. Новокузнецк относится к территориям с крайне неблагоприятной экологической обстановкой, вызванной техногенными причинами.

Ранее нами уже проводились исследования популяционных характеристик синдрома Дауна за периоды 1992-1994 гг. [7] и 1990-1999 гг. [5]. В настоящей публикации используются более полные и уточненные данные за весь период функционирования медико-генетической службы г. Новокузнецка.

Результаты 15-летнего мониторинга частоты синдрома Дауна в г. Новокузнецке представлены в таблице 1.

Кроме того, проведен сравнительный анализ частоты синдрома Дауна у детей, рожденных матерями

разных возрастных групп, результаты которого представлены в таблице 2.

Помимо ожидаемого увеличения частоты заболевания в старших возрастных группах, зарегистрировано некоторое увеличение частоты синдрома Дауна у потомства женщин в возрасте 21-25 лет. Но в данном исследовании эта тенденция менее выражена, чем в предыдущих менее длительных наблюдениях [5, 7].

Ранее нами выдвигалась гипотеза, объясняющая увеличение частоты синдрома Дауна у по-

Таблица 1
Частота синдрома Дауна в г. Новокузнецке

Годы	Всего новорожденных	Число детей с синдромом Дауна	Частота на 100 тыс. новорожденных	Частота, 1 : X
1990	8231	4	48,6	1 : 2058
1991	7460	5	67,02	1 : 1492
1992	6311	4	63,38	1 : 1578
1993	5639	10	177,34	1 : 564
1994	5742	9	156,74	1 : 638
1995	5049	3	59,42	1 : 1683
1996	4854	7	144,21	1 : 693
1997	4843	5	103,24	1 : 969
1998	5403	7	129,56	1 : 772
1999	5095	10	196,27	1 : 509
2000	5422	7	129,1	1 : 775
2001	5906	5	84,66	1 : 1181
2002	5189	5	96,36	1 : 1038
2003	5378	9	167,35	1 : 598
2004	5921	5	84,44	1 : 1184

Таблица 2
Частота синдрома Дауна у детей, рожденных матерями разных возрастных групп в г. Новокузнецке.

Возраст матери	Процентное соотношение рожениц	Всего новорожденных	Число детей с синдромом Дауна	Частота на 100 тыс. новорожденных	Частота, 1 : X
16-20	27	23340	10	42,84	1 : 2334
21-25	36,5	31552	29	91,91	1 : 1088
26-30	20,5	17720	13	73,36	1 : 1363
31-35	11,5	9941	15	150,9	1 : 663
36-40	4	3458	20	578,37	1 : 173
41-44	0,5	432	8	1851,35	1 : 54
Итого:	100	86443	95		

томства женщин в возрасте 21-25 лет тем, что именно в этот благоприятный для репродукции период существуют оптимальные условия для вынашивания даже пораженного плода, степень пренатальных потерь относительно низка. Проверка этой гипотезы станет возможной только при полном учете аберрантных абортусов. Кроме того, было бы полезным исследование удельного веса пренатальных потерь в зависимости от возраста матери.

Другое возможное объяснение бимодальности распределения — смещение зависимой и независимой от возраста групп. В литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что вероятность нерасхождения хромосом в мейозе увеличивается при патологии щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит), причем подобная связь обнаружена только в молодой возрастной группе [10]. Для выяснения истины требуются серьезные мультидисциплинарные исследования. В целом результаты 15-летнего мониторинга частоты синдрома Дауна сопоставимы с исследованиями в других географически и этнически удаленных популяциях.

Анализируя популяционные данные и результаты многолетних дискуссий о воздействии факторов внешней среды на геном, наиболее существенным представляется факт, что до рождения доживают не более 6 % всех плодов с индуцированными хромосомными aberrациями [11, 12, 16]. Это делает использование синдрома Дауна в качестве «сторожевого» фенотипа крайне сложной задачей [8]. При долговременной оценке динамики частоты синдрома Дауна выявленные флуктуации показателя представляются по большей мере случайными.

ЛИТЕРАТУРА:

- Амелина, С.С. Мониторинг ВПР в Ростовской области /Амелина С.С. //Мед. генет. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 147.
- Быкова, А.В. Медико-генетическое консультирование семей с синдромом Дауна в Архангельской области /Быкова А.В., Тугарова А.Л., Лапина Л.П. //Мед. генет. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 163.
- Гинзбург, Б.Г. Динамика частоты синдрома Дауна в разных регионах /Гинзбург Б.Г. //Рос. вестн. перинат. и педиат. — 2000. — № 3. — С. 58.
- Медико-генетический мониторинг врожденных пороков развития у детей в Томской области /Крикунова Н.И., Назаренко Л.П., Пузырев В.П., Тихомирова Е.В. //Рос. вестн. перинат. и педиат. — 1998. — № 2. — С. 29-33.
- Корень, О.Л. Распространенность и клинический полиморфизм наследственных заболеваний с поражением нервной системы в г. Новокузнецке /О.Л. Корень: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новокузнецк, 2003. — 22 с.
- Лазюк, Г.И. Хромосомные болезни /Лазюк Г.И., Лурье И.В. //Тератология человека. — М., 1979. — С. 263-336.
- Линдина, Л.И. Мониторинг нарушений репродуктивных функций у женщин в крупном промышленном городе /Л.И. Линдина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новокузнецк, 1998. — 18 с.
- Пузырев, В.П. Генетико-демографические события и экологическое напряжение в народонаселении Сибири /Пузырев В.П. //Сиб. эколог. журн. — 1994. — № 2. — С. 101-102.
- Анализ мониторинга синдрома Дауна в Самарской области /Старых Л.М., Ненашева С.А., Белоусова С.Е., Назарова Е.Н. //Мед. генет. — 2005. — Т. 4, № 6. — С. 271.
- Фогель, Ф. Генетика человека /Фогель Ф., Мотульски А. — М., 1990. — 378 с.
- Anonymous. Ionizing radiation: Sources and biological effects, United Nations Scientific Committee on the effects of Atomic Radiation, United Nations. — New York, 1982.
- Basler, K. Elimination of spontaneous and chemically induced chromosome aberrations in mice during early embryogenesis /Basler K., Buselmaier D., Ronborn G. //Hum. Genet. — 1976. — V. 33. — P. 121-130.
- Гнатейко, О.З. Дослідження динаміки частоти уроджених вад розвитку в районах Рівненської області, уражених наслідком Чорнобильської катастрофи /Гнатейко О.З., Федоришин З.М., Кіцера Н.І. //Україн. Радіол. Журн. — 2002. — № 10. — С. 145-147.
- Hassold, T.J. Trisomy in man /Hassold T.J., Jacobs P.A. //Ann. Rev. Genet. — 1984. — V. 44. — P. 29-36.
- Hook, E.B. Temporal increase in the rate of Down syndrome livebirths to older mothers in New York State /Hook E.B., Cross P.K. //J. Med. Genet. — 1981. — V. 18. — P. 29-30.
- Reichert, W. Elimination of X-ray-induced chromosomal aberration in the progeny of female mice /Reichert W., Buselmaier W., Vogel F. //Mutation Res. — 1984. — V. 139. — P. 87-94.
- <http://www.genetics.ru/services/astrakhan.htm>.

ПОРОДНОВА О.Ю., ПОЛЯКОВА В.А.,
КОЛПАКОВ В.В., УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В.
*Тюменская государственная медицинская академия,
г. Тюмень*
*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА В ИСХОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Исследование процессов нейро-вегетативной регуляции в системе мать-плод представляет одну из важных проблем в акушерстве и перинатологии. В литературе имеются лишь единичные работы, посвященные ранней диагностике нарушений регуляции на основе исследования сердечного ритма матери и плода. Отсутствуют работы, посвященные возможностям прогнозирования течения беременности и родов на основе кардиоинтервалографии (КИГ) матери и плода.

Целью исследования явилось изучение прогностической ценности особенностей нейро-вегетативной регуляции сердечного ритма матери и плода в исходе беременности и родов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено исследование 103 женщин в сроке гестации 28-41 неделя. Основную группу составили 51 беременная и 51 плод с клинически неосложненным течением беременности. Группу сравнения составили 52 женщины и 52 плода, у которых во время беременности диагностирована фетоплацентарная недостаточность (ФПН) различной степени тяжести. Регуляция кардиоритма изучена у 30 новорожденных основной группы и 30 новорожденных группы сравнения.

Диагноз ФПН установлен с использованием ультразвуковой фетометрии и плацентометрии, доплерографического исследования кровотока в маточных артериях и артериях пуповины, кардиоотокографии.

Исследование кардиоинтервалографии у матери проводилось по методике Баевского Р.М. [1] и Флейшмана А.Н. [2]. Для записи кардиоритма использовался пакет программ «Spectr» [3].

Кардиоинтервалография плода осуществлялась по методике Ушаковой Г.А., Рец Ю.В., Цирельникова Н.И. (результат экспертизы по существу — Москва № 2003121720/14 от 21.01.2004).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявлены следующие формы нейро-вегетативной регуляции: у матери — нормоадаптивная, гипердаптивная, гиподаптивная, феномен «энергетической складки», феномен «функциональной

ригидности»; у плода — нормоадаптивная, гипердаптивная, гиподаптивная.

К акушерским осложнениям отнесены гестоз, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, запоздалые роды, аномалии родовой деятельности, кесарево сечение; к перинатальным осложнениям — асфиксия новорожденного, задержка внутриутробного развития плода, поражение центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза, период дизадаптации, состояние здоровья на момент выписки из стационара.

При клинически неосложненном течении беременности структура адаптационных процессов представлена следующим образом: нормоадаптивное — 82,4 %, гипердаптивное — 9,8 %, гиподаптивное — 5,9 %. При ФПН диагностированы: нормоадаптивное состояние — 46,1 %, гипердаптивное — 25,1 %, гиподаптивное — 11,5 %, феномен «функциональной ригидности» — 5,8 %, феномен «энергетической складки» — 11,5 %.

Тяжелые акушерские и перинатальные осложнения имели место только при ФПН. Выявлена следующая связь их формы и частоты с особенностями нейро-вегетативной регуляции кардиоритма.

Частота гестоза (нефропатия различной степени тяжести и преэклампсия) составила 21,1 на 100 женщин, преобладание гестоза тяжелой формы имело место при феномене «функциональной ригидности», феномене «энергетической складки» и гипердаптивном состоянии.

Угроза прерывания беременности диагностирована у 44 женщин (84,6 %) и имела место при гипердаптивном состоянии и феномене «функциональной ригидности». Преждевременные роды произошли у 5 беременных (9,6 %). Частота аномалий родовой деятельности составила 25,1 на 100 женщин. Преобладание аномалий родовой деятельности имело место при гиподаптивном состоянии и феномене «энергетической складки». Обращало на себя внимание, что в структуре аномалий родовой деятельности преобладала слабость родовой деятельности и быстрые или стремительные роды.

Операцией кесарева сечения родоразрешены 6 женщин (11,5 %). Кесарево сечение имело мес-

то при гипoadаптивном состоянии и феномене «энергетической складки». В структуре показаний к оперативному родоразрешению преобладали декомпенсация сердечной деятельности плода, утяжеление гестоза на фоне проводимой терапии и недоношенного срока беременности.

Нарушения регуляторных процессов у матери в течение раннего неонатального периода проявилось снижением оценки новорожденного по шкале Апгар. Высокая частота асфиксии отмечена при гипoadаптивном состоянии, феномене «энергетической складки» и «функциональной ригидности» у матери. Это свидетельствует о том, что любое нарушение регуляторных процессов у матери влияет на нарушение адаптационных механизмов новорожденного в раннем неонатальном периоде.

Поражение ЦНС новорожденного гипоксически-ишемического генеза в раннем неонатальном периоде отмечено при всех формах нарушения адаптации организма матери. Обращает на себя внимание высокая частота при гипoadаптивном состоянии и феномене «функциональной ригидности».

Частота осложненного течения неонатального периода (дизадаптация) новорожденного составила 69,1 на 100 случаев при гипердаптации, 83,3 на 100 случаев при гипoadаптации и феномене «энергетической складки», 66,7 на 100 случаев при феномене «функциональной ригидности», 20,8 на 100 случаев при нормoadаптации у матери.

Высокая частота задержки внутриутробного развития плода отмечена при гипoadаптивном состоянии матери — 50,0 на 100 женщин, а также при феномене «функциональной ригидности» и «энергетической складки».

Основная часть практически здоровых новорожденных составила группу от матерей с нормoadаптивным состоянием (50,0 на 100 женщин), а также при гипердаптозе (30,7 на 100 женщин), что свидетельствовало о резерве компенсаторных механизмов обеспечения потребностей развивающегося плода.

Высокая частота асфиксии новорожденного отмечена при гипoadаптивном состоянии плода (25,0 на 100 случаев). Высокая частота поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза новорожденного отмечена при гипoadаптивном состоянии плода — 66,6 на 100 женщин.

Основная часть практически здоровых новорожденных составила группу с нормoadаптивным состоянием во внутриутробном периоде, а также при гипердаптозе, что свидетельствовало о наличии собственных компенсаторных механизмов плода.

Таким образом, исследование особенностей нейро-вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода имеет прогностическое значение для исхода беременности и родов, и может быть использовано для прогнозирования и ранней диагностики акушерских и перинатальных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма /Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. — М., 1984. — 226 с.
2. Флейшман, А.Н. Методические аспекты спектральной экспресс-диагностики гормонально-вегетативного состояния организма на основе компьютерного анализа кардиоинтервалов /А.Н. Флейшман. — Новосибирск, 1994. — 30 с.
3. Цирельников, Н.И. Медленные колебательные процессы в организме человека /Цирельников Н.И., Евсеев Д.А. //Сб. науч. тр. III Всерос. симп. — Новокузнецк, 2001.

ПОРОДНОВА О.Ю., ПОЛЯКОВА В.А.,
УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В., КОЛПАКОВ В.В.
Тюменская государственная медицинская академия,
г. Тюмень,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПЛАЦЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Материнско-плодовые взаимоотношения регуляции кардиоритма, осуществляющиеся, прежде всего, через плаценту, имеют такой уровень, который определяется ее морфофункциональным состоянием, степенью выраженности ее компенсаторно-приспособительных изменений.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей нейро-вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода, их взаимоотношений при различных морфологических компенсаторно-приспособительных реакциях плаценты.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 51 беременная женщина и 51 плод в сроке гестации 28-41 неделя с клинически неосложненным течением беременности. Нейро-вегетативная регуляция кардиоритма матери и новорожденного исследована методом кардиоинтервалографии (КИГ) по методике Баевского Р.М. [1] и Флейшмана А.Н. [2]. Для записи кардиоритма использовался пакет программ «Spectr» [3]. Исследования регуляции сердечного ритма плода, на основе кардиоинтервалографии, осуществлялись по методике Ушаковой Г.А., Рец Ю.В., Цирельникова Н.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При физиологической беременности в 32,6 % случаев морфологическая структура плаценты характеризовалась как зрелая ткань III триместра. В 67,3 % имели место компенсаторно-приспособительные реакции, преимущественно высокого уровня.

При физиологической беременности и высоком уровне компенсаторных реакций в плаценте в 82,3 % у матери, при регистрации исходного состояния, КИГ соответствовала условной норме. Баланс вегетативной регуляции находился в состоянии функционального равновесия. При проведении гипервентиляционной нагрузочной пробы в 86,3 % отмечалось увеличение СПМ волн кардиоритма, свидетельствующее о преобладании центрального контура регуляции. В период восстановления у данной категории женщин в 90,2 %

имел место высокий уровень компенсаторных возможностей организма.

На этом фоне КИГ плода в 82,3 % характеризовалась высокой стабилизирующей активностью центральной симпатической регуляции, обеспечивающей достаточный энергетический потенциал развивающегося организма, сбалансированное функциональное напряжение вегетативной регуляции и высокий уровень адаптационных возможностей.

Корреляция между показателями регуляции кардиоритма матери и плода (СМП волн кардиоритма) при физиологической беременности явилась статистически значимой и имела прямую, сильную корреляционную зависимость ($r = 0,78$; $p < 0,001$).

Анализ спектрограммы новорожденного показал, что при нормальной беременности, неосложненных родах, высоком уровне компенсации в плаценте и хорошем клиническом состоянии ребенка диапазон СМП кардиоритма лежит в пределах 30-50 у.е., при этом очень низкочастотный (VLF) компонент составил $39,7 \pm 9,44$ у.е., низкочастотный (LF) компонент — $1,8 \pm 0,8$ у.е., высокочастотный (HF) компонент — $0,83 \pm 0,69$ у.е., что свидетельствовало о достаточном энергетическом обеспечении и высоком уровне адаптационных возможностей организма.

У здоровых новорожденных первых дней жизни показана относительно высокая стабилизирующая активность симпатической регуляции. В 76,6 % отмечено некоторое снижение активности симпато-адреналовой системы, что соответствовало условной норме. Показатели спектрограммы новорожденного составили: мода (M_0) — $0,43 \pm 0,01$ с, амплитуда моды (AM_0) — 39,6 %, вариационный размах (ДВ) — $0,16 \pm 0,01$ у.е., индекс напряжения (ИН) — $257,46 \pm 21,09$ у.е. Это свидетельствовало о сбалансированной работе регуляторных механизмов гемодинамики.

В 23,3 % определялась выраженная активация симпато-адреналовой системы за счет сохранения состояния длительной гипоксии после рождения (аспирация околоплодной жидкости, натальная травма шейного отдела позвоночника). У этой категории новорожденных повышение ИН достигало



ло $1766 \pm 265,7$ у.е., $AM_0 - 53,3 \%$ на фоне сниженного ДВ $- 0,09 \pm 0,01$ у.е.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при физиологическом течении беременности и оптимальном уровне компенсаторно-приспособительных процессов в плаценте отмечалась прямая зависимость между показателями регуляции кардиоритма матери и плода. Показатели состояния регуляторных механизмов гемодинамики матери и плода находились в пределах условной нормы. Восстановительные процессы оценивались как удовлетворительные. Баланс регуляции сердечного ритма находился в функциональном равновесии, что определяло удовлетворительный уровень

адаптации в единой функциональной системе и в последующем благоприятно отражалось на ранней постнатальной адаптации новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма /Баевский Р.М. , Кириллов О.И., Клецкин С.З. – М., 1984. – 226 с.
2. Флейшман, А.Н. Методические аспекты спектральной экспресс-диагностики гормонально-вегетативного состояния организма на основе компьютерного анализа кардиоинтервалов /А.Н. Флейшман. – Новосибирск, 1994. – 30 с.
3. Цирельников, Н.И. Медленные колебательные процессы в организме человека /Цирельников Н.И., Евсеенко Д.А. //Сб. науч. тр. III Всерос. симп. – Новокузнецк, 2001.





РУДАЕВА Е.В., УШАКОВА Г.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Известно, что постоянный психоэмоциональный стресс, недостаточность питания, конституциональные особенности, частота встречаемости патологии эндокринной и нервной систем, иммунодефицитные и дисбиотические состояния приводят к увеличению числа женщин с дефицитом массы тела.

Недостаточная масса тела является фактором риска нарушения репродуктивной системы и увеличивает перинатальные осложнения и рождение детей с низкой массой [5, 6].

Массу тела матери ниже 10 % от идеальной выделяют как один из факторов риска, способствующий перинатальной заболеваемости и смертности [7].

Во время беременности в организме женщины происходит перестройка всех гомеостатических процессов, направленных на создание оптимальных условий для нормального развития плода. В связи с этим могут возникнуть значительные сдвиги в различных функциональных системах.

Изменения адаптивно-компенсаторных возможностей функциональных систем, по мнению ряда авторов, представляет собой единый процесс в патологии, значительная роль в котором отведена механизмам регуляции, включая нейрогуморальный.

Общепризнанным считается, что реакция сердечно-сосудистой системы на любые воздействия является показателем общей реакции организма. Существует концепция о системе кровообращения как индикаторе адаптационно-приспособительной деятельности организма. Поэтому нарушение регуляции процессов гемодинамики сопровождается изменением их взаимодействия с различными отделами вегетативной нервной системы.

Одним из показателей сердечно-сосудистой системы является кардиоритм. Ритм сердца человека представляет собой сложный колебательный процесс, динамическая структура которого несет информацию о состоянии важнейших регуляторных систем организма [4, 8].

В связи с этим, немаловажное значение приобретает необходимость надежного мониторинга функций организма, который бы сопровождался возможностью контроля регуляторной активности нервной системы. Подобной цели могут служить методы анализа вариабельности сердечного ритма.

Метод кардиоинтервалографии основан на анализе процессов вариабельности сердечного ритма

[1, 2, 3, 8]. Оценка состояния нейровегетативной регуляции кровообращения матери и плода, взаимоотношения между ними на основе КИГ позволяют понять механизмы физиологического развития беременности, условия благополучного исхода для матери и плода. Исследование реакции ССС матери и плода при физиологической и осложненной беременности является чрезвычайно перспективным в акушерстве, перинатологии, неонатологии.

В доступной литературе крайне мало работ, отражающих состояние механизмов адаптации при осложненном течении беременности, протекающей на фоне дефицита массы тела матери, отсутствуют данные об особенностях материнско-плодовых корреляций гемодинамики у беременных с дефицитом массы тела.

В связи с вышеизложенным, исследования вариабельности сердечного ритма у матери и плода при физиологической беременности и на фоне дефицита массы тела матери на основе параметров кардиоинтервалографии представляются современными и актуальными.

Целью настоящего исследования явилось изучение параметров вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода при беременности, протекающей на фоне дефицита массы тела матери, на основе кардиоинтервалографии матери и плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 30 беременных женщин с дефицитом массы тела и 30 плодов в сроке беременности 28-40 недель (основная группа). Контрольную группу составили 20 беременных женщин и 20 плодов в сроке беременности 28-40 недель, беременность которых протекала без клинических особенностей.

Диагноз дефицита массы тела устанавливался по оценке индекса массы тела (ИМТ) на основании расчета индекса Кетле (вес : рост² в метрах), где нормальный вес укладывается в параметры 19,9-27,9.

Для комплексной оценки вегетативной регуляции матери и плода использовалась биоритмологическая компьютерная программа «Pulsar», при помощи которой производилась непрерывная запись сердечного ритма у матери по методике Р.М. Баевского (1989) и А.Н. Флейшмана (1994). Определение внутриутробного состояния плода на основе кардиоинтервалографии проводилось

по методике Г.А. Ушаковой, Н.И. Цирельникова, Ю.В. Рец (приоритет № 023001, выдан Комитетом РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.03).

В исследованиях определяли основные математико-статистические и спектральные показатели кардиоинтервалографии у матери и плода, оценивалась активность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов [4]. Производился расчет показателей: диапазон вариации сердечного ритма (ДВ, с), амплитуда моды (АМо, %), мода (Мо, с), индекс напряжения (ИН, с). Одновременно исследовались спектральные показатели кардиоинтервалографии: очень низкочастотный (симпатический) контур — VLF, низкочастотный (барорецептивный) контур — LF, высокочастотный (парасимпатический) контур — HF.

Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6,0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании проведенной кардиоинтервалографии у беременных женщин и плодов при дефиците массы тела матери выявлены значительно отличающиеся от физиологической беременности параметры метаболической и нейровегетативной регуляции кардиоритма.

При дефиците массы тела матери математические показатели КИГ составили: среднее значение моды в исходном состоянии $0,75 \pm 0,11$ с, в первой функциональной пробе (ФП 1) $0,56 \pm 0,03$ с, при восстановлении $0,78 \pm 0,11$ с, во второй функциональной пробе (ФП 2) $0,58 \pm 0,04$ с, при восстановлении $0,59 \pm 0,03$ с; амплитуды моды в исходном состоянии $26,5 \pm 2,1$ %, в ФП1 $25,5 \pm 1,8$ %, при восстановлении $25,6 \pm 2,1$ %, в ФП2 $22,8 \pm 1,1$ %, при восстановлении $24,6 \pm 1,6$ %; вариационный размах в исходном состоянии $0,34 \pm 0,02$ с, в ФП1 $0,32 \pm 0,02$ с, при восстановлении $0,3 \pm 0,02$ с, в ФП2 $0,34 \pm 0,02$ с, при восстановлении $0,34 \pm 0,02$ с; индекс напряжения в исходном состоянии $65,24 \pm 5,7$ у.е., в ФП1 $67,83 \pm 6,05$ у.е., при восстановлении $71,6 \pm 5,39$ у.е., в ФП2 $65,5 \pm 9,9$ у.е., при восстановлении $66,36 \pm 4,9$ у.е.

Спектральные показатели составили: очень низкочастотный компонент (VLF) в исходном состоянии $211,5 \pm 38,39$ у.е., в ФП1 $170 \pm 37,8$ у.е., при восстановлении $149,26 \pm 21,56$ у.е., в ФП2 $275,43 \pm 58,5$ у.е., при восстановлении $201,45 \pm 50,7$ у.е.; низкочастотный компонент (LF) в исходном состоянии $14,4 \pm 1,67$ у.е., в ФП1 $14,28 \pm 2,5$ у.е., при восстановлении $14,36 \pm 1,3$ у.е., в ФП2 $21,7 \pm 2,8$ у.е., при восстановлении $15,9 \pm 2,3$ у.е.; высокочастотный компонент (HF) в исходном состоянии $15,68 \pm 4,59$ у.е., в ФП1 $10,32 \pm$

$2,08$ у.е., при восстановлении $11,21 \pm 1,46$ у.е., в ФП2 $10,3 \pm 1,52$ у.е., при восстановлении $11,55 \pm 2,1$ у.е.

На этом фоне показатели кардиоинтервалографии плода составили: Мо в исходном состоянии $0,87 \pm 0,24$ с, в ФП1 $0,56 \pm 0,03$ с, при восстановлении $0,78 \pm 0,11$ с, в ФП2 $0,58 \pm 0,04$ с, при восстановлении $0,84 \pm 0,7$ с; АМо в исходном состоянии $30,6 \pm 2,1$ %, в ФП1 $44,2 \pm 10,8$ %, при восстановлении $39,6 \pm 8,1$ %, в ФП2 $26,6 \pm 2,6$ %, при восстановлении $31,9 \pm 3,3$ %; ДВ в исходном состоянии $0,16 \pm 0,03$ с, в ФП1 $0,12 \pm 0,01$ с, при восстановлении $0,11 \pm 0,01$ с, в ФП2 $0,14 \pm 0,02$ с, при восстановлении $0,13 \pm 0,02$ с; ИН в исходном состоянии $404,9 \pm 84,08$ у.е., в ФП1 $613,08 \pm 144,4$ у.е., при восстановлении $674 \pm 126,11$ у.е., в ФП2 467 ± 116 у.е., при восстановлении $552 \pm 118,7$ у.е.

Спектральные показатели плода составили: VLF в исходном состоянии $78,4 \pm 28,93$ у.е., в ФП1 $33,8 \pm 10,8$ у.е., при восстановлении $26,32 \pm 6,5$ у.е., в ФП2 $67,04 \pm 28,76$ у.е., при восстановлении $28,9 \pm 8,7$ у.е.; LF в исходном состоянии $8,8 \pm 4,4$ у.е., в ФП1 $5,68 \pm 1,54$ у.е., при восстановлении $6 \pm 1,83$ у.е., в ФП2 $6,48 \pm 1,78$ у.е., при восстановлении $4,3 \pm 1,3$ у.е.; HF в исходном состоянии $2,0 \pm 0,77$ у.е., в ФП1 $1,12 \pm 0,34$ у.е., при восстановлении $1,12 \pm 0,29$ у.е., в ФП2 $1,63 \pm 0,44$ у.е., при восстановлении $2,0 \pm 0,7$ у.е.

При физиологической беременности у матери средние значения математических показателей кардиоинтервалографии составили: Мо $0,62 \pm 0,02$ с, АМо $26,5 \pm 3$ %, вариационный размах $0,28 \pm 0,02$ с, индекс напряжения $78,3 \pm 8,5$ у.е. Спектральные показатели: VLF 85 у.е., LF $17,7 \pm 2,2$ у.е., HF $8,5 \pm 1,2$ у.е.

На этом фоне математические показатели КИГ плода при физиологической беременности: Мо $0,41 \pm 0,01$ с, АМо $35,2 \pm 2,2$ %, ДВ $0,12 \pm 0,008$ с, ИН $315 \pm 37,06$ с. Спектральные показатели: VLF $13,31 \pm 3,3$ у.е., LF $3,57 \pm 0,42$ у.е., HF $2 \pm 0,38$ у.е.

ВЫВОДЫ:

В современных условиях увеличилось количество женщин с дефицитом массы тела. Установлено отрицательное влияние дефицита массы тела у женщин, сочетающегося с неблагоприятными стрессовыми условиями жизни, на течение беременности и родов, внутриутробное состояние плода и новорожденного.

При анализе кардиоинтервалографии у женщин с дефицитом массы тела наиболее часто состояние вегетативной нервной системы характеризовалось выраженной активацией симпатoadrenalовой системы, гиперадаптацией, напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов и



снижением адаптационных механизмов организма, направленных на обеспечение потребностей внутриутробного организма.

Данные кардиоинтервалографии плода свидетельствуют о снижении защитно-приспособительных возможностей внутриутробного организма и неэффективной работе нейрогуморальных, сердечно-сосудистых и регуляторных влияний, что проявлялось выраженным энергодефицитным состоянием плода, снижением его антистрессовой устойчивости и возможным срывом компенсаторных механизмов, свидетельствующих о низкой способности организма в дальнейшем перенести родовую стресс.

В меньшей степени имело место функциональное равновесие регуляторных влияний с активацией парасимпатического звена регуляции, имеющего трофотропную направленность, при этом показатели КИГ плода свидетельствовали об умеренной активации центрального контура регуляции.

В некоторых случаях наблюдался синдром «энергетической складки», что свидетельствовало об энергодефицитном состоянии и истощении адаптационных резервов организма, при этом показатели КИГ плода свидетельствовали о снижении симпатoadреналовых влияний на кардиоритм и истощение адаптационных возможностей, что клинически выражалось синдромом задержки внутриутробного развития плода.

В сравнении показатели КИГ при физиологической беременности свидетельствовали о функциональном равновесии между центральным и

автономным контурами регуляции кардиоритма, достаточном уровне компенсаторных возможностей организма матери, достаточном энергетическом обеспечении внутриутробного организма, сбалансированном функциональном напряжении регуляторных влияний на сердечный ритм.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Астахов, А.А. Методические обоснования использования пульсационной модели кровообращения для анализа медленно-волнового ритма /Астахов А.А., Астахов И.А., Астахов А.А. (мл). Матер. II Всерос. симп. – Новокузнецк, 1999. – С. 43-54.
2. Астахов, А.А. Вариабельность комплекса параметров кровообращения (четыре сообщения) /Астахов А.А., Бубнова И.Д. //Матер. III Всерос. симп. – Новокузнецк, 2001. – С. 165-181.
3. Баевский, Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем /Баевский Р.М. //Вестн. аритмол. – 2001. – № 24. – С. 65-86.
4. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма /Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. – М., 1984. – 226 с.
5. Баранов, А.Н. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин /Баранов А.Н., Санников А.Л., Банникова Р.В. – Архангельск, 1997.
6. Особенности фетометрических показателей у беременных женщин с дефицитом массы тела /Додхоева М.Ф. и др. //Матер. VII Рос. Форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 181.
7. Колосова, Т.А. Исход родов у пациенток с дефицитом массы тела и ожирением /Колосова Т.А., Гуменюк Е.Г., Сочнева Е.В. //Матер. VI Рос. Форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 33-34.
8. Флейшман, А.Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике. /Флейшман А.Н. – Новосибирск, 1999. – 224 с.

РУДАЕВА Е.В., УШАКОВА Г.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Одним из важных показателей здоровья женщины является масса тела. Среди беременных довольно часто встречается нарушение питания в виде дефицита массы тела. Такое нарушение питания еще недостаточно изучено, однако установлено, что характерная для него белковая недостаточность является ведущим фактором риска не только метаболических расстройств, но и снижения резистентности организма к инфекциям, иммуносупрессии, возникновения различных осложнений и ухудшения исходов после оперативных вмешательств.

Недостаточная масса тела является фактором риска нарушения репродуктивной системы [2, 4] и увеличивает перинатальные осложнения и рождение детей с низкой массой тела. [1]

Между благополучными беременностями потеря массы тела у много рожавшей женщины прогрессивно уменьшается, вплоть до периода после четвертой беременности. Беременность у женщин с дефицитом массы тела, у которых до беременности дефицит составлял 10 % и более по стандартам соотношений массы и длины, сопровождается повышенным риском осложнений, как для матери, так и для младенца. У них чаще встречаются такие осложнения, как ранний токсикоз, анемия, угроза прерывания беременности, преждевременные роды с последующей задержкой неврологического развития ребенка, высокая частота рождения детей с внутриутробной задержкой развития [2, 5, 6, 7].

В своем исследовании Spry и соавт. (1988) обращают внимание на то, что дефицит массы тела перед беременностью связан с вероятностью рождения ребенка с низкой массой тела. При наблюдении за такими беременными следует обратить особое внимание на носительство хронических инфекций, которые также могут приводить к дефициту массы тела.

Целью настоящего исследования явилось изучение течения беременности, родов, послеродового периода у женщин с дефицитом массы тела.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 30 беременных женщин с дефицитом массы тела и 30 плодов в сроке беременности 28-40 недель (основная группа). Контрольную группу составили 20 беремен-

ных женщин и 20 плодов в сроке беременности 28-40 недель, беременность которых протекала без клинических особенностей.

Диагноз дефицита массы тела устанавливался по оценке индекса массы тела (ИМТ) на основании расчета индекса Кетле (вес : рост² в метрах), где нормальные величины укладывались в параметры 19,9-27,9.

Проводилось общеклиническое, антропометрическое обследование.

Морфологическое исследование плацент оценивалось по стандартной методике. Морфоструктура плацент характеризовалась, в основном, степенью компенсаторно-приспособительных реакций.

Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6,0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Индекс Кетле у женщин составил $19,08 \pm 0,37$ при гипотрофии I степени и $18,01 \pm 0,49$ при гипотрофии II степени. Удельный вес первородящих женщин основной группы 66,6 %, в группе сравнения 65 %, повторнородящих 33,4 % и 35 %, соответственно.

В основной группе женщин юного репродуктивного возраста (до 20 лет) было 43,3 %, активного (20-34 лет) репродуктивного возраста 56,6 %. В группе сравнения — 15 % и 80 %, соответственно. Одна женщина была позднего репродуктивного возраста.

У женщин с дефицитом массы тела в структуре соматической патологии были выявлены следующие особенности: патология мочевыделительной системы встречалась в 43,3 % случаев (в 36,6 % хронический пиелонефрит в анамнезе, в одном случае острый пиелонефрит, гнойно-деструктивная форма с множественными абсцессами почки во время беременности, в единичном случае гидронефроз почки); патология желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей — 26,6 % случаев (описторхоз, болезнь Боткина, лямблиоз, хронический гастрит и гастроудоденит, холецистит в анамнезе, холестаз, в одном случае острый панкреатит, очаговый панкреонекроз во время беременности); в 20 % отмечалась патология сердечно-сосудистой системы (ПМК I и II степени, ВСД по ваготоническому и смешанному типу, допол-

нительная хорда левого желудочка, пароксизмальная тахикардия); патология органов зрения наблюдалась у 16,6 % женщин (миопия слабой и средней степени тяжести, ангиодистрофия сетчатки, макулодистрофия). В единичных случаях встречалась патология органов дыхания (3,3 %) и эндокринной системы (3,3 %). В одном случае отмечено наличие пельгеровской аномалии и тромбоцитопении.

Аллергологический анамнез был отягощен у 2 женщин, гемотрансфузионный у 4, что составило 6,6 % и 13,3 %.

Оперативные вмешательства в анамнезе имела одна пациентка по поводу апоплексии правого яичника, одна — во время беременности по поводу острого пиелонефрита гнойно-деструктивной формы, абсцессов почки.

Носительство хронических инфекций выявлено у 26,6 % женщин.

В контрольной группе структура соматической патологии представлена следующим образом: патология МВС в 10 %, ССС в 15 %, заболевания ЖКТ и органов дыхания в единичных случаях.

Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез был отягощен у 3 % женщин. Носителями хронических инфекций являлись 5 % женщин, оперативные вмешательства в анамнезе имели 2 женщины.

Анализ течения беременности в основной группе выявил следующие особенности: ранний токсикоз различной степени тяжести наблюдался у 33,3 %, угроза прерывания беременности в различные сроки гестации у 60 %, хроническая ФПН и гипоксия плода у 83,3 %, дрожжевой кольпит у 60 %, анемия беременной в 56,6 %, генитальный инфантилизм (ОРСТ I и II степени) у 40 %, гестоз различной степени у 20 %, в т.ч. преэклампсия в одном случае, другие осложнения (изосенсибилизация по системе АВО, маловодие) встречались в единичных случаях.

Частота встречаемости и характер выявленных осложнений в основной группе были достоверно выше, чем в группе сравнения, в структуре которой осложнения беременности распределились следующим образом: анемия у 5 % женщин, угроза прерывания беременности в ранних сроках у 10 %, дрожжевой кольпит — 10 %, хроническая гипоксия плода 0-I степени в единичных случаях, в одном случае было диагностировано разгибательное вставление головки плода.

У беременных с дефицитом массы тела беременность завершилась в срок в 76,6 % случаев, быстрые роды были у одной женщины, преждевременные роды встречались в 6,6 %, частота программированных родов составила также 6,6 %, 10 % родов закончились операцией кесарева сечения.

В контрольной группе срочные роды были у 99 % женщин, в одном случае роды закончились операцией кесарева сечения в плановом порядке.

Основными осложнениями родов у женщин основной группы были: раннее излитие околоплодных вод (30 %), родовое излитие вод (10 %), плоский плодный пузырь (14 %), дискоординация родовой деятельности (первичная и вторичная) (13,3 %).

Эпизиотомия в профилактических целях была выполнена в 30 % случаев, перинеотомия в 13,3 %.

Родовой травматизм был представлен следующим образом: разрыв влагалища I степени у 3 женщин (10 %), разрыв шейки матки I степени у 3-х (10 %), трещины малых и больших половых губ у 16,6 %.

В контрольной группе роды осложнились: слабостью родовой деятельности у 3-х женщин (15 %), дискоординацией родовой деятельности у 15 %, родовое излитие околоплодных вод было у 6 женщин.

Эпизиотомия была выполнена в 4-х случаях (20 %), перинеотомия — в 2-х (10 %); разрыв шейки матки I степени в родах произошел у 4-х женщин, трещины слизистой половых губ у 5.

Все роды завершились рождением живых детей. В основной группе недоношенные составили 10 % новорожденных, в асфиксии родилось 13,3 % детей. Средняя масса тела новорожденных в основной группе составила 2987 ± 62 г ($p = 0,0001$), причем дети массой от 1100-2900 г составили 56,5 %; в группе сравнения $3289 \pm 99,5$ г ($p = 0,0001$); рост, соответственно, в среднем $49,9 \pm 0,5$ см ($p = 0,0000$) и $51,7 \pm 0,4$ см ($p = 0,0001$).

Большинство детей родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, в основной группе 86,6 %, в контрольной группе 90 %.

У новорожденных детей, рожденных от матерей с дефицитом массы тела, у 33,3 % установлен диагноз ЗВУР плода, в 6,6 % случаев ЗВУР асимметричный тип, в 23 % симметричный тип I степени, в 3 % симметричный тип II степени. Внутриутробное инфицирование было диагностировано у 2-х детей, что составило 6,6 %, функциональная незрелость у 10 % новорожденных.

Наиболее часто встречающаяся патология новорожденных: синдром патологической нервно-рефлекторной возбудимости (СПНРВ) (36,6 %), НСК на шейном уровне (46,6 %), транзиторная дисфункция ЦНС (10 %), дисметаболические изменения ЦНС (6,6 %), гипоконъюгационная и конъюгационная желтуха (16,6 %), транзиторная гипогликемия (10 %), кривошея (13,3 %), эндокринопатия (3,3 %), СДР I степени (6,6 %), перинатальное поражение спинного и головного мозга (3,3 %), синдром дезадаптации ЦНС (3,3 %),

врожденный порок развития (незарощение мягкого неба) у одного ребенка.

В группе сравнения: СПНРВ (15 %), церебральная ишемия I степени (15 %), НСК на шейном уровне (15 %), транзиторная дисфункция ЦНС (10 %), синдром дезадаптации ЦНС, макросомия в единичных случаях.

Внутриутробное инфицирование в основной группе было диагностировано у 2-х новорожденных, в контрольной группе — у одного.

При морфологическом исследовании плацент был выявлен следующий уровень компенсации. В основной группе: средневысокий уровень компенсации в 7 случаях (23,3 %), средний уровень в 11 (36,6 %), средненизкий в 4 (13,3 %), субкомпенсированная относительная недостаточность плаценты в 8 (26,6 %). В контрольной группе: высокий уровень — 8 (40 %), средневысокий — 8 (40 %), средний уровень — 2 (10 %), субкомпенсированная относительная недостаточность плаценты — 2 (10 %).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, среди беременных с дефицитом массы тела преобладали первородящие женщины юного репродуктивного возраста с высокой частотой сопутствующей соматической патологии, как правило, мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы (хронический пиелонефрит, ВСД по ваготоническому и смешанному типу).

Течение беременности в большинстве случаев осложнилось ранним токсикозом различной степени тяжести, угрозой прерывания беременности, анемией, хронической ФПН и гипоксией плода.

Была выявлена высокая частота преждевременных и оперативных родов, осложнившихся несвоевременным излитием околоплодных вод, аномалиями родовой деятельности, травматизмом матери.

Новорожденные в большинстве случаев имели низкую массу тела при рождении, отмечен высокий процент недоношенных детей, детей, рожденных в асфиксии различной степени тяжести, с ЗВУРП и патологией ЦНС.

Гистологическое исследование плацент наиболее часто характеризовалось средним уровнем компенсации и субкомпенсированной относительной недостаточностью плаценты.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Братчикова, Т.В. Влияние массы плода на исход родов /Братчикова Т.В., Подтетнев А.Д. //Матер. VII Рос. Форума «Мать и дитя». — М., 2005. — С. 34-35.
2. Баранов, А.Н. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин /Баранов А.Н., Санников А.Л., Банникова Р.В. — Архангельск, 1997.
3. Особенности фетометрических показателей у беременных женщин с дефицитом массы тела /Додхоева М.Ф. и др. //Матер. VII Рос. Форума «Мать и дитя». — М., 2005. — С. 181.
4. Колосова, Т.А. Исход родов у пациенток с дефицитом массы тела и ожирением /Колосова Т.А., Гуменюк Е.Г., Сочнева Е.В. //Матер. VI Рос. Форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 33-34.
5. Соколова, М.Ю. Рациональное питание беременных и кормящих женщин /Соколова М.Ю. — М., 2005.
6. Удодова, Л.В. Особенности течения беременности, родов и развития новорожденных с ЗВРП у беременных с дефицитом массы тела /Удодова Л.В., Тарасова Н.В. //Матер. VI Рос. Форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 230-231.

СЕРЕБРЕННИКОВА Е.С., ФЛЕЙШМАН А.Н., БАЖЕНОВА Л.Г., ГОТЛИБ Н.Г.,
КЛЕЩЕНОГОВ С.А., ШИРОКОВА Т.А., ТРЕЩЕНКОВА О.В.

МЛПУ Родильный дом № 2,
г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯТОРНОГО, МЕТАБОЛИЧЕСКОГО И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО БАЛАНСА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Аномалии прикрепления плаценты являются одной из важнейших проблем акушерства, влияющих на показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [6]. Перинатальная смертность достигает 81 %, а материнская летальность — 10 % [4, 5].

По данным литературы, низкая плацентация встречается в 9-30 % случаев в первом триместре, а к родам ее частота составляет 0,2-0,8 % беременных, что обусловлено процессами миграции плаценты в течение беременности до дна матки [2]. Частота предлежания плаценты колеблется от 0,3 до 1,04 % [1, 3]. При АРП тонкая стенка нижнего сегмента матки не обеспечивает необходимых условий для достаточной васкуляризации плацентарного ложа, гестационной перестройки миоэпителиальных сегментов спиральных артерий, вследствие чего наблюдается снижение артериального кровоснабжения плаценты и плода. Это ведет к ограничению газообмена и метаболизма в фетоплацентарном комплексе, нарушению процесса созревания плаценты, снижению синтеза и дисбалансу гормонов плаценты и их предшественников материнского и плодового происхождения. Все эти изменения снижают компенсаторно-приспособительные возможности системы мать-плацента-плод, замедляют рост и развитие плода, обуславливая осложненное течение беременности и родов [1, 3, 4].

Цель исследования — изучить особенности вегетативного, метаболического и энергетического баланса при аномалиях расположения плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения поставленной цели исследования нами обследованы 162 беременные. Все беременные разделены на две группы.

I группа — 105 беременных, у которых в первом триместре (при сроке 9-10 недель) установлено аномальное расположение хориона.

II группа — 57 здоровых беременных с нормальным расположением плаценты (группа контроля).

Всем беременным проводилась кардиоинтервалография. Оценка нейровегетативной регуляции проводилась на основе спектрального компьютерного анализа кардиоритма матери. Этот метод включал регистрацию электрокардиосигнала (ЭКГ) с поверхностных электродов, автоматичес-

кую его обработку на ПКВМ по программе цифрового спектрального анализа (Марпл-мл. С.Л., 1990). Использовали периодограммный метод Уэлча, дающий сглаженные спектры с хорошо визуализируемыми пиковыми компонентами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе КИГ, проводимой в 18-20 недель, когда установился характер вегетативной регуляции, нами выявлено, что при АРП оптимальный фоновый уровень мощности спектра ВРС составил 22 %, активированный — 25 %, депрессивный — 53 %. Соответственно, при нормальном расположении плаценты — 34 %, 26 %, 40 %.

Оптимальный тип ВРС беременной характеризуется достаточной степенью сбалансированности парасимпатического и симпатического отделов вегетативной регуляции, а также «правильным» соотношением его основных спектральных компонентов: VLF, HF и LF (табл. 1).

При предъявлении стандартных нагрузочных проб женщинам с АРП была характерна адекватная реактивность в 76 %, измененная — в 24 %.

Таблица 1
Средние фоновые и нагрузочные показатели
в группах с оптимальным уровнем ВРС ($M \pm \sigma$)
в 18-22 недели беременности

Показатели КИГ	I группа (n = 24)	II группа (n = 19)
VLF	1,74 $\pm$ 0,26 (1,65 $\pm$ 0,23)	1,73 $\pm$ 0,24 (1,67 $\pm$ 0,14)
LF	1,05 $\pm$ 0,17 (1,03 $\pm$ 0,23)	0,98 $\pm$ 0,15 (1,01 $\pm$ 0,16)
HF	0,93 $\pm$ 0,21* (0,76 $\pm$ 0,24)	0,95 $\pm$ 0,25 (0,9 $\pm$ 0,23)
ВСИ, усл. ед.	0,55 $\pm$ 0,13 (0,48 $\pm$ 0,15)	0,53 $\pm$ 0,15 (0,54 $\pm$ 0,18)
ЧСС, уд/мин	87,6 $\pm$ 5,3 (85,4 $\pm$ 6,3)	87,7 $\pm$ 5,6 (88,9 $\pm$ 4,5)
СПВ	2,55 $\pm$ 0,17	2,58 $\pm$ 0,24

Примечание: Величины спектральных показателей даны в десятичных логарифмах спектральной плотности мощности. Перед скобками - фоновые значения показателей, в скобках - нагрузочные. СПВ - суммарный показатель ВРС, ВСИ - вагосимпатический индекс.
* - отличия значимы по сравнению с фоновым уровнем показателей $p < 0,05$.

Беременные с оптимальным фоновым типом спектра ВРС с правильным соотношением компонентов и адекватной реактивностью на нагрузочные пробы жалоб не предъявляли, в корригирующей терапии не нуждались. В течении беременности и родов в этой группе наблюдалось наименьшее число осложнений. В 100 % произошла полная миграция плаценты.

Активированный тип ВРС характеризовался повышением фонового уровня всех основных компонентов спектра (VLF, LF и HF). Данный тип спектра наблюдался у 25 % женщин I-й группы и у 26 % II-й, преимущественно за счет преобладания парасимпатической активности, (табл. 2), что в данном сроке являлось вариантом нормы. СПВ I группы составил $2,97 \pm 0,14$, тогда как II-й — $2,75 \pm 0,16$. Женщины второй группы эмоционально лабильны, плаксивы, с нарушениями сна, наблюдалась склонность в анамнезе к гипертонии и брадикардии.

Таблица 2
Средние фоновые и нагрузочные показатели в группах с активированным уровнем ВРС ($M \pm \sigma$) в 18–20 недель беременности

Показатели КИГ	I группа (n = 27)	II группа (n = 15)
VLF	$1,93 \pm 0,25\#$ ($1,9 \pm 0,13\#$)	$1,70 \pm 0,25$ ($1,66 \pm 0,24$)
LF	$1,28 \pm 0,2$ ($1,27 \pm 0,25$)	$1,15 \pm 0,21$ ($1,13 \pm 0,22$)
HF	$1,6 \pm 0,17\#$ ($1,7 \pm 0,33\#$)*	$1,48 \pm 0,18$ ($1,51 \pm 0,16$)
ВСИ, усл. ед.	$0,87 \pm 0,15\#$ ($0,95 \pm 0,1$)*	$1,05 \pm 0,21$ ($0,91 \pm 0,12$)*
ЧСС, уд/мин	$82,7 \pm 6,6\#$ ($94,4 \pm 14,4$)*	$74,5 \pm 12,5$ ($85,2 \pm 10,2$)*
СПВ	$2,97 \pm 0,14\#$	$2,75 \pm 0,16$

Примечание: * - отличия значимы по сравнению с фоновым уровнем показателей $p < 0,05$; # - $p_{I-II} < 0,05$.

Провоцирующие нагрузочные тесты выявили преимущественно адекватную реактивность у женщин обеих групп. Измененная реактивность имела место у 26 % женщин I-й группы и у 12 % женщин II-й группы: высокая парасимпатическая активность, выходящая за «нормативный коридор». В результате вегетативного дисбаланса повышалась сократительная активность матки, что клинически проявлялось в угрозе прерывания беременности, риске отслойки плаценты. При нормализации вегетативного дисбаланса снижалась сократительная активность миометрия, улучшалось кровоснабжение и, тем самым, создавались условия для миграции плаценты (плацента мигрировала в 100 % случаев).

Депрессивный тип ВРС оказался наиболее распространенным среди изученных вариантов спектров кардиоритма беременных (табл. 3). Клиниче-

ски женщины предъявляли жалобы на слабость, утомляемость, снижение физической работоспособности, головные боли, сонливость, одышку. Наблюдалась склонность к гипотонии и тахикардии.

Таблица 3
Средние фоновые и нагрузочные показатели в сравниваемых группах с депрессивным уровнем ВРС ($M \pm \sigma$) в 18–20 недель беременности

Показатели КИГ	I группа (n = 56)	II группа (n = 23)
VLF	$0,98 \pm 0,1$ ($0,95 \pm 0,22$)#	$0,95 \pm 0,21$ ($1,07 \pm 0,27$)
LF	$0,44 \pm 0,25$ ($0,43 \pm 0,2$)#	$0,48 \pm 0,25$ ($0,57 \pm 0,26$)
HF	$0,21 \pm 0,14$ ($0,18 \pm 0,15$)#	$0,24 \pm 0,13$ ($0,38 \pm 0,13$)*
ВСИ, усл. ед.	$0,21 \pm 0,14$ ($0,19 \pm 0,15$)#	$0,26 \pm 0,13$ ($0,4 \pm 0,17$)*
ЧСС, уд/мин	$104,5 \pm 11,3$	$104,1 \pm 9,4$
СПВ	$2,01 \pm 0,23\#$	$2,13 \pm 0,17$

Примечание: * - отличия значимы по сравнению с фоновым уровнем показателей $p < 0,05$; # - $p_{I-II} < 0,05$.

В обеих группах преимущественно наблюдалось сбалансированное снижение и правильное соотношение всех компонентов спектра ВРС в фоне. Однако изучение нагрузочной динамики показало, что у женщин II группы в 83 % случаев наблюдалась адекватная реактивность, т.е. увеличение мощности всех компонентов спектра ВРС с сохранением оптимального уровня ВСИ. В то же время в I группе в 62 % наблюдалась измененная реактивность, из них с максимально низкими показателями — 28 % случаев (СПВ составил 1,8 усл. ед.). Эти женщины находились в гипoadaptивном энергодефицитном состоянии, что, по литературным данным, рассматривается как непосредственная причина плацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода. Исходя из этого, проводилась коррекция.

У беременных I группы после проведенного лечения показатели улучшились и приблизились к норме в 78,5 % случаев, а в 12,5 % случаев находились на нижней границе нормы (СПВ 1,8 усл. ед.). У последних миграция плаценты не произошла, несмотря на проводимую терапию. В то время как при более высоких показателях СПВ миграция произошла либо полностью, либо у части сохранилась низкая плацентация.

Таким образом, анализ течения беременности при различных типах вегетативного равновесия показал, что к благоприятным вариантам относятся оптимальный и активированный, менее благоприятный — депрессивный тип с адекватной реактивностью. Неблагополучным является депрессивный тип с измененной реактивностью, при котором ни в одном случае не произошла миграция плаценты.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике /Э.К. Айламазян. – Н-Новгород, 1997. – 119 с.
2. Ариас, Ф. Беременность и роды высокого риска /Ф. Ариас. – М., 1998 – 73 с.
3. Клещеногов, С.А. Особенности нейровегетативной регуляции при нормальной и осложненной беременности (на основе спектрального компьютерного анализа кардиоритма матери) /С.А. Клещеногов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2002. – С. 4-8.
4. Репина, М.А. Кровотечения в акушерской практике /М.А. Репина. – М., 1986. – 173 с.
5. Чернуха, Е.А. Родовой блок /Е.А. Чернуха. – М., 1999. – 375 с.
6. Finberg, H.J. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section /H.J. Finberg, J.W. Williams //J. Uitrasonand Med. – 1992. – V. 11, N.7. – P. 333-343.



СЕРЕБРЕННИКОВА Е.С., ФЛЕЙШМАН А.Н, БАЖЕНОВА Л.Г.,
КЛЕЩЕНОГОВ С.А., ШИРОКОВА Т.А., ГОТЛИБ Н.Г., ТРЕЩЕНКОВА О.В.
МЛПУ Родильный дом № 2,
г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Проблема предлежания плаценты имеет два важнейших аспекта: акушерский и перинатологический. В акушерстве обычно приходится решать вопрос о прерывании или пролонгировании беременности при кровотечении, возникшем вследствие предлежания плаценты [1].

С точки зрения перинатологии, данная проблема представляет, прежде всего, интерес с позиций развития острой или хронической плацентарной недостаточности со всеми вытекающими отсюда неблагоприятными последствиями для плода и новорожденного.

Наиболее частым осложнением беременности при АРП является угроза прерывания. Частота преждевременного родоразрешения при ней достигает 42,3 %, маточные кровотечения в различные сроки беременности — 62 % случаев [2]. Кровотечение может носить массивный характер, вплоть до геморрагического шока, гибели матери и плода. Материнская летальность при предлежании плаценты колеблется от 2,2 % до 10 % [1, 2, 5]. Частота рождения детей с признаками внутриутробной гипотрофии достигает 16-22 %, а перинатальная смертность — 22,2-81 % [1, 5].

В литературе отсутствуют данные о возможности патогенетического лечения угрозы прерывания беременности, методах улучшения кровообращения в нижних отделах матки при АРП, что способствовало бы миграции плаценты и снижению показателей перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [4].

Цель исследования — изучить влияние коррекции вегетативных нарушений при аномальном расположении плаценты на течение беременности, родов и состояние новорожденного.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения поставленной цели обследованы 209 беременных. Все беременные разделены на две группы:

I группа — 105 беременных, у которых в первом триместре (при сроке 9-10 недель) установлено аномальное расположение хориона. В данной группе с ранних сроков проводилась коррекция выявленных регуляторных, метаболических нарушений, а с 32 недель — и гемодинамических (табл.).

II группа — 102 беременные, у которых в ранние сроки определялось аномальное расположе-

ние хориона. Беременные данной группы велись согласно МЭС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе результатов проведенного исследования в I и II группах значимых отличий нет ($p > 0,05$): это женщины с АРП, в возрасте 29 лет. Экстрагенитальная патология чаще всего представлена НЦД, гипотиреозом, анемией. Гинитальный анамнез отягощен преимущественно воспалительными заболеваниями и нарушениями менструального цикла. Отмечено, что увеличение паритета, особенно за счет искусственного прерывания беременности на ранних сроках, и высокие показатели гинекологической и соматической заболеваемости — это основные факторы возникновения АРП.

При анализе КИГ, проводимой в 18-20 недель в I-й группе, когда установился характер вегетативной регуляции, нами выявлено, что оптимальный фоновый уровень мощности спектра ВРС составил 22 %, активированный — 25 % и депрессивный — 53 %. Беременные с оптимальным фоновым типом спектра ВРС, с правильным соотношением компонентов и адекватной реактивностью на нагрузочные пробы, в корригирующей терапии не нуждались. В случае активированного и депрессивного фонового уровня вариабельности ритма сердца с нагрузочным дисбалансом целесообразно проводить лечебно-профилактические мероприятия, направленные на нормализацию выявленных регуляторных нарушений.

После проведенного лечения нормализовались симпатико-парасимпатические отношения, улучшилась васкуляризация матки, снизился тонус миометрия, нормализовался маточно-плацентарный кровоток, что способствовало миграции плаценты и позволило снизить показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Данные изменения впоследствии подтверждены результатами УЗИ, доплерометрии, КТГ плода после 32-недельного срока беременности и исходами родов.

При УЗИ отмечено, что у обследованных I-й группы к концу беременности плацента в дне матки оказалась в 90,5 %, а у беременных II-й — в 60 %; у женщин I-й группы более быстрые темпы миграции плаценты: нижний край плаценты выше



Таблица
Программа профилактики и ранней коррекции регуляторных
и метаболических нарушений в организме беременной на основании КИГ

КИГ в фоне	Корректирующая терапия
Оптимальный тип (СПВ - 2,4-2,7 у.е., ВСИ - 0,35-0,7)	При отсутствии других отклонений на спектрограмме корректирующая терапия не применяется
Высокоэнергетический тип (повышение СПВ более 2,7 у.е.)	Лечебно-охранительный режим. Седативная терапия (валериана, пустырник, "Новопассит"). Антиоксиданты (а-токоферола ацетат).
1. Сбалансированный вариант (общеповышенный); 2. Несбалансированный (измененный в фоне ВСИ): - фоновое повышение HF-компонента (> 1,2 у.е.); - фоновое повышение LF-компонента (> 1,2); - фоновое повышение VLF-компонента (> 2,1)	Спазмолитики (дибазол, папаверин)
Низкоэнергетический тип (СПВ < 2,4 у.е.): 1. Сбалансированный вариант (общесниженный); 2. Несбалансированный (измененный в фоне ВСИ): - фоновое снижение VLF-компонента (< 1,4 у.е.); - фоновое снижение HF-компонента (< 0,5 у.е.)	Энергетические смеси (раствор глюкозы, аскорбиновая кислота, витамины группы В, кокарбоксилаза). Оксигенотерапия (гипербарическая оксигенация, кислородные коктейли). Актовегин в/в капельно 1 раз в сутки № 10, затем по 200 мг в сутки внутрь в течение 10 дней
КИГ при проведении нагрузочных проб	Корректирующая терапия
Выраженный подъем СПМ	Седативная терапия (валериана, пустырник, Новопассит). Антиоксиданты (а-токоферола ацетат)
Общая депрессия компонентов	Энергетические смеси (раствор глюкозы, аскорбиновая кислота, витамины группы В, кокарбоксилаза)
Снижение восстановительной способности	Седативная терапия (валериана, пустырник, Новопассит). Антиоксиданты (а-токоферола ацетат)

6 см уже в 29 недель, тогда как во II-й — в 33 недели. В обеих группах с АРП толщина плаценты в первом триместре значительно ниже нормы, после проведенной терапии в I-й группе наблюдалась нормализация толщины в соответствии с гестационным сроком, в то время как во II-й группе плацента оставалась тонкой до срока родов.

Результаты доплерометрии показали, что маточно-плацентарно-плодовый кровоток был нарушен чаще у пациенток II-й группы, по сравнению с I-й ($p < 0,01$). Так, гемодинамические нарушения у беременных I-й группы к 32 неделям составили 30 % случаев, из них 1 степени — 28 %, 2 степени — 2 %; тогда как во II-й группе гемодинамические нарушения были у 45 %, из них 1 степень — 37 %, 2 степень — 8 %.

Данное улучшение мы связываем с проведенным курсом инфузионной терапии беременным I-й группы с гемодинамическими нарушениями инстеноном в чередовании с актовегином (глюкоза 5 % 200 мл + инстенон 2,0 № 5, глюкоза 5 % 200 мл + актовегин 5,0 № 5 внутривенно капельно). II-я группа получила лечение согласно МЭС (реополиглюкин 200 мл + трентал 5,0 внутривенно капельно № 5). Контрольная доплерометрия после лечения показала, что частота гемодинамических нарушений снизилась во всех группах: в I-й группе до 16 %, во II-й — до 26 %, из них 2 степени 5 %.

По результатам КТГ в 38 недель обращает на себя внимание удовлетворительное состояние пло-

дов в I-й группе (8 баллов), компенсированная гипоксия во II-й (7,3 баллов).

Анализ течения беременности в I половине показал, что отслойка хориона в I-й группе имела в 11,4 % случаев, во II-й — в 10,8 %; невынашивание беременности в I-й — в 16,2 %, во II-й — в 17,6 %. Угроза прерывания, как правило, носила длительный характер, неоднократно повторяясь, приводила к отслойке плаценты, анемизации беременных и формированию во II половине беременности первичной и вторичной ФПН (в I группе — 57,1 %, во II-й — 62,7 %), СЗРП (в I-й — 10,5 %, во II-й — 18,6 %), угрозы преждевременных родов (в I-й — 9,5 %, во II-й — 31,4 %), отслойки плаценты (в I-й — 2,9 %, во II-й — 16,7 %). Антенатальные потери у женщин II группы составили 2,9 %, в то время как в I-й группе антенатальных потерь не было.

Беременность закончилась срочными родами у 95,2 % женщин I группы и у 79,4 % женщин II группы; преждевременные роды — у 3,8 % и 18,6 % женщин, соответственно. Путем кесарева сечения родоразрешены 11,4 % беременных I группы и 38,3 % женщин II группы; из них плановых — 6,7 % и 24,5 %, соответственно; экстренных — 4,8 % и 13,7 %. Таким образом, оперативное родоразрешение при АРП в несколько раз выше, с преобладанием плановых показаний, чем при ее нормальном расположении. Проведенная нами коррекция способствовала снижению, как частоты в целом, так и экстренности показаний.



Максимальное количество осложнений в родах встретилось у женщин II группы, среди которых преобладали кровотечения — 19 %, гипоксия — 63 %, преждевременный разрыв плодных оболочек — 18 %, тогда как в I-й группе данная патология составила 3,8 % и 35,6 %, 15,4 %, соответственно. Интранатальная гибель плода произошла в 1 % у женщин II группы с отслойкой краевого предлежания плаценты при глубоко недоношенном плоде.

Оценка состояния новорожденных в группах сравнения показала, что в I-й недоношенные составили 3,8 %, во II-й — 18,6 %; маловесные — 0,9 % и 18,6 %, соответственно; синдром дыхательных расстройств — 0,9 % и 9,2 %; внутриутробная гипотрофия — 9,5 % и 16,3 %; асфиксия новорожденного — 12,4 % и 23,4 % (тяжелой степени — 4,1 %). Следовательно, состояние новорожденных II группы было наиболее тяжелым, по сравнению с I-й.

Таким образом, данные настоящего исследования позволяют утверждать, что система ран-

ней диагностики акушерских и перинатальных осложнений, основанная на коррекции выявленных регуляторных метаболических и местных гемодинамических нарушений у пациенток с АРП, способствует снижению частоты и тяжести некоторых видов акушерской и перинатальной патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике /Э.К. Айламазян. — Н-Новгород, 1997. — 119 с.
2. Репина, М.А. Кровотечения в акушерской практике /М.А. Репина. — М., 1986. — 173 с.
3. Сидорова, И.С. Фетоплацентарная недостаточность: клинико-диагностические аспекты /И.С. Сидорова, И.О. Макаров. — М., 2000. — 75 с.
4. Флейшман, А.Н. Медленные колебания гемодинамики: теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике /А.Н. Флейшман. — Новосибирск, 1999. — 264 с.
5. Чернуха, Е.А. Родовой блок /Е.А. Чернуха. — М., 1999. — 375 с.



УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В., ПОРОДНОВА О.Ю.,
ПОЛЯКОВА В.А., КОЛПАКОВ В.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово,
Тюменская государственная медицинская академия,
г. Тюмень*

КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Аntenатально развивающийся плод характеризуется специфическими особенностями гомеостаза. Эти особенности, прежде всего, регулируются нейрогуморальными и сердечно-сосудистыми механизмами самого плода [1]. Для изучения регуляторных процессов в последние годы в перинатологии находит все большее применение неинвазивный метод кардиоинтервалографии плода.

Кардиоинтервалография (КИГ) плода является оправданным и перспективным методом, поскольку позволяет судить о степени компенсаторно-приспособительных реакций внутриутробного организма и, следовательно, появляются возможности определения диагностического и лечебно-коррекционного направления в акушерстве и перинатологии [2, 3].

Цель исследования — изучение нейро-вегетативной регуляции кардиоритма плода при физиологической беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 51 плод в сроке гестации 28-41 недель у женщин с физиологическим течением беременности.

Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа вариабельности сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ) по методике Г.А. Ушаковой, Ю.В. Рец, Н.И. Цирельникова. Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показатели кардиоинтервалографии плода при физиологической беременности представлены в таблице.

При регистрации исходного профиля сердечного ритма у плода при физиологической беременности в 90,2 % отмечалось доминирование VLF пика, отражающего преобладание метабологического контура регуляции. Доминирование LF (сосудистого контура) отмечалось в 9,8 % и свидетельствовало о компенсаторном напряжении сердечно-сосудистой системы плода, что являлось прогностически более неблагоприятным. Домини-

Таблица
Спектральные и математические
показатели кардиоинтервалографии плода
при физиологической беременности
(исходное состояние)

Показатели	Группа сравнения II (n = 51), M ± σ
VLF, мс ² /Гц	25,2 ± 4,7
LF, мс ² /Гц	1,5 ± 0,83
HF, мс ² /Гц	0,73 ± 0,44
Мода (M _o), с	0,42 ± 0,01
Амплитуда моды (AM _o), %	40,2
Вариационный размах (ДВ), с	0,41 ± 0,01
Индекс напряжения (ИН), у.е.	262,95 ± 35,23

рования пика HF (автономного контура) не выявлено.

Спектральные показатели КИГ плода в 82,4 % составили: VLF 25,2 ± 4,7 у.е., LF 1,5 ± 0,83 у.е., HF 0,73 ± 0,44 у.е., что свидетельствовало о достаточном энергетическом обеспечении внутриутробного организма. В 11,7 % СМП волн кардиоритма плода составила 52,33 ± 5,39 у.е. (гиперадаптивное состояние), что указывало на напряжение компенсаторных механизмов и впоследствии могло привести к срыву адаптационных резервов организма. В 5,9 % имело место снижение СМП волн кардиоритма, что составило 3,66 ± 2,08 у.е. (гипоадаптивное состояние) и свидетельствовало об истощении энергетических резервов внутриутробного организма.

При физиологической беременности у плода в 88,2 % случаев СМП кардиоритма находилась в частотной области 0,5 Гц.

На этом фоне основные пики осцилляций кардиоритма укладывались в частотном диапазоне до 0,2 Гц. В 11,7 % случаев характеристика кривой сдвигалась в более высокочастотную часть спектра, определялись осцилляции в области от 0,2 до 0,5 Гц. Это являлось одним из показателей неблагоприятного существования внутриутробного организма.

Для внутриутробного организма была характерна относительно высокая стабилизирующая активность центральной симпатической регуляции,

за счет чего во всем диапазоне сердечного ритма на КИГ плода при физиологической беременности не определялось четкого визуального выделения отдельных пиков.

Характеризуя влияние стресс-нагрузок, проводимых у матери, на состояние сердечного ритма плода обращает внимание особенность гипервентиляционной нагрузки. В 64,7 % случаев показатели КИГ плода оставались стабильными. Это свидетельствовало об оптимальном уровне защитно-приспособительных механизмов, направленных на мобилизацию метаболических процессов остро возникшей стресс-реакции. В 35,3 % имело место умеренное повышение активности симпатoadренальной системы плода в ответ на гипоксию у матери.

В период восстановления у 78,4 % плодов выявлены удовлетворительные адаптационные возможности. У 21,6 % отмечалось снижение адаптационно-приспособительных механизмов.

Умственная стресс-нагрузка у матери не оказывала влияния на состояние регуляторных механизмов гемодинамики плода.

Баланс регуляции сердечного ритма плода, на основании математических показателей КИГ плода, которые в 76,5 % составили: $M_0 - 0,42 \pm 0,01$ с, $AM_0 - 40,2$ %, $ДВ - 0,14 \pm 0,01$ с, $ИН - 262,17 \pm 35,23$ у.е., что свидетельствовало о сбалансированном влиянии гуморальных и сердечно-сосудистых регуляторных влияний на сердечный ритм плода, достаточном уровне защитно-приспособительных возможностей и антистрессовой ус-

тойчивости. В 13,7 % регистрировалось повышение активности центрального контура регуляции, в 9,8 % — снижение активности симпатической регуляции внутриутробного организма.

ВЫВОДЫ

При физиологической беременности показатели нейровегетативной регуляции кардиоритма плода находились в пределах условной нормы. Баланс управления сердечным ритмом находился преимущественно под влиянием симпатoadренальной системы. Реализация функций защитно-приспособительных реакций осуществлялась при сбалансированном напряжении вегетативной нервной системы плода, которая имела высокий потенциал и, следовательно, достаточный уровень компенсаторных возможностей организма. Выявленные особенности регуляции кардиоритма плода представляют диагностическую и прогностическую значимость в исходе беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александров, Л.С. Изменения некоторых биохимических и биофизических показателей при беременности, осложненной гестозом /Александров Л.С., Побединский Н.М., Размахина Н.И. //Акуш. и гинекол. — 1994. — № 3. — С. 13-19.
2. Бакулева, Л.П. Спектральный анализ осцилляций сердечного ритма плода в III триместре гестационного периода /Бакулева Л.П. //Акуш. и гинекол. — 1998. — № 2. — С. 13-16.
3. Сидорова, И.С. Анте- и интранатальная кардиотокография /Сидорова И.С., Макаров И.О. //Рос. вестн. перинат. и педиат. — 1996. — Т. 41, № 1. — С. 15-19.

УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В., ПОРОДНОВА О.Ю.,
ПОЛЯКОВА В.А., КОЛПАКОВ В.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово,
Тюменская государственная медицинская академия,
г. Тюмень*

КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МАТЕРИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность характеризуется образованием новых организационных структур, направленных на выполнение основной репродуктивной задачи — вынашивание и рождение ребенка. В связи с этим, возникает функциональная перестройка нейровегетативной регуляции матери и, следовательно, регуляторные изменения, затрагивающие систему мать-плацента-плод. В связи с возникновением новых компонентов организации системы, особое значение приобретают процессы нейровегетативной регуляции кардиоритма беременной, изучение которых стало возможным, используя метод кардиоинтервалографии [2, 3, 6].

Цель исследования — изучение особенностей нейровегетативной регуляции кардиоритма матери при физиологической беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 51 женщина со сроком гестации 28-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений. Всем беременным проведено стандартное клиническое обследование, а также доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод (на аппарате «Aloka-SD 1200»), ультразвуковая фетометрия и плацентометрия (на аппарате «Aloka-SD 500»), кардиотокография плода (на аппарате «Fetalgard-Lite»).

Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа variability сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ матери исследована с использованием биоритмологической компьютерной программы «Pulsar» [6] по методике А.Н. Флейшмана [4], при помощи которой производилась запись 256 кардиоинтервалов. При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов [1, 5].

Оценивалось значение спектральной плотности мощности (СПМ) трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (Very Low Frequency — VLF), барорецептивного (Low Frequency — LF), вагоинсулярного (High Frequency — HF). Активность колебаний в каждом из трех диапазонов

выражали в условных единицах спектральной плотности мощности (СПМ — сек²/Гц 100).

С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия [1]: индекс напряжения (ИН), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), а также статистические показатели: мода (M_o , с), амплитуда моды (AM_o , %), диапазон вариации (ДВ, с).

Интегрированная оценка процессов адаптации оценивалась на основании классификации показателей спектрограммы кардиоритма матери в зависимости от уровня регуляторно-метаболических процессов: нормоадаптивная, гипердаптивная, гиподаптивная, феномен «энергетической складки» и «функциональной ригидности» [5]. Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Спектральные и математические показатели кардиоинтервалографии матери в конце III триместра представлены в таблице.

Таблица
Спектральные и математические показатели ($M \pm \sigma$)
кардиоинтервалографии матери
при физиологической беременности
в конце III триместра (исходное состояние)

Показатели	Группа сравнения II (n = 51)
VLF, мс ² /Гц	77,55 ± 16,98
LF, мс ² /Гц	11,86 ± 2,18
HF, мс ² /Гц	6,36 ± 2,55
Мода (M_o), с	0,67 ± 0,01
Амплитуда моды (AM_o), %	20,1
Вариационный размах (ДВ), с	0,21 ± 0,01
Индекс напряжения (ИН), у.е.	84, 79 ± 17,1

При регистрации исходного профиля сердечного ритма у 82,3 % женщин с физиологически протекающей беременностью спектральная плотность мощности волн кардиоритма (СПМ) нахо-

дилась в пределах условной нормы (нормоадаптивное состояние), составляя: симпатический компонент (VLF) 26-130 мс²/Гц, барорецептивный (LF) и парасимпатический (HF) по 10-30 % от СПМ VLF. Исходно высокие величины спектра отмечались у 9,8 % беременных, депрессия спектра встречалась у 7,8 %.

Первая нагрузочная функциональная проба (умственная нагрузка) приводила к относительному снижению спектральной мощности очень низкочастотного компонента волн сердечного ритма VLF (F1) — на 15-20 % в среднем, в то время как спектральная плотность низкочастотного LF (F2) и высокочастотного HF (F3) компонентов спектра возрастала с той же пропорциональностью.

При проведении второй нагрузочной пробы отмечался относительный рост СПМ волн сердечного ритма при участии всех компонентов спектра.

В период восстановления у 90,1 % беременных выявлены хорошие адаптационные возможности, что отражало последующее благоприятное течение беременности. У 9,8 % женщин отмечалось снижение адаптационных резервов организма.

При оценке баланса регуляции между центральными и автономными уровнями регуляции, а также между симпатическими и парасимпатическими отделами вегетативной нервной системы у женщин с физиологической беременностью получены следующие результаты: среднее значение моды (M_o) составило $0,67 \pm 0,01$ с, амплитуды моды (AM_o) — 19,3 %, вариационного размаха (ДВ) — $0,22 \pm 0,01$ с, индекса напряжения (ИН) — $83,21 \pm 7,66$ у.е. Данные показатели свидетельствовали о функциональном равновесии между центральным и автономным контурами вегетативной регуляции кардиоритма, достаточном уровне компенсаторно-приспособительных механизмов организма матери.

ВЫВОДЫ

Установлено, что эффективность гестационного процесса определялась, в первую очередь, состоя-

нием механизмов нейровегетативной регуляции. Беременность протекала благоприятно, если показатели регуляции кардиоритма по кардиоинтервалографии у матери были в пределах нормы. При физиологической беременности в балансе регуляции отмечалось равновесие регуляторных систем. Энергетическое обеспечение находилось на среднем уровне, обеспечивая оптимальные возможности компенсаторных реакций в системе мать-плод.

Выявленные закономерности показателей нейровегетативной регуляции кардиоритма матери дают возможность прогнозировать и проводить своевременную коррекцию регуляторных нарушений, что позволяет улучшить исходы беременности и родов, прежде всего, для плода и новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский, Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем /Баевский Р.М. //Вестн. аритмол. — 2001. — № 24. — С. 65-86.
2. Использование метода экспресс-анализа медленных колебаний гемодинамики в акушерстве и акушерской анестезиологии (общие принципы) /Гулик В.Ф., Неретин К.Н., Слепушкин В.Д. и др. //Сб. науч. тр. II Симп. по медленным колебательным процессам гемодинамики. — Новокузнецк, 1999. — С. 72-75.
3. Захаров, И.С. Прогнозирование и коррекция адаптационных нарушений в группе риска позднего гестоза на основе кардиоинтервалографии /И.С. Захаров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Барнаул, 2003. — 21 с.
4. Флейшман, А.Н. Медленные колебательные процессы гемодинамики: итоги и перспективы фундаментальных и прикладных исследований Флейшман, А.Н. //Медицина в Кузбассе. — 2004. — Спецвыпуск № 1. — С. 61-63.
5. Флейшман, А.Н. Методические аспекты спектральной экспресс-диагностики гормонально-вегетативного состояния организма на основе компьютерного анализа кардиоинтервалов /А.Н. Флейшман. — Новосибирск, 1994. — 30 с.
6. Цирельников, Н.И. Медленные колебательные процессы в организме человека /Цирельников Н.И., Евсеенко Д.А. //Сб. науч. тр. III Всерос. симп. — Новокузнецк, 2001.

ШАМАЕВ Д.Ю., БАЖЕНОВА Л.Г., РЕНГЕ Л.В.,
ПОЛУКАРОВ А.Н., ХАЛЕПА З.А., БОКОВА Г.Н.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк,
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из основных причин перинатальной и младенческой смертности, ранней инвалидизации детского населения [3]. В структуре сердечно-сосудистой патологии у детей на долю врожденных пороков приходится 16-23 % случаев.

Смертность детей при ВПС, особенно детей раннего возраста, без лечения составляет 40-90 %. После года жизни смертность детей при ВПС уменьшается и, по данным ВОЗ, составляет 5 % (1976).

При рождаемости 1,2-1,3 млн. детей в год число больных с врожденными пороками сердца и сосудов составляет 27 тыс. При этом, 70-75 % из них диагностируются на первом году жизни [5]. Ежегодно на протяжении многих лет стабильно регистрируются впервые выявленные больные с врожденными пороками сердца и сосудов в подростковом периоде. Число таких больных превышает 5000 детей в год.

ВПС стабильно занимают второе место в структуре причин мертворождений и ранней неонатальной смертности, составляя 20 % и 31 %, соответственно [2].

Доказанным считается, что к возникновению ВПС у плода предрасполагают как генетические, так и неблагоприятные средовые факторы, воздействующие во внутриутробном периоде, особенно на 8-12 неделе гестации, когда происходит эмбриональная закладка сердечно-сосудистой системы [4].

Приоритет в формировании ВПС следует отдавать тератогенному влиянию некоторых инфекций (краснуха, цитомегаловирус, токсоплазмоз), лекарственных препаратов (препараты лития, антидепрессанты, антиконвульсанты) и алкоголя. Так, у женщин, перенесших краснуху в I триместре беременности, 70-80 % детей имеют пороки сердца. Частота ВПС плода при алкоголизме матери в 3 раза больше обычного. Особое место принадлежит сахарному диабету матери, наличие которого во время беременности повышает риск развития пороков сердца (особенно транспозиции больших сосудов, коарктации аорты, синдрома гипоплазии левого желудочка) в 4 раза. Эта вероятность велика у детей, родившихся от мате-

рей, которые принимали пероральные противодиабетические препараты или получали инсулинотерапию в I триместре беременности [4].

Цель работы — проанализировать случаи перинатальной смертности от врожденных пороков сердца, изучить распространенность и виды пороков, особенности течения беременности и родов у женщин, новорожденные которых в перинатальном периоде погибли от ВПС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт беременных, историй родов и развития новорожденных, протоколов патологоанатомических вскрытий и протоколов комиссий по разбору перинатальной смертности на материале родильных домов ЗПЦ г. Новокузнецка и г. Междуреченска за период с 1999 по 2005 гг.

Проанализировано 26 случаев перинатальной смертности (8 случаев из роддома МЛПУ ЗПЦ и 16 случаев из роддома МУЗ ЦГБ г. Междуреченска), где порок сердца был основным или фоновым состоянием, приведшим к перинатальной смертности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении структуры пороков выявлено, что ведущее место принадлежит порокам магистральных сосудов. Так, общий артериальный ствол встречался в 14 случаях (53,8 %), транспозиция магистральных сосудов — в 6 случаях (23,1 %), септальные дефекты (ДМПП, ДМЖП) — в 6 случаях (23,1%). В 4 случаях (15,4 %) были выявлены грубые сердечные мальформации (т.е., сочетание нескольких аномалий развития сердца). Из них, один случай 3-х камерного сердца в сочетании с общим артериальным стволом, второй случай 3-х камерного сердца (общий желудочек) в сочетании с дефектом межпредсердной перегородки и аплазией трикуспидального клапана. В двух оставшихся случаях отмечалось сочетание транспозиции магистральных сосудов с септальными дефектами.

Сочетание врожденного порока сердца с другими множественными экстракардиальными пороками отмечено в двух случаях (7,6 %) и было

представлено поликистозом почек, аплазией головного мозга, полидактилией, атрезией хоан и ануса.

В настоящее время доказано, что при выявленных хромосомных аномалиях частота ВПС у новорожденных возрастает в 5-10 раз. В 3-х случаях (11,5 %), по результатам нашего исследования, имело место рождение детей с фенотипом синдрома Дауна. Пороки сердца, сочетавшиеся с трисомией по 21 паре хромосом, были представлены 3-х камерным сердцем (отсутствие межпредсердной перегородки) и дефектами межжелудочковой перегородки.

О роли наследственности в формировании ВПС свидетельствует тот факт, что в семьях, где родители имеют врожденные заболевания сердца (особенно матери), вероятность возникновения аномалий сердца у детей равна 3-5 %. При пороках левой половины сердца у матери эта вероятность возрастает до 10-15 % [4].

В одном случае (3,8 %) из 26 был обнаружен наследственный генез ВПС у повторнородящей 35 лет, предыдущая беременность которой завершилась рождением мертвого ребенка с пороком сердца.

При изучении анамнеза беременных с перинатальными потерями от ВПС у детей, было выявлено следующее: средний возраст женщин составил $25,6 \pm 0,6$ лет. В браке состояли 25 женщин (96,1 %), одна женщина одинокая (3,8 %). У 18 женщин (69,2 %) выявлен отягощенный акушерский анамнез (аборты, выкидыши), практически каждая имела отягощенный гинекологический анамнез (воспалительные заболевания органов малого таза, эрозия шейки матки). Экстрагенитальные заболевания выявлены у 23,1 % беременных (6 случаев). Спектр соматической патологии в 4 случаях (66,7 %) был представлен диффузной гиперплазией щитовидной железы и в 2 случаях (33,3 %) вегето-сосудистой дистонией по гипертоническому типу. Треть беременных и каждый второй супруг имели никотиновую зависимость.

При изучении особенностей течения беременности выявлено, что первый триместр протекал с угрозой прерывания беременности у 16 женщин (61,5 %), с ранним токсикозом у 10 беременных (38,4 %). ОРВИ в первом триместре перенесли 4 женщины (15,3 %), в одном случае встречался бактериальный вагиноз и низкая плацентация (3,8 %).

Угроза прерывания во втором триместре беременности выявлена у 17 женщин (65,3 %). Носительство вируса простого герпеса и хламидиоз выявлены у 10 беременных (38,4 %), ЦМВи — у 7 (26,9 %), токсоплазмоз — у 2 женщин (7,6 %). На фоне хронической гипоксии внутриутробного плода беременность протекала у каждой второй женщины.

Ведущее осложнение третьего триместра представлено антенатальным дистрессом плода на фоне ХФПН. Дистресс выявлен у 18 беременных (69,2 %). Многоводие диагностировано у 8 беременных (30,7 %). Гестоз второй половины беременности был выявлен у 6 женщин (23,1 %).

Одним из методов диагностики врожденных пороков развития у плода в настоящее время является ультразвуковой метод диагностики. Тем не менее, проблемы ранней диагностики ВПС остаются актуальными, так как число врожденных пороков сердца остается по-прежнему высоким и имеется тенденция к увеличению их числа. Использование в группе беременных, не имеющих факторов риска, рутинного метода исследования сердечно-сосудистой системы у плода позволяет выявить пороки в 9,5-43,4 % [3]. Затруднения в диагностике ВПС могут быть обусловлены недостаточной квалификацией специалиста, использованием оборудования среднего класса, особенностями положения плода во время скринингового исследования, толщиной передней брюшной стенки беременной.

Ультразвуковым исследованием были охвачены все 26 женщин, дети которых имели ВПС. По результатам УЗИ, у двух женщин были диагностированы пороки сердца. На вскрытии в одном случае был выявлен общий артериальный ствол, в другом случае обнаружены дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок в сочетании со стенозом устья аорты.

Из ультразвуковых находок, являющихся маркерами врожденных пороков, были выявлены:

- единственная артерия пуповины (1 случай — 3,8 %);
- гиперэхогенное включение в полости левого желудочка (1 случай — 3,8 %);
- многоводие (11 случаев — 42,3 %);
- гепатомегалия (1 случай — 3,8 %).

У 15 женщин (57,6 %) была обнаружена преждевременная структуризация плаценты. В случае, где была выявлена единственная артерия пуповины, родился ребенок с фенотипом синдрома Дауна и трехкамерным сердцем по данным вскрытия.

Таким образом, выявляемость пороков по данным антенатальной эхокардиографии в нашем случае составила 7,6 %.

Родами через естественные родовые пути беременность завершилась у 18 женщин (69,2 %), в 8 случаях беременность пришлось завершить оперативным путем (30,7 %). Показаниями к оперативному родоразрешению явились интранатальный дистресс плода в сочетании с аномалиями родовой деятельности.

При анализе структуры перинатальной смертности обнаружено, что в 3 случаях (11,5 %) имела место антенатальная гибель плода, интранатально погибли 3 новорожденных (11,5 %), в



20 случаях (76,9 %) имела место ранняя неонатальная смертность. Пик ранней неонатальной смертности пришелся на 1-2 сутки жизни новорожденных.

При изучении факторов, усугубляющих имеющуюся врожденную патологию сердечно-сосудистой системы и участвующих в танатогенезе новорожденных, выявлено, что в 7 случаях состояние ребенка утяжеляла сопутствующая тяжелая асфиксия (35 %), в 2 случаях (10 %) – синдром мекониальной аспирации, в 1 случае (5 %) – недоношенность.

Причинами антенатальной (в 35-37 недель) и интранатальной гибели плодов с ВПС явилась внутриутробная асфиксия. В 50 % интранатальная гибель плодов была обусловлена тяжелой первичной фетоплацентарной недостаточностью и глубокой недоношенностью.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что первое место среди ВПС занимают пороки развития магистральных сосудов (общий артериальный ствол и транспозиция магистральных сосудов). Второе место по частоте встречаемости занимают дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородки.

Показатель выявляемости пороков по данным УЗИ составил 7,6 %, что несколько ниже литературных данных [3].

Основными факторами риска формирования ВПС у плода являются: воспалительные заболевания гениталий до беременности и во время нее, отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, аборт), осложненное течение беременности (угроза прерывания в I и II триместрах беременнос-

ти, хроническая первичная фетоплацентарная недостаточность в III триместре).

По данным УЗИ, прогностическое значение в диагностике врожденных пороков сердца в данной группе женщин имеют многоводие, преждевременная структуризация плаценты, единственная артерия пуповины и эхопозитивное включение в полостях сердца у плода.

Таким образом, проблема врожденных пороков сердца, их пренатальной диагностики стоит остро в свете снижения перинатальных потерь, младенческой смертности и ранней инвалидизации детского населения. Использование динамического ультразвукового исследования в сроки 2 скрининга, доплерометрии с цветным картированием позволит улучшить качество проводимой антенатальной диагностики пороков сердца и снизить перинатальные потери.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Врожденные пороки сердца /Сердечно-сосудистая хирургия //Под ред. Бураковского В.И. и Бокерия Л.А. – М., 1996. – С. 760-768.
2. Ковчур, П.И. Врожденные пороки развития плода и перинатальная смертность /П.И. Ковчур, Л.А. Самородинова, О.А. Удодова //Матер. III Всерос. науч.-практ. конф. – Петрозаводск, 2005. – С. 375-377.
3. Ларина, О.С. Сравнительная оценка выявляемости врожденных пороков сердца у плода в группах высокого риска и при скрининговом ультразвуковом исследовании беременных /О.С. Ларина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
4. Цыбульский Э.К., Цитко А.Л. Врожденные пороки сердца //В кн.: Шабалов Н.П. Неонатология. – М., 2004. – С. 273-300.
5. Школьников, М.А. Заболеваемость, смертность и структура сердечно-сосудистой патологии у детей Российской Федерации /М.А. Школьников, Г.Г. Осокина, И.В. Абдулатипова //Рос. мед. журн. – 2003. – № 6. – С. 3-6.

ЯВОРСКАЯ С.Д., ФАДЕЕВА Н.И.

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С БЕСПЛОДИЕМ И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

В настоящее время в России наблюдается прогрессивное снижение рождаемости на фоне повышения числа бездетных браков, что привело к коренному изменению в структуре оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста [2].

Ранее большая часть проблем репродуктивного периода женщины была связана с вынашиванием беременности и осложнениями течения родов. В настоящее время на первое место выходят проблемы, связанные с нарушением фертильности супружеской пары. По данным многих исследователей, частота бесплодного брака в России составляет 15-17 % и имеет тенденцию к росту [1, 2]. В структуре женского бесплодия эндокринные формы составляют 29-43 % [3].

Одной из наиболее частых форм гормонального бесплодия является гиперпролактинемия. Частота этой патологии в популяции составляет 0,5 %. Повышенный уровень пролактина наблюдается, в среднем у каждой пятой пациентки, а в структуре эндокринных форм бесплодия занимает лидирующее место — 40 % [1].

Последние десятилетия характеризовались появлением эффективных методов диагностики и терапии синдрома гиперпролактинемии (ГПРЛ) [1, 3]. В связи с этим, в настоящее время увеличилось число женщин, у которых беременность наступила на фоне лечения антипролактиновыми препаратами.

Как известно, основным критерием оценки эффективности лечения бесплодного брака является не столько частота наступления беременности, как ее исход — состояние здоровья родившегося ребенка. Сведения о детях, рожденных от матерей, леченных по поводу эндокринного бесплодия, в том числе обусловленного гиперпролактинемией, малочисленны и весьма противоречивы. Практически отсутствуют работы, посвященные оценке состояния здоровья потомства этих матерей в отдаленном будущем.

Цель исследования — оценить состояние здоровья детей, рожденных от матерей с бесплодием и гиперпролактинемией, в раннем неонатальном периоде и в детстве.

Проведено комплексное обследование 102 детей в раннем неонатальном периоде. Основную группу составили 52 ребенка, родившихся у матерей с бесплодием и ГПРЛ в анамнезе. В контрольную группу вошли 50 новорожденных от здоровых матерей.

Катамнестически было оценено развитие и состояние соматического здоровья 36 детей основной группы и 23 детей группы контроля.

Средний возраст матерей детей основной и контрольной групп не различался, и составлял $25 \pm 0,6$ и $25 \pm 0,7$ лет. Средняя длительность бесплодия у женщин основной группы составила $4,1 \pm 0,3$ года. Гиперпролактинемия, обусловленная микроаденомой гипофиза, диагностирована в 23,9 % случаев. У остальных матерей детей основной группы она была расценена как функциональная.

Большинство женщин основной и контрольной групп были первородящими. Первобеременные достоверно чаще встречались в группе контроля.

Экстрагенитальные заболевания, преимущественно эндокринные и сердечно-сосудистые, достоверно чаще выявлялись у пациенток основной группы.

В первом и втором триместрах беременности ведущим осложнением была угроза прерывания, которая наблюдалась в 44,6 % случаев у матерей основной группы и в 34 % случаев у матерей контрольной. Наиболее частым осложнением третьего триместра беременности у женщин группы сравнения явился гестоз второй половины. Частота выявления гестоза в группах сравнения была идентичной, но его тяжелые формы встречались только у пациенток основной группы.

Все женщины, беременность у которых осложнилась поздним гестозом средней или тяжелой степени тяжести, имели сочетанную эндокринную патологию: нейроэндокринный синдром, субклинический гипотиреоз, гиперандрогению надпочечникового генеза.

Роды через естественные родовые пути в основной группе произошли в 53,8 % случаев, в контрольной — в 80 % случаев. Основными показателями к оперативному родоразрешению явились: возраст матери, отягощенные акушерский и гинекологический анамнезы и наличие тяжелой степени гестоза.

Наиболее частым осложнением родов у матерей в группах сравнения было несвоевременное излитие околоплодных вод, которое в два раза чаще встречалось у женщин контрольной группы. Аномалии сократительной деятельности матки отмечались в группах сравнения одинаково часто, но патологический прелиминарный период в два раза чаще был отмечен в основной группе, а стремительные роды достоверно чаще зарегистрированы в контрольной группе.

Большая часть новорожденных родились доношенными: 84,3 % в основной группе и 90 % в контрольной. Перенесенные дети зарегистрированы только в контрольной группе, в 4 % случаев.

Половой состав в группах сравнения был практически идентичен. Средняя масса детей в группах сравнения достоверно не различалась, но новорожденные основной группы достоверно чаще имели признаки гипотрофии (в 19,8 % случаев против 8 %).

Оценка по шкале Апгар, проведенная на первой и пятой минутах от рождения, свидетельствует, что исход родов для детей женщин с бесплодием и гиперпролактинемией в анамнезе даже лучше, чем для детей контрольной группы. Количество новорожденных, родившихся без признаков асфиксии, в основной группе было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе.

Частота натальных спинальных и краниоспинальных травм, морфологическая незрелость новорожденных и наличие аномалий развития встречались во всех группах сравнения с одинаковой частотой. Большие аномалии развития (врожденные пороки сердца) определены по одному случаю в каждой группе. Малые аномалии развития (дисплазия тазобедренных суставов, крипторхизм, гемангиомы) имели место у 4 детей (7,7 %) основной группы и у 5 детей (10 %) контрольной.

Во всех группах диагностирована высокая частота перинатального поражения ЦНС. Достоверно чаще данная патология встречалась у новорожденных контрольной группы (64 %), по сравнению с основной (36,5 %). Перинатальные поражения ЦНС тяжелой степени в 2,4 раза реже выявлялись в основной группе, по сравнению с контрольной.

Из-за различных осложнений раннего неонатального периода на второй этап выхаживания были переведены 12 новорожденных (23 %) основной и 12 новорожденных (24 %) контрольной группы.

Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей групп сравнения, которые при выписке из родильного дома не требовали наблюдения невропатолога, продолжалось в течение 3-7 лет. К первому месяцу жизни 7 детей основной группы (19,4 %) и 5 детей группы контроля (20,8 %) состояли на учете у невропатолога.

К одному году только у двух детей основной и трех детей группы сравнения отмечалась задержка психомоторного развития. Задержка речевого развития в три года отмечена у двух детей основной группы и у пяти детей группы контроля. Наиболее частыми заболеваниями до 5 лет, как в основной, так и в контрольной группах, явились ОРВИ и экссудативный диатез, причем в контрольной группе их частота была значительно

выше. Данный факт можно объяснить тем, что в 83,3 % случаев дети основной группы воспитывались в домашних условиях, тогда как в группе контроля таких детей было в два раза меньше. Нахождение детей вне больших коллективов способствовало снижению показателей не только простудных и вирусных, но и соматических заболеваний.

При обследовании детей групп сравнения перед поступлением в школу, т.е. в возрасте 7 лет, было отмечено, что развитие большинства детей основной (93,4 %) и контрольной (90 %) групп было среднегармоничным. Интересен тот факт, что в физическом и психическом развитии дети основной группы не только не отставали от своих сверстников группы контроля, но и, в ряде случаев, значительно их опережали.

Таким образом, полученные нами результаты показывают, что исходно повышенный уровень пролактина у матери и прием антипролактиновых препаратов не оказывают отрицательного влияния на течение беременности и родов. Более частое оперативное родоразрешение этих пациенток обосновано их отягощенным гинекологическим анамнезом и фоновыми экстрагенитальными заболеваниями. Дети, родившиеся от матерей с бесплодием и ГПРЛ, в большинстве случаев имеют удовлетворительную оценку при рождении, и по состоянию в неонатальном периоде не отличаются от детей, рожденных исходно фертильными матерями. В периоде детства у детей в группах сравнения идентично часто отмечается среднегармоничное развитие.

Накопленного материала для подведения окончательных итогов о состоянии здоровья детей, разных возрастных групп, рожденных от матерей с бесплодием и ГПРЛ в анамнезе, еще недостаточно. Остаются неизученными вопросы становления пубертата у этих детей, особенности течения которого играют не последнюю роль в становлении репродуктивного здоровья в будущем. Все вышесказанное диктует необходимость дальнейшего наблюдения за развитием и состоянием здоровья детей, родившихся от матерей, получавших лечение по поводу бесплодия, обусловленного ГПРЛ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жукова, Э.В. Беременность, роды и перинатальные исходы у больных с синдромом гиперпролактинемии /Жукова Э.В., Кирюченко А.П., Мельниченко Г.А. и др. //Акуш. и гинекол. – 2002. – № 3. – С. 11-16.
2. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России /Кулаков В.И. //Акуш. и гинекол. – 2002. – № 2. – С. 4-7.
3. Петрова, И.А. Состояние здоровья детей, родившихся у матерей с эндокринным бесплодием /И.А. Петрова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 21 с.

БАБАЯНЦ Е.В., ВОЙЦИЦКИЙ В.Е., КРАСИЛЬНИКОВ С.Э., ЮКЛЯЕВА Н.В.
Новосибирский областной онкологический диспансер,
г. Новосибирск

РЕАКЦИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НА ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ

Актуальной проблемой в онкологической практике является определение показаний к проведению оперативного лечения в объеме экстирпации матки по Бохману при раке тела матки.

Как известно, лимфатическая система осуществляет функцию барьера, препятствующего проникновению в кровь опухолевых клеток, и играет важную роль в их уничтожении.

Основной задачей клинической лимфологии является разработка новых методов диагностики, профилактики и лечения заболевания лимфатической системы, а также лечения других заболеваний путем воздействия на лимфатическую систему (Бородин Ю.И., 1996).

По данным Ульяновой Т.Н. (1981), в процессе развития изменений в регионарных к опухоли лимфатических узлах можно проследить две фазы. Первой фазе соответствуют изменения, когда в ткани лимфатического узла происходит постепенное нарастание гиперпластических процессов лимфоидной ткани, а также пролиферация ретикулярных клеток коркового слоя и мягкотных тяжей. Клеточные изменения лимфатических узлов в эти сроки сходны с изменениями, которые характеризуют процесс иммуногенеза при антигенной стимуляции. В более поздние сроки изменения характеризуются постепенным угасанием гиперпластических и пролиферативных процессов и нарастанием атрофии лимфатического узла. Корковый слой истончается, лимфоидные фолликулы отсутствуют, от них остаются лишь группы разрозненно расположенных лимфоцитов.

С развитием атрофии, в лимфатических узлах происходит разрастание соединительной ткани, преимущественно очагового характера (Винницкая В.К., 1983). Вероятно, изучение реакции лимфатического узла как «гомеостатирующей структуры для внутренней среды организма» (Бородин Ю.И., 1986), органа, в котором формируется иммунный ответ, а также как «биологического фильтра» на пути распространения продуктов метаболизма опухоли и метастазов, поможет более подробно понять механизмы предполагаемого противоопухолевого ответа.

Метастазирование при раке тела матки характеризуется снижением защитной функции лимфатических узлов (Бохман Я.В., 1989; Вишневская Е.Е., 1994; Гилязудинова З.Ш., Михайлов М.К., 2000). В лимфатических узлах с обширным распространением метастаза в синусы и

лимфоидную ткань дать оценку морфологическим изменениям не представляется возможным. По мере роста метастаза, ткань лимфатического узла замещается опухолевыми клетками, в этих узлах начинают преобладать дегенеративно-некробиотические изменения (Бурлак З.Ф., 1967).

Учитывая роль регионарных лимфатических узлов и иммунокомпетентных клеток в развитии онкологического процесса, важно определить характер структурных изменений лимфатического узла, частоту метастатического поражения различных групп лимфатических узлов.

Лимфоотток от тела матки достаточно сложен. Важным моментом является то, что регионарными для тела матки являются не только тазовые, но и поясничные (парааортальные и паракавальные) лимфатические узлы. Некоторые авторы склоняются к тому, что для оценки состояния лимфатических узлов при раке тела матки достаточно проводить селективную лимфаденэктомию (Burke T.W., Eifel P.J., Muggia F.M., 2001). Тотальная лимфаденэктомия, по-видимому, необязательна, так как большинство больных подвергаются послеоперационному облучению (Maggino T. et al., 1998). Есть мнение о том, что всем больным раком тела матки следует выполнять тотальную тазовую лимфаденэктомию, поскольку это улучшает выживаемость.

Данная проблема рассматривается только с клинической точки зрения. Учитывается распространенность опухолевого процесса, инвазия в миометрий, условия для выполнения оперативного вмешательства. Возможно, необходимо рассмотреть данную проблему под другим углом, оценить реакцию регионарных лимфатических узлов и иммунокомпетентных клеток при раке тела матки.

Необходимо определить грань, когда следует проводить лимфаденэктомию с целью предотвращения регионарного метастазирования, а когда не следует выключать регионарные лимфатические узлы из противоопухолевого ответа.

В гинекологическом отделении Новосибирского онкологического диспансера в течение 5 лет проводится исследование проблемы рака тела матки, реакции лимфатической системы на опухолевый процесс. В исследование включены 140 оперативных вмешательств в объеме операций Бохмана при раке тела матки, специальному исследованию подвергнуты все удаленные лимфатические узлы.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Бородин, Ю.И. Лимфология как наука: некоторые итоги и перспективы /Бородин Ю.И. //Проблемы клинической и экспериментальной лимфологии: Матер. междунар. конф. – Новосибирск, 1996. – С. 31-42.
2. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии /Бохман Я.В. – Л., 1989. – 464 с.
3. Бурлак, З.Ф. Морфологические изменения регионарных лимфоузлов в ранних стадиях рака шейки матки /З.Ф. Бурлак: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Днепропетровск, 1967. – 16 с.
4. Винницкая, В.К. Пути лимфогенного метастазирования и реактивность лимфатических узлов при раке шейки матки /В.К. Винницкая: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1967. – 21 с.
5. Вишневская, Е.Е. Справочник по онкогинекологии /Вишневская Е.Е. – Минск, 1994.
6. Гилязутдинова, З.Ш. Онкогинекология: Руков. для врачей. /Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. – М., 2000. – 383 с.
7. Ульянова, Т.Н. Морфологические изменения лимфатических узлов при развитии опухолевого процесса в эксперименте /Т.Н. Ульянова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1971. – 19 с.
8. Burke, T.W. Cancer of the Uterine Body// Cancer: Principles and Practice of Oncology (6th ed.) /Burke T.W., Eifel P.J., Muggia F.M. – Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
9. An analysis of approaches to the management of eudiometrial cancer in North America: a CTF study /Maggino T. et al. //Genec. Oncol. – 1998. – Vol. 68. – P. 274-279.



БАЖЕНОВА Л.Г., ЗОРИНА В.Н.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

СОДЕРЖАНИЕ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ АЛЬФА-2-МАКРО-ГЛОБУЛИНА С ПЛАЗМИНОМ И ИММУНОГЛОБУЛИНОМ G ПРИ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ И ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

Альфа-2-макроглобулин (МГ) — полифункциональный регулятор жидких сред организма [1, 3]. Данный белок является ингибитором различных гидролаз, обладает выраженными иммунорегуляторными свойствами, реализуемыми как за счет свойств самого белка, так и посредством транспорта цитокинов, факторов роста и некроза, активаторов, ингибиторов и даже отдельных генов в клетки-мишени [2, 4]. В этой связи, целесообразным представляется изучение не общего пула белка при различных патологиях, а изучение отдельных, узкоспециализированных комплексов МГ с различными биологически активными субстанциями.

Целью данной работы было изучение концентраций иммунокомплексов, состоящих из МГ с двумя принципиально разными белками — плазмином (ПЛ) и иммуноглобулином класса G (IgG) при различных опухолеподобных и опухолевых новообразованиях яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 115 больных в возрасте от 17 до 74 лет. Из них 35 больных, имеющих ретенционные кисты яичников, развившихся на фоне хронического воспалительного процесса в придатках матки, 49 пациенток с серозными доброкачественными опухолями яичников и 31 больная раком яичников I стадии заболевания ($T_1N_0M_0$).

Концентрации МГ-ПЛ и МГ-IgG были исследованы методом твердофазного иммуноферментного анализа в сыворотке крови, перитонеальной жидкости и кистозном содержимом ретенционных образований и опухолей яичников. Забор материала производился интраоперационно. Удаленные макропрепараты подвергались гистологическому исследованию. Стадия ракового процесса устанавливалась согласно классификации TNM.

Статистическая обработка полученных результатов производилась при использовании пакета прикладных программ InStat.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Концентрация иммунокомплекса МГ-IgG была самой высокой в сыворотке крови (табл.). При этом содержание данного комплекса у больных было достоверно повышено, по сравнению с та-

ковым у здоровых женщин, вне зависимости от установленного диагноза. У больных раком яичников сывороточный уровень МГ-IgG был наибольшим. Та же тенденция наблюдалась и при изучении концентрации данного комплекса в перитонеальной жидкости и в содержимом кистозных полостей. Наиболее высокие концентрации иммунных комплексов зарегистрированы при раке яичников, а самые низкие — при ретенционных кистах.

Интересно отметить, что у больных с ретенционными кистами яичников концентрация МГ-IgG в перитонеальной жидкости была на 28 %, а в содержимом кисты — на 55 % меньше, чем в сыворотке крови. При доброкачественных серозных опухолях яичников уровень комплексов в перитонеальной жидкости был на 19 %, а в содержимом опухоли — на 30 % меньше, чем в сыворотке крови. Наконец, у больных раком яичников содержание иммунных комплексов МГ-IgG в асцитической жидкости превышало его уровень в сыворотке крови на 5 %, а в кистозном содержимом — на 0,6 %.

Несколько другие закономерности получены при анализе содержания иммунокомплекса МГ-ПЛ в биологических жидкостях обследуемых больных. Самая высокая концентрация иммунного комплекса наблюдалась в перитонеальной жидкости при доброкачественных заболеваниях яичников и в кистозном содержимом при раке. При ретенционных кистах уровень комплекса МГ-ПЛ в перитонеальной жидкости на 35 % превышал его содержание в сыворотке крови и на 22 % — в содержимом кист. При цистаденоме яичника концентрация комплекса в перитонеальной жидкости на 19 % превышала его сывороточную концентрацию и на 38 % — в кистозном содержимом опухоли. При раке яичника средние концентрации иммунного комплекса МГ-ПЛ в кистозном содержимом опухоли на 24 % превышали его сывороточный уровень и на 92 % — содержание в асцитической жидкости.

Полученным результатам можно дать следующее объяснение. Образование комплексов МГ-IgG является, скорее всего, следствием повреждения молекулы МГ продуктами распада пограничных с растущей опухолью тканей либо супероксидными анионами, образующимися при развитии ло-



Таблица
Содержание α-2-макроглобулина (МГ) и его иммунных комплексов с плазмином (МГ-ПЛ) и IgG (МГ-IgG) при ретенционных кистах, доброкачественных серозных опухолях и раке яичников

Диагноз	Исследуемая жидкость	Исследуемые показатели		
		МГ (г/л)	МГ-ПЛ (г/л)	МГ-IgG (г/л)
Ретенционная киста	Сыворотка крови (n = 35)	2,11 ± 0,13	2,43 ± 0,3	1,58 ± 0,1
	Перитонеальная жидкость (n = 18)	0,58 ± 0,05	3,27 ± 0,42 (n = 16) P = 0,0107	1,13 ± 0,15 P = 0,0427
	Кистозное содержимое опухоли (n = 16)	0,31 ± 0,05	2,67 ± 0,5 (n = 13)	0,71 ± 0,14 P = 0,0069
Серозная цистаденома	Сыворотка крови (n = 49)	2,28 ± 0,1	2,31 ± 0,42 (n = 27)	1,6 ± 0,1 (n = 43)
	Перитонеальная жидкость (n = 26)	0,44 ± 0,04	2,75 ± 0,42 (n = 23)	1,3 ± 0,22 (n = 20)
	Кистозное содержимое опухоли (n = 23)	0,26 ± 0,09	2,0 ± 0,35	1,12 ± 0,17
Цистаденокарцинома	Сыворотка крови (n = 31)	1,88 ± 0,1	2,95 ± 0,43 (n = 17)	1,72 ± 0,33 (n = 17)
	Перитонеальная жидкость (n = 20)	0,58 ± 0,09	1,91 ± 0,3	1,81 ± 0,31 (n = 14)
	Кистозное содержимое опухоли (n = 11)	0,26 ± 0,12	3,67 ± 1,13	1,8 ± 0,4

Примечание: P - достоверность различий концентраций иммунных комплексов с их содержанием при раке яичников.

кального воспаления в зоне поражения [5]. Вероятнее всего, поврежденный МГ расценивается как «чужеродный» клетками иммунной системы и связывается антителами для утилизации данной, условно «чужеродной», молекулы. Поврежденная молекула МГ обладает сниженным сродством к специфическим рецепторам [6], поэтому данные комплексы могут накапливаться в циркуляции. При этом степень поражения окружающих опухоль тканей и, следовательно, количество поврежденных и задержавшихся в циркуляции комплексов зависит, вероятнее всего, от «агрессивности» и темпов роста образования.

Данное предположение подтверждается выявленными нами высокими уровнями МГ-IgG в сыворотке крови и перитонеальной жидкости именно при раке. В то же время, злокачественная опухоль нуждается в факторах роста, которые транспортируются исключительно МГ, и для этого экспрессирует гораздо большее количество рецепторов к МГ на своей поверхности [2], по сравнению со здоровыми тканями. По всей видимости, именно этим феноменом можно объяснить тот факт, что уровень МГ-IgG в кистозном содержимом опухоли при цистаденокарциноме яичника даже превышает на 5 % уровень данных комплексов в сыворотке крови. Стало быть, даже несмотря на сниженное сродство к рецепторам, поврежденный МГ активно поглощается злокачественными клетками.

Данная теория подтверждается и тенденциями, полученными при анализе содержания комплексов МГ-ПЛ при изучаемых заболеваниях яичников. Ранее было установлено, что повыше-

ние концентрации комплексов МГ-ПЛ наблюдается как при «чистом» воспалении, так и при деструктивных аутоиммунных процессах [7]. Мы полагаем, что при повреждении и гибели клеток микроокружения растущей опухоли, протеиназы и, в частности, плазмин выбрасываются в циркуляцию, где их связывает МГ, и количество образованных комплексов тем больше, чем активнее идет разрушение тканей, окружающих новообразование.

Иммунные комплексы МГ-ПЛ в сыворотке крови были сопоставимы у всех обследованных больных, независимо от патологического процесса в яичниках. Наличие ретенционных кист яичников на фоне хронического воспалительного процесса придатков матки сопровождалось наиболее высокими концентрациями иммунных комплексов МГ-ПЛ в среде, окружающей опухолевидное образование (в перитонеальной жидкости). На наш взгляд, это результат защитного механизма, направленного на связывание протеиназ, что предотвращает повреждающее действие протеиназ на окружающие ткани. Самые низкие концентрации иммунных комплексов МГ-ПЛ в содержимом ретенционных кист только подтверждает низкую протеолитическую активность кистозного содержимого при хроническом воспалительном процессе в ткани яичников.

Доброкачественный пролиферативный процесс, согласно нашим данным, уравнивает концентрации иммунокомплексов в опухоли и окружающей ее среде. Это может быть связано, с одной стороны, с активацией протеолитической активности при развитии пролиферативного процесса в



ткани яичника, и, с другой стороны, возможным поглощением МГ из перитонеальной жидкости растущей опухолью. Развитие злокачественного пролиферативного процесса в яичниках приводило к достоверному повышению комплексов внутри опухоли и снижению их концентрации в среде, окружающей опухоль.

По нашему мнению, данный феномен может быть объяснен только одним: активно растущая агрессивная цистаденокарцинома интенсивно поглощает необходимый ей для роста МГ, ведь именно его комплексы с протеиназами способны транспортировать большинство факторов роста [1, 4]. Злокачественная опухоль активно «высасывает» комплексы МГ-ПЛ из микроокружения и перитонеальной жидкости, что объясняет самую низкую концентрацию комплексов в асцитической жидкости.

Обобщая выше сказанное, можно утверждать, что концентрация комплексов МГ-ПЛ и МГ-IgG в биологических жидкостях различается в зависимости от типа опухолевого образования. Для ретенционных кист яичников характерны наименьшие уровни комплексов в сыворотке крови и менее выраженное поглощение комплексов опухолью. Напротив, для рака яичников характерны наиболее низкие концентрации комплексов в перитонеальной жидкости и высокие, иногда даже превышающие сывороточные уровни, концентрации комплексов в содержимом злокачественной опухоли.

Мы считаем, что обнаруженные тенденции могут быть использованы в качестве дополнительных диагностических, либо прогностических, критериев развития кистозных опухолеподобных поражений, доброкачественных и злокачественных серозных опухолей яичников.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Универсальный регулятор – α -2-макроглобулин (обзор литературы) /Зорин Н.А., Зорина В.Н., Зорина Р.М., Левченко В.Г. //Клин. лаб. диагн. – 2004. – № 11. – С. 18-22.
2. Зорин, Р.А. Роль альфа-2-макроглобулина при онкологических заболеваниях (обзор) /Зорин Р.А., Зорина В.Н., Зорина Р.М. //Вопр. онкол. – 2004. – Т. 50, № 5. – С. 515-519.
3. Armstrong, P.B. Alpha-2-macroglobulin: an evolutionarily conserved arm of the innate immune system /Armstrong P.B., Quigley J.P. //Dev. Comp. Immunol. – 1999. – V. 23. – P. 375-390.
4. Birkenmeier, G. Targetting the proteinase inhibitor and immune modulatory function of human alpha 2-macroglobulin /Birkenmeier G. //Mod. Asp. Immunobiol. – 2001. – V. 2. – P. 32-36.
5. Singlet oxygen ((1)O₂) inactivates plasmatc free and complexed alpha 2-macroglobulin /Stief T.W., Kropf J., Kretschmer V.et al. //Thromb. Res. – 2000. – V. 98. – P. 541-547.
6. Wu, S.M. Alpha(2)-Macroglobulin from rheumatoid arthritis synovial fluid: functional analysis defines a role for oxidation in inflammation /Wu S.M., Pizzo S.V. //Arch. Biochem. Biophys. – 2001. – V. 391. – P. 119-126.
7. Wu, S.M. Mechanism of hypochlorite-mediated inactivation of proteinase inhibition by alpha 2-macroglobulin /Wu S.M., Pizzo S.V. //Biochem. – 1999. – V. 38. – P. 13983-13990.

БАЖЕНОВА Л.Г., ШРАМКО С.В., ЗОРИНА В.Н., ПОКАЧАЛОВА М.В.,
ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., ЧИЖИКОВА О.Е., КРАЮШКИНА Н.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк*

БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ (α_2 -МАКРОГЛОБУЛИН И IGG) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ И ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

Любая форма повреждения или нарушения тканевой целостности в ответ на инфекцию, иммунологическую реакцию или растущую опухоль всегда вызывает реакцию белков острой фазы [2]. Реактанты острой фазы представляют собой группу из нескольких десятков различных в биохимическом и функциональном плане белков. Роль белков острой фазы (БОФ) в организме весьма разнообразна. Они могут регулировать иммунный ответ, функционировать как медиаторы или ингибиторы воспаления, выполнять транспортную функцию для продуктов метаболитов воспалительного процесса, а также играть важную роль в репарации тканей.

Некоторые БОФ проявляют антипротеолитическую активность и могут блокировать миграцию клеток в просвет кровеносных сосудов, предотвращая, таким образом, распространение генерализованной инфекции [3]. Потеря контроля над этим процессом, то есть неконтролируемая острофазная реакция, в результате оборачивается патологическими последствиями, в частности, септическим шоком [4, 5].

Макроглобулины отличаются способностью связывать практически все известные протеиназы без блокирования их активного центра [6]. Уникальная способность МГ конформационно изменяться при связывании протеиназ, а также способность экспрессировать ранее недоступные эпитопы после связывания с протеиназами, позволяют МГ осуществлять самые разнообразные и, зачастую, противоположные функции за счет присоединения к своим неопитомам различных биологически активных веществ (гормонов, цитокинов, факторов роста и т.д.). Наряду с этим, модифицированный МГ способен стимулировать антителогенез [7]. Все это дает основание считать, что МГ является одним из важнейших регуляторов межклеточных взаимодействий при любых патологических процессах в организме, сопровождающихся выбросом гидролаз в межклеточное пространство.

Усиление активности БОФ наблюдается при некоторых хронических заболеваниях, включая ревматоидный артрит и хронические инфекции. Опухолевые процессы также ассоциированы с острофазной реакцией. Следовательно, по спек-

тру БОФ невозможно провести дифференциальную диагностику этих патологий. Вместе с тем, тип и степень клеточных активностей во многом зависит от комбинации, дозы и последовательности действия тех или иных реактантов.

Понимание ключевых вопросов функционирования этих медиаторов клеточного и гуморального ответов необходимо, в конечном счете, для управления такими патологическими процессами, как воспаление, аутоиммунные заболевания и неопластические процессы.

Целью исследования явилось установление зависимости содержания ингибитора протеиназ (МГ) и иммуноглобулина G в сыворотке крови больных с опухолеподобными поражениями придатков матки, доброкачественными и злокачественными опухолями яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 196 женщин с заболеваниями придатков матки. Из них, 34 пациентки с воспалительными опухолеподобными поражениями придатков матки без гнойно-некротической деструкции ткани яичника; 47 больных с наличием гнойно-некротической деструкции ткани яичника; 35 пациенток с ретенционными кистами яичников, 49 больных с серозными цистаденомами и 31 больная раком яичников I стадии. Контрольную группу составили 54 здоровые женщины репродуктивного периода, не принимавшие препараты половых стероидов. Общее число обследованных составило 250 человек.

Исследовались образцы сыворотки крови у всех больных перед операцией. Операционный материал подвергался гистологическому исследованию. Стадию ракового процесса устанавливали по классификации TNM.

Концентрация МГ в сыворотке крови определялась ракетным иммуноэлектрофорезом с использованием моноспецифической антисыворотки [1]. Содержание IgG оценивалось по методу Манчини с использованием кроличьей антисыворотки.

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием пакета прикладных программ медико-биологической статистики InStat 2,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты наших исследований установили неоднозначную реакцию острофазных белков (МГ и IgG) при развитии воспалительных и пролиферативных процессов в придатках матки (табл.). Установлено достоверное повышение уровня сывороточного пула МГ только при воспалительных опухолеподобных поражениях придатков матки, которые не сопровождались наличием гнойно-некротической деструкции ткани яичников.

Таблица

Содержание альфа-2-макроглобулина (МГ), IgG в сыворотке крови больных

Диагноз обследованных больных	Содержание белков в сыворотке крови	
	МГ (г/л)	IgG (г/л)
Воспалительное опухолеподобное поражение придатков матки (без гнойно-некротической деструкции яичника)	2,75 ± 0,18 n = 30 p1 < 0,0001	9,97 ± 0,54 n = 34 p1 < 0,0001 p3 = 0,0025 p4 = 0,0317
Воспалительное опухолеподобное поражение придатков матки (с гнойно-некротической деструкцией яичника)	2,0 ± 0,1 n = 47 p5 = 0,0002	10,24 ± 0,43 n = 47 p1 < 0,0001 p3 = 0,0019 p4 = 0,0254
Ретенционная киста яичника	2,11 ± 0,13 n = 35 p5 = 0,0046	11,75 ± 0,8 n = 35
Цистаденома яичника	2,28 ± 0,1 n = 49 p1 = 0,009 p5 = 0,0156	12,62 ± 0,6 n = 49 p5 = 0,0025
Цистаденокарцинома яичника (T ₁ N ₀ M ₀)	1,88 ± 0,1 n = 31 p5 < 0,0001	10,08 ± 0,98 n = 18 p1 = 0,029 p3 = 0,0314
Контроль	1,96 ± 0,07 n = 54	12,23 ± 0,24 n = 54

Примечание: p1 - достоверность различий с контролем;
p2 - достоверность различий по сравнению с содержанием белков в сыворотке крови у больных с ретенционными кистами яичников;
p3 - достоверность различий в сравнении с содержанием белков в сыворотке крови у больных с цистаденомой яичников;
p4 - достоверность различий в сравнении с содержанием белков в сыворотке крови у больных раком яичников;
p5 - достоверность различий в сравнении с содержанием белков в сыворотке крови у больных с воспалительными опухолеподобными поражениями придатков матки без гнойно-некротической деструкции яичников.

При этом выявлена прямая корреляционная зависимость между общими сывороточными уровнями МГ и IgG (p = 0,032; r = 0,619).

Сывороточная концентрация IgG имела следующую закономерность. Наличие опухолеподобно-

го воспалительного процесса в придатках матки сопровождалось статистически значимым снижением уровня белка, по сравнению с контролем. Проллиферативный же процесс не однозначно влиял на его уровень. При доброкачественном пролиферативном процессе сывороточный уровень IgG не отличался от контрольных значений, тогда как злокачественная трансформация опухоли яичника приводила к статистически значимому снижению сывороточного пула IgG, по сравнению с его уровнем при доброкачественных опухолях яичников и контролем.

ОБСУЖДЕНИЕ

По логике вещей, любая воспалительная реакция, которая сопровождается избытком свободных радикалов, протеиназ и других биологически активных субстанций, создает условия для расходования МГ. Вместе с тем, нами установлено повышение уровня МГ в острую фазу осложненного гнойно-воспалительного процесса в придатках матки.

Объяснением этому факту может быть, с одной стороны, возможность его активного синтеза в острую фазу распространенного воспалительного процесса, индуцированного IL-6, являющегося основным медиатором острофазной реакции. Вместе с тем, установленное при острой воспалительной реакции повышение МГ на фоне достоверного снижения уровня IgG исключает причинную связь повышения уровня МГ с активацией его синтеза, поскольку МГ является индуктором антителогенеза.

Стало быть, блокада синтеза IgG может быть связана с блокадой синтеза МГ в острую фазу воспаления. А установленный факт накопления МГ фактически происходит за счет нарушения его утилизации, обусловленной снижением экспрессии LRP-рецепторов за счет интоксикации, сопровождающей осложненные формы воспалительных процессов придатков матки.

Наряду с этим, допустим и другой механизм: структурные повреждения молекул МГ, создающие препятствия к связыванию его с протеиназами и другими биологически активными субстанциями, и, как следствие, неспособность к активации антителогенеза. В этом случае рост уровня «дефектного» МГ может нести риск угрозы развития системной воспалительной реакции, что реально существует при осложненных формах воспалительных заболеваний придатков матки.

Наличие злокачественной трансформации опухоли сопровождалось достоверным снижением сывороточных пулов МГ и IgG. При этом доброкачественный пролиферативный процесс в яичниках не отражался на сывороточных концентрациях острофазных белков.

Известно, что опухолевый процесс провоцирует синтез МГ, столь необходимого опухоли для



ее роста. МГ способен транспортировать и доставлять растущей опухоли факторы роста и регуляторные субстанции через экспрессированные на опухолевых клетках LRP-рецепторы. В большей степени LRP-рецепторы экспрессируют злокачественно трансформированные клетки опухоли в зоне роста.

Таким образом, обнаруженное нами снижение сывороточного пула МГ может быть вызвано усиленной утилизацией МГ через LRP-рецепторы растущей опухолью.

Вместе с тем, организм стремится избавиться от опухоли за счет активации антителогенеза, который индуцируется тем же МГ. Недостаток последнего приводит к неадекватности антителогенеза и, как следствие, к дальнейшему прогрессированию опухолевого процесса. Таким образом, установленное нами снижение сывороточных пулов МГ и IgG при раке яичников не противоречит известным механизмам подчинения защитных иммунных и метаболических реакций организма в ответ на опухолевый процесс интересам, прежде всего, самой растущей опухоли.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белки плазмы и сыворотки крови доноров /Зорин Н.А., Жабин С.Г., Лыкова О.Ф. и соавт. //Клин. лаб. диагн. – 1992. – № 9-10. – С. 13-15.
2. Acute phase proteins and the acute phase response /Pepys M.B. (edt.) – Sprindler, Heidelberg, 1989.
3. Role of cytokines and growth factors in the induced synthesis of proteinase inhibitors belonging to acute phase proteins /Koj A., Rokita H., Kordula T. et al. //Biomed. Biochim. Acta. – 1991. – V. 50(4-6). – P. 421-425.
4. Koj, A. Definition and classification of acute phase proteins /In Gordon A.H. Koj A. (edt) The acute phase response to injury and infection. – Amsterdam, 1985. – P. 139-232.
5. Patterns of cytokines, plasma endotoxin, plasminogen activator inhibitor, and acute-phase proteins during the treatment of severe sepsis in humans /Dofferhoff A.S., Bom V.J., de Vries-Hospers H.G. et al. //Crit. Care Med. – 1992. – N 20(2). – P. 185-192.
6. Hibbets, K. An overview of proteinase inhibitors /Hibbets K., Hines B., Williams D. //Br. J. Cancer. – 1999. – V. 79. – P. 244-250.
7. Maltseva, N.V. The comparison of immunoregulatory properties of alpha 2-macroglobulin and pregnancy-associated alpha-2-glicoprotein /Maltseva N.V., Zorin N.A. //Rus. J. Immun. – 1997. – V. 2. – P. 102.



ГЛУМОВ С.А.

*МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк*

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), способны вызывать восходящие воспалительные процессы в урогенитальном тракте, обуславливающие нарушение репродуктивной функции, что определяет не только медицинскую, но и огромную социальную значимость этой проблемы [3, 9]. Ежегодно в мире регистрируются порядка 300 миллионов новых случаев ИППП [5].

Трихомонадная инфекция является причиной воспалительных процессов половых органов 23-40 % мужчин и 12-52 % женщин, вызывает бесплодие, способствует возникновению заболеваний у новорожденных.

Особую тревогу вызывает негативное влияние хламидийной инфекции на репродуктивное здоровье населения — инфекционно-воспалительный процесс хламидийной этиологии в мочеполовых органах оказывает влияние на сперматогенез и является одним из ведущих факторов в генезе развития мужского бесплодия. Уровень регистрации урогенитального хламидиоза высок и имеет тенденцию к росту [8].

В Кемеровской области регистрируемая заболеваемость в 2004 году составила 199,2 случаев на 100 тыс. населения [1]. При сочетании хламидийной инфекции с микоплазменной частота развития бесплодия возрастает в 1,5-2 раза [4, 6, 7]. Выборочные исследования в отдельных регионах России говорят о том, что заболеваемость мочеполовым хламидиозом достаточно высокая — не менее 250 случаев на 100000 населения [2].

Целью исследования явилось выделение принципов организации комплексного обследования пациентов с бесплодием в условиях отделения охраны репродуктивного здоровья «Здоровье семьи» МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка для назначения оптимальных схем лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследование проводилось с 2001 г. по 2005 г. в условиях отделения охраны репродуктивного здоровья «Здоровье семьи» МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка. Нами обследованы 707 пациентов, из них, 65,3 % мужчин, 34,7 % женщин. Возраст пациентов составил 18-67 лет.

Диагностика ИППП в условиях «Здоровья семьи» проводилась на кафедре клинической лабораторной диагностики Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, включала в себя прямое исследование (выявление

возбудителя или его агентов) в эякуляте, соке предстательной железы и т.д. и серологическое исследование (обнаружение антител).

Методы диагностики ИППП:

- культуральные методы (выделение возбудителя на культуре клеток СДС-199);
- молекулярно-биологический метод — ПЦР (полимеразная цепная реакция), в основе которого лежит многократное увеличение числа копий специфического участка ДНК (так называемая направленная амплификация ДНК), позволяет определять антигены возбудителя непосредственно в клиническом материале (кровь, сыворотка, смывы, соскобы, слюна, мокрота, синовиальная жидкость, ликвор, секрет предстательной железы, эякулят и др.);
- иммунологические методы (выявление антигенов и антител к антигенам возбудителей иммуноферментным анализом);
- цитологические исследования для определения степени метаплазии эпителия в уретре мужчин и цервикальном канале женщин;
- морфологические методы: выявление морфологических структур возбудителей с помощью окраски препаратов по Романовскому-Гимзе, Граму и др.;
- спермограмма и биохимические исследования эякулята.

В качестве вспомогательного метода применялось ультразвуковое исследование ректальным датчиком (ТРУЗИ) предстательной железы, семенных пузырьков и органов мошонки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Подавляющее большинство обращений в отделение охраны репродуктивного здоровья «Здоровье семьи» — воспалительные заболевания урогенитальной области, что за последний год составило 71,7 %. Второе место по мотиву обращения в отделение охраны репродуктивного здоровья занимает бесплодный брак — 12,8 %. Заболевания, передающиеся половым путем, являются основным мотивом посещения отделения.

Особый интерес с точки зрения возникновения осложнений, особенно бесплодия, вызывает хламидийная инфекция. Соотношение хронической хламидийной инфекции и свежих процессов, обнаруженное в нашем исследовании — 1 : 10. По нашим данным, наиболее часто встречающейся формой хламидийной инфекции у мужчин явля-

ется передний уретрит (91 %). Сочетание у мужчин хламидийной инфекции с эпидидимитом (3 %), у женщин с сальпингоофоритом (9 %), с учетом анамнестических данных, дает основания предположить их патогенетическую связь. Возможность вторичного бесплодия, вызванного хламидийной инфекцией, подтверждают случаи из практики, когда после этиотропной терапии возникали беременности в бесплодном браке.

Больной С., 32 года, частный предприниматель, в течение 7 лет страдал малосимптомным уретритом, простатитом, односторонним эпидидимитом, которые рецидивировали, несмотря на проводимое лечение в лечебных учреждениях и кабинетах города. На фоне проводимого лечения, а иногда и самопроизвольно обострение данного заболевания быстро проходило, и больной прекращал лечение. Данный пациент обратился в отделение охраны репродуктивного здоровья с незначительными симптомами уретрита, простатита, одностороннего эпидидимита.

Из анамнеза стало известно, что у данного пациента и его жены имеется бесплодие в браке в течение пяти лет. Опираясь на клинические проявления и данные лабораторной диагностики, пациенту был выставлен диагноз: Хронический хламидиоз. Хронический уретропростатит, хронический эпидидимит.

Было назначено специфическое оптимальное лечение. Также пациенту объяснили, что для эффективности лечения очень важно принимать лекарства как рекомендовано, и провести полный курс лечения, даже если симптомы исчезли до его завершения. Пациенту было рекомендовано рассказать своей жене о заболевании и убедить ее прийти в отделение охраны репродуктивного здоровья для получения более подробной информации и лечения, даже если у нее отсутствуют какие-либо симптомы. Жена также прошла полный курс лечения и через несколько месяцев забеременела.

Также у пациентов, обратившихся в отделение по поводу бесплодия, при комплексном обследовании были обнаружены возбудители других ИППП: микоплазмы, уреаплазмы, трихомонады, гарднереллы, грибы рода *Candida* и др.

Всем пациентам курс лечения назначался только после комплексного обследования (в том числе на ИППП). Новые методы лечения различных урогенитальных инфекций современными антибактериальными средствами (фторированные хинолоны, макролиды, азалиды, цефалоспорины), с учетом сопутствующей микрофлоры, чувствительности бактерий к антибиотикам, фармакокинетики позволили в условиях отделения «Здоровье семьи» достичь положительного эффекта в случаях резистентности к традиционным антибактериальным препаратам. Это привело к возникновению долгожданных беременностей в 79 % случаев.

Таким образом, необходимо сформулировать следующие принципы организации обследования пациентов по поводу бесплодия:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, необходимо сформулировать следующие принципы организации обследования пациентов по поводу бесплодия:

1. При обращении пациента за медицинской помощью, в первую очередь необходимо провести обследование на ИППП.
2. Обследование на ИППП следует проводить у обоих партнеров.
3. Обследование на ИППП должно проводиться по всем отделам мочеполового тракта.

Нашим исследованием сформулированы принципы организации обследования пациентов по поводу бесплодия. Только комплексное обследование данных пациентов на ИППП дает возможность достичь желаемого результата — долгожданной беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильев, В.Н. Основные показатели медицинского обслуживания больных кожными болезнями и инфекциями, передаваемыми половым путем, по Кемеровской области за 2004 год /В.Н. Васильев. — Кемерово, 2005. — 47 с.
2. Лобзин, Ю.В. Хламидийные инфекции /Ю.В. Лобзин, Ю.И. Лященко, А.Л. Позняк. — СПб., 2003. — 400 с.
3. Малахова, И.А. Опыт работы кабинета медицинской профилактики Тюменского областного КВД по формированию здорового образа жизни детей и подростков /И.А. Малахова //Социально-значимые болезни: Науч.-практ. конф. — Кемерово, 2004. — С. 118 - 120.
4. Мартынова, В.Р. Хламидии и хламидиозы: клиника, биология и диагностика /В.Р. Мартынова, Н.И. Колкова, А.А. Шаткин //Рос. мед. вести. — 1997. — № 3. — С. 49-55.
5. Молочков, В.А. Урогенитальный хламидиоз. Особенности клиники, диагностики и лечения: Уч. пособие /Молочков В.А., Зур Н.Н. — М., 2003. — 22 с.
6. Молочков, В.А. Хронический уретрогенный простатит /В.А. Молочков, И.И. Ильин. — М., 1998. — 304 с.
7. Позняк, А.Л. Трихомонадно-бактериодные ассоциации у больных с мочеполовыми хламидиозами: диагностика, клиника и рациональные схемы химиотерапии /А.Л. Позняк, Ю.В. Лобзин., А.С. Симбирцев и др. //Пробл. реабил. — 2001. — № 1(4). — С. 87-96.
8. Рыбалкин, С.Б. Альтернативные подходы к терапии урогенитальных заболеваний с целью сохранения репродуктивного здоровья /Рыбалкин С.Б., Мирзобаева А.К. — СПб., 2001. — 21 с.
9. Скрипкин, Ю.К. Инфекции, передаваемые половым путем: Практ. руков. /Ю.К. Скрипкин, Г.Я. Шарапова, Г.Д. Селицкий. — М., 2001. — 363 с.

ГОЛОВНИНА И.В., БАЖЕНОВА Л.Г., БУТЕНКО С.П.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и представляют собой одну из актуальных проблем гинекологии. Больные с воспалительными заболеваниями органов малого таза составляют до 30 % больных, направленных для лечения в гинекологический стационар. Частота гнойных форм, требующих оперативного вмешательства, достигает 15-20 %.

Воспалительные процессы женских половых органов являются одной из причин, ведущих к нарушению репродуктивной функции женского организма, снижению качества жизни, трудоспособности. Особую значимость в этом отношении имеют осложненные гнойные формы воспалительных заболеваний матки и придатков — пельвиоперитониты, пиосальпинксы, tuboовариальные гнойные образования.

Выбор оптимальной тактики лечения больных с осложненными формами воспалительных заболеваний внутренних половых органов является наиболее сложной задачей. Традиционно показанием для оперативного лечения у больных с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки является отсутствие эффекта или недостаточный эффект от проводимой консервативной терапии.

В каждом конкретном случае тактика лечения и выбор объема оперативного вмешательства индивидуальны, и зависят от тяжести, распространенности воспалительного процесса, возраста больной, необходимости сохранения детородной функции, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии. Одним из важных вопросов при хирургическом лечении является выбор оперативного доступа.

Целью исследования явилось проведение анализа лечебной тактики пациенток с осложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки в условиях экстренного оперативного отделения муниципальной городской клинической больницы № 1 за период с 2001 г. по 2005 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ тактики ведения 395 больных с осложненными формами

воспалительных заболеваний придатков матки, прооперированных в условиях экстренного оперативного отделения МЛПУ Городская клиническая больница № 1 за период с 2002 по 2004 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования установили отсутствие тенденции к снижению частоты госпитализации пациенток с воспалительными заболеваниями придатков матки за исследуемый период времени. Кроме того, в структуре воспалительных заболеваний органов малого таза осложненные формы (пельвиоперитониты, перитониты, пиосальпинксы, пиовары, tuboовариальные образования) остаются стабильно высокими, достигая 46,8-52,3 % (табл. 1).

Из числа пролеченных нами больных с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки 285 пациенток (72,2 %) имели гнойные tuboовариальные образования, 50 больных (12,7 %) — пельвиоперитонит, 60 (15,1 %) — пиосальпинкс. С учетом возраста, больные распределились следующим образом: до 19 лет — 37 пациенток (9,4 %), 20-29 лет — 133 (33,7 %), 30-39 лет — 123 (31,1 %), старше 40 лет — 102 (25,8 %).

При поступлении в отделение всем больным традиционно проведено консервативное лечение, включающее антибактериальную терапию с использованием антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с метронидазолом, детоксикационную терапию с использованием методов эфферентной квантовой терапии (плазмаферез с инкубацией клеточной массы антибиотиками, лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови), иммунокорректирующую терапию. Все больные были подвергнуты оперативному лечению.

Показанием для оперативного лечения являлись признаки перфорации гнойных опухолей придатков матки, генерализация воспалительного процесса с развитием перитонита, множественных межпетельных абсцессов, вовлечение клетчатки малого таза, септическое состояние, отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии.

Внедрение в клинику эндоскопических методов оперативного вмешательства позволило пе-

Таблица 1
Количество пролеченных больных
в экстренном оперативном отделении

Нозология	2002		2003		2004	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Воспалительные заболевания женских половых органов	530	37,2	526	33,9	573	38,8
Из них с осложненными формами	243	45,8	275	52,3	268	46,8
Всего пролечено больных	1425		1557		1486	

рассмотреть подходы к хирургическому лечению осложненных форм воспалительных заболеваний матки и придатков. За исследуемый период времени в 2,7 раза увеличилось число больных с данной патологией, оперированных эндоскопическим доступом. Это общая тенденция работы отделения, поскольку общее количество чревосечений в отделении сократилось с 60 % до 37,9 % от числа всех прооперированных больных с различными заболеваниями, а число эндоскопических операций возросло с 40 % до 62,1 %.

Преимущество эндоскопических операций несомненно, поскольку в равных исходных условиях позволяет шире проводить органосохраняющие операции (табл. 2). Используя эндоскопический доступ, нами были оперированы женщины детородного возраста с пельвиоперитонитами на фоне гнойных сальпингитов, а также пациентки с пиосальпинксами, опухолеподобными воспалительными образованиями придатков матки. Определяющими обстоятельствами в выборе данного доступа оперативного вмешательства были возраст больных и необходимость сохранения детородной функции при отсутствии выраженных деструктивных изменений в матке и придатках.

Таблица 2
Структура оперативных вмешательств в зависимости от метода оперативного доступа (2002–2004 гг.)

Оперативное вмешательство	Метод			
	Полостная операция		Эндоскопическая операция	
	абс.	%	абс.	%
Экстирпация матки с придатками	129	69,0	-	-
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	20	10,7	-	-
Аднекэктомия, сальпингоэктомия	38	20,3	72	34,6
Вскрытие гнойника, адгезиолизис, санация брюшной полости	-	-	136	65,4
Всего операций:	187	100	208	100

По показаниям осуществлялась динамическая лапароскопия с адгезиолизисом, санацией брюшной полости. Лапароскопическим доступом производились органосохраняющие операции: од-

носторонняя аднекэктомия, сальпингоэктомия, сальпинготомия, вскрытие абсцессов яичников, сальпигоовариоадгезиолизис, санация брюшной полости, дренирование брюшной полости.

При анализе возрастных критериев при выборе оперативных вмешательств отмечено следующее. Среди больных, оперированных эндоскопическим доступом, женщины детородного возраста составили 91,3-97,9 %. От 42 % до 50,9 % пациенток, оперированных путем чревосечения, были женщины старше 40 лет.

Несмотря на широкое внедрение эндоскопической хирургии в гинекологическую практику, процент полостных операций остается по-прежнему высоким. Проведенный нами анализ основных показаний к проведению полостных операций у больных с осложненными формами воспалительных заболеваний показал следующее. Полостным операциям с радикальным объемом оперативного вмешательства подверглись пациентки с двухсторонними гнойными tuboовариальными образованиями в придатках, часто осложненными перфорацией, перитонитом, параметритом, с первичным вовлечением в воспалительный процесс матки после родов, аборт, внутриматочных манипуляций, наличием инородного тела в полости матки (ВМК). Использование ВМК у таких больных отмечено в 36,4-58,7 % случаев.

Все больные оперированы в экстренном порядке. Путем чревосечения до суток оперированы от 76,2 % до 87,3 % пациенток, эндоскопическим доступом — от 47,8 % до 56,9 % больных.

ВЫВОДЫ

Воспалительные заболевания женских половых органов составляют подавляющее большинство среди больных, курируемых в экстренном гинекологическом отделении (33,9-38,8 %).

Больные с осложненными формами воспалительных заболеваний представляют значительную группу (45,8-52,3 %) от числа всех пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Число этих больных не имеет тенденции к снижению, что связано с рядом причин: рост инфекций, передаваемых половым путем, широкое распространение абортов, нерациональное использование внутриматочных контрацептивов, поздняя обращаемость пациенток за медицинской помощью, проведение нерациональной противовоспалительной терапии в амбулаторных условиях и т.д.

За анализируемый период в отделении оперирована каждая третья больная из числа поступивших с воспалительными заболеваниями женских



половых органов. При этом отмечена тенденция к увеличению числа оперированных больных, что связано с прогрессивным повышением числа больных с осложненными деструктивными формами воспалительных заболеваний.

Внедрение и интенсивное развитие в клинике эндоскопических технологий позволило пересмотреть подходы к оперативному лечению больных с осложненными формами воспалительных заболеваний женской половой сферы, увеличить число органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста.

Применение современных малоинвазивных технологий в сочетании с рациональной антибактериальной терапией, комплексными методами экстракорпоральной гемокоррекции позволяет сократить количество радикальных операций при воспалительных заболеваниях женских половых органов и сохранить детородную функцию женщины.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний матки и придатков, необходимо продолжить поиск более совершенных методов подхода к решению этой проблемы.



ГУЛЯЕВА Л.Ф., ЗАХАРОВА Л.Ю., ПУСТЫЛЬНЯК В.О.,
ГЕРАСИМОВ А.В., КРАСИЛЬНИКОВ С.Э.
НИИ Молекулярной биологии и биофизики СО РАМН,
Новосибирский областной онкологический диспансер,
Новосибирский государственный университет,
г. Новосибирск

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ АПОПТОЗА Bcl-2 И АНГИОГЕНЕЗА IL-8 В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ

Определен уровень экспрессии генов апоптоза Bcl-2 и ангиогенеза интерлейкина 8 (IL-8) в опухолях, полученных после операции 34-х пациенток с диагнозом рак шейки матки, в зависимости от проведения курса химиотерапии цисплатином. Показано, что ген Bcl-2 стабильно экспрессировался как в трансформированных тканях шейки матки, так нормальных (прилежащих к опухоли) тканях, причем, неадекватная химиотерапия не приводила к изменению экспрессии этого гена. Содержание мРНК гена IL-8 в новообразованиях шейки матки более чем в 8 раз превышало уровень экспрессии этого гена в прилежащих нетрансформированных тканях. Более того, проведение курса химиотерапии приводило почти к двукратному снижению экспрессии IL-8. Полученные данные свидетельствуют о возможности использования IL-8 как молекулярного маркера для диагностики и лечения рака шейки матки.

Рак шейки матки является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин и занимает второе место (после рака тела матки) в структуре онкогинекологической заболеваемости. В России ежегодно регистрируются 12,3 тысяч новых случаев заболевания раком шейки матки. На долю этого типа рака приходится 5,3 % среди всех случаев злокачественных новообразований.

Несмотря на то, что анализ динамики возрастных показателей с 1990 по 2000 годы выявляет некоторую тенденцию к снижению частоты случаев заболевания раком шейки матки в целом по России, в Новосибирской области этот тип рака занимает лидирующие позиции: его частота составляет около 10 на 100000. У женщин в возрасте от 20 до 40 лет рак шейки матки является основной причиной смерти среди всех больных злокачественными новообразованиями.

Смертность от этого заболевания можно значительно снизить путем систематических массовых профилактических осмотров. Ранняя диагностика позволяет выявлять не только инвазивные формы рака, но и, так называемые, предраковые состояния, а также опухоли *in situ*. Скрининг на рак шейки матки традиционно выполняется путем цитологических исследований мазков. Однако при использовании только цитологического подхода существует риск получения ложноотрицательных результатов. Поэтому в настоящее время разрабатываются более чувствительные методики, с использованием молекулярно-биологических подходов. Помимо диагностики новообразования, эти методы имеют прогностическое значение, позво-

ляя в некоторых случаях оценить потенциальную злокачественность заболевания.

Исследования в этом направлении сосредотачиваются на поиске, так называемых, «специфических молекулярных маркеров», то есть генов, экспрессия которых, во-первых, отличается в нормальной и неопластической ткани, во-вторых, экспрессия появляется на определенной стадии канцерогенеза, в-третьих, экспрессия маркера должна модулироваться под действием химиопрепаратов [6].

Известно, что высокая склонность опухолей к метастазированию связана с приобретением ими ангиогенного фенотипа [7]. Одним из наиболее важных событий, приводящих к этому, является увеличение продукции цитокинов, в первую очередь, интерлейкина 8 — IL-8 [5]. Этот мультифункциональный цитокин представляет собой фактор роста эндотелиоцитов. Эксперименты, проведенные на линиях клеток серозной папиллярной эндометриальной аденокарциномы человека, показали, что эти линии стабильно экспрессировали мРНК IL-8 и секретируют белок, причем уровень экспрессии зависел от стадии аденокарциномы [1]. Более того, усиление экспрессии данного гена соответствовало усилению метастатического потенциала раковых клеток.

Другой группой генов, наиболее часто подвергающихся изменениям в процессах трансформации, являются индукторы (BAX) и ингибиторы (Bcl-2) апоптоза [9]. Полагают, что именно апоптоз является одной из своеобразных альтернатив пролиферации клеток и, следовательно, может противодействовать онкогенезу. Исследования последних лет показали, что многие антираковые

препараты способны индуцировать апоптоз [2]. Тогда белки-маркеры апоптоза могут рассматриваться также как перспективные мишени для антираковой терапии. Можно ожидать, что указанные выше гены могут быть маркерами для цервикального рака человека.

Целью исследования явилось определение экспрессии генов Bcl-2 и IL-8 в опухолевых и прилежащих к ним нормальных тканях пациентов, больных раком шейки матки, в зависимости от проведения курса химиотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Образцы опухолей были взяты из операционного материала пациенток Новосибирского областного онкологического диспансера, которым был поставлен диагноз «рак шейки матки». Для сравнения были взяты образцы прилежащей к опухоли нетрансформированной ткани, взятой от этих же больных (группа контроля). Были сформированы 4 экспериментальные группы: 1 — образцы опухолей шейки матки, взятых от пациенток, не подвергавшихся лечению; 2 — образцы прилежащей нетрансформированной ткани шейки матки, взятой от пациенток 1-й группы (19 пациенток); 3 — образцы опухолей шейки матки, взятых от пациенток, подвергавшихся химиотерапии по стандартной схеме препаратами цисплатина; 4 — образцы прилежащей нетрансформированной ткани шейки матки, взятой от пациенток 3-й группы (15 пациенток).

Выделение суммарной РНК из опухолевой и прилежащей ткани проводили SDS-фенольным методом [4].

ПРОВЕДЕНИЕ РЕАКЦИИ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПЦИИ

В реакцию обратной транскрипции брали 5 мкМ олиго d(T)₁₈ праймера и 200 ед. акт. MoMLV РНК-зависимой ДНК-полимеразы в 20 мкл стандартного буфера для обратной транскрипции и 15-20 ед. акт. РНКазина. Реакция проводилась при 42°C в течение одного часа. По окончании реакции, к реакционной смеси добавляли ЭДТА до концентрации 2 мМ и прогревали в течение 2 мин при 95°C.

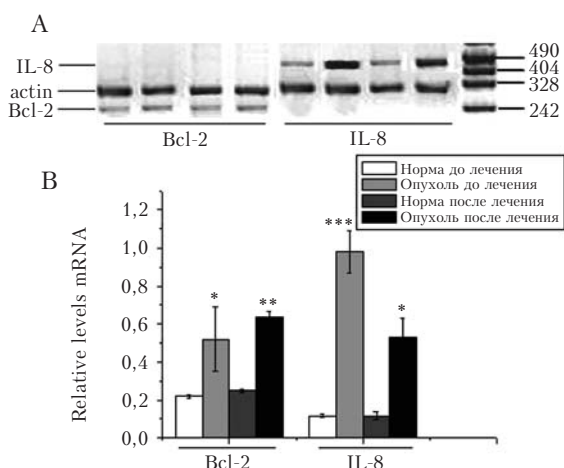
Анализ экспрессии генов IL-8 и Bcl-2 проводили методом полуколичественной мультиплексной ОТ-ПЦР. В каждом образце определялся уровень экспрессии Bcl-2, IL-8 и бета-актина — гена домашнего хозяйства. Продукты ПЦР разделяли в 1,5 %-ном агарозном геле, окрашивали бромистым этидием и сканировали в УФ свете с помощью видеосистемы «DNA Analyzer». Денситометрия проводилась с помощью компьютерной программы «Total Lab». Величину экспрессии каждого гена представляли в относительных единицах как отношение интенсивности окрашивания специфической полосы генов IL-8 или Bcl-2 к интенсивности полосы гена бета-актина.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы STATISTICA. Для оценки достоверности различий между выборками использовался t-критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Неопластическая трансформация сопровождается изменением экспрессии ряда генов, в первую очередь, генов, отвечающих за регуляцию клеточного цикла, апоптоз и ангиогенез. Для выявления подобных изменений в опухолях шейки матки были выбраны гены Bcl-2 и IL-8. Результаты по измерению уровня мРНК этих генов в опухолевых тканях шейки матки до лечения (группа 1 — опухоль, группа 2 — контроль) и после лечения (группа 3 — опухоль, группа 4 — контроль) представлены на рисунке.

Рисунок
Уровень мРНК Bcl-2 и IL-8 в опухолевых тканях шейки матки (в относительных единицах) в зависимости от проведения курса химиотерапии



Примечания: В качестве контроля измерена экспрессия гена домашнего хозяйства - бета-актина.

Приведены средние значения $\pm$ SD (n = 19 для группы леченных больных; n = 15 для группы нелеченных больных)

* - достоверность различий с контролем при $p < 0,05$;

** - достоверность различий с контролем при $p < 0,01$;

*** - достоверность различий с контролем при $p < 0,001$.

Видно, что мРНК гена Bcl-2 регистрируется как в нормальных, так и в опухолевых тканях шейки матки больных, оперированных до лечения препаратами цисплатина. Аналогичная картина экспрессии данного гена наблюдалась в образцах опухолевой ткани больных, получивших перед операцией курс химиотерапии. Заметные изменения были зарегистрированы для гена IL-8, одного из ключевых маркеров ангиогенеза. Уровень мРНК этого гена был измерен в образцах ткани шейки матки, взятых у пациенток, не под-

вергавшихся лечению (группа 1 — опухоль, группа 2 — контроль). Заметная экспрессия этого гена была зарегистрирована лишь в опухолевой ткани шейки матки. В прилегающей к опухоли ткани шейки матки она была заметно ниже, а в некоторых случаях вовсе отсутствовала.

Экспрессия этого гена была также измерена в образцах опухолевой ткани пациенток, получавших курс химиотерапии (группа 3 — опухоль, группа 4 — контроль). И в этом случае продукт гена IL-8 регистрировался лишь в опухолевой ткани, хотя уровень экспрессии был заметно ниже. Статистический анализ результатов показал, что при лечении содержание мРНК этого гена достоверно снижается почти в два раза.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Формирование новообразований шейки матки представляет собой многоступенчатый комплексный процесс, где одним из основных этиологических факторов является инфекция вирусом папилломы [8]. Общим для формирования опухолей любого органа является нарушение механизмов нормальной клеточной пролиферации и апоптоза, что связано с изменениями в регуляторных процессах обычного клеточного цикла. Однако, несмотря на то, что данные изменения в целом являются аналогичными для любой опухоли, существуют некоторые характерные особенности, связанные с морфологическим типом опухоли, степенью ее дифференцировки, а также вирусной инфекцией. Наличие таких особенностей при изучении роли молекулярных агентов в канцерогенезе шейки матки является весьма перспективным и представляет значительный интерес.

Для изучения механизмов трансформации и поиска новых молекулярных мишеней одним из современных направлений является исследование экспрессии генов сигнальных молекул, отвечающих за такие фундаментальные процессы, как пролиферация, апоптоз и ангиогенез. Так, в работе [3] показано, что переэкспрессия рецептора HER2 может быть связана с плохим прогнозом для рака шейки матки. Ингибитор циклин-зависимых киназ p16^{INK4a} также можно рассматривать как маркер диспластических и неопластических изменений в цервикальных эпителиальных тканях [10].

В настоящей работе для исследования молекулярных маркеров онкогенеза шейки матки были выбраны гены ингибитора апоптоза (Bcl-2) и ангиогенный фактор IL-8. Выбор этих молекул определяется их ключевой ролью в процессах трансформации многих органов и тканей человека. Ранее мы проводили исследование экспрессии гена Bcl-2, VAX и IL-8 в опухолевых тканях

больных раком шейки и тела матки и показали повышенную экспрессию гена IL-8 у больных женщин, тогда как для генов VAX и Bcl-2 достоверных различий получено не было. Наши исследования подтвердили эти результаты.

Высокий уровень экспрессии IL-8 в злокачественных новообразованиях шейки матки также может отражать высокую склонность к метастазированию. Химиотерапия является на сегодняшний день одним из эффективных способов лечения.

Для ответа на вопрос, оказывает ли влияние лечение больных раком шейки матки на экспрессию исследуемых генов, были проведены эксперименты по определению уровня мРНК для IL-8 и Bcl-2 в опухолевых и нормальных тканях пациенток, получавших различные схемы лечения. Мы показали, что лечение больных препаратами цисплатина, традиционно применяемыми для лечения для рака шейки матки, оказывало достоверный эффект на снижение уровня экспрессии IL-8.

Полученные результаты говорят о возможности использования этого гена не только как молекулярного маркера для диагностики рака шейки матки, но и прогностического маркера при лечении данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Expression of interleukin-8 in human metastatic endometrial carcinoma cells and its regulation by inflammatory cytokines /Berry K.K., Varney M.L., Dave B.J. et al. //Int. J. Gynecol. Cancer. — 2001. — V. 11. — P. 54-60.
2. Debatin, K.-M. Activation of apoptosis pathways by anticancer treatment /Debatin K.-M. //Toxicol. Lett. — 2000. — V. 112-113. — P. 41-48.
3. HER2 expression in cervical cancer as a potential therapeutic target /Chavez-Blanco A., Perez-Sanchez V., Gonzalez-Fierro A. et al. //BMC Cancer. — 2004. — V. 4. — P. 59-64.
4. Chattopadhyay, N. Inexpensive SDS/phenol method for RNA extraction from tissues /Chattopadhyay N., Kher R., Godbole M. //Biotechniques. — 1993. — Vol. 104. — P. 255-262.
5. Ferrara, N. Vascular endothelial growth factor and the regulation of angiogenesis /Ferrara N. //Rec. Prog. Horm. Res. — 2000. — V. 55 — P. 15-35.
6. Follen, M. Surrogate endpoint biomarkers and their modulation in cervical chemoprevention trials /Follen M., Schottenfeld D. //Cancer. — 2001. — V. 91 — P. 1758-1776.
7. Folkman, J. Fundamental concepts of the angiogenic process /Folkman J. //Curr. Mol. Med. — 2003. — V. 3. — P. 643-651.
8. Franco, E.L. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection /Franco E.L., Duarte-Franco E., Ferenczy A. //CMAJ. — 2001. — Vol. 164. — P. 1017-1025.
9. Staunton, M.J. Apoptosis: basic concepts and potential significance in human cancer /Staunton M.J., Gaffney E.F. //Arch. Pathol. Lab. Med. — 1998. — Vol. 122. — P. 310-319.
10. Protein p16 as a marker of dysplastic and neoplastic alterations in cervical epithelial cells /Volkareva G., Zavalishina L., Andreeva Yu. et al. //BMC Cancer. — 2004. — V. 4. — P. 58-63.

ГУРЬЕВА В.А., КАРПЕНКО А.А., БОРИСОВА О.Г.
 Алтайский государственный медицинский университет,
 Алтайская краевая клиническая больница,
 г. Барнаул

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ МИОМ МАТКИ

До настоящего времени миома матки остается одной из самых распространенных опухолей женских половых органов. К сожалению, основным методом лечения этих пациенток остается оперативная терапия, приводящая к потере менструальной и репродуктивной функции у молодой женщины, часто не реализовавшей полностью материнство [1, 2]. Кроме функциональных нарушений, такого рода оперативные вмешательства приводят к снижению качества жизни, нарушению метаболического обмена и другим расстройствам, обусловленным эстроген-дефицитным состоянием, развивающимся в послеоперационном периоде [1, 2, 3].

Попытки органосохраняющего лечения миомы матки, используемые на современном этапе, не принесли ожидаемых результатов, так как после консервативной миомэктомии наблюдаются рецидивы заболевания [1, 2, 6, 7]. Не оправдались надежды в терапии миом матки, возлагаемые на агонисты гонадолиберина. Они дают временный эффект, при длительной терапии наблюдаются побочные воздействия, обусловленные состоянием эстрогенного дефицита. В настоящее время они применяются в качестве предоперационной подготовки перед проведением консервативной миомэктомии.

Из гормональной терапии наиболее распространенной является терапия гестагенами, но ее эффективность не всегда удовлетворяет и возможна при небольшой величине миом матки. В последние годы в зарубежной литературе появились сообщения о новом методе лечения миом матки путем эмболизации артерий, кровоснабжающих миоматозную матку [4]. Однако все публикации носят характер констатации действенности метода и статистики осложнений, до настоящего времени не разработаны четкие показания и противопоказания к этому методу, нет данных о состоянии репродуктивной функции на фоне эмболизации маточных артерий, не проведен сравнительный анализ с другими существующими методами лечения миом матки.

Целью работы явилась оценка эффективности терапии пациенток с миомой матки альтернативными методами: новым миниинвазивным (эмболизация маточных артерий — ЭМА) и традиционными методами (консервативная миомэктомия и гормональная терапия гестагенами).

Исследование выполнено на базе гинекологического отделения ГУЗ ККБ. В течение 2000-

2002 гг. проводилось проспективное наблюдение за 80 больными с миомами матки. Средний возраст пациенток составил $42,5 \pm 1,4$ года. Продолжительность терапии пациенток с миомами матки до поступления в клинику была, в среднем, $3,2 \pm 0,4$ года.

В зависимости от метода лечения, женщины разделены на 3 группы. Первую группу составили 40 пациенток, которым в качестве лечебного средства определили эмболизацию маточных артерий. В зависимости от цели проведения ЭМА, в этой группе были выделены две подгруппы. Первую подгруппу составили 12 женщин, у которых опухоль имела большие размеры (до 20 недель беременности) или атипичский характер роста узлов; при этом у всех 12 пациенток этой подгруппы отмечался быстрый рост. В большинстве случаев (66,6 %) опухоль была представлена одиночным узлом, у остальных — множественными узлами. Локализация узлов преимущественно носила интерстицио-субсерозный характер роста (75,1 %), в 33,3 % случаев отмечалось их атипичское (интралигаментарное) расположение. У 2 пациенток наблюдались интерстицио-субмукозные узлы (16,6%), в одном случае расположение узла было подслизистым (8,3%). В клинической картине у всех больных наблюдались боли внизу живота и поясничной области, причем у 66,6 % пациенток имело место прогрессирование болевого синдрома. У всех больных данной подгруппы, за исключением одной, выявлен синдром сдавления соседних органов (91,6 %). Из клинических симптомов наблюдались также: обильные и длительные менструации (66,6 %), общая слабость (75 %), диспареуния (41,6 %), анемия (58,3 %). По существу, ЭМА проводилась тем пациенткам, которым по имеющимся стандартам лечения в большинстве случаев выполняется субтотальная или тотальная гистерэктомия. При планировании исследования у пациенток этой подгруппы ЭМА предполагалась в качестве первого этапа лечения, для создания условий последующего традиционного оперативного вмешательства (уменьшение объема кровопотери, травматизации соседних органов).

Во вторую подгруппу вошли 28 женщин, которым ЭМА планировалась как самостоятельный метод лечения. Величина опухоли у этих пациенток была не более 12 недель беременности. В 71,4 % опухоль была представлена одиночным узлом, в 28,5 % — множественными. Расположение узлов

было преимущественно субмукозным (35,7 %) и интерстицио-субмукозным (46,4 %), но встречалась и другая локализация: в 10,7 % она была интерстицио-субсерозной, у 2 пациенток интерстициальной. В клинической картине у них преимущественно выявлены геморрагический (85,7 %) и анемический (85,7 %) синдромы. Болевой синдром встречался почти в 2 раза реже (50,7 %) и был менее выражен, по сравнению с пациентками первой подгруппы, при этом только в 14,2 % случаев имело место прогрессирование болевого синдрома.

У женщин второй группы, которым планировали выполнение миомэктомии, величина опухоли была не более 8 недель, у 90 % выявлен одиночный узел, локализация узлов в большинстве случаев носила субсерозный характер роста (80 %), у остальных пациенток (20 %) отмечалась интерстицио-субсерозная локализация. Основным показанием к оперативному вмешательству была не выполненная репродуктивная функция. Незначительно был выражен анемический синдром, а болевой синдром и синдром сдавления соседних органов практически не наблюдались.

У женщин третьей группы величина опухоли не превышала 8 недель, за исключением двух пациенток, у которых она составила 10-11 недель беременности. Локализация узлов в большинстве случаев была интерстициальной (70 %), значительно реже — интерстицио-субсерозной (30 %). В 85 % случаев в этой группе миома матки была представлена одиночным узлом, в остальных случаях — множественными. Клиническая симптоматика характеризовалась не выраженным анемическим и геморрагическим синдромами, терапию женщинам этой группы проводили с целью стабилизации роста и снижения частоты оперативных вмешательств.

Помимо миомы матки, женщины групп срав-

нения имели другие гинекологические заболевания (табл. 1).

Наибольший удельный вес среди гинекологической патологии занимают нарушения менструальной функции, которые наблюдались во всех группах, при этом более часто, по сравнению с пациентками 2-й и 3-й групп сравнения, они выявлены у больных 2-й подгруппы и не имели различий с 1-й подгруппой. Нарушения менструальной функции у всех женщин, за исключением трех больных 2-й группы, были по типу гиперполименореи. У пациенток 2-й группы, которым планировали миомэктомию, в 72,7 % была также гиперполименорея, а в 27,3 % — опсоменорея. Патология шейки матки, а также хронические воспалительные заболевания женских половых органов встречались с одинаковой частотой во всех группах сравнения.

Бесплодие наблюдалось достоверно чаще у женщин, которым планировалась миомэктомию, по сравнению с женщинами 2-й подгруппы и 3-й группы, и не имело различий по частоте с пациентками 1-й подгруппы. Первичный характер оно носило у большинства женщин, получавших гестагены (66,6 %), несколько реже у планировавших миомэктомию (58,3 %), и только у каждой четвертой женщины во 2-й подгруппе. В 1-й подгруппе бесплодие было вторичным. Продолжительность бесплодия в группах сравнения составила 1-18 лет. У остальных женщин групп сравнения репродуктивная функция была сохранена.

Опухоли и опухолевидные образования в анамнезе достоверно чаще оперированы у пациенток 2-й группы, по сравнению с 3-й группой, не имели различий со 2-й подгруппой и совсем не встречались у больных 1-й подгруппы. Аденомиоз в 3 раза чаще наблюдался у женщин 2-й подгруппы, по сравнению с 1-й, одинаково часто встречался у пациенток 2-й и 3-й групп.

Таблица 1
Частота гинекологической патологии у пациенток групп сравнения

Нозология	Частота гинекологической патологии							
	Первая группа, n = 40				Вторая группа, n = 20	Третья группа, n = 20		
	1 подгруппа n = 12		2 подгруппа n = 28					
	абс.	M ± m (%)	абс.	M ± m (%)				
	абс.	M ± m (%)	абс.	M ± m (%)	абс.	M ± m (%)	абс.	M ± m (%)
Нарушение менструальной функции	8	66,6 ± 14,2	24	85,7 ± 6,7*	11	55 ± 11,4	10	50 ± 11,4
Фоновые заболевания шейки матки	6	50 ± 15,1	9	32 ± 9	5	25 ± 9,9	6	30 ± 10,5
Бесплодие	3	25 ± 13,1*	4	14,2 ± 6,7*	12	60 ± 11,2***	3	15 ± 8,1*
Хронический эндометрит и сальпингоофорит	2	16,6 ± 11,2	6	21,4 ± 7,8	6	30 ± 10,5	4	20 ± 9,2
Опухоли и опухолевидные образования яичников	0	0	6	21,4 ± 7,8	7	35 ± 10,9**	1	5 ± 5
Эндометриоз	1	8,3 ± 8,3	7	25 ± 8,3	3	15 ± 8,1	3	15 ± 8,1

Примечание: * - достоверные различия показателей пациенток 2-й подгруппы и 2-й (p < 0,05) и 3-й (p < 0,01) групп; ** - достоверные различия показателей пациенток 2-й и 3-й групп (p < 0,05); *** - достоверные различия показателей пациенток 2-й группы 1-й подгруппы (p < 0,05), 2-й подгруппы (p < 0,001) и 3-й группы (p < 0,01).

Частота экстрагенитальной патологии у женщин групп сравнения не имела различий. Преимущественно наблюдалась сердечно-сосудистая, эндокринная, легочная патология. Однако следует отметить, что заболевания, повышающие риск анестезиологического пособия и оперативного вмешательства, такие как стеноз митрального клапана, последствия острого нарушения мозгового кровотока, осложненная варикозная болезнь наблюдались только у больных 1-й группы.

С целью прогноза эффективности ЭМА проводилась оценка характера кровообращения в маточных артериях методом доплерометрического исследования и ангиографии маточных артерий. Характер и локализация опухоли оценивались с использованием трансабдоминального и трансвагинального ультразвукового сканирования на аппарате «Spektra Plus» и «Spektra Masters». Диагностика подслизистой локализации узлов и центрипетального роста производилась методом гистероскопии (гистерофиброскоп НУФ типа «Р» гистерофиброскоп НУФ типа «1Т» с инструментальным каналом). Для исключения возможного злокачественного характера процесса проводили забор и гистологическое исследование эндометрия перед ЭМА.

Консервативная миомэктомия выполнялась в условиях эндоскопии. Показанием служили единичные субсерозные или интерстицио-субсерозные узлы, которые являлись противопоказанием для ЭМА.

В качестве гестагенов назначали норколут продолжительностью 6 месяцев в дозе 5-10 мг, с 5 по 26 дни цикла.

Эмболизация маточных артерий выполнялась в рентгенооперационной на ангиографическом аппарате «MULTISTAR T.O.P/ Plus».

После обработки операционного поля в асептических условиях под местной анестезией, выполнялась пункция правой или левой бедренной артерии. Затем по проводниковой системе в артерию устанавливался интрадьюссер диаметром 6 или 7 френч (Fr). Далее по системе Сельдингера в аорту вводился специально моделированный катетер, которым осуществлялась поочередная катетеризация общей подвздошной артерии (ОПА) и затем внутренней подвздошной артерии (ВПА) справа или слева.

После ангиографии бассейна ВПА и визуализации устья маточной артерии, по зафиксированному изображению функцией «Rod map» проводилась суперселективная катетеризация маточной артерии с использованием гидрофильного проводника и ангиографического катетера диаметром 4-5 Fr. После чего осуществлялась ангиография урографинном или ультравистом объемом 4-6 мл, со скоростью введения контраста 1 мл/сек. Одновременно проводилась покадровая съемка со

скоростью 2-4 кадра в секунду, начиная с артериальной и заканчивая паренхиматозной фазой контрастирования.

На полученных ангиограммах оценивались диаметр маточных артерий, контрастируемые размеры миоматозных узлов и характер архитектоники артерий в узлах для исключения атипичности, а также сообщение с артериальной системой яичника. После чего через просвет установленного катетера вводилась взвесь тefлона в физиологическом растворе объемом 5-10 мл, с повторными контрольными ангиографиями в прежнем режиме. Эффект эмболизации оценивался по полному прекращению артериального кровотока в миоматозных узлах.

Оценка эффективности терапии пациенток в группах сравнения проводилась с учетом клинической симптоматики, данных УЗИ, а также доплерометрии и ангиографии у больных 1-й группы, которым проводили лечение методом ЭМА.

После проведения ЭМА у всех пациенток 1-й группы наблюдался постэмболизационный синдром, который имеется у большинства женщин, подвергшихся процедуре эмболизации. В настоящее время достаточно полно описаны его симптомы: боль, лихорадка, рвота, тошнота, анорексия [4, 6, 7, 8]. В нашем исследовании постэмболизационный синдром наблюдался в той или иной форме и имел различную степень выраженности. Течение его не выходило за рамки типичного постэмболизационного синдрома и все пациентки были выписаны из стационара в планируемый срок — на 7-10 сутки послеоперационного периода.

При этом их состояние не требовало стационарного наблюдения, но, учитывая внедрение нового метода лечения с целью изучения особенностей течения послеоперационного периода, пациентки, проживающие вне города Барнаула, задерживались на госпитальном этапе. Чаще других симптомов наблюдался болевой. Боль обычно имела наибольшую интенсивность в первый день после эмболизации, иногда на второй и очень редко на третий день. Разрешение боли происходило обычно в течение недели. Для ее купирования использовались нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин) или наркотические анальгетики (промедол). Боль в раннем послеоперационном периоде, вероятно, обусловлена ишемией миоматозной матки вследствие эмболизации. Выраженность боли не зависела от размера узла, поэтому была непредсказуемой, однако интенсивность клинической симптоматики в послеоперационном периоде в целом была более интенсивной у пациенток 1-й подгруппы, так как большая величина матки и узлов имеет больший очаг некроза, что, вероятно, обуславливает выраженность клинических симптомов.

У большей половины больных 1-й подгруппы (58,3 %) и значительно реже у женщин 2-й под-

группы (35,7 %) имелся субфебрилитет. В 3,5 раза чаще в первые сутки отмечались тошнота и однократная рвота в 1-й подгруппе (25 %), по сравнению с пациентками 2-й подгруппы (7,1 %). Обычно при такой клинике проводили дифференциальную диагностику с инфекцией. Инфекция характеризуется отсроченной болью и лихорадкой с лейкоцитозом со сдвигом влево, особенно при ассоциации с гнойными выделениями. Ни в одном случае не было зарегистрировано гнойно-септического очага в матке, возможно, этому способствовало профилактическое назначение антибиотиков широкого спектра действия.

Амбулаторное наблюдение за пациентками проводилось через 2, 6 и 12 месяцев после ЭМА. Оценка клинических симптомов в группах сравнения показала, что проведение ЭМА способствовало снижению частоты болевого синдрома, по сравнению с исходной в 4 раза в 1-й подгруппе и в 5 раз во 2-й, в то время как на фоне миомэктомии — в 1,5 раза. На фоне норколута в 3-й группе боли не наблюдались.

Эффективность ЭМА прослежена по динамике симптомов нарушения функции соседних органов. У пациенток обеих подгрупп выявлено достоверное снижение частоты мочеиспусканий и учащение стула (табл. 2). Доказательством высокой эффективности эмболизации маточных артерий также явились достоверное уменьшение продолжительности менструаций и количества теряемой крови.

Укорочение продолжительности менструации наблюдалось и в двух других группах сравнения, без достоверных различий. У пациенток 2-й группы после миомэктомии произошли незначительные изменения, продолжительность менструации уменьшилась с $3,8 \pm 0,2$ до $3,7 \pm 0,2$ дней, в 3-й — на фоне норколута с $6 \pm 0,4$ дней до $4,9 \pm 0,4$, соответственно. Количество теряемой крови у женщин после миомэктомии снизилось недостоверно с $88 \pm 3,4$ мл до $82 \pm 2,1$ мл, на фоне гестагенов — с $89 \pm 2,4$ мл до $84,5 \pm 1,7$ мл. Показатели гемоглобина у пациенток 1-й и 3-й групп возросли: в первой подгруппе со $109 \pm 5,71$ г/л до $114,6 \pm 3,95$ г/л

и с $105,48 \pm 3,5$ г/л до $112,8 \pm 2,6$ г/л во второй подгруппе. На фоне гормональной терапии норколутум гемоглобин повысился с $114,1 \pm 3,31$ г/л до $115,15 \pm 3,14$ г/л. Во 2-й группе гемоглобин снизился: со $113,4 \pm 1,14$ г/л до $110,3 \pm 2,05$ г/л, что было обусловлено кровопотерей во время операции; в последующем он повышался.

После эмболизации у всех больных, по данным УЗ-сканирования в режиме ЦДК, наблюдалась блокада кровотока в миоматозных узлах в течение всего периода послеоперационного наблюдения (2-12 месяцев). Подтверждали данный факт и результаты контрольной ангиографии, которая была проведена 8 больным через 6-8 месяцев после операции. На ангиограммах у этих пациенток отсутствовало контрастирование маточных артерий в матке и узлах миомы. В то же время, формировалось коллатеральное кровообращение из трех источников: сосудов параметральной клетчатки, внематочных участков маточной артерии и нижне-пузырной артерии.

Особый интерес представляет сравнительная оценка темпов регресса опухоли у женщин на фоне ЭМА и гормонального лечения, которая показала преимущество метода эмболизации. У женщин 1-й подгруппы наблюдалось достоверное снижение всех размеров матки: почти в 2 раза уменьшение длины, в 1,6 раз передне-заднего размера и в 1,5 раза ширины. У пациенток 2-й подгруппы — средняя длина матки и ширина уменьшились в 1,3 раза, а передне-задний размер в 1,4 раза.

Средний диаметр узлов сократился почти в 3 раза (с $81,2 \pm 5,9$ мм до $27,2 \pm 7,6$ мм, $p < 0,01$) у больных 1-й подгруппы и в 2,7 раза (с $48 \pm 4,4$ мм до $17,8 \pm 3,4$ мм, $p < 0,01$) у пациенток 2-й подгруппы. Темп убыли опухоли у больных 1-й подгруппы был равномерным в течение 12 месяцев. В большей степени претерпевала изменение длина матки, регресс ее составил 76,5 %, уменьшение ширины произошло на 69,7 %, менее всех изменялся передне-задний размер — на 57,9 %. Во 2-й подгруппе у пациенток с меньшей массой

Таблица 2
Динамика клинических симптомов на фоне ЭМА

Клинические признаки	Больные (n = 40)			
	До ЭМА		После ЭМА	
	1 подгруппа (n = 12)	2 подгруппа (n = 28)	1 подгруппа (n = 12)	2 подгруппа (n = 28)
Частота мочеиспусканий (раз в день)	$7 \pm 0,27^{**}$	$5,2 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,2^*$ $p < 0,001$	$4,7 \pm 0,1^*$ $p < 0,05$
Частота стула (раз в неделю)	$3,2 \pm 0,3$	$5,2 \pm 0,2^{**}$	$5,6 \pm 0,3^*$	$6,1 \pm 0,1^*$
Продолжительность менструаций (дни)	$6,8 \pm 0,7$	$6,3 \pm 0,4$	$4,9 \pm 0,3^*$	$4,6 \pm 0,2^*$
Количество менструальной кровопотери (мл)	$149,5 \pm 18,4$	$134,3 \pm 10,6$	$97 \pm 3,7^*$	$102,5 \pm 4,5^*$

Примечание: * - достоверность различий в подгруппах до и после лечения;

** - достоверность различий между подгруппами ($p < 0,001$).

опухоли эффект ЭМА был выражен уже в первые 2 месяца, за которые темп убыли величины матки составил: длины на 89,5 %, ширины на 70,3 %, передне-заднего размера на 65,7 %, а в последующие 10 месяцев размеры опухоли продолжали уменьшаться только по двум размерам: ширины на 4,7 % и длины на 19,9 %, в то время как передне-задний размер не изменялся. В целом, темп убыли опухоли по истечении 12 месяцев во второй подгруппе составил: 93,7 %, 90,2 % и 65,7 % от исходного. Темп убыли узлов в 1-й и 2-й подгруппах был равномерным в течение всех 12 месяцев, при этом величина убыли была практически равнозначной и составила 66,4 % и 62,9 %, соответственно.

Результат лечения в 1-й подгруппе превзошел ожидаемые прогнозы: полное излечение с исчезновением узлов и нормализацией размеров матки произошло у каждой четвертой больной (25 %) и в 8,3 % случаев было почти полное излечение — при нормальной величине матки наблюдались узелки от 8 до 10 мм, в остальных 58,4 % случаев требовалось только диспансерное наблюдение. Показания к оперативному лечению остались лишь в одном случае (8,3 %), так как у этой больной уменьшение размера опухоли не произошло, и сохранялись клинические симптомы сдавления соседних органов. В связи с этим, ей проведено традиционное оперативное вмешательство. Операция при данной величине матки протекала с кровопотерей около 100 мл. При гистологическом исследовании препарата выявлено преобладание фиброзного компонента, что, вероятно, явилось причиной отсутствия эффекта ЭМА.

Еще более значительный результат наблюдался у пациенток 2-й подгруппы — полное излечение наступило в 32,1 % случаев, в 25 % случаев остались узелки размером 8-10 мм при нормальной величине матки, в 39,3 % случаев требовалось диспансерное наблюдение без какого-либо дополнительного лечения. У одной женщины наблюдался некроз матки. Причиной некроза явился не диагностированный аденомиоз 4 стадии в результате ошибочной трактовки данных УЗИ, вследствие чего эндометриоз тела матки был принят за множественную интерстицию-субсерозную миому. В зарубежных работах ранее было показано, что распространенный аденомиоз является противопоказанием к данному методу лечения из-за возможности развития некроза органа [6, 7, 8].

Проведена оценка менструальной функции у женщин 1-й группы. Эмболизация маточных артерий у пациенток с нормальным менструальным циклом не способствовала его нарушению, за исключением трех женщин (7,5 %), у которых наблюдалось отсутствие менструаций в течение первых трех месяцев после ЭМА, затем менструальный цикл восстановился и оставался в пределах

нормы в течение наблюдения. У одной пациентки, эмболизация маточных артерий которой проводилась в возрасте 49 лет, на фоне нарушения менструальной функции по типу опсоменореи, вскоре после эмболизации появились проявления климактерического синдрома и наступила аменорея. Вероятно, проведение ЭМА ускорило наступление менопаузы.

Детородная функция специально не изучалась, с целью контрацепции у больных после эмболизации маточных артерий использовались барьерные методы, на фоне которых имела место одна беременность, наступившая через 2 месяца после ЭМА. Развивалась беременность нормально, клиники угрозы не наблюдалось. Учитывая, что наступление беременности не планировалось, было проведено ее прерывание в сроке 8 недель, т.е. через 16 недель после ЭМА. Осложнений во время проведения аборта не наблюдалось, тонус матки не снижался, кровопотеря была обычной.

Сексуальная функция у всех пациенток особых изменений не претерпела, у женщин, предъявлявших эту жалобу накануне лечения, исчезла диспареуния.

В группе больных, пролеченных норколутом, регресс узла и матки наблюдался только у одной женщины (5 %), стабилизация роста опухоли констатирована у 13 пациенток (65 %), при этом 7 женщин (35 %), в силу отсутствия эффекта и противопоказаний к продолжительной гормональной терапии, подверглись оперативному лечению. В целом, на фоне гормональной терапии средние размеры матки увеличились: длина матки с $79 \pm 2,8$ мм до $83,8 \pm 4,5$ мм, ($P > 0,05$), передне-задний размер с $69,4 \pm 2,1$ мм до $73,5 \pm 3,5$ мм ($P > 0,05$), ширина с $67,9 \pm 2,9$ мм до $41,1 \pm 4,1$ мм ($P < 0,001$). Диаметр узлов увеличился, в среднем, с $35,5 \pm 3,2$ мм до $73,5 \pm 3,4$ мм ($P < 0,05$).

Во 2-й группе, после консервативной миомэктомии, в 30 % случаев через год после оперативного вмешательства выявлены рецидивы.

Таким образом, внедрение нового метода терапии, до сих пор не применявшегося в России, способствует снижению частоты потери репродуктивного органа, возможности реализации материнства и повышению качества жизни у пациенток с миомами матки, которым по существующим стандартам показано оперативное вмешательство в объеме тотальной и субтотальной экстирпации (величина 20 недель, атипичное расположение узлов, субмукозные узлы). Исключение для данного метода составляют миомы матки с субсерозным характером роста узлов, особенно на тонком основании.

Эмболизация маточных артерий является не затратным методом лечения, резко снижает количество дней пребывания больного в стационаре или исключает таковое, не требует дополнитель-



ной гормональной терапии, что необходимо при реконструктивно-пластических оперативных вмешательствах. Данный метод не снижает индекс здоровья больной, что вероятно при длительном гормональном лечении. Однако малое количество наблюдений и их непродолжительность диктуют необходимость дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вихляева, Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии /Вихляева Е.М. – М., 1997. – 768 с.
2. Вихляева, Е.М. Миома матки /Вихляева Е.М., Василевская Л.Н. – М., 1981. – 160 с.
3. Краснопольский, В.И. Консервативная миомэктомия /Краснопольский В.И. //Акуш. и гинекол. – 1990. – № 6. – С. 72-75.
4. Овчаренко, Д.В. Чрезкатетерная чрезкожная эмболизация маточных артерий /Овчаренко Д.В. //Акуш. и гинекол. – 2001. – № 5. – С. 9-11.
5. The appopriateness of recommendations for hysterectomy /Broder M.S., Kanouse D.F., Mittman B.S., Bernstein S.J. //Obst. et Gynecol. – 2000. – V. 95. – P. 199-205.
6. Grinberg, M.D. Medical and socioeconomic impact of uterine fibroids /Grinberg M.D., Kazamel T.J. //Obst. Gyn. Clin. Nort. Am. – 1995. – V. 22. – P. 625-636.
7. Recourse to particulan arterial embolization in the treatment of some uterine leiomyema /Ravina J.H., Bounet J.M., Ciraru-Vigneron N. et al. //Bull. Acad. Natl. Med. – 1997. – V. 181. – P. 233-436.
8. La Morte, A.J. Morbiolity associated with ambdominal myomectomy /La Morte A.J., Luluani S., Diamond M.R. //Obst. Gynec. – 1993. – V. 82. – P. 897-900.



КУЛИНИЧ С.И., НИКОЛАЕВА И.Н., ИВАНОВА Н.А.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
г. Иркутск

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Актуальность совершенствования диагностики и лечения кистозных образований яичников определяется стабильно высокой частотой данной патологии и тенденцией к ее возрастанию в последнее десятилетие. Опухолевидные процессы (ОПЯ) составляют, в среднем, 17 % всех овариальных образований, значительная часть которых представлена ретенционными — 70,9 % случаев [1]. Эта нозологическая форма в 55,2 % случаев встречается в возрасте от 18 до 35 лет [4].

Факторы, более существенно влияющие на возникновение ОПЯ: преимущественно репродуктивный возраст, хронические воспалительные заболевания гениталий с длительным течением, оперативные вмешательства в анамнезе, сопровождающиеся спаечным процессом в малом тазу, сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек [4]. Одной из сложных проблем современной гинекологии является выбор методов диагностики и дальнейшего лечения [4].

Учитывая все вышеизложенное, определена **цель исследования** — определить видовой спектр урогенитальных инфекций при функциональных кистах яичников и их роль в формировании кист яичников.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 126 пациенток с фолликулярными и лютеиновыми кистами яичников, 30 женщин составили контрольную группу (без кист). Возраст обследованных женщин колебался от 16 до 38 лет (средний возраст $26,3 \pm 9,3$ лет). Наряду с общеклиническими методами, осуществляли ПЦР-диагностику урогенитальных инфекций: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, трихомониаза, герпеса, папилломавирусной инфекции; микробиологическую диагностику трихомоноза, микоплазмоза и уреаплазмоза с определением количества и антибиотикочувствительности. Соскоб из цервикального канала и уретры, со стенки кисты интраоперационно производили урогенитальными зондами однократного применения. Сыворотку крови, перитонеальную жидкость исследовали на наличие антител к вышеперечисленным бактериальным и вирусным инфекциям методом ИФА.

Для исключения онкологического процесса определяли концентрацию опухолевого маркера СА-125 в сыворотке крови методом ферментзависимой иммунофлюоресценции на приборе miniVI-

DAS. Также проводилось цитологическое исследование перитонеальной жидкости, полученной в ходе лапароскопии или путем пункции брюшной полости через задний свод.

Ультразвуковое исследование проводилось на приборах Arogee-800 с конвексным абдоминальным трансдюссером (2-6 МГц) и эндотрансдюссером (4-9 МГц), а также Aloka SSD-500 «Micrus» с абдоминальным (3,5 МГц) и вагинальным (5 МГц) конвексными трансдюссерами. Допплеровское исследование (ЦДК и импульсную доплерометрию) проводили в ходе трансвагинального сканирования на приборе Arogee-800.

Лапароскопия проводилась большим по показаниям (при разрыве кисты, перекруте, кровоизлиянии), с морфологическим исследованием полученного материала.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

У больных с функциональными кистами в анамнезе выявлен высокий процент детских инфекций — 98 человек (78 %), из экстрагенитальных: инфекции верхних дыхательных путей у 108 женщин (86 %); заболевания мочевыделительной системы у 71 (56,3 %); ДУЩЖ у 53 (42 %); заболеваний ЖКТ у 35 (28 %) и других (микроаденома гипофиза, гиперпролактинемия) у 7 (5,5%).

Операции, перенесенные пациентками в анамнезе, были по поводу трубной беременности у 48 (38 %), гнойно-воспалительных процессов придатков матки у 30 (24 %), опухолей и опухолевидных процессов яичников (в т.ч. эндометриоз яичников) у 18 (14 %); аппендэктомии у 14 (11 %); Кесарево сечение у 8 (6 %); огнестрельное ранение кишечника у 1 (1 %).

При обследовании 126 женщин, у 87 (68 %) обнаружены ИППП: хламидиоз у 30 больных (35 %), микоплазмоз у 16 (19 %), смешанная бактериальная и вирусная инфекция у 15 (17 %), уреаплазмоз у 11 (13 %), трихомониаз у 8 (9 %), ЦМВИ у 2 (2 %), ВПЧ неонкогенный у 3 (4 %), ВПЧ онкогенный у 1 больной (1 %).

В контрольной группе из 30 человек без кист у 9 (30 %) выявлены ИППП: микоплазмоз у 2 (7 %), хламидиоз у 2 (7 %), смешанная инфекция у 2 (7 %), уреаплазмоз у 1 (3 %), ЦМВИ у 1 (3 %), трихомониаз у 1 (3 %). Средние значения опухолевого маркера СА-125 составляли $6,3 \pm 3,1$ МЕ/мл у больных с фолликулярными



кистами и $12,6 \pm 4,7$ МЕ/мл — с кистами желтого тела, были ниже допустимых значений.

Ультразвуковыми критериями функциональных кист являлись округлые, тонкостенные, однокамерные, эхонегативные образования со средним диаметром $5,8 \pm 1,8$ см, кисты желтого тела были с мелкодисперсной взвесью и утолщенными стенками. При ЦДК выявлялись единичные зоны доброкачественной васкуляризации, расположенные по периферии.

При лапароскопии выявлен спаечный процесс в области придатков матки — у 29 больных (23 %) с функциональными кистами.

Гистологическое исследование оперированных кист было проведено у всех больных (54 чел.): фолликулярные кисты диагностированы у 23 (42 %), кисты желтого тела у 31 (48 %). При функциональных кистах в яичниках в большинстве случаев выявлены маркеры воспалительной инфильтрации тканей, которая представлена лимфоцитами, плазмócитами, реже эозинофилами.

ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с функциональными кистами яичников выявлен высокий процент ИППП, по сравнению с контрольной группой. В видовом составе урогенитальных инфекций был отражен

весь спектр ИППП с преобладанием хламидиоза (35 %).

Концепция инфекционной природы ОПЯ позволяет провести этиопатогенетическое лечение, как для первичного лечения, так и для профилактики рецидива.

Определение возбудителя воспалительного процесса позволяет провести этиотропное лечение, что является профилактикой рецидивов функциональных кист яичников.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Эндоскопия в гинекологии: Руков. для врачей /В.И. Кулаков, Л.В. Адамян. — М., 2000. — 384 с.
2. Митьков, В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике /В.В. Митьков, М.В. Медведев. — М., 1997. — 320 с.
3. Патогенез и диагностика аутоиммунного оофорита /В.В. Потин, Е.Е. Смагина, А.М. Гззян и др. //Акуш. и жен. бол. — 2000. — Т. XLIX, Вып 2. — С. 59-64.
4. Серов, В.Н. Доброкачественные опухоли яичников и опухолевидные образования яичников /В.Н. Серов, Л.И. Кудрявцева. — М., 1999. — 152 с.
5. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии /В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова и др. — М., 1997. — 426 с.
6. Stanley, J. Pathology of the Female Reproductive tract /Stanley J., Robboy, Malcolm C. — London, 2002. — 1068 с.

КУЛИНИЧ С.И., РЫБАЛКО И.Е., СВЕРДЛОВА Е.С.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
г. Иркутск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Полипы эндометрия в структуре гинекологической патологии занимают 3-5 % [2, 5], среди пациентов с маточными кровотечениями в клинике — 30-40 % [3]. Несмотря на внедрение эндоскопических методов лечения, частота рецидивов заболевания остается высокой, колеблется от 25,9 % до 78 % [1, 7].

Полипы матки представляют собой экзофитное локальное железистое образование, исходящее из базального слоя эндометрия или эндоцервикса, имеющее сосудистую ножку [4, 8]. Значимость полипов матки обусловлена как клиническими, так и социальными аспектами. Симптомами полипов матки наиболее часто являются маточные кровотечения, анемизация больных, бесплодие [6, 9]. Средний возраст больных с полипами матки, по данным Zhonghua Fu Chan (2003), составляет 45 ± 9 лет. Следует также подчеркнуть, что отдельные виды полипов матки (аденоматозные полипы эндометрия и полипы шейки матки с атипией) относятся к предраковому процессу [9].

Методы лечения полипов матки стандартизованы, это — удаление полипа с последующей гормональной терапией, однако число рецидивов заболевания при этом остается высоким, составляет от 25,9 % до 78 % [1, 7]. По данным Макарова О.В. и Исаевой Е.Г. (1997), после проведения гормональной терапии полипы рецидивируют у 14 % женщин. Bouda J. (2000) сообщает о 46 % рецидивов полипов эндометрия после раздельного диагностического выскабливания и о 13,5 % рецидивов после проведения гистерорезектоскопии; средний срок появления рецидивов, по данным Feng L.M. (2003), составляет 12 ± 5 месяцев после их удаления.

Цель исследования — оценить частоту рецидивов полипов эндометрия после этиопатогенетической терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 133 пациентки с гистологически подтвержденным диагнозом «полип эндометрия». Критерием для отбора пациентов явилось наличие полипов матки и отсутствие сопутствующей патологии матки и яичников. Все обследованные женщины с полипами эндометрия были разделены на 2 группы: первую (основную) группу составили 83 пациентки, обследованные и пролеченные по предложенной нами схеме (антибактериальное, противовирусное, иммуномоделирующее лечение с учетом выявленной ИППП).

Вторую группу (сравнения) составили 50 пациенток, получившие стандартное лечение (удаление полипа с последующей гормональной терапией). Кроме того, нами взяты на обследование 32 здоровые женщины для сравнения гормонального гомеостаза и иммунологического статуса.

Полипы эндометрия выявлены у женщин в возрасте от 20 до 72 лет. Средний возраст пациенток основной группы составил $45,5 \pm 6,1$ лет. Средний возраст пациенток группы сравнения — $46 \pm 7,2$ лет. Средний возраст группы здоровых женщин составил $45,3 \pm 6,8$ лет.

Репродуктивный анамнез во всех исследуемых группах был равнозначным, без статистических различий (критерий Стьюдента t составил 0,3, 0,5 и 0,8).

Жалобы больных до начала лечения были в виде различного вида кровянистых выделений у 43 пациенток (51,7 %) основной группы и у 26 женщин (52 %) группы сравнения. Боли внизу живота и тазовые были у 33 женщин (39,7 %) основной группы и у 22 пациенток (44 %) группы сравнения. Критерий Стьюдента t был, соответственно, 0,3, 1,3, и 0,5.

После следующей менструации от удаления полипа эндометрия все больные были обследованы на ИППП методом ПЦР-диагностики, бактериологическим и бактериоскопическим методами.

Забор материала из полости матки проводили стерильным аспирационным гинекологическим полимерным наконечником (НАП) одноразового применения диаметром 6 мм до внутреннего зева (Протокол № 88/976-57 от 29.06.88). После этого одноразовую стерильную щетку для ДНК-исследований вводили в отверстие проводника. После извлечения щетки, ее помещали в одноразовый эпиндорф с транспортным раствором для ДНК-исследований и в питательную среду.

Кольпоскопическое исследование шейки при ПЭ проводилось всем пациенткам каждые 3 месяца наблюдения кольпоскопом «Olympus» с увеличением 1×8 и 1×28 в виде простой и расширенной кольпоскопии с использованием 5 % раствора уксусной кислоты и 3 % раствора Люголя.

Определение концентрации иммуноглобулинов А, М и G проводилось в аспирате из полости матки при ПЭ и в цервикальной слизи при ПШМ до начала и после окончания терапии на иммунодиффузионных планшетах методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Забор материала выполняли по вышеописанной методике.



Гистологическое исследование полипов матки проводили по методике Р.Д. Лилли (1969). Описание и сравнение гистологических картин производилось по следующим критериям: характеристика эпителия, характеристика желез (форма, количество, размер крипт, характер секрета), пространственное расположение желез, характеристика ядер, наличие атипических клеток, характеристика стромы (волокнистые структуры, наличие отека, фиброза, дистрофических изменений), клеточная инфильтрация стромы, характеристика сосудов, наличие периваскулярной инфильтрации.

Определение экспрессии рецепторов к эстрадиолу и прогестерону проводили методом непрямой иммуногистохимической реакции на парафиновых срезах толщиной 3-5 мкм. Оценку иммуногистохимической метки производили по двум параметрам: степень распространения и интенсивность окраски. Степень распространения окраски определяли путем подсчета количества окрашенных ядер по отношению к общему числу ядер (в %). Результаты оценивали в баллах: окраска 1-25 % клеток — 1 балл, 26-50 % — 2 балла, 50-75 % — 3 балла, 76-100 % — 4 балла. Интенсивность окраски 1 балл — отсутствующая или слабая (синее окрашивание ядер), 2 балла — умеренная (лиловое окрашивание ядер), 3 балла — сильная (красное окрашивание ядер). Сумму баллов обозначали как иммуногистохимический индекс (ИГХИ), который рассчитывали отдельно для железистого эпителия и клеток стромы. Реакцию квалифицировали как положительную при значениях ИГХИ более 2.

В соответствии с полученными результатами обследования на ИППП, пациенткам основных групп с полипами матки проводилась противовирусная, антибактериальная и иммуномодулирующая терапия. Женщинам с отрицательными результатами анализов на ИППП было рекомендовано лечение индукторами интерферона.

Комплекс противовирусной терапии включал в себя индукторы интерферона (неовир в виде внутримышечных инъекций по 2,0 мл 12,5 % раствора через день № 10), противовирусные свечи «Виферон-3» по 1 свече 1 раз в день № 10, витамины группы В (Мультитабс В-комплекс по 1 табл. 1 раз в день в течение 2 месяцев), десенсибилизирующие средства.

В случае герпетической инфекции назначали противогерпетические препараты. При легкой степени рецидивирующего герпеса (1-4 эпизода в год) применялся ацикловир по схемам эпизодической терапии (5-10 дней) в сочетании с амиксином по 0,125 г 2 дня подряд, затем по 1 табл. каждые 48 часов (всего 10 таблеток), и витаминами с антиоксидантным эффектом (С, Е, А) в течение 1 месяца. Через 2 месяца после окончания лечения вновь назначался амиксин 2 дня подряд по 1 табл.

в сутки, а затем по 1 таблетке каждые 48 часов (всего 30 таблеток). Через 2 месяца после окончания второго этапа амиксин применялся по 1 табл. 0,125 мг 1 раз в неделю в течение 6 недель.

При средней тяжести герпеса (до 4-х рецидивов с явлениями продрома или 5 и более без них) ацикловир назначался в течение 1-2 месяцев в сочетании с иммунопрепаратами. В качестве иммунотерапии применялись тимические препараты и три курса амиксина.

При тяжелом течении герпеса и непрерывно рецидивирующей форме инфекции назначалась супрессирующая терапия ацикловиром на протяжении 3-6 месяцев. Амиксин также назначался тремя курсами.

Лечение бактериальной инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз) включало в себя антибактериальные препараты группы макролидов (вильпрофен по 500 мг 3 раза в день 10 дней или хемомицин по 1 г в сутки 3 дня), иммуностимуляторы (полиоксидоний 6 мг внутримышечно через день № 5), местное лечение (интрацервикальное введение инстиллагеля или катеджеля, санация влагалища, «Генферон» 10 дней по 1 вагинальной свече).

В лечении трихомоноза были применены препараты метронидазолового ряда по общепринятым схемам.

На время антибактериальной терапии назначались гепатопротекторы, восстановление кишечной и влагалищной микрофлоры, профилактика кандидоза. Контроль излеченности при трихомонадной инфекции проводился после 3 менструаций с провокацией пирогеналом 25 мкг бактериологическим и бактериоскопическим методами. При остальных инфекциях контроль излеченности проводился методом ПЦР-диагностики.

Пациентки групп сравнения получали лечение: удаление полипа с последующей гормональной терапией, соответственно стандартам, в течение 3-6 месяцев, с использованием КОК, гестагенов [3].

После комплексного лечения полипов матки контроль за возникновением рецидивов заболевания проводили методом УЗИ с ЦДК и кольпоскопии. Полученные результаты исследования подвергались сопоставлению и статистической обработке методами параметрической и непараметрической статистики: среднее значение и ошибка средней, сравнение средних с вычислением критериев Стьюдента, χ^2 (хи-квадрат) и проведением корреляционного анализа по Пирсону.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты обследования и их обсуждение показали, что 78 женщин (94 %) основной группы с полипами эндометрия были инфицированы. Структура ИППП: вирус простого герпеса второго серотипа — у 44 пациенток (53 %), энтерови-

рус — у 41 (49,4 %), уреаплазмы — у 20 (24,1 %), микоплазмы — у 17 (20,5 %), хламидии — у 11 (6,2 %), трихомонады — у 4 женщин (2,3 %). Только у 5 пациенток (2,8 %) не выявлено генитальных инфекций.

При этом только вирусная инфекция была у 12 пациенток (14,5 %), только бактериальная — у 3 (3,6 %), смешанная вирусная инфекция — у 21 (25,3 %), смешанная бактериальная — у 1 (1,2 %), смешанная вирусно-бактериальная — у 41 (49,4 %), смешанная вирусная — у 5 женщин (6 %). Сочетание вируса простого герпеса второго серотипа и энтеровируса было у 9 пациенток (10,8 %), вируса простого герпеса второго серотипа, энтеровируса и уреаплазмы — у 8 (9,6 %), что явилось самой распространенной комбинацией инфекционных агентов.

При кольпоскопии у больных с ПЭ с целью выявления маркеров воспаления, которые по нашим данным специфичны и информативны, были выявлены: множественные мелкие везикулы с прозрачным содержимым по всей поверхности шейки матки у 29 пациенток (34,9 %) основной группы и у 18 пациенток (36 %) группы сравнения; остроконечные кондиломы вульвы и влагалища — у 25 (30,1 %) и 14 (28 %), соответственно; плоские кондиломы шейки матки — у 11 (13,3 %) и 7 (14 %); лейкоплакия шейки матки — у 13 (15,6 %) и 10 (20 %); экзоцервицит в виде подслизистых кровоизлияний — у 39 (47 %) и 17 (34 %), соответственно.

Многослойный плоский эпителий шейки матки до начала лечения был у 9 пациенток (10,8 %) основной группы и у 11 пациенток (22 %) группы сравнения. Все эти изменения на шейке рассмотрены как косвенные признаки генитальной инфекции, что подтверждено результатами микробиологического исследования. Пациенты группы сравнения с ПЭ, пролеченные по стандартной методике, на ИППП не обследовались, но кольпоскопические признаки воспаления выявлены в значительном числе случаев (у 78 %).

Концентрация неспецифических иммуноглобулинов А, G и М биологической среды является показателем местной защитной реакции при поражении тем или иным повреждающим фактором. Концентрация иммуноглобулинов в аспирате из полости матки у женщин сравниваемых групп с ПЭ изучена при первичном обследовании и через 9 месяцев от начала наблюдения.

У пациенток основной группы уровни IgA составили $2,39 \pm 0,09$ г/л, через 9 месяцев снизились до $0,82 \pm 0,04$ г/л и приблизились к концентрации IgA здоровых пациенток, равной $0,91 \pm 0,06$ г/л ($p > 0,05$). Значения IgA у пациенток группы сравнения до лечения составили $2,38 \pm 0,2$ г/л, через 9 месяцев достоверно не изменились ($p > 0,05$), составив $2,55 \pm 0,5$ г/л.

Концентрации IgG в аспирате из полости матки у пациенток основной группы через 9 месяцев достоверно снизились, с $14,3 \pm 0,4$ г/л до $4,84 \pm 0,6$ г/л ($p < 0,05$). У пациенток группы сравнения до лечения были $14,76 \pm 0,8$ г/л и через 9 месяцев от начала наблюдения достоверно не отличались от первоначальных значений ($13,11 \pm 0,7$ г/л, $p > 0,05$).

Уровни IgM в аспирате полости матки у пациенток основной группы и группы сравнения до и после лечения достоверно не различались ($p > 0,05$).

Таким образом, уровни IgA и G подтверждали наличие воспалительных процессов при ПЭ.

В структуре гистологических форм ПЭ чаще других верифицированы железисто-фиброзные полипы эндометрия, они были у 51 пациентки (61,4 %) основной группы и у 33 женщин (66 %) группы сравнения. Затем — железистый ПЭ базального типа у 15 женщин (18 %) и железистый ПЭ функционального типа 9 пациенток (18 %) группы сравнения. Железистые ПЭ функционального типа выявлены у 14 (16,8 %), стромальные ПЭ — у 2 (2,4 %) и аденоматозные ПЭ — у 1 женщины (1,2 %). У пациенток группы сравнения по частоте выявления после железисто-фиброзных ПЭ были железистые ПЭ базального типа у 5 пациенток (10 %), аденоматозные ПЭ — у 1 (2 %). Статистически значимых различий по гистологической структуре ПЭ не выявлено ($p < 0,01$). Вне зависимости от гистологического строения ПЭ, характерными особенностями данного заболевания были наличие во всех гистологических картинах ПЭ лейкоцитарной, лимфоцитарной и гистиоцитарной инфильтрации разной степени выраженности, а также отека и фиброза стромы.

Корреляционный анализ воспалительных изменений, выявленных при ПЭ, с генитальной инфекцией, кольпоскопическими изменениями в эпителии и маркерами воспаления в гистологических картинах ПЭ достоверно свидетельствует об инфекционной природе ПЭ. Таким образом, этиопатогенетическая роль инфекционных факторов при формировании ПЭ доказательна.

Проведено исследование экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в полипах и окружающем эндометрии для сравнения уровней в изучаемых группах и оценки гормонального гомеостаза у пациенток с ПЭ. Уровни экспрессии рецепторов сравнивали с показателями экспрессии стероидных рецепторов в нормальном эндометрии в фазе секреции и фазе пролиферации, применяя вышеописанный иммуногистохимический индекс. Во всех группах ИГХИ не превышал 2, что свидетельствовало об отсутствии нарушений в гормональном гомеостазе у женщин с ПЭ.

За 3 года наблюдения в основной группе рецидивы возникли в 3,6 % случаев, в группе срав-



нения — в 48 % ($t = 6,0$, $\chi^2 = 35,3$, при $p < 0,001$). Наиболее часто рецидивы развивались через 9–12 месяцев от начала наблюдения. Таким образом, этиопатогенетическое лечение в виде противовоспалительной терапии при полной элиминации возбудителей ИППП достоверно снижало частоту рецидивирования полипов эндометрия, в сравнении со стандартной гормональной терапией, а появление рецидивов в 3,6 % случаев было связано с инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аблакулова, В.С. О риске рецидивирования полипов эндометрия /Аблакулова В.С. //Второй мед. журн. Узбекистана. — 1988. — № 1. — С. 53–55.
2. Вихляева, Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии /Вихляева Е.М. — М., 1997. — 764 с.
3. Кулаков, В.И. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии /Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И. — М., 2001. — 246 с.
4. Прилепская, В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы /Прилепская В.Н. — М., 2000. — 428 с.
5. Рудакова, Е.Б. Клинико-морфологические параллели между рецепторным статусом полипов эндометрия и частотой возникновения рецидивов после применения гормонального лечения /Рудакова Е.Б., Кононов А.В., Акулинина И.Н. //Гинекология. — 2001. — Т. 3, № 6. — С. 14–16.
6. Соколов, В.М. К вопросу о полипах слизистой цервикального канала /Соколов В.М., Молчанов В.В., Данилевич М.А. — Смоленск, 1998. — 7 с.
7. Уварова, Е.В. Влагалище как микрэкосистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии (обзор литературы) /Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. //Гинекология. — 2002. — № 4. — С. 21–23.
8. Хмельницкий, О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний /Хмельницкий О.К. — СПб., 1994. — 497 с.
9. Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding /Anastasiadis P.G., Koutlaki N.G., Skaphida P.G. et al. //Eur. J. Gynaec. Oncol. — 2000. — V. 21(2). — P. 180–183.



МАЙБОРОДА И.Б., ЕВТУШЕНКО И.Д.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Наиболее частым вмешательством в оперативной гинекологии считается удаление матки. Частота этой операции колеблется от 25 до 38 % среди всех хирургических вмешательств в гинекологической практике [2, 4]. У значительной части пациенток (30-70 %) после гистерэктомии без придатков матки возникают нейровегетативные и психо-эмоциональные расстройства, сходные с климактерическими. Данный симптомокомплекс рассматривается как постгистерэктомический синдром (ПГС). Наиболее значимыми симптомами ПГС являются вегетоневротические нарушения: приливы жара, потливость, бессонница, раздражительность, парестезии, сердцебиения и вестибулопатии [1, 6, 7, 9, 10].

В ответ на удаление матки, прекращение менструаций и утрату способности к деторождению, нередко отмечается тяжелая психологическая реакция женщины, что отражается на функции яичников через центральные структуры мозга [1, 6].

Было показано, что в первые два года после гистерэктомии у 72,8 % женщин преобладают нейровегетативные нарушения, у 16 % — психоэмоциональные расстройства. В последующие годы психоэмоциональные нарушения сохраняются, а нейровегетативные уменьшаются [5, 6, 7, 10].

Профессором Адамян Л.В. с соавторами (1999), при исследовании психоэмоционального статуса пациенток после гистерэктомии, было отмечено, что 5 из 6 пациенток при психологическом тестировании характеризовались удовлетворительной психической адаптацией. Исследователями установлено, что психоэмоциональное состояние пациенток ухудшается только в том случае, если во время гистерэктомии было удаление одного или двух яичников [2].

Цель исследования — оценить особенности развития психоэмоциональных расстройств у женщин с постгистерэктомическим синдромом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 49 женщин в возрасте от 46 до 55 лет. Все пациентки разделены на две группы. Основную группу составили 24 женщины с постгистерэктомическим синдромом, которым была выполнена субтотальная гистерэктомия без придатков матки в период от 2 месяцев до 4 лет до настоящего исследования. Показанием к оперативному лечению была миома матки, осложненная маточными кровотечениями и постгеморрагической анемией легкой и средней степени, неэффек-

тивность гормонального лечения. Во вторую группу (сравнения) вошли 25 пациенток с миомой матки, у которых наступила естественная менопауза в возрасте от 45 до 51 лет (в среднем, 48,2 лет).

Продолжительность психоэмоциональных нарушений у пациенток основной группы составила, в среднем, $18,5 \pm 21,1$ месяцев, у женщин группы сравнения — $34,6 \pm 22,2$ месяца.

В работе для оценки степени тяжести постгистерэктомического синдрома использовали модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куррегман в модификации Уваровой Е.В. (1983). В структуре ММИ отдельно оценивали выраженность психоэмоциональных симптомов: слабая степень (до 7 баллов), умеренная (8-14 баллов) и тяжелая (более 14 баллов).

Кроме того, проводили экспериментально-психологическое исследование: определение уровня реактивной и личностной тревожности по шкале самооценки Спилбергера-Ханина, уровень тревоги по шкале самооценки Шихана, уровень депрессии по шкалам самооценки Цунга и Бека [3, 8].

Реактивная тревога, определяемая по шкале Спилбергера-Ханина, оценивает степень тревоги, которую испытывает человек в какой-то конкретной ситуации. Личностная тревожность рассматривается как устойчивая характеристика степени тревоги. С помощью этой шкалы отмечали низкую степень тревожности (до 31 балла), умеренную (31-45 баллов) и высокую (46 баллов и выше).

По самооценочной шкале Шихана выделяли состояние без тревоги (до 30 баллов), аномальный уровень (30-80 баллов) и высокий (выше 80 баллов).

С помощью шкалы Цунга отмечали состояние без депрессии (до 50 баллов), наличие легкой (50-59 баллов) и средней депрессии (60-69 баллов). Тяжелое депрессивное состояние диагностировали при уровне свыше 70 баллов.

По самооценочной шкале Бека определяли состояние без депрессии (до 19 баллов), клиническое нарушение (19-24 балла), при уровне депрессии выше 24 баллов указывали на необходимость проведения лечения.

Показатели представлены в виде среднего значения $\pm$ стандартное отклонение. Для сравнения количественных показателей двух независимых групп использовали t-критерий. Сравнение групп по качественным признакам проводили с использованием критерия χ -квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные данные показали, что степень тяжести постгистерэктомического синдрома у пациенток первой группы варьировала от 12 до 38 баллов по ММИ, составляя, в среднем, $27,2 \pm 7,4$ баллов. Во второй группе пациенток менопаузальный индекс был от 21 до 35 баллов (в среднем, $28,6 \pm 4,4$). Следовательно, по степени тяжести климактерических нарушений группы обследованных женщин не различались.

Психоэмоциональные расстройства у обследованных женщин проявлялись эмоциональной лабильностью с раздражительностью, повышенной утомляемостью, нарушением настроения, снижением или утратой либидо. Степень выраженности психоэмоциональных нарушений в структуре ММИ у женщин обеих групп не различалась, составляя, в среднем, $6,8 \pm 3$ и $7,3 \pm 2,6$ баллов, соответственно ($p = 0,766$).

Исследование уровня реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина) выявило низкий уровень тревожности у 12 пациенток с постгистерэктомическим синдромом и у 9 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,393$), умеренный уровень — у 7 больных основной группы и у 9 пациенток группы сравнения ($p = 0,762$). Высокий уровень реактивной тревожности определялся у 5 больных с ПГС и у 7 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,742$).

Низкий уровень личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина наблюдался у 2 пациенток основной группы и у 5 женщин группы сравнения ($p = 0,417$), умеренный уровень — у 7 больных с ПГС и у 5 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,520$). Высокий уровень личностной тревоги выявлен с одинаковой частотой в обеих группах, по 15 женщин в каждой группе ($p = 1,0$).

Оценка уровня тревоги по шкале Шихана показала, что аномальный уровень тревоги наблюдался у 9 пациенток основной группы и у 12 женщин группы сравнения ($p = 0,567$). Высокий уровень тревоги, при котором требуется проведение специальной терапии, выявлен у одной пациентки с ПГС и ни в одном случае в группе сравнения ($p = 0,490$). Состояние без тревоги наблюдалось у 14 больных основной группы и у 13 женщин группы сравнения ($p = 0,776$).

Легкая степень депрессии (шкала Цунга) обнаружена у 3 больных основной группы и у 2 женщин группы сравнения ($p = 0,667$), средний уровень депрессии — ни у одной пациентки с ПГС и у 2 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,490$). Состояние без депрессии наблюдалось у обследованных женщин с одинаковой частотой, по 21 пациентке в каждой группе ($p = 1,0$).

По самооценочной шкале депрессии Бека обнаруживались клинические нарушения у 5 пациенток с постгистерэктомическим синдромом и у 9 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,345$). Уровень депрессии выше 24 баллов, указывающий на необходимость проведения лечения, возмозно с применением антидепрессантов, был установлен у 3 женщин основной группы и у 2 пациенток группы сравнения ($p = 0,667$). Состояние без депрессии оценено у 16 больных с постгистерэктомическим синдромом и у 9 женщин с естественной менопаузой ($p = 0,561$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что степень выраженности психоэмоциональных расстройств у пациенток после субтотальной гистерэктомии без придатков матки существенно не отличается от женщин с миомой матки, у которых менопауза наступила самостоятельно. По результатам экспериментально-психологического исследования не обнаружено статистически значимых различий в уровне тревожных и депрессивных расстройств, диагностируемых у пациенток с постгистерэктомическим синдромом и у женщин с естественной менопаузой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснопольский, В.И. Хирургическая менопауза /Краснопольский В.И., Рубченко Т.И. //Пробл. репрод. — 1998. — № 5. — С. 76-80.
2. Кулаков, В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины /Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Аскольская С.И. — М., 1999. — 312 с.
3. Мак Глин, Т.Дж. Диагностика и лечение тревожных расстройств: Руков. для врачей /Мак Глин Т.Дж., Меткалф Г.Л. /Под ред. Ю.А. Александровского. — Am. Psych. Press, 1989. — P. 98-101.
4. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) /Под ред. И.С. Сидоровой. — М., 2002. — 256 с.
5. Поворова, В.В. Прогнозирование развития климактерического синдрома после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста /В.В. Поворова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 24 с.
6. Сравнительная клиничко-гормональная характеристика состояния здоровья и качество жизни женщин с хирургической и естественной менопаузой /Рубченко Т.И., Ларичева И.П., Яковлева Н.И. и др. //Вестн. Рос. асс. акуш.-гинеко. — 1999. — № 3. — С. 56-61.
7. Эффективность монотерапии эстрогенами у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии /Сметник В.П., Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А. //Вестн. Рос. асс. акуш.-гинеко. — 1998. — № 3. — С. 36-40.
8. Beck, A.T. Short form of depression inventory: Cross validation /Beck A.T., Rial W.Y., Rickels K. //Psych. Rep. — 1974. — V. 34. — P. 1184-1186.
9. Richardson, T.A. Depression and menopause /Richardson T.A., Robinson R.D. //Prim Care Update Obstetrics & Gynec. — 2000. — V. 7. — P. 215-223.
10. The Women's Health Initiative Steering Committee /Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy //JAMA. — 2004. — V. 291. — P. 1701-1712.

ПАСМАН Н.М., КОЛЕСНИКОВА О.А.
Новосибирский государственный университет,
г. Новосибирск

ВЛИЯНИЕ ТКАНЕСЕЛЕКТИВНОЙ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСА И ГЕМОСТАЗА

Создание комбинированных препаратов сыграло важную роль в эволюции заместительной гормональной терапии. Данная терапия стала широко применяться во всем мире у женщин для лечения климактерических расстройств. В научных исследованиях была доказана безопасность применения комбинированного режима для эндометрия у пациенток с сохраненной маткой [5, 7, 8].

Общепризнанными в настоящее время являются доказанные положения о значительном улучшении качества жизни женщин в периоде климактерия при приеме ЗГТ, обладающей не только быстрым эффективным воздействием на вегетативную нервную систему, но и долгосрочными защитными эффектами предотвращения атрофических процессов в урогенитальном тракте и потери костной массы в постменопаузе [1, 2, 3, 4, 5]. В новый отдельный класс терапии выделен ливиал, имеющий уникальный механизм действия тканеселективного регулятора эстрогенной активности (STEAR). Отличает его то, что при эффективном устранении всех типичных климактерических симптомов, он не оказывает стимулирующего действия на молочные железы и эндометрий.

Вместе с тем, существуют и доказанные риски при длительном приеме ЗГТ: повышение свертываемости крови и риск тромбоэмболических осложнений, особенно у пациенток с тромбофилиями, влияние на пролиферативную активность в тканях молочных желез. Одним из условий проведения гормонотерапии в постменопаузе, обеспечивающих ее безопасность, является соблюдение полного алгоритма обследования пациентки, включающего биохимическое исследование крови с выявлением уровня глюкозы, липидов, а также изучение параметров гемостаза.

Жировую ткань сравнительно недавно стали рассматривать как эндокринную железу, продуцирующую белковый гормон лептин. Лептин играет ключевую роль не только в регуляции энергетического баланса, воздействуя на пищевое поведение и липидный обмен, но является медиатором в широком диапазоне нейроэндокринных функций, влияя на показатели иммунного гомеостаза и репродуктивную функцию [6]. В существующих многочисленных публикациях мало внимания уделяется влиянию различных видов гормонотерапии на массу тела и уровень лептина.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре смертности в женской популяции. Прогрессирующая частота артериальной гипертензии (АГ) у женщин после 50 лет, при незначительном изменении этого показателя у мужчин, указывает на возможную роль дефицита половых гормонов, как дополнительного фактора риска АГ (А.М. Бритов, М.М. Быстрова, 2002). Наступление менопаузы сопровождается атерогенными изменениями липидного спектра крови, а именно, повышением холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНП) и снижением холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛВП), а также увеличением распространенности ожирения и сахарного диабета [10].

Женщины с метаболическими нарушениями и артериальной гипертензией в постменопаузе имеют значительный риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Среди пациенток с АГ около 50 % составляют женщины в постменопаузе. Наличие климактерического синдрома ухудшает течение сердечно-сосудистых заболеваний, а при АГ, в свою очередь, часто отмечается патологическое течение климактерического периода. Многочисленные клинические и экспериментальные данные о кардиопротективном действии натуральных эстрогенов, входящих в состав ЗГТ, привлекают внимание кардиологов и терапевтов.

Целью исследования явилось изучение показателей некоторых гормонов, показателей липидного обмена, уровня лептина, а также параметров гемостаза у пациенток в динамике применения препаратов заместительной гормональной терапии (климодиена) и STEAR-терапии (тиболон).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 64 пациентки с климактерическим синдромом, тяжесть течения которого оценивалась по специально разработанному опроснику. В первую клиническую группу вошли 32 пациентки, в течение 1 года принимавшие препарат климодиен, во вторую клиническую группу — 32 пациентки, принимавших препарат тиболон. Контрольную клиническую группу составили 25 женщин с климактерическим синдромом, не принимавших препараты ЗГТ. У всех пациенток определялись индекс массы тела, ОТ и ОБ, гормоны: эстрадиол, ТТГ, свободный Т4, пролактин, лептин, тестостерон, ДЭАС; показатели липидно-

го обмена (ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, КА) и гемостаза (ПТИ, АКТ, РКМФ, ВА, ХЗФ). Определение показателей проводилось до лечения и через 12 месяцев гормонотерапии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ

На фоне проводимой терапии отмечено достоверное снижение атерогенных фракций липидов: ЛПНП и ЛПОНП в обеих группах. На фоне приема ливиаля отмечено снижение фракций ЛПОНП с $30,26 \pm 2,58$ до $21,21 \pm 1,21$ ($p = 0,0007$); при приеме климодиена — с $30,41 \pm 2,3$ до $24,18 \pm 1,62$ ($p = 0,00003$). Показатель фракции ЛПНП больше снижался на фоне приема климодиена — с $159,84 \pm 6,67$ до $128,67 \pm 6,04$ ($p = 0,001$), по сравнению с ливиаем ($174,73 \pm 6,96$ до $154,58 \pm 5,9$; $p = 0,007$).

Уровень холестерина в процессе проведения терапии в обеих группах также достоверно снижался, у пациентов, принимавших климодиен, до лечения составил $242,7 \pm 6,72$, через 12 месяцев — $219,85 \pm 4,66$ ($p = 0,003$), у пациентов, принимавших ливияль, до лечения — $254,06 \pm 6,84$, после лечения — $232,83 \pm 6,1$ ($p = 0,003$).

В то же время, выявлено большее повышение неатерогенной фракции липидов (ЛПВП) в группе пациентов, принимавших климодиен ($51,2 \pm 1,76$ до $62,54 \pm 1,96$, $p = 0,00001$), чем у пациентов, принимавших ливияль ($52,00 \pm 1,77$ и $56,72 \pm 2,06$; $P = 0,009$) (табл.).

Снижение ЛПНП и ЛПОНП является важнейшим условием профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что ЛПОНП (или пре-β-липопротеины) являются транспортной формой эндогенных триглицеридов, образующихся в печени. Их повышение в сочетании со снижением фибринолитической активности связано с повышенным тромбообразованием, а также является фактором риска атерогенеза. Таким образом, снижение ЛПОНП в динамике терапии является не только фактором, тормозящим атерогенез, но и регулирующим фактором гемостаза.

Таблица
Динамика показателей липидного обмена
на фоне различных вариантов ЗГТ

Препарат		Общий холестерин	ЛПВП	ЛПНП	ЛПОНП	КА
Климодиен	До лечения	242,7	51,2	159,84	30,41	3,88
	Через 12 мес	219,85	62,54	128,67	24,18	2,61
	Разница	-22,85	11,34	-31,17	-6,23	-1,27
	P	0,003	0,00001	0,001	0,00003	0,003
Ливияль	До лечения	254,06	52,0	174,73	30,26	4,07
	Через 12 мес	232,83	56,72	154,58	21,21	3,23
	Разница	-21,23	4,72	-20,15	-9,05	-0,84
	P	0,003	0,009	0,007	0,0007	0,003

Согласно основной теории атерогенеза (теории повреждения клеток), ЛПНП являются наиболее агрессивными, окисленные, они повреждают эндотелий, провоцируя образование атеросклеротических бляшек. ЛПВП — антиатерогенная фракция, осуществляющая обратный транспорт холестерина в клетки печени, где он катаболизируется и выводится из организма. Таким образом, отложению холестерина в сосудистой стенке способствуют высокий уровень ЛПОНП, ЛПНП, холестерина, а ЛПВП оказывают противоположное антиатерогенное влияние. Но важны не только их абсолютные величины, но и соотношение ЛПНП/ЛПВП — коэффициент атерогенности. Высокое его значение является неблагоприятным фактором для развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В процессе проведения терапии получено статистически значимое снижение индекса атерогенности в обеих группах, однако большее снижение получено у пациенток, принимавших климодиен (до и после лечения, соответственно, $3,88 \pm 0,19$ и $2,61 \pm 0,12$, $P < 0,003$), тогда как в группе пациенток, принимавших ливияль, обнаружено более низкое снижение индекса атерогенности — с $4,07 \pm 0,22$ перед началом лечения до $3,23 \pm 0,16$ после лечения ($P = 0,003$).

Через 12 месяцев терапии у большинства пациенток обеих групп произошло снижение индекса массы тела, составившего до и после лечения $28,25 \pm 4,19$ и $27,58 \pm 3,79$, соответственно ($P < 0,05$). За время наблюдения не отмечено статистически значимого снижения индекса ОТ/ОБ, но выявлено одновременное снижение отдельной его составляющей — окружности талии (ОТ), со следующей динамикой до и после лечения: в группе пациенток, принимавших климодиен ОТ в процессе лечения уменьшилась с $84,25 \pm 1,96$ до $82,19 \pm 1,63$ ($P = 0,00008$). В группе пациенток, принимавших ливияль, ОТ в процессе лечения уменьшился с $83,81 \pm 1,90$ до $82,28 \pm 1,81$ ($P = 0,008$). Наибольшие изменения, статистически достоверные, получены по динамике веса у пациенток в обеих группах: в группе пациенток, принимавших климодиен, вес до лечения составил $75,08 \pm 2,15$; через 12 месяцев терапии — $73,14 \pm 1,82$ ($P = 0,0003$). В группе пациенток, принимавших ливияль, вес до лечения составил $76,21 \pm 2,24$, после лечения — $74,63 \pm 2,16$ ($P = 0,001$).

Большой интерес представляет исследование показателя лептина в динамике лечения в обеих группах. Отмечено достоверное его увеличение с $12,68 \pm 1,02$ до $22,63 \pm 2,29$ в группе пациенток, получав-

ших климодиен, и с $11,36 \pm 1,38$ до $20,76 \pm 2,50$ в группе пациенток, получавших ливиал.

Большинство исследователей отводят лептину ведущую роль в развитии ожирения. Последние исследования доказывают участие лептина в метаболических и нейроэндокринных процессах, характерных для кахексии, нервной анорексии и специфических расстройств аппетита. При этом учитываются не только центральные эффекты лептина, связанные с подавлением синтеза NPY, приводящего к снижению аппетита и повышению тонуса симпатической нервной системы [6].

Лептин оказывает влияние на метаболизм. Гормон увеличивает темп липолиза в белой жировой ткани, приводя к снижению запасов триглицеридов. Этот научный факт, вероятно, может объяснить уменьшение ЛПОП при повышении лептина, установленное в нашем исследовании. Лептин действует непосредственно на гепатоциты и скелетные мышцы, где стимулирует окисление жирных кислот в митохондриях, что ведет к уменьшению содержания триглицеридов в этих тканях.

В нашем исследовании в обеих группах пациенток установлено отсутствие изменения уровня тестостерона и достоверное повышение уровня дегидроэпиандростерона в группе пациенток, принимавших ливиал, уровень которого влияет на жизненный тонус и качество жизни.

В процессе проведения терапии не было отмечено значимого влияния на показатели уровней эстрадиола и тиреоидных гормонов, но отмечено достоверное снижение уровней пролактина, что коррелировало с улучшением показателей качества жизни — субъективной оценки своего здоровья по качеству сна и физической активности — ощущение вялости, сонливости днем.

Механизмы повышения частоты тромбозов при дефиците половых гормонов изучены не в полной мере, хотя установлено, что после прекращения функции яичников существенно повышается активность прокоагулянтного звена гемостаза, что является важным фактором риска развития острого инфаркта миокарда (ИМ) и инсультов.

Связи ЗГТ с параметрами гемостаза у женщин в постменопаузе посвящено очень много работ. В нашем исследовании не было установлено статистически значимых неблагоприятных влияний ЗГТ на систему свертывания крови, а некоторые показатели имели тенденцию к улучшению. Так, у пациенток, получавших ливиал, получено достоверное снижение уровней протромбинового индекса в процессе лечения с $101,5 \pm 0,8$ до $97,46 \pm 1,17$ ($P = 0,004$) и АТ III с $117,87 \pm 3,3$ до $104,5 \pm 3,19$ ($P = 0,003$), а у пациенток, получавших климодиен, получено достоверное снижение показате-

лей Хагеманзависимого фибринолиза с $25,34 \pm 2,61$ до $14,18 \pm 1,06$ ($P = 0,0008$) и АКТ с $47,28 \pm 2,68$ до $40,34 \pm 2,14$ ($P = 0,01$).

ВЫВОДЫ:

1. Назначение препарата заместительной гормональной терапии климодиена и тканеспецифической терапии (ливиала) женщинам в постменопаузе в течение 12 месяцев не оказывает отрицательного влияния на липидный обмен и показатели системы гемостаза.
2. На фоне терапии климодиеном и ливиаом отмечается достоверное снижение массы тела, окружности талии и бедер у женщин в постменопаузе через 12 месяцев лечения. Наиболее значимые изменения получены при назначении климодиена.
3. У пациенток обеих групп в процессе терапии отмечено повышение уровня лептина, что, по-видимому, может вызывать активацию липолиза в жировой ткани и снижение уровня триглицеридов.
4. Лечение ливиаом приводит к достоверному повышению гормона качества жизни в постменопаузе — дегидроэпиандростерона сульфата. Терапия климодиеном не оказывает влияния на уровень мужских половых гормонов.
5. Климодиен и тканеспецифическая терапия ливиаом не влияют на функцию щитовидной железы и не повышают уровень пролактина.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белоусов, Ю.Б. Артериальная гипертензия и ожирение: принципы рациональной терапии /Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г. //Consil. Med. — 2003. — Т. 5, № 9. — С. 12-17.
2. Бротигам, В. Психосоматическая медицина /Бротигам В., Кристиан П., Род М. — М., 1999. — 278 с.
3. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства /Вейн А.М. — М., 2000.
4. Вихляева, Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии /Вихляева Е.М. — М., 2002. — 596 с.
5. Заместительная гормональная терапия — возможности индивидуального выбора /Зайдиева Я.З. и др. //Вопр. гинекол., акуш. и перинат. — 2003. — № 2(2).
6. Лептин: физиологические и патологические аспекты действия /Коваренко М.А., Руткина Л.А., Петрищева М.С., Бодавели О.В. //Вестн. НГУ. — 2003. — Т. 1, вып. 1. — С. 59-74.
7. Серов, В.Н. Климактерический период: нормальное состояние или патология /Серов В.Н. //РМЖ. — 2002. — Т. 10(18).
8. Сметник, В.П. Руководство по климактерию /Сметник В.П. — М., 2001. — 568 с.
9. Рациональная ЗГТ и качество жизни женщины //Рациональная ЗГТ и качество жизни женщины: Матер. науч.-практ. конф. — Киев, 2005.
10. Effects of menopause on trends of serum cholesterol, blood pressure, and body mass index /Akahoshi M., Soda M., Nakashima E. et al. //Circulation. — 1996. — V. 94. — P. 61-66.

РОТКИНА И.Е., БАЖЕНОВА Л.Г.

*НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

В настоящее время необходимость профессионального труда на промышленных предприятиях, в сфере обслуживания и работы по найму обусловлена, не только возможностью утвердить себя в обществе, развить и применить свои способности. К нему побуждает и экономическая необходимость, вызванная уменьшением реальных доходов семьи, когда для поддержания материального достатка, даже из-за небольшой дополнительной лепты в семейный бюджет, женщина соглашается работать в заведомо опасных для здоровья и репродуктивной функции условиях. Особенно это касается женщин с недостаточной профессиональной подготовкой и квалификацией.

Совмещение профессиональной деятельности и семейных обязанностей существенно затрудняют и продвижение женщины по ступеням служебной лестницы, даже при наличии высшего образования и таланта, в традиционных для женского труда сферах образования, медицины, гуманитарных наук, административных служащих.

Опасения вообще потерять работу, особенно когда женщина вынуждена временно оставить трудовую деятельность по беременности и уходу за малолетними детьми, не лучшим образом сказывается на моральном состоянии. Особенно болезненным психологический стресс становится для женщин старшего возраста, когда утрата надежд на новое рабочее место становится реальностью.

Эмоциональные перегрузки и неблагоприятные взаимоотношения на производстве создают основу для более частых заболеваний неврозами, психопатиями, вегето-сосудистой дистонией, которые более чем в 2 раза превосходят заболеваемость в случаях и днях нетрудоспособности, по сравнению с мужчинами. Риск невротических реакций создают неблагоприятный микроклимат в семье, неудовлетворенность личной жизнью.

Более чем в 3 раза чаще, по сравнению с мужчинами, женщины страдают болезнями мочеполовой системы, особенно воспалительными [1]. Среди производственных факторов в происхождении воспалительных заболеваний наибольшее значение придается пыли. Запыленность производственных помещений даже нетоксичными видами пыли (хлопковой, меховой, глиноземной, угольной и пр.) изменяет степень чистоты влагалищного содержимого, а из-за раздражения и микроразреждений слизистой оболочки создаются предпосылки для облегчения инфицирования внутрен-

них половых органов. При этом имеет несомненное значение активация эндогенной («резидентной») микрофлоры, в изобилии имеющейся в перинальной области, вульве и нижнем отделе влагалища, наряду с возбудителями, передающимися половым путем.

Увеличивается риск развития воспалительных заболеваний половых органов и у женщин, пользующихся внутриматочными контрацептивами, которые, в зависимости от возраста пациенток, дают увеличение частоты воспаления матки и придатков в 1,5-4 раза [2].

Хорошо изучено влияние рабочей позы и физической нагрузки, которые способствуют смещению влагалища и матки, застойным явлениям в малом тазу и недержанию мочи при напряжении.

Тяжелая физическая нагрузка особенно вредна в период полового созревания. Еще в начале 19-го века акушеры-гинекологи (Б. Липпман, 1924, А.Я. Красовский, 1989) отметили, что выполнение девочками тяжелых работ в положении стоя приводит к высокой нагрузке на нижний отдел позвоночника и способствует неправильному наклонению крестца, изменению взаимоотношений между костями таза, которое в дальнейшем формирует узкий либо плоский таз. Авторы указывали, что узкий таз чаще встречается у необеспеченных слоев населения, рано начавших работу на производстве, сопровождающуюся вынужденным положением тела. Позднее Э. Бумм (1930) установил, что выполнение девочкой тяжелой продолжительной работы является одним из факторов формирования мужского таза, при котором роды через естественные родовые пути становятся трудными или даже невозможными.

Современные исследователи больше озабочены выяснением вопроса о влиянии спортивных нагрузок на физическое развитие и состояние репродуктивной функции у женщин, начавших заниматься профессиональными видами спорта в детском и подростковом возрасте. Установлено, что у высококвалифицированных спортсменов, занимавшихся спортивной гимнастикой с детского возраста, менархе наступает примерно на год позже контрольной группы, узкий таз выявляется в 7 раз чаще. Среди гимнасток с анатомически узким тазом интерсексуальный морфотип имеет место в 51 % случаев, а инфантильный — в 23 %.

Слабость родовой деятельности у спортсменок встречается в 4 раза чаще, чем в общей популя-

ции, но по сравнению с женщинами с узким тазом различий нет. Физическое развитие новорожденных, родившихся у спортсменок, несколько отстает от развития новорожденных у женщин, не занимавшихся спортом.

В качестве комментария к результатам приведенных выше исследований многочисленных авторов можно высказать сомнение в том, что запоздалое менархе и наличие узкого таза у большинства профессиональных гимнасток связано с самим спортом. Оно может быть обусловлено и тем, что именно девочек с особенностями конституционального развития (интерсексуальный или инфантильный морфотип с высоким содержанием мышечной массы) и отбирают тренеры для занятий спортивной гимнастикой.

Что касается физических нагрузок в виде перемещения тяжестей на производстве, то известно, что они вызывают смещение половых органов и мочевого пузыря, что у многих женщин сопровождается недержанием мочи при напряжении. Однако в происхождении данной патологии следовало бы, в первую очередь, учитывать акушерский анамнез и возраст женщин, не удерживающих мочу при физическом напряжении, а не гигиенические нормативы для женщин, работающих на производстве, связанном с перемещением тяжестей.

Наибольшее значение среди причин смещений матки и влагалища и несостоятельности замыкательного аппарата тазового дна и сфинктера мочевого пузыря имеет родовая травма и, причем, не обязательно в виде разрывов мягких тканей родового канала. Чаще речь идет о перерастяжении поддерживающего и подвешивающего мышечно-фасциального аппарата мочеполювых органов, вследствие чего область сфинктера мочевого пузыря устанавливается ближе к проводной оси таза, то есть в позицию, свойственную фазе опорожнения мочевого пузыря. Поэтому он становится более уязвимым к всякого рода повышению внутрибрюшного давления, в том числе и связанному с переносом тяжестей.

Независимо от характера выполняемой работы, среди женщин с расстройствами мочеиспускания в возрасте от 20 до 70 лет около 40 % приходится на недержание мочи, причем 8 % из них вынуждены постоянно пользоваться прокладками. Особенно повышен риск недержания мочи у женщин в менопаузе, в связи с дефицитом эстрогенов и учащением инфекции мочевых путей [4].

Общеизвестно, что частота анемий среди женщин, контактирующих с вредными химическими или иными производственными факторами, намного выше, чем у мужчин. Определяющим фак-

тором, как правило, являются маточные кровотечения, связанные с органическими или функциональными заболеваниями половой сферы. Частота патологических кровопотерь составляет в разных возрастных группах от 9 % до 20 % от общего числа менструирующих женщин.

После исключения воспалительных и опухолевых заболеваний, болезней крови и сосудов (нарушения свертывания крови, варикозное расширение вен малого таза, вегетативный тазовый ганглионеврит), которые суммарно составляют около 25 % всех меноррагий, остальные 75 % приходится на дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК). Основной же причиной ДМК является нарушение продукции половых гормонов, выражающееся в несбалансированной длительной гиперэстрогении. А уже сама гиперэстрогения становится как причиной кровотечений, так и тормозящим фактором кроветворения [3].

Обычно после любых кровотечений наблюдается активация костного мозга, особенно его эритроцитарного ростка, и повышение количества ретикулоцитов в периферической крови. У больных с ДМК на фоне гиперэстрогении картина противоположная. Падение уровня гемоглобина обычно более значительное, чем степень кровопотери. Повышение содержания эстрогенов нарушает синтез гемма, хотя содержание железа, меди и протопорфиринов нормально (они не используются из-за нарушения ферментативных систем, связывающих железо с протопорфирином). Повышенный уровень эстрогенов снижает также количество тромбоцитов в периферической крови из-за нарушения отщепления пластинок от мегакариоцитов [5, 6].

Таким образом, говоря о частоте профессиональных заболеваний у женщин, необходимо, прежде всего, учитывать физиологические особенности женского организма. В этой связи учет половой принадлежности следует признать ведущим в анализе факторов риска развития профессиональных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гигиена труда женщин /Под ред. Н.Ф. Измерова, Х.-Г. Хойблайна. – М., 1985. – 240 с.
2. Роткина, И.Е. Воспалительные заболевания половых органов у женщин /Роткина И.Е. – Новокузнецк, 1989. – 37 с.
3. Роткина, И.Е. Гиперпластические процессы и предрак эндометрия /Роткина И.Е. – Новокузнецк, 1993. – 198 с.
4. Роткина, И.Е. Неоперативная урогинекология /Роткина И.Е. – Новокузнецк, 1995. – 190 с.
5. Рябов, С.И. Половые железы и кровь /Рябов С.И. – М., 1971. – 160 с.
6. Рябов, С.И. //Акуш. и гинекол. – 1974. – № 1. – С. 18-22.

СВЕРДЛОВА Е.С.

*Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
г. Иркутск*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЦЕРВИЦИТОВ

Генитальное носительство ВПЧ является одной из причин возникновения цервицита, который, в свою очередь, реально опасен в формировании злокачественной опухоли шейки матки [1, 2]. Вместе с тем, обнаружение ДНК ВПЧ и последующая за этим комплексная терапия, включающая противовирусные препараты в сочетании с деструктивными методами ликвидации патологии шейки матки, препятствует развитию неоплазии и способствует сохранению репродуктивного здоровья женщин [3, 4, 5].

Цель исследования — оценка эффективности различных схем противовирусной терапии при лазерообработке шейки матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На кафедре акушерства и гинекологии Иркутского института усовершенствования врачей за 2004-2005 годы обследованы и пролечены 484 женщины с различными фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, среди которых у 64 (13,2 %) установлен диагноз хронического вирусного цервицита.

Диагностика включала данные анамнеза, осмотра, кольпоскопического, цитологического и гистологического исследований материала с шейки матки, ВПЧ-скрининг методом ПЦР (амплификаторы типа Master Cyclyer), с последующим определением серотипа ВПЧ. Из исследования предварительно исключены пациентки со смешанной бактериальной инфекцией, а так же женщины, получающие иммунокорректирующую терапию после перенесенного ОРВИ, страдающие хроническим гепатитом В и(или) С, ВИЧ-инфицированные.

Первая группа пациенток (сентябрь-ноябрь 2004 г.) состояла из 15 женщин (23,4 %), которым был назначен отечественный противовирусный препарат панавир сразу после обнаружения ДНК ВПЧ по стандартной схеме. Локальное воздействие на патологический участок экзоцервикса проведено спустя 1-2-3 недели после окончания противовирусной терапии.

Во вторую группу (декабрь 2004 г. — февраль 2005 г.) вошли 20 женщин (31,3 %), которым манипуляция на шейке матки выполнена на 2-4 инъекциях панавира.

Третью группу (март-июнь 2005 г.) составили 29 женщин (45,3 %), которым лечение панавиром проведено дважды: первые две инъекции сразу по обнаружению ДНК ВПЧ, последующие три — через 2 недели после лазерокоагуляции шейки мат-

ки при полном отторжении струпа в момент начала регенерации шеечного эпителия.

Манипуляции на шейке матки были выполнены с помощью лазера на парах меди (длина волны 510-570 нм), имеющего два отличительных свойства. Первое — при направленном действии на экзоцервиксе происходит коагуляция капилляров благодаря способности гемоглобина и оксигемоглобина поглощать излучение. Таким образом, восстанавливается сосудистая сеть, измененная при воспалении. Второе — бактерицидное действие в отношении любых микроорганизмов, в том числе вирусов, явившихся этиологическим фактором заболевания.

Результаты лечения оценивались кольпоскопически через 1, 2 и 3 месяца после лазерообработки шейки матки, цитологически — через 3 и 6 месяцев, ПЦР на ДНК ВПЧ выполнялось одновременно с цитологическим исследованием, через 3 и 6 месяцев после воздействия на шейку матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст женщин с вирусными цервицитами составил от 15 до 38 лет (в среднем, 26,2 лет). В анамнезе имели беременность 42 женщины (65,6 %), из них рожали 28 (66,6 %), у 14 (33,4 %) беременность закончилась медицинским абортom. Генитальные инфекции в анамнезе были у 51 женщины (80 %), в основном трихомониаз — у 30 (58,8 %), либо смешанная бактериальная инфекция — у 21 (41,2 %).

Из перенесенной соматической патологии преобладали частые ОРВИ — у 40 (62,5 %), хронические заболевания ЖКТ — у 8 (12 %), заболевания почек — у 14 (22 %), считали себя здоровыми только 9 женщин (14 %).

При первичном осмотре жалобы на выделения из половых путей, усиливающиеся во II фазу менструального цикла, отмечали 23 пациентки (35,9 %), при этом бактериоскопически в цервикальном канале выявлено повышенное содержание лейкоцитов (25 и более) только у 12 (18,8 %), равномерно распределившись по группам. При осмотре с помощью зеркал у 22 женщин (34 %) отмечалась гиперемия вокруг наружного зева и сосудистая реакция в виде кровоточивости при касании (инструментом, ватным шариком), у 12 (18,8 %) были несомненные признаки вирусной инфекции в виде экзофитных кондилом, как одиночных (у 4), так и множественных (у 8). У 30 пациенток (46,9 %) шейка матки визуаль-

воспринималась как здоровая, и только последующая расширенная кольпоскопия позволила выявить патологические изменения в виде везикулезных высыпаний на поверхности МПЭ у 8 (12,5 %), участки тонкой лейкоплакии с «бархатистой» поверхностью у 6 (9,3 %), нежную мозаику и пунктацию у 10 (15,6 %). В 5 случаях (7,8 %) настороженность вызвали йоднегативные участки экзоцервикса. В цитологических мазках признаки вирусного поражения в виде койлоцитов выявлены у 37 больных (57,8 %), в 30 % мазков обнаружены безъядерные клетки, клетки с паракератозом — в 15 %.

После первичного осмотра и получения цитологических данных, у всех пациентов взят материал из цервикального канала с помощью цервиксбранш для определения ДНК ВПЧ. ВПЧ обнаружен у 40 женщин (62,5 %). Определяющей в диагностике была биопсия шейки матки, выполненная с помощью радиопетли на аппарате «Сургетрон». Диагноз вирусного цервицита установлен в 100 % случаев.

Лечение цервицита включало противовирусную терапию и деструкцию патологического очага на шейке матки. Сразу после результатов биопсии женщинам 1-й группы назначался панавир по стандартной схеме: три инъекции по 5 мл 0,004 % раствора внутривенно медленно с интервалом 48 часов, две инъекции через 72 часа. Спустя 2-3 недели после противовирусной терапии, в первую фазу менструального цикла, под контролем расширенной кольпоскопии, выполнялась лазерокоагуляция шейки матки. Воздействию подвергался практически весь экзоцервикс, до формирования на его поверхности белого струпа.

Женщинам 2-й группы введение панавира по стандартной схеме назначалось в менструацию, после которой выполнялась лазерокоррекция шейки матки, совпадая с 3-й или 4-й инъекцией панавира.

3-я группа больных получала противовирусную терапию в два этапа: две инъекции с интервалом в 48 часов сразу после биопсии, последу-

ющие три инъекции через 2 недели после лазерокоагуляции шейки матки. Известно, что папилломавирус живет и размножается в базальных клетках, поэтому целесообразно проведение противовирусной терапии в момент максимальной активности этих клеток, то есть в фазе начальной регенерации многослойного плоского эпителия.

Дальнейшее наблюдение за пациентками показало, что спустя 6 месяцев после проведенного лечения элиминация папилломавируса произошла у 10 женщин (66,6 %) 1-й группы, 14 пациенток (70 %) 2-й группы, и 25 больных (86,2 %) 3-й группы.

ВЫВОДЫ

Лечение вирусных цервицитов должно быть комплексным, с использованием противовирусных препаратов и деструкцией патологического очага на шейке матки. Наши исследования подтвердили высокую противовирусную эффективность панавира. Лучшие результаты получены при использовании панавира двумя курсами: после установления диагноза вирусного цервицита, и через 2 недели после лазерокоагуляции шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Современные подходы к диагностике папилломавирусной инфекции гениталий у женщин и их значение для скрининга рака шейки матки (обзор литературы) /Кулаков В.И., Аполихина И.А., Прилепская В.Н. и др. //Практ. гинекол. — 1999. — Т. 1, № 2. — С. 4-7.
2. Мелехова, Н.Ю. Вирусные поражения гениталий у женщин /Мелехова Н.Ю. — Смоленск, 2005. — 57 с.
3. Прилепская, В.Н. Экзо- и эндоцервициты. Возможности терапии /Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. //Практ. гинекол. — 1999. — Т. 1, № 2. — С. 24-27.
4. Роговская, С.И. Папилломавирусная инфекция гениталий. Клиника и лечение. Заболевания шейки матки /Роговская С.И. В кн.: Клинические лекции. — М., 1997. — С. 46-51.
5. Фролова, И.И. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератозы шейки матки /Фролова И.И., Бабиченко И.И., Местергази Г.М. — М., 2004. — 78 с.



ФИЛИПPOB O.C., CЕЛЕЗНЕВА C.C.
*Красноярская государственная медицинская академия,
Красноярский центр репродуктивной медицины,
г. Красноярск*

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СПОСОБОВ СТИМУЛЯЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В ЦИКЛАХ ВРТ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

В настоящее время известно, что злокачественные образования молочных желез встречаются в 3-5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30 % случаев при узловых формах мастопатии с явлениями пролиферации [1]. В связи с этим очевидно, что в последние годы значительно возрос интерес к доброкачественным заболеваниям, а снижение заболеваемости мастопатией — реальный путь к снижению частоты рака молочной железы.

Изучение физиологических процессов, происходящих в молочных железах здоровых женщин, показало, что они тесно связаны с циклическими изменениями функции репродуктивной системы [2]. Это позволило предположить высокую вероятность возникновения патологических изменений молочных желез при эндокринных гинекологических заболеваниях, развивающихся в результате нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Многочисленные клинические наблюдения подтверждают наличие мастопатии у женщин с дисфункциональными маточными кровотечениями, ановуляторным бесплодием, миомой матки, эндометриозом и т.д., т.е. с патологией, для которой характерна гиперэстрогения, даже относительная [3]. Вместе с тем, мастопатия наблюдается также у женщин с овуляторным циклом и ненарушенной репродуктивной функцией.

Влияние гормональных нарушений на структуру молочных желез демонстрируют результаты рентгенологического исследования, полученные Л.М. Бурдиной, согласно которым при нейроэндокринных заболеваниях молочная железа вовлекается в патологический процесс в 97,8 % случаев [4]. При проведении циклов индукции овуляции прямыми индукторами в преовуляторный период уровень эстрогенов увеличивается в 10 раз, поэтому можно предположить патологические изменения в молочных железах, обусловленные изменением гормонального фона при повторных циклах индукции овуляции.

Учитывая, что в 18 % наблюдений бесплодие вызывает патологию молочных желез, а также возможное агрессивное влияние стимуляторов овуляции на состояние молочных желез, необходимо оценить влияние этих факторов на структуру

и функциональное состояние (оценка кровоснабжения) молочных желез [5]. Разрешающая способность методов доплеросонографии и радиотермометрии дает возможность не только определить уже имеющиеся образования, но и прогнозировать развитие структурных изменений молочных желез. Преимущество доплеросонографии состоит в получении одномоментной информации, как об анатомических, так и о функциональных нарушениях.

Цель исследования — изучить влияние видов стимуляции суперовуляции в программах ВРТ на молочные железы у женщин с бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленных задач в Красноярском центре репродуктивной медицины было проведено обследование 93 женщин с бесплодием. Средний возраст женщин составил $31 \pm 1,2$ года. Для выявления группы риска по развитию онкопатологии молочных желез проводился опрос женщин по тест-анкете.

При осмотре молочных желез обращалось внимание на степень развития молочной железы, состояние кожных покровов, соска, ареоларной области. Особое внимание уделялось наличию втяжений, выбуханий, пигментаций, присутствию папилломатозных кожных разрастаний. Обследование молочных желез начиналось с пальпаторного исследования, при котором изучалась степень формирования молочных желез. Оценивались консистенция, однородность, наличие и характер уплотнений, форма, размеры, состояние кожных покровов, соска, наличие кожных рубцов. Пальпация молочных желез проводилась путем легкого поглаживания молочных желез по периферии к центру по ходу часовой стрелки. Таким образом, устанавливались возможные участки уплотнений.

Вторым этапом проводилась пальпация подмышечной области с целью определения состояния регионарных лимфоузлов. Путем надавливания на околососковое поле выявляли наличие выделений из соска молочной железы.

В работе был применен комплекс современных дополнительных методов обследования:

- ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез на 5-9 день менструального цикла у всех женщин, вступающих в програм-

му ЭКО и ПЭ. При этом у 39 пациенток (37,9 %) диагностирована ановуляция, у 35 (34 %) — трубный или мужской факторы бесплодия, а у 29 (28,1 %) имелось сочетание нескольких факторов (мужской + эндокринный, трубно-перитонеальный + эндокринный, мужской + трубно-перитонеальный + эндокринный).

- ультразвукового исследования в динамике на 5-9 день менструального цикла до проведения стимуляции, через 2-3 месяца после проведенной стимуляции суперовуляции;
- оценка микроциркуляции в ткани молочных желез проводилась методом лазерной доплеровской флоуметрии до начала введения гонадотропинов, на пике уровня эстрадиола (накануне забора яйцеклеток) и через 2-3 месяца после проведенной стимуляции суперовуляции. Исследование выполнялось с помощью аппарата BLF-21.

С целью оптимизации получаемых результатов измерение базального кровотока осуществлялось у больных в положении лежа на спине с помощью кожного датчика в 3-х точках (околососковая, верхне-внутренний и нижне-внутренний квадранты). Все измерения проводились в едином тепловом режиме помещения, в одно и то же время суток, исключался прием спазмолитиков и вазоактивных препаратов. После подсчета среднестатистических показателей оценивалась скорость базального кровотока в трех точках в течение 5 минут.

Всем обследуемым при лечении бесплодия проводилась стимуляция суперовуляции гонадотропинами (меногон, пурегон) без предшествующей десенсилизации гипоталамо-гипофизарной системы а-ГнРГ и по схеме гонадотропины + а-ГнРГ (диферелин).

В контрольную группу вошли 32 пациентки, у которых первоначально в ходе обследования не было выявлено патологии молочных желез. Остальные были разделены на две группы. В первую группу вошли 30 женщин с узловой и кистозной формами мастопатии, во вторую — 31 женщина с диффузной формой мастопатии. В контрольной группе 16 женщинам проводилась стимуляция овуляции гонадотропинами, 16 женщин стимулировались по схеме а-ГнРГ + гонадотропины. В первой и второй группах 15 и 16 пациенток, соответственно, стимулировались гонадотропинами, 15 и 15 женщинам, соответственно, проводилась стимуляция суперовуляции с применением а-ГнРГ и гонадотропинов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе обследования женщин с бесплодием у пациенток с эндокринной формой бесплодия у 64,1 % (25 женщин) диагностирована диффуз-

ная форма фиброзно-кистозной мастопатии, у 12,8 % (5 женщин) — узловая форма мастопатии, у 30,8 % (12 женщин) патология не выявлена.

При обследовании пациенток со смешанной формой бесплодия диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии наблюдалась у 42,9 % (15 женщин), узловая форма — у 5,7 % (2 женщины), не было выявлено патологии молочных желез у 31,4 % (11 женщин).

У женщин с трубной формой бесплодия или при наличии мужского фактора диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии диагностирована в 86,4 % (25 женщин), узловая форма — в 3,5 % (1 женщина), эхо-патологии не выявлена в 51,7 % случаев (15 пациенток).

При ультразвуковом обследовании молочных желез женщин контрольной группы изменения по типу диффузной формы наблюдались у 2 женщин (12,5 %), стимулированных гонадотропинами. У всех пациенток, стимулированных гонадотропинами с предшествующей десенсилизацией гипофиза а-ГнРГ, при УЗИ молочных желез после проводимого лечения патологии выявлено не было. После стимуляции гонадотропинами у 4 пациенток (26,6 %) с узловой и кистозной формами мастопатии наблюдалось появление новых узловых или кистозных образований, либо увеличение размеров уже имеющихся. При применении агонистов ГнРГ лишь у одной женщины (5,5 %) диагностировано уплотнение ткани молочных желез. При обследовании женщин второй группы, у 2-х (12,5 %) наблюдалось появление кистозных образований после стимуляции яичников гонадотропинами, и ни у одной не изменилась УЗ картина состояния молочных желез на фоне десенсилизации гипофиза а-ГнРГ.

Проведение лазерной флоуметрии у обследуемых всех групп позволило получить объективные данные о состоянии микроциркуляции в ткани молочных желез. У женщин всех групп во время пика эстрогенов отмечалось статистически достоверное замедление кровотока в ткани молочных желез ($p < 0,05$).

Для решения вопроса о влиянии проведенного лечения на состояние микроциркуляции, женщинам проводили повторное исследование через 2-3 месяца после стимуляции суперовуляции. У женщин контрольной группы достоверного снижения микрокровотока не отмечалось, все показатели вернулись к нормальному уровню у 85 % пациенток ($p < 0,001$).

У женщин I и II групп при стимуляции гонадотропинами без предшествующей десенсилизации гипофиза сохранялось статистически достоверное замедление микрокровотока в ткани молочных желез в 60 % случаев ($p < 0,05$).

При стимуляции суперовуляции с предварительной десенсилизацией гипофиза агонистами ГнРГ



лишь у 20 % и 17 % женщин I и II групп, соответственно, отмечалось замедление микроциркуляции в ткани молочных желез ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ:

Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности патологии молочных желез у женщин с бесплодием, что диктует необходимость включить ультразвуковое исследование молочных желез в обязательный перечень обследования женщин с бесплодием перед вступлением в программу ЭКО и ПЭ и перед назначением гормонотерапии.

Возможно эффективное использование метода лазерной доплеровской флоуметрии. Определение состояния микрокровотока в ткани молочных желез с помощью лазерной доплеровской флоуметрии может быть рассмотрено как скрининговый метод оценки состояния молочных желез.

У женщин с выявленной патологией молочных желез, особенно с узловой и кистозной формами, используемый протокол стимуляции суперовуляции с предварительной десенсилизацией гипофиза не влияет отрицательно на состояние молочных желез. Агонисты ГнРГ предупреждают преждев-

ременный пик ЛГ, фолликулогенез, и функциональная активность желтого тела не нарушается, тем самым, прогестерон-дефицитное состояние не усугубляется.

Таким образом, включение а-ГнРГ в схему индукции овуляции при лечении бесплодия методами ВРТ является приоритетным и предупреждает развитие дисгормональных гиперплазий молочных желез.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Семиглазов, В.Ф. Профилактика опухолей молочной железы /Семиглазов В.Ф. – СПб., 1993. – 48 с.
2. Сметник, В.П., Неоперативная гинекология /Сметник В.П., Тумилович Л.Г. – М., 2001 – С. 556-575.
3. Бурдина, Л.М. Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочных желез у гинекологических больных репродуктивного возраста с нейро-эндокринной патологией /Л.М. Бурдина: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993. – 28 с.
4. Применение радиотермометрии для диагностики рака молочной железы /Бурдина Л.М., Вайсблат А.В., Веснин С.Г. и др. //Маммология. – 1998. – № 2. – С. 3-25.
5. El-Hussen, E. Succesful in vitro fertilization and embryo transfer after treatment of invasive carcinoma of the breast /El-Hussen E., Tan S. //Fertil. Steril. – 1992. – V. 58. – P. 194-196.



ЩЕГЛОВА Е.В., САЛЮК Л.С., МЕЛЬНИК Н.Л.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

В настоящее время в практической деятельности врача-гинеколога все больший удельный вес занимает лапароскопический метод оперативного лечения, имеющий ряд известных преимуществ, по сравнению с лапаротомией.

Цель данной работы — показать улучшение результатов хирургического лечения гинекологических больных при использовании эндоскопических методов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведена сравнительная оценка эффективности эндоскопических и полостных операций в гинекологическом отделении МУЗ ЦГБ за период 2001-2005 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ

Первая эндоскопическая операция выполнена по поводу внематочной беременности 12.07.2001 г. — Милкинг (выдавливание плодного яйца из ампулярного отдела трубы). Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. За 3,5 года количество лапароскопических операций неуклонно повышается. Если в 2001 г. эндоскопические операции проводились только на придатках, то уже в 2002 г. проведена первая эндоскопическая ампутация тела матки, а в 2004 г. — первая влагалищная экстирпация матки с эндоскопической асистицией.

Внематочная беременность — одно из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний. Оперативная лапароскопия в настоящее время стала методом выбора при лечении этого заболевания, причем выполняются как радикальные, так и органосохраняющие операции.

Отдаленные результаты органосохраняющих операций не очень утешительные. В 1 случае в сохраненной трубе повторно возникла внематочная беременность и была выполнена лапароскопическая тубэктомия, в 1 случае через единственную сохраненную трубу беременность так и не возникла (время наблюдения 2 года). Течение послеоперационного периода во всех случаях правильное, осложнений не было.

Среднее пребывание на койке при эндоскопических операциях по поводу внематочной беременности в 2-2,2 раза меньше, а расход препаратов в 1,7 раза меньше, в сравнении с полостными операциями.

Стерилизация — одна из первых процедур гинекологической лапароскопии, впервые выполненная в 1941 году. В нашей клинике эта операция начала проводиться с 2001 года. Отдаленные результаты хорошие, поскольку наступлений беременности после хирургической стерилизации не было ни в одном случае.

В послеоперационном периоде было одно осложнение — обострение хронического эндометрита после трубной стерилизации и тубэктомии по поводу гематосальпинкса. На фоне антибактериальной терапии воспалительный процесс купирован, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание на койке при эндоскопической стерилизации — 2 к/дня, при полостных операциях (мини-лапаротомии) — 5 к/дней, что в 2,5 раза больше.

Бесплодие в браке — важная и достаточно сложная современная проблема. По данным ВОЗ, за последние 2-3 десятилетия во всех развитых странах мира, наряду с низкой рождаемостью, регистрируется увеличение доли бесплодных браков до 12-18 %. В нашей клинике наиболее часто проводятся операции по поводу трубно-перитонеального бесплодия и синдрома поликистозных яичников.

Отдаленные результаты данных операций показывают их большую эффективность у женщин с эндокринным бесплодием. Беременность наступила и закончилась рождением здоровых детей у одной женщины после адгезиолиза и у 3-х — после резекции яичников (17,7 %).

Течение послеоперационного периода в одном случае осложнилось явлениями тонкокишечной непроходимости из-за ущемления петли тонкого кишечника в раневом канале после введения большого троакара. Произведено расширение разреза, ревизия кишечника — явления некроза петель кишечника не обнаружено, тщательное послойное ушивание раневого канала. Женщина выписана в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание составило 5 к/дней, при полостных операциях — 7-9 к/дней (в 1,4-1,8 раза больше). В послеоперационном периоде больные получали антибиотики цефалоспоринового ряда или фторхинолоны в течение 3-5 дней, при полостных операциях — 5-7 дней.

Эндохирургическое лечение опухолей и опухолевидных образований яичников повторяет принципы классической хирургии.



Эндоскопические операции на яичниках — клиновидная резекция, каутеризация, цистэктомия, овариэктомия, аднексэктомия — проводятся в нашей клинике с 2001 г. и их количество неуклонно растет. Течение послеоперационного периода во всех проведенных случаях было правильное, осложнений не было. Среднее пребывание на койке при эндоскопических операциях было в 1,8 раза меньше, а расход препаратов в 1,5 раза меньше, в сравнении с полостными операциями.

С 2002 года производятся операции на матке — надвлагалищная ампутация тела матки, консервативная миомэктомия. В количественном отношении их становится все больше. Основными показаниями к оперативному лечению явились субмукозная миома и миома тела матки с центрипетальным ростом узла. В проведенных случаях величина матки соответствовала 5-9 недельному сроку беременности. Из-за отсутствия морцеллятора опухоли больших размеров эндоскопически не оперировались. Течение послеоперационного периода во всех случаях правильное, осложнений не было.

Среднее пребывание на койке при эндоскопических операциях по поводу миомы тела матки в 1,5 раза меньше, а расход препаратов в 1,2 раза меньше, в сравнении с полостными операциями.

В 2004 г. выполнена влагалищная экстирпация матки с эндоскопической ассистенцией. По-

казания — миома тела матки в сочетании с патологией шейки матки. За год выполнено 5 операций. Течение послеоперационного периода во всех случаях правильное, осложнений не было. Среднее пребывание больных на койке при эндоскопической операции было в 1,6 раза меньше, а расход препаратов в 1,4 раза меньше, в сравнении с полостными операциями.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в настоящее время лапароскопическая хирургия становится все более распространенным методом диагностики и лечения в гинекологии. Это объясняется достоинствами лапароскопического доступа, по сравнению с лапаротомным:

- менее выраженная операционная травма;
- уменьшение кровопотери;
- большие возможностями выполнения органосохраняющих операций;
- сокращение срока пребывания больных в стационаре;
- уменьшение расхода препаратов в послеоперационном периоде;
- быстрая реабилитация после вмешательства.

Малая травматичность и низкая частота интра- и послеоперационных осложнений сделали метод лапароскопии альтернативой традиционным методам лечения.



ЯКОВЛЕВА Н.В.

ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) представляют актуальную медицинскую проблему, оказывающую влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста во всех странах мира [1]. ГВЗПМ могут приводить к таким тяжелым осложнениям, как абсцессы малого таза и брюшной полости, разлитой гнойный перитонит, сепсис. Летальность при гнойных формах составляет от 5 до 15 % [4, 5].

Лечение больных с гнойными формами воспалительных образований представляет собой серьезную проблему. Наиболее сложная задача возникает при необходимости оперативного вмешательства у женщин с нереализованной генеративной функцией, когда в условиях тяжелой хирургической ситуации при гнойном поражении и некрозе тканей необходимо обеспечить адекватность операции и сохранить, по возможности, детородные органы [1].

Внедрение эндоскопических технологий позволяет в некоторых случаях снизить частоту радикальных операций [3]. Однако, несмотря на достижения в области диагностики и лечения ВЗОМТ, ряд вопросов остаются нерешенными и дискуссионными.

Цель исследования — разработка тактики лечения пациенток репродуктивного возраста с ГВЗПМ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы провели анализ 110 историй болезни с гнойными формами воспалительных заболеваний придатков матки, которые составили 10,6 % от общего числа больных с воспалительными заболеваниями гениталий. Возраст больных колебался от 16 до 56 лет. Пик заболеваемости пришелся на женщин репродуктивного возраста (95 %).

Всем пациенткам было проведено комплексное обследование, которое включало анамнез, клинико-лабораторное обследование, бимануальное и ректовагинальное исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование, лапароскопию. При осложненных формах, по показаниям, использовали УЗИ органов брюшной полости и почек, гистероскопию, цистоскопию, колоноскопию, фистулографию, рентгенографию мочевыводящей системы и кишечника.

При изучении анамнеза было выяснено, что у 2/3 больных заболевание развивалось постепенно, в течение 1-2 мес., что чаще всего было связано с обострениями хронических воспалительных заболеваний гениталий и с инфекциями, переда-

ваемыми половым путем. Почти у 70 % пациенток выявлялась экстрагенитальная патология, что также приводило к ослаблению защитных сил организма. Наиболее частыми причинами заболеваний у наших больных явились длительное стояние внутриматочных контрацептивов в полости матки, мед. аборт, выкидыши, инфицирование во время менструации и родов, большое число половых партнеров.

При УЗИ органов малого таза определялись образования различной формы и экзогенности в зависимости от очага поражения. Информативность УЗИ при ГВЗПМ составила 80 %, что требовало интерпретации данных ультразвукового исследования в комплексе с другими методами в целях проведения дифференциальной диагностики [5].

Лапароскопия явилась наиболее информативным методом диагностики ГВЗПМ [3]. Мы проводили лапароскопию всем пациенткам с подозрением на гнойные заболевания придатков матки. Она позволила установить клиническую форму гнойного воспаления и дифференцировать ГВЗПМ с другими острыми заболеваниями [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении диагностической лапароскопии были выявлены следующие клинические формы ГВЗПМ (по классификации В.И. Краснопольского, 1999): 1 группа — 75 пациенток (68 %) с неосложненными формами, которая включала 28 пациенток с острым гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом, 30 пациенток с пиосальпинксами, 2 — с пиоваром, 15 — с абсцессом прямокишечно-маточного углубления. Вторая группа — 35 пациенток с осложненными формами гнойных процессов: 25 — с гнойными tuboовариальными образованиями и 10 пациенток — с осложнениями в виде разлитого гнойного перитонита, межкишечных абсцессов, генитальных свищей.

Мы использовали различную тактику ведения больных с неосложненными и осложненными гнойными процессами придатков матки. При лечении больных с острым гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом проводилась предоперационная подготовка, эвакуация гнойного экссудата и санация очага поражения лапароскопическим доступом. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия с последующей реабилитацией с использованием физиотерапевтических факторов, рассасывающей, общеукрепляющей, им-

мунокорректирующей терапии. При данном методе лечения гнойного сальпингита у наших пациенток наблюдался благоприятный исход лечения в плане восстановления репродуктивной функции.

При неадекватном лечении или позднем обращении пациенток гнойный сальпингит осложнялся формированием осумкованного абсцесса в прямокишечно-маточном углублении. Пролечено 15 пациенток с данной патологией. С целью лечения этих больных после проведения предоперационной подготовки использовали хирургический метод лечения — вскрытие, санацию и дренирование гнойника. Доступ у 7,5 % (11 чел.) был лапароскопический, лапаротомия проведена лишь 4 больным с абсцессом дугласова углубления с выраженным спаечным процессом и значительным поражением стенки толстого кишечника из-за высокого риска ранения кишки.

При переходе гнойного сальпингита в хроническую форму формировался пиосальпинкс. Мы наблюдали 30 пациенток с пиосальпинксами. У всех пациенток использовали консервативно-хирургический способ лечения. Доступ при оперативном вмешательстве у 93 % больных был лапароскопический. Проведены следующие виды операций: радикальные (удаление матки с маточными трубами) у 2-х женщин пременопаузального возраста с гнойным метритом на фоне ВМС; органосохраняющие, но с сохранением матки: удаление яичника — 2, удаление маточной трубы с одной стороны — 12; органосохраняющие — 14 пациенток.

С целью органосохраняющего лечения использовался метод пролонгированного лапароскопического лечения — динамическая лапароскопия. Первый сеанс динамической лапароскопии проводили через сутки после первичного эндохирургического вмешательства (вскрытия и санирования гнойника), затем — в зависимости от тяжести состояния.

Во время сеансов динамической лапароскопии проводили визуальную оценку состояния органов брюшной полости, своевременную диагностику осложнений в раннем послеоперационном периоде (прогрессирование воспалительного процесса, кровотечение, спаечную непроходимость), разрушение спаек, удаление патологического выпота, санацию брюшной полости антисептиками, использовали создание гидроперитонеума для профилактики образования спаек и бесплодия.

Контрольную лапароскопию после органосохраняющих операций при пиосальпинксах проводили через 3-6 мес. Полное восстановление функции маточных труб и яичников выявили у 9 женщин (64 %). Маточная беременность наступила у 5 человек. Маточные трубы были непроходимы у 5 пациенток, им были выполнены реконструктивно-пластические операции лапароскопическим или микрохирургическим методами.

Тактика лечения больных с осложненными формами ГВЗПМ отличалась от 1-й группы больных. Главным в лечении больных с осложненными формами ГВЗПМ являлось хирургическое вмешательство. Наиболее оптимальным в лечении пациенток с абсцессами придатков матки является хирургическое вмешательство в период ремиссии воспалительного процесса [1, 4]. Предоперационная подготовка проводилась в течение 7-10 дней, в зависимости от тяжести состояния больной. Помимо улучшения общего состояния, уменьшался отек тканей и перифокальное воспаление, что облегчало выполнение оперативного вмешательства. Длительное консервативное лечение увеличивало риск развития осложнений (полиорганной недостаточности, перитонита, сепсиса).

Однако, 57 % пациенток прооперированы в первые сутки поступления в стационар по экстренным показаниям: угроза перфорации абсцесса — 12 чел., перфорация абсцесса в брюшную полость с развитием гнойного разлитого перитонита — 5, непроходимость кишечника — 2, септический шок — 2 чел. При экстренных оперативных вмешательствах отмечались следующие трудности хирургического лечения: опасность травмы кишечника, мочевого пузыря, мочеточников; опасность кровотечения при обращении с рыхлыми гиперемизированными тканями.

Прооперированы 35 пациенток с абсцессами придатков матки: 24 женщины (68 %) — лапароскопическим доступом, 11 (32 %) — лапаротомическим. Объем оперативного вмешательства зависел от возраста пациентки, наличия в анамнезе родов, степени деструкции маточных труб и яичников. Удаление матки с придатками проведено 10 пациенткам с гнойным метритом на фоне ВМС, множественными экстрагенитальными гнойными очагами и генитальными свищами. Сохранение матки и удаление пораженных придатков выполнено у 15 пациенток с абсцессами придатков матки.

У большинства пациенток с ГВЗПМ была выявлена сочетанная патология: аппендицит — у 2, непроходимость кишечника с развитием некроза кишки — у 2, гнойно-некротический оментит — у 5, что потребовало проведения симультанных операций совместно с хирургами. При сопутствующей гинекологической патологии были выполнены сочетанные оперативные вмешательства: удаление яичника или маточной трубы с противоположной стороны — у 10, удаление миоматозного узла или матки — у 8, восстановление проходимости 2-й маточной трубы.

После проведенного лечения различных форм ГВЗПМ были оценены отдаленные результаты. Менструальная функция сохранена у 95 пациенток (86 %). Маточная беременность после лечения наступила у 37 больных (34 %): у 25 женщин (89 %) с гнойным сальпингитом после проведе-

ния консервативно-хирургического лечения, у 9 пациенток (30 %) с пиосальпинксом после пролонгированного лапароскопического лечения. У женщин с нарушенной репродуктивной функцией через 3-6 мес. после лечения проводилась контрольная лапароскопия. При непроходимых маточных трубах проводили реконструктивно-пластические оперативные вмешательства лапароскопическим или микрохирургическим методом.

ВЫВОДЫ:

1. Консервативное лечение гнойного воспалительного процесса придатков матки не должно быть длительным. Только консервативно-хирургический подход позволяет получить обнадеживающие результаты в плане сохранения репродуктивной функции.
2. Основной принцип лечения больных с ГВЗПМ — это полное удаление очага деструкции, адекватная санация, интенсивная терапия и последующая реабилитация.
3. Лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики ГВЗПМ, который позволяет установить характер воспалительного заболевания и провести дифференциальную диагностику с другой экстренной патологией. Лапароскопический доступ позволяет выполнять органосохраняющие операции, особенно у женщин репродуктивного возраста.
4. Показаниями для лапароскопического лечения являются все неосложненные формы заболевания (гнойный сальпингит, пельвиоперитонит, пиосальпинкс, пиоварум) и гнойные tuboovarianialные образования, особенно в период ремиссии.
5. Лапаротомический доступ целесообразно использовать при осложненных формах ГВЗПМ, особенно при разлитом гнойном перитоните, межкишечных абсцессах, гнойном метроэндо-

метрите на фоне ВМС, после родов или аборта, при сепсисе.

6. Использование консервативно-хирургической тактики при лечении гнойного сальпингита и пельвиоперитонита приводит к выздоровлению женщин с сохранением репродуктивной функции. Использование пролонгированного лапароскопического лечения при пиосальпинксах, tuboovarianialных абсцессах позволяет уменьшить количество радикальных оперативных вмешательств на 50 % и способствует восстановлению репродуктивной функции у 35 % больных.
7. Пациенткам с бесплодием после перенесенных ГВЗПМ необходима последующая реабилитация в плане восстановления проходимости маточных труб. Использование микрохирургических и лапароскопических технологий способствует восстановлению репродуктивной функции у 30 % женщин.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки /Адамян Л.В., Киселев С.И., Яроцкая Е.Л., Ткаченко Э.Р. /Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней /Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. — М., 2000. — С. 172-194.
2. Лапароскопия в дифференциальной диагностике гинекологического пельвиоперитонита и острого аппендицита /Кальченко О.В., Василенко Л.Н., Сабитов Ш.С. и др. /Журн. акуш. и жен. бол. — 2003. — Т. LII, вып. 3. — С. 47-51.
3. Новые возможности в лечении острых инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин /Комличенко Э.В., Цивьян Б.Л., Иванова Л.В. и др. /Журн. акуш. и жен. бол. — 2003. — Т. LII, вып. 3. — С. 52-55.
4. Краснопольских, В.И. Гнойная гинекология /Краснопольских В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. — М., 2001. — 228 с.
5. Стрижаков, А.Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. — М., 1996. — 256 с.



ЖАБИН С.Г., ВАРОВА И.В., КАДОЧНИКОВА О.В., ЛИКСТАНОВ В.И.,
МАРКИНА Л.А., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПАВЛЕНКО И.И., ТРЕЩЕНКОВ Э.А.,
СЕРГЕЕВА Н.Н., ПОТАПОВА Т.В., АЗАРОВА О.В., ЗАРУБИНА Ю.Ю.,
КОРЕНЬ О.Л., БАЖЕНОВА Л.Г., НИКОЛАЕВА Н.А., ПОЛУКАРОВ А.Н.

*Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в настоящее время широко используется для диагностики разнообразной инфекционной патологии. К преимуществам метода, наряду с высокой чувствительностью, специфичностью и воспроизводимостью, можно отнести возможность непосредственной детекции труднокультивируемых возбудителей, работа с пробами, полученными неинвазивными методами, выявление латентных и субклинических инфекций, обнаружение в одной пробе нескольких возбудителей.

Кроме того, в последние годы для периферийных центров стала доступной ПЦР-диагностика многих моногенных заболеваний, удельное содержание которых в структуре наследственной патологии достаточно велико.

Целью работы явился анализ использования ПЦР-тест-систем отечественного производства для выявления широкого круга заболеваний. Спектр последних сформировался, исходя из реальных потребностей врачей-клиницистов перинатального центра, женских консультаций, детских поликлиник и стационаров, а также врачей города и юга Кузбасса, оказывающих лечебно-профилактическую помощь пациентам с инфекционной и наследственной патологией.

В приведенной ниже таблице отражены основные показатели работы ПЦР-группы в 2005 году. Наиболее часто мы используем коммерческие наборы, изготовленные в Центральном научно-исследовательском институте эпидемиологии МЗ РФ. Это сертифицированные тест-системы, в которых применяется Нот-старт. Последний обеспечивает высокую специфичность и чувствительность ПЦР. Кроме того, в процессе выделения ДНК (РНК) в пробу обязательно вносится внутренний контроль, который при правильном проведении анализа должен сохраняться до этапа регистрации результатов. Выделение ДНК и РНК бактерий и вирусов осуществляется наиболее эффективным сорбционным способом.

В последние два года увеличилось удельное содержание ПЦР-анализов биоваров уреаплазмы, микоплазм и вирусов папилломы человека (ВПЧ) высоко канцерогенного риска. Интерес к последним со стороны врачей Центра значительно уве-

личился после внедрения современного кольпоскопического оборудования и установки для лазеродеструкции кондилом и папиллом шейки матки и наружных половых органов. Нами проводится высокоэффективная типоспецифичная мультипраймерная ПЦР с последующей дифференциацией 12 (16, 31, 33, 35; 18, 39, 45, 59; 52, 56, 58, 66) типов ВПЧ с помощью электрофоретического анализа продуктов амплификации.

Генотипирование ВПЧ имеет большое клиническое значение. На основании сравнительного статистического анализа встречаемости различных типов в случаях инвазивного рака, тяжелых и легких дисплазий было установлено, что максимальным канцерогенным потенциалом обладают 16, 18 и 45 типы, а минимальным — 51, 56 и 59. Кроме того, считается, что носительство нескольких типов ВПЧ чаще и быстрее приводит к развитию онкологической патологии и характеризуется менее благоприятным прогнозом терапии. По данным нашей лаборатории, оно имеет место примерно у каждой четвертой инфицированной пациентки.

Среди обследованных нами лиц наиболее часто выявлялись 16 и(или) 18 типы ВПЧ (44 %), 31 и(или) 33 типы (37 %), а также 56 тип (23 %). Как видно в приведенной выше таблице, детекция 12 типов ВПЧ значительно эффективнее, чем только 4 из них.

По инициативе врачей-инфекционистов г. Новокузнецка, в 2004 году мы начали проводить генодиагностику энтеровирусов в ликворе. При этой инфекции часто наблюдаются трудности дифференциальной диагностики, что обусловлено полиморфизмом ее клинических проявлений. Она может протекать не только в виде общего респираторно-вирусного заболевания с экзантемой или без нее, но и в виде тяжелого серозного менингита. Пик энтеровирусных инфекций приходится на летний период, но спорадические случаи могут быть в течение всего года. При локальных подъемах этого заболевания частота РНК-позитивных образцов ликвора существенно возрастает.

При проведении генетических исследований мы используем тест-системы, изготовленные в Медико-генетическом научном центре РАМН. С



Таблица
Отчет ПЦР группы за 2005 год

Инфекционные агенты	Число больных	Количество анализов		Наличие инфекции (%)
		абс.	отн.	
Хламидии трахоматис	5700	6027	15,4	12
Уреаплазмы уреалитикум	6153	6498	16,6	72
Микоплазмы хоминис	4436	4436	11,3	33
Гарднереллы вагиналис	3270	3552	9,1	42
Серовары уреаплазм (Parva+T-960)	1990	2388	6,1	39
Трихомонады вагиналис	1786	1969	5,0	9
Микоплазмы гениталис	1156	1273	3,3	11
Вирус простого герпеса (I-II типа)	1146	1376	3,5	3
Нейссерии гонореи	1009	1811	4,6	6
Кандиды альбиканс	817	980	2,5	11
Цитомегаловирус	694	867	2,2	2
Лактобациллы	41	62	0,2	59
Микобактерии туберкулезис/бовис	56	112	0,3	2
Токсоплазма	20	40	0,1	0
Вирус папилломы человека (16,18, 31, 33 типы)	141	359	2,9	27
Вирус папилломы человека (12 типов)	286	1149	2,9	42
Вирус гепатита С	1051	3799	9,7	27
Генотип вируса гепа-тита С	167	467	1,2	-
Вирус гепатита В	539	1157	3,0	15
Вирус гепатита G	8	16	0,04	0
Вирус гепатита D	14	28	0,07	29
Вирус клещевого энцефалита (кровь, ликвор, клещ)	72	144	0,4	50
Энтеровирусы	50	100	0,3	38
Генетические исследования	85	272	0,7	-
Всего:	30687	39133	100%	-

их помощью проводится детекция 8 наиболее часто встречающихся мутаций (del 21 kb, deltaF508, deltaI507, 1677delTA, 2143delT, 2184insA, 394delTT, 3821delT), ассоциированных с муковисцидозом, а также дупликации 17 хромосомы, приводящие к мотосенсорной нейропатии Шарко-Мари-Тута. Для выявления микроделций AZF-локусов Y-хромосомы применяются реактивы, изготовленные в Институте биологической и фундаментальной медицины, а для детекции Лейденовской мутации применяем коммерческий набор НИИ эпидемиологии.

Таким образом, отечественный биотехнологический рынок достаточно насыщен диагностическими ПЦР-тест-системами, с помощью которых возможна объективная генодиагностика разнообразной патологии. В ближайшее время в нашей лаборатории запланировано внедрение гибридизационно-флюоресцентного метода выявления ампликонов на детекторе «АЛА-1/4», что позволит полностью исключить из анализа электрофорез. Данная технология обеспечивает резкое снижение вероятности контаминации образцов и значительно сокращает продолжительность ПЦР-анализа.



ЖАБИН С.Г., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ВАРОВА И.В.,
ЛИНДИНА Л.И., СОРОКИНА И.В., КОРОЛЕВА Т.А.,
ГЕРАСИМЕНКО О.В., ТРЕЩЕНКОВ Э.А., ПОЛУКАРОВ А.Н.

*Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ГЕНОДИАГНОСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА В ЗОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Среди моногенных наследственных заболеваний самым распространенным является муковисцидоз, при котором в грудном и раннем возрасте развиваются повторные, рецидивирующие пневмонии, переходящие позднее в хроническую пневмонию, а также синдром нарушенного кишечного всасывания и гипотрофия. Частота муковисцидоза в европейской популяции относительно высока (примерно 1 : 3000), при этом 4 % людей являются носителями мутаций гена трансмембранного регулятора, приводящих к этому заболеванию.

Решение о необходимости массового скрининга муковисцидоза на международном уровне пока не принято, однако селективный скрининг среди детей с легочной патологией и их родственников получил в развитых странах широкое распространение.

Опираясь на поддержку ученых-генетиков из Новосибирска, сотрудники Зонального перинатального центра в 2000 году внедрили в повседневную педиатрическую практику метод ПЦР-детекции мажорной мутации дельта-F-508, который позволяет подтвердить наличие муковисцидоза примерно у 54 % больных. С сентября 2004 года мы используем коммерческую тест-систему, изготовленную в Медико-генетическом научном центре РАМН. С ее помощью проводится детекция 8 наиболее часто встречающихся мутаций: del 21 kb, deltaF508, deltaI507, 1677delTA, 2143delT, 2184insA, 394delTT, 3821delT. Данный анализ увеличивает вероятность выявления патологии генотипа до 65,5 %.

Выделение ДНК из клеток крови, стабилизированной ЭДТА, производили с помощью сорбентной методики, разработанной в Институте эпидемиологии. Генотипирование проводили разделением в 10 % полиакриламидном геле ПЦР-продуктов соответствующего участка ДНК гена муковисцидоза. «Дикие» и мутантные варианты различали по подвижности в геле.

Обследованы 69 семей, в которых были дети в возрасте от 3 дней до 16 лет с легочной и сопутствующей патологией различной степени тяжести. Всего обследовано 125 человек.

12 детям медицинская помощь оказывалась, главным образом, в специализированном пульмонологическом стационаре или в реанимационном отделении. У 7 из них муковисцидоз был подтвержден, поскольку они оказались гомозиготны-

ми носителями мутации дельта-F-508 (6 детей), а в одном случае наблюдалось сочетание мажорной мутации и более редкой мутации 394delTT. Наиболее часто выявлялся стандартный симптомокомплекс муковисцидоза (цианоз, вязкая мокрота, «барабанные пальцы», полифекалия, стеаторея, мальабсорбция, колонизация дыхательных путей синегнойной палочкой) и положительная потовая проба на хлориды. Гетерозиготами оказались обследованные родители этих детей (12 человек).

У 3-х летнего мальчика с задержкой развития, затяжной пневмонией, гепатомегалией, акроцианозом и стеатореей выявлено гетерозиготное носительство мутации 2143delT, которая была наследована им от матери. Вероятно, что отец ребенка является носителем какой-либо другой (недельта-F-508) мутации в гене муковисцидоза. Однако данный дефект гена даже в гетерозиготном состоянии может обуславливать предрасположенность к легочным и желудочно-кишечным заболеваниям.

В остальных семьях мутации отсутствовали у всех обследованных больных и их родителей (46 человек). Здесь выраженность клинических проявлений была незначительной. В этой группе пациентов выявлялись частые простудные заболевания, задержка физического развития, разнообразные расстройства пищеварения и бронхиальная астма. Нередко имело место сочетание различных нарушений, что, вследствие полиморфизма муковисцидоза, полностью оправдывает направление детей на ДНК-диагностику. Безусловно, что перечисленные симптомокомплексы наблюдаются при других, более редких, мутациях в гене муковисцидоза, но они могут быть и не ассоциированы с этим заболеванием.

Первая попытка пренатальной диагностики была предпринята нами в этом году. В Центр обратилась женщина на 18 неделе беременности, у которой первый ребенок умер через несколько месяцев после рождения от муковисцидоза. Ранее было установлено гетерозиготное носительство мутации дельта-F-508 у обоих родителей. Нашими врачами был выполнен амниоцентез. Фибробласты плода, содержащиеся в амниотической жидкости, культивировали в течение двух недель в среде Ham's (F-10).

ПЦР-анализ ДНК, выделенного из выращенных эмбриональных фибробластов, проводился с

помощью тест-систем, разработанных в Институте цитологии и генетики и в Медико-генетическом научном центре Российской академии медицинских наук.

Анализ электрофореграмм показал, что у плода мутация дельта-F-508 отсутствует. Одновременно с генной, выполнялась дородовая хромосомная диагностика. Кариотип плода оказался нормальным — 46, XY. Поэтому врачами-генетиками Центра было рекомендовано сохранить беременность.

Общеизвестно, что в популяции мужчин, гетерозиготных носителей мутаций, ассоциирован-

ных с муковисцидозом, достоверно чаще наблюдается азооспермия и другие тяжелые варианты патоспермии. Поэтому в нашем Центре, при констатации тяжелой патоспермии, пациенты проходят генодиагностику с целью обнаружения этих мутаций.

Таким образом, ПЦР-диагностика мутаций, ассоциированных с муковисцидозом, показана многим пациентам с соматической патологией. Наш опыт в этом направлении указывает на целесообразность ее более широкого использования клиницистами различного профиля.

ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ХАЛЕПА З.А.,
АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н.

г. Новокузнецк,

Кемеровская государственная медицинская академия,

г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПР, ВЫЯВЛЕННЫХ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ В 2001-2005 ГОДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЙОНА ПРОЖИВАНИЯ И ВОЗРАСТА БЕРЕМЕННЫХ

По данным Национального центра по врожденным дефектам (США), в мире ежегодно рождаются от 10 до 20 млн. детей с врожденными аномалиями. Они являются одной из ведущих причин смертности. Таким образом, основной аргументацией важности проблемы врожденных дефектов развития является современная статистика. Она свидетельствует о том, что частота ВПР чрезвычайно высока среди живорожденных (1 из 30), мертворожденных (1 из 10), умерших (2 из 10) и перинатальных потерь (20,6 %), в структуре младенческой смертности

(20 %), а также в структуре детской заболеваемости.

С целью изучения распространенности пороков развития плода в зависимости от района проживания, были проанализированы 366 случаев выявленных пороков. Из общего числа, 258 пороков были выявлены при ультразвуковом исследовании, 67 — при рождении, и 41 порок обнаружен при вскрытии (табл.).

За период 2001-2005 гг. количество беременных в г. Новокузнецке составило 34791 человек. В зависимости от района проживания, наибольшее

Таблица
Распространенность ВПР, выявленных в г. Новокузнецке
в 2001-2005 годах в зависимости от района проживания

Район проживания	Число беременных	Выявлено пороков по УЗИ		Выявлено пороков при рождении		Выявлено пороков при вскрытии		Всего выявлено пороков	
		абс.	на 100 берем.	абс.	на 100 берем.	абс.	на 100 берем.	абс.	на 100 берем.
Центральный	10430	62	0,6	22	0,2	11	0,1	95	0,9
Новоильинский	5423	25	0,5	8	0,1	6	0,1	39	0,7
Заводской	9099	46	0,5	11	0,1	6	0,1	63	0,7
Кузнецкий	2656	48	1,8	8	0,3	4	0,2	60	2,3
Орджоникидзевский	3389	44	1,3	7	0,2	4	0,1	55	1,6
Куйбышевский	3794	33	0,9	11	0,3	10	0,3	54	1,4
Новоильинский + Заводской	14522	69	0,5	19	0,1	12	0,1	102	0,7
Кузнецкий + Орджоникидзевский	6045	89	1,2	15	0,3	8	0,1	115	1,9
Город	34791	258	0,7	67	0,2	41	0,1	366	1,1



шее число беременных в Центральном районе — 10430 беременных. Далее следует Заводской район — 9099 чел. Затем идет Новоильинский район — 5423 чел., Куйбышевский — 3794 чел., Орджоникидзевский — 3389 чел. Наименьшее количество беременных в Кузнецком районе — 2656 чел.

Количество пороков развития, выявленных при проведении ультразвукового скрининга в г. Новокузнецке, в абсолютных числах составило 258 случаев.

По районам проживания: в Центральном районе найдено 62 ВПР, что составило 0,6 %. Наименьшее количество аномалий в Новоильинском и Куйбышевском районах — 25 и 33, соответственно. В Заводском, Кузнецком и Куйбышевском районах абсолютное число ВПР приблизительно одинаково.

Однако в процентном отношении на 100 беременных лидирующее место занимают Кузнецкий и Орджоникидзевский районы — 1,8 и 1,3 %.

При рождении в Центральном районе выявлены 22 порока развития, наименьшее их число в

Орджоникидзевском районе. Однако в процентном отношении первое место по числу аномалий также занимает Кузнецкий район — 0,3 %. В Заводском районе зарегистрировано наименьшее количество пороков — 0,1 %.

Максимальное количество пороков, выявленных при вскрытии, отмечено в Центральном и Куйбышевском районах. Минимальное — в Кузнецком и Орджоникидзевском районах.

По сумме выявленных пороков наибольшее количество в абсолютных числах выявлено в Центральном районе — 95 пороков. В отношении на 100 беременных наибольшее число врожденных аномалий в Кузнецком и Орджоникидзевском районах.

ВЫВОДЫ:

По сумме пороков развития самая неблагоприятная ситуация сложилась в Кузнецком и Орджоникидзевском районах — 2,3 % и 1,6 %, соответственно. Незначительно отстает Куйбышевский район — 1,4 %. Наименьшая сумма пороков в Новоильинском и Заводском районах города.

ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ЛИНДИНА Л.И.,
СОРОКИНА И.В., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н.

г. Новокузнецк,

Кемеровская государственная медицинская академия,

г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛЬНЫХ ГЕНОТИПОВ У АБОРТУСОВ Г. НОВОКУЗНЕЦКА В 2001-2005 ГОДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЙОНА ПРОЖИВАНИЯ И ВОЗРАСТА БЕРЕМЕННЫХ

В последние годы термин «репродуктивные потери» объединяют в обобщенное понятие «синдром потери плода». Это понятие включает в себя один или более самопроизвольных выкидышей или неразвивающихся беременностей на сроке 10 и более недель.

Двух или более самопроизвольных выкидышей на презембрионической или ранней эмбрионической стадии, т.е. до 8 недель беременности, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины невынашивания.

Неонатальная смерть, как осложнение преждевременных родов из за тяжелого гестоза или плацентарной недостаточности.

С целью изучения синдрома потери плода в зависимости от района проживания и возраста беременных в городе Новокузнецке нами проанализированы 404 случая неразвивающейся беременности с обязательным цитогенетическим исследованием хориона.

В городе Новокузнецке за период 2001-2005 гг. на учете состояли 34791 беременных. Распределение по районам города выглядело следующим образом (табл.): наибольшее количество наблюдалось в Центральном районе (10430 чел.), на втором месте находился Заводский район (9099 чел.), далее Новоильинский район (5423 чел.), затем Куйбышевский район (3794 чел.), Орджоникидзевский район (3389 чел.), и наименьшее количество беременных — в Кузнецком районе (2656 чел.).

По количеству проживающего населения Центральный и Заводский районы являются самыми крупными районами города. Число аномальных генотипов у абортусов распределялось следующим образом: наибольшее количество хромосомных aberrаций составил Центральный район (209). Число аномалий в Заводском и Новоильинском районах, несмотря на разное количество беременных, практически одинаково — 52 и 54 аномалии, соответственно. В трех остальных районах горо-

Таблица

Распространенность аномальных генотипов у абортусов г. Новокузнецка в 2001–2005 годах в зависимости от района проживания и возраста беременных

Район проживания	Число беременных	Число аномальных генотипов	Удельный вес (%) по возрасту беременных			
			до 20 лет	20-29 лет	30-39 лет	40 лет и >
Центральный	10430	209	8,6	56,5	26,3	8,6
Новоильинский	5423	54	3,7	57,4	31,5	7,4
Заводской	9099	52	7,7	51,9	28,8	11,5
Кузнецкий	2656	31	22,6	41,9	25,8	9,7
Орджоникидзевский	3389	29	13,8	55,2	24,1	6,9
Куйбышевский	3794	29	10,3	41,4	34,5	10,3
Новоильинский + Заводской	14522	53	5,8	54,7	30,2	9,5
Кузнецкий + Орджоникидзевский	6045	30	18,2	48,6	25	8,3
Город	34791	404	9,4	53,7	27,7	8,4

да с приблизительно равным количеством беременных число аномальных генотипов у абортусов также одинаково.

По возрастным группам аномалия генотипов распределилась следующим образом: наибольшее число патологий в возрастной группе «до 20 лет» при наименьшем количестве беременных (2656 чел.) составил Кузнецкий район — 22,6 %. Второе место по количеству аномальных генотипов составляет Орджоникидзевский район, за ним следует Куйбышевский район. Удельный вес в Центральном и Заводском районах приблизительно одинаков — 8,6 и 7,7, соответственно. Наименьший процент в этой возрастной группе в Новоильинском районе — 3,7 %.

В возрастной группе «20-29 лет» наименьший процент в Куйбышевском и Кузнецком районах. В остальных районах города наблюдается приблизительно соответствие.

В группе «30-39 лет» наименьший процент патологий в Орджоникидзевском районе — 24,1 %, наибольший — в Куйбышевском районе — 34,5 %. В остальных районах относительное соответствие.

В последней возрастной группе «40 лет и старше» наибольшее количество аномальных геноти-

пов в Заводском районе — 11,5 %, затем следует Куйбышевский район — 10,3 %. Наименьшее количество аномальных генотипов встречается в Орджоникидзевском районе — 6,9 %.

ВЫВОДЫ:

По распространенности аномальных генотипов абортусов г. Новокузнецка за 2001-2005 гг. лидирующее место занимает Центральный район.

По возрастным группам: группа «до 20 лет» в процентном отношении наиболее неблагоприятная ситуация в Кузнецком районе, наименее в Новоильинском.

В возрастной группе «20-29 лет» по числу аномальных генотипов лидирует Новоильинский район, более благоприятная ситуация в Куйбышевском районе.

При возрасте беременных 30-39 лет наиболее неблагоприятная ситуация в Куйбышевском районе, наименьшее количество патологий в Орджоникидзевском районе.

В старшей возрастной группе «40 лет и старше» наибольший процент аномалий в Заводском районе, наименьший в Орджоникидзевском.



ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ЛИНДИНА Л.И., СОРОКИНА И.В.,
АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н.

*г. Новокузнецк,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛЬНЫХ ГЕНОТИПОВ ПРИ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В 2001-2005 ГОДАХ С УЧЕТОМ АДМИНИСТРАТИВНОГО И ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ В РАЙОНАХ Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ

Невынашивание беременности по своей социальной медицинской значимости до сих пор относится к наиболее актуальным проблемам акушерства. Частота ранних выкидышей и замершей беременности в последние годы значительно увеличилась и колеблется от 15 % до 20 % без тенденции к снижению. Проведен анализ распространенности аномальных генотипов с учетом фактического проживания в районах г. Новокузнецка.

Наибольший удельный вес аномальных генотипов отмечен в Центральном районе — 51,8 %. При административном делении частота встреча-

емых аномальных генотипов в остальных районах города относительно одинаковая: в Новоильинском и Заводском районах — 13,4 % и 12,9 %, соответственно. В Кузнецком, Орджоникидзевском и Куйбышевском районах — 7,7 % и 7,2 %, соответственно.

При фактическом проживании женщин с замершими беременностями удельный вес аномальных генотипов наблюдается в Заводском и Новоильинском районах — 26,2 %, и Кузнецком и Орджоникидзевском районах — 14,8 %. Наименьшая частота аномальных генотипов отмечается в Куйбышевском районе — 7,2 %.

ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ЛИНДИНА Л.И.,
СОРОКИНА И.В., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н.

*г. Новокузнецк,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

СТРУКТУРА АНОМАЛЬНЫХ ГЕНОТИПОВ У АБОРТУСОВ ПРИ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ ЗА 2001-2005 ГГ. С УЧЕТОМ АДМИНИСТРАТИВНОГО И ФАКТИЧЕСКОГО РАЙОНОВ ПРОЖИВАНИЯ

В структуре невынашивания беременности одно из основных мест занимает неразвивающаяся беременность, частота которой остается стабильно высокой, от 2 % популяции до 15-55 % в различных группах больных. Основной причиной неразвивающейся беременности в первом триместре считается наличие хромосомных aberrаций.

Нами проанализирована частота аномальных генотипов в городе Новокузнецке в зависимости от района проживания.

В городе Новокузнецке за 2001-2005 гг. средняя частота аномальных генотипов составила 14. Наибольшая частота встречалась в Центральном районе — 13. В остальных районах города частота аномальных генотипов была сопоставима.

Во всех районах Новокузнецка у абортусов при замершей беременности при проведении кариотипирования абортного материала чаще всего

отмечается нормальный кариотип. При этом кариотип 46xx был максимально отмечен в 50 % в Кузнецком районе и минимально — 27,7 % в Новоильинском районе.

Кариотип 46ху чаще встречался в Новоильинском районе — 46,8 % и наименее часто в Куйбышевском районе — 28 %.

Распространенность кариотипа 45х максимально в Орджоникидзевском районе — 5 %, далее следуют Куйбышевский район — 4 %, Центральный район — 3,2 %, Заводский район — 2,3 %.

Кариотип 45ху аномально отмечен только в Центральном районе — 0,8 %.

Аномальные кариотипы 46хху, 46ххх, 48хх отмечены также только в Центральном районе — 0,8 %

Измененный кариотип 47ху наиболее часто встретился в Куйбышевском и Новоильинском районах — 16 % и 12,8 %, соответственно, 6,4 %

и 5 % в Центральном и Кузнецком районах. Ни разу не отмечен в Орджоникидзевском районе.

Патологический кариотип 47хх чаще всего встретился у абортусов Орджоникидзевского района, в Центральном, Куйбышевском и Кузнецком районах относительно одинаков.

Кариотип 47хху в наибольшем количестве случаев встретился в Куйбышевском районе — 12 %, в Заводском и Новоильинском, Центральном районах — 1,1 % и 0,8 %, соответственно.

Патология хромосомного аппарата 69хху, 69ххх, 92 ххуу с одинаковой частотой встречалась в Новоильинском районе — 4,3 %.

В Заводском районе одинаковая частота кариотипа 69хху и 69ххх — 2,3 %. В Центральном

районе эти цифры близки — 4 % и 3,2 %. В Кузнецком и Орджоникидзевском районах отмечен кариотип 69ххх — 5 %.

ВЫВОДЫ:

При исследовании абортного материала путем кариотипирования при замерших беременностях наиболее часто кариотип не был изменен: 46хх — 40,2 %; 46ху — 37,9 %.

Наиболее часто встречающимися патологическими кариотипами были 47ху — 6,7 %, 47хх — 3,8 %, 69ххх — 3,3 %, 47хху — 2,5 %, 45х — 2,4 %, 69хху — 1,8 %.

Остальные измененные кариотипы встречаются с одинаковой частотой.

МАРКИНА Л.А., ЖАБИН С.Г., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ЛИКСТАНОВ В.И.,
ТРЕЩЕНКОВ Э.А., БАЖЕНОВА Л.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н.

*Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ЭМБРИОНОВ В НОВОМ ТЕМПЕРАТУРНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Лечение бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) преовуляторных ооцитов и переноса дробящихся эмбрионов в полость матки пациентки получило в нашей стране широкое распространение. Эффективность, стоимость и другие характеристики ЭКО во многом зависят от его эмбриологического этапа.

Одним из основных факторов, обеспечивающих нормальное развитие эмбрионов, является температура CO₂-инкубатора. Негативное воздействие на их дробление оказывают колебания температуры культуральных сред, которые возникают при манипуляциях с эмбрионами. Поэтому интенсивно разрабатываются технологии, предназначенные для оптимизации их культивирования.

Учитывая опыт работы ведущих международных и российских центров, мы предприняли попытку существенно изменить режим работы эмбриологической лаборатории. В частности, температура CO₂-инкубатора была увеличена до 37,2°C (традиционно большинство эмбриологов выращивают эмбрионы при 37,0°C). Температура рабочего стола в ламинарном боксе была поднята до 42,0°C, а температура микроскопического столика — до 38,6°C. Ранее указанные параметры составляли 38,5°C и 37,5°C, соответственно. Температура воздуха во всем эмбриологическом блоке была увеличена с 25°C до 28-30°C.

Целью настоящей работы явился анализ результатов программы вспомогательных репро-

дуктивных технологий в новом температурном режиме.

В данной программе прошли лечение 24 бесплодных супружеских пары. В анамнезе только у 1 пациентки была одна безуспешная попытка ЭКО. Средний возраст женщин составил 31,2 ± 3,4 лет.

В обследованной группе пациенток наиболее часто выявлялся трубно-перитонеальный фактор (15 чел.). Мужское бесплодие имело место в 2 случаях, причем в обоих случаях отмечался его смешанный генез. В остальных наблюдениях преобладал женский фактор бесплодия (эндокринная патология, поликистоз и др.).

Непосредственно перед процедурой ЭКО оба супруга обследовались на носительство хламидий, уреаплазм, микоплазм, гарднерел, трихомонад и других урогенитальных инфекций с помощью метода полимеразной цепной реакции. Показатели спермограммы оценивались в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999), а также с применением строгих критериев морфологии Крюгера. Также проводился расширенный вариант динамической кинезисграммы сперматозоидов с целью оценки их способности к активации и выживаемости в условиях, близким к таковым при ЭКО.

С целью профилактики возможных иммунологических конфликтов, возникающих в процессе имплантации и развития беременности, выпол-

нялся один из вариантов иммунотерапии — аллоиммунизация лимфоцитами мужа.

Стимуляция суперовуляции проводили по длинному (25 пациенток) или короткому (2 пациентки) протоколу на фоне различных агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона: декапептил-дейли, декапептил-депо, диферелина. Для стимуляции суперовуляции применялись препараты гонадотропинов — менапур или пурегон. Спустя 36 часов после введения овуляторной дозы прегнила или хорагона производилось извлечение ооцитов путем трансвагинальной пункции под эхоскопическим контролем.

Культивирование гамет и эмбрионов проводилось на средах Universal IVF Medium и ISM I под минеральным маслом в четырехлуночных планшетах Nunc.

Инкубация ооцитов проводилась в инкубаторе в следующем режиме: 37,2°C; 5 % CO₂; влажность 90 %.

Обработка эякулята для инсеминации ооцитов проводилась комбинацией его фракционирования в градиенте плотности и метода всплытия. Преинкубация ооцитов перед инсеминацией составляла 4-6 часов.

Общее число полученных ооцитов составило 219, а количество оплодотворенных ооцитов — 144. Следовательно, средняя частота оплодотворения равнялась 65,8 %.

Перенос эмбрионов осуществляли, наиболее часто, через 56 часов после аспирации фолликулов. В большинстве случаев переносили не более трех эмбрионов.

Поддержка лютеиновой фазы проводилась с помощью препаратов человеческого хорионического гонадотропина, а также натуральных гестагенов — прогестерона или утрожестана.

После первой попытки ЭКО беременность наступила у 12 из 24 женщин (50 %) в расчете на

перенос эмбриона. У двух женщин при УЗ-обследовании выявили 2 плодных яйца, а у одной — 3.

В трех случаях маточная беременность прервалась в I триместре. Внематочная беременность имела место у 1 женщины. Следовательно, частота репродуктивных потерь равнялась 16,7 %.

Синдром гиперстимуляции яичников I стадии наблюдался у 1 больной. Угроза прерывания беременности отмечалась у 6 пациенток. Донорская сперма была использована для трех пациенток, причем беременность наступила в 2 случаях.

Таким образом, при изменении температурного режима в эмбриологической лаборатории УЗИ беременность наступала у половины пациенток. В опубликованном нами ранее исследовании [1] аналогичный показатель равнялся 23,5 %.

Как указано в отчете российского регистра ВРТ, в среднем по России в 2003 году он составил 28,8 % [2]. Несмотря на относительную малочисленность данной группы пациенток и ограниченный период динамического наблюдения за ними (I триместр), можно сделать вывод о том, что повышение температуры привело к улучшению условий культивирования эмбрионов. С целью проведения круглосуточного контроля за внутренней температурой в CO₂-инкубаторе планируется приобретение высокоточного датчика In Control. Этот прибор позволит обеспечить также и мониторинг концентрации углекислого газа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лечение бесплодия с помощью экстракорпорального оплодотворения в Зональном перинатальном центре /Маркина Л.А., Жабин С.Г., М.Г.Алексеева и др. //Здоровый ребенок — здоровая нация: Матер. науч.-практ. конф. — Кемерово, 2003. — С. 137-138.
2. Корсак, В.С. Мониторинг ВРТ, 2003 /Корсак В.С. //Пробл. репрод. — 2005. — № 5. — С. 19-24.

ФАДЕЕВА Н.И., РЕМНЕВА О.В., НЕСТЕРОВ Ю.Н.

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

КЛИНИЧЕСКИЕ, ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ПРОГНОЗЕ ТЯЖЕЛЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛОДА

Проблема снижения перинатальной заболеваемости и смертности является ключевой в акушерстве. Это обусловлено тем, что сегодня состояние репродуктивного здоровья характеризуется невысоким уровнем физиологических родов и возрастающим числом больных детей. Причем в структуре заболеваемости новорожден-

ных нарастает доля врожденной патологии, приводящей к дальнейшей инвалидизации детей.

В настоящее время в России сложилась модель суженного воспроизводства населения, характеризующаяся резким падением суммарного коэффициента рождаемости с 2 до 1,3, снижением доли повторных рождений с 51 % до 41 %.

Все вышеизложенное заставило нас провести исследования по изучению проблемы тяжелых перинатальных повреждений доношенных плодов, вызванных плацентарной недостаточностью.

Цель работы — выявление характера патоморфологических изменений в плаценте, как причин прогрессирующей гипоксии и задержки развития плода, их ассоциированности с клиническими особенностями течения беременности и родов, а также информативности функциональных методов оценки фетоплацентарного комплекса и гистологического исследования плаценты в диагностике пренатального страдания плода.

Под наблюдением находились 45 беременных, родившие доношенных новорожденных с тяжелыми перинатальными повреждениями, представляющие группу риска по ранней неонатальной, младенческой смертности и инвалидизации в будущем, которые были разделены на две группы.

Первая группа — 13 матерей и их новорожденные, родившиеся в тяжелой асфиксии (оценка по шкале Апгар 1-3 балла), вторая группа — 32 женщины и их новорожденные с внутриутробной гипотрофией, но без признаков асфиксии.

Клинико-статистический анализ проводился с учетом следующих факторов: возраст, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальная патология, осложнения беременности, оценка состояния фето-плацентарного комплекса аппаратными методами накануне родоразрешения, течение родового акта, послеродового периода, исход родов для новорожденных. Морфо- и гистологическое исследование последов проводилось экспресс-диагностикой по рекомендациям Милованова А.П.

Проведенный клинический анализ возраста, паритета не выявил достоверных различий в группах сравнения. В структуре экстрагенитальных заболеваний у пациенток, родивших детей в тяжелой гипоксии, по сравнению с пациентками, родившими гипотрофичных детей, достоверно чаще выявлялись эндокринопатии: 30,7 % и 3,1 %, соответственно ($p < 0,05$). Сердечно-сосудистые заболевания отмечены в 46,1 % случаев в первой группе и в 65,6 % во второй. Осложнения беременности поздними гестозами легкой и средней степени тяжести отмечались в 61,5 % случаев у беременных, родивших детей в тяжелой асфиксии, против 37,5 % случаев у беременных с задержкой развития плода ($p < 0,05$).

Аномалии родовой деятельности диагностированы в 38,4 % случаев в первой группе и в 9,4 % случаев во второй ($p < 0,05$). Это потребовало назначения серьезной для плода медикаментозной терапии (медицинский сон, родостимуляция) достоверно чаще у женщин, родивших ребенка в тяжелой асфиксии: 46,1 % и 9,4 %, соответственно ($p < 0,05$).

По результатам ультразвукового исследования и доплерометрии у всех пациенток обеих групп диагностирована хроническая плацентарная недостаточность. Причем, субкомпенсированная плацентарная недостаточность у пациенток первой группы была выявлена в 23 % случаев (в 7,6 % диагностировано нарушение кровообращения 2 типа, у остальных — гипотрофия плода), тогда как во второй группе — в 56,2 % случаев за счет задержки внутриутробного развития плода, которая в 28,1 % сочеталась с гемодинамическими нарушениями 2 типа ($p < 0,05$). Декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности не было.

Показатели кардиотохограммы накануне и в первом периоде родов свидетельствуют о том, что начальные признаки нарушения реактивности сердечно-сосудистой системы плода встречались чаще у беременных, родивших детей с тяжелым дистрессом, прогрессирующим в родах: 53,8 % и 25 % во время беременности, 76,9 % и 37,5 % в родах в группах сравнения, соответственно ($p < 0,05$).

В 61,5 % и 68,7 % случаев в группах сравнения, соответственно, роды произошли через естественные родовые пути; у остальных кесарево сечение проводилось по сумме сочетанных показаний. Прогрессирующий интранатальный дистресс плода в первой группе был обусловлен аномалиями родовой деятельности и их коррекцией — в 38,4 % случаев, патологией пуповины — в 30,7 %, механической травмой (переносимость, дистония плечиков) — в 7,9 %, манифестацией внутриутробной инфекции — в 23 %.

Дети, родившиеся в тяжелой асфиксии, в 30,7 % случаев были с гипотрофией 1-2 степени против 100 % новорожденных второй группы ($p < 0,05$). Морфофункциональная незрелость достоверно чаще отмечалась у детей с внутриутробной гипотрофией (43,8 % случаев против 23 % в первой группе, $p < 0,05$).

При исследовании плацент первой группы выявлены следующие изменения:

- у 23,3 % новорожденных с нормальной массой тела отмечалась острая плацентарная недостаточность в виде тромбозов, пареза сосудов пуповины, тромбоза интервиллезного пространства, формирование гематом;
- в 15,3 % случаев имела гипотрофия новорожденных и хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность, для которой характерны первичные дистрофические нарушения в ворсинчатом хорионе;
- в 30,7 % случаев диагностировано сочетание субкомпенсированной хронической и острой плацентарной недостаточности у плодов с нормальной массой тела;
- в 30,7 % случаев выявлено наличие хронической компенсированной, в сочетании с острой,



недостаточности плаценты, где новорожденные в половине случаев были гипотрофичными.

В первой группе также достоверно чаще отмечались следующие особенности: плаценты были «зрелые», в них обнаружены кровоизлияния, гиповаскуляризированные ворсины, отложения молодого фибрина, то есть преобладали гемоциркуляторные нарушения. Гистологическая картина только в половине случаев соответствовала субкомпенсированной плацентарной недостаточности. Таким образом, можно предположить, что низкая оценка по шкале Апгар была обусловлена нарушениями дыхательной функции плаценты и страданием системы гемостаза.

В плацентах пациенток второй группы выявлены следующие изменения:

- а) при наличии субкомпенсированной плацентарной недостаточности в 81,7 % случаев в ткани плаценты достоверно чаще встречались диссоциированное развитие ворсин, явления воспаления (флебиты, хориоамниониты), псевдоинфаркты, склероз;
- б) в 18,3 % случаев имела место компенсированная хроническая плацентарная недостаточность с диссоциированным развитием ворсин и явлениями воспаления.

Количество наблюдений позволяет четко проследить клинические, параклинические и морфологические параллели в обеих группах.

В случае рождения доношенных новорожденных в тяжелой асфиксии (то есть страдает дыхательная функция плаценты) при ее гистологическом исследовании выявлены преимущественно циркуляторные нарушения, тогда как в случае рождения гипотрофичных новорожденных (то есть при страдании преимущественно трофической функции плаценты) при ее морфологическом исследовании выявлены воспалительные и дистрофические изменения.

Вышеперечисленные изменения и характер поражения новорожденных в первой группе свойственны для вторичной недостаточности плаценты, определяющую роль в которой играли первично гемоциркуляторные нарушения, тогда как во второй группе можно думать о ее первичном происхождении, первопричиной которой были инфек-

ционно-воспалительные и(или) аутоиммунные нарушения.

Таким образом, интранатальная асфиксия новорожденных первой группы формировалась на фоне хронической плацентарной недостаточности в виде дистрофических нарушений в ворсинах в 76,7 % случаев, причем в 46 % она была субкомпенсированной. Фоном для нее послужила соматическая эндокринная патология. Во время беременности хроническая недостаточность плаценты манифестировала поздними гестозами, а в родах — аномалиями сократительной деятельности матки.

Острая плацентарная недостаточность в виде циркуляторных изменений изолированно была причиной асфиксии новорожденных только в 23,3 % случаев и в 61,4 % случаев сочеталась с хронической. Пренатальная параклиническая диагностика выявила субкомпенсированную плацентарную недостаточность только в 23 % случаев, из них в 7,6 % — на основании гемодинамических нарушений в фетоплацентарном комплексе. Параклинические признаки гипоксии плода во время беременности методом кардиотокографии были зарегистрированы в 53,8 % случаев, а в родах — в 76,9 %, но степень их выраженности не соответствовала тяжести асфиксии новорожденных. Следовательно, ложноотрицательный результат функциональных методов диагностики гипоксии плода составил 23,1 %, гистологического исследования послета — 15,3 %.

Хроническая плацентарная недостаточность была выявлена во всех плацентах гипотрофичных новорожденных второй группы в виде диссоциированного развития ворсин и явлений воспаления, причем в 81,7 % случаев выраженность изменений свидетельствовала о субкомпенсации. Беременность более чем у половины женщин протекала на фоне экстрагенитальной патологии и осложнялась поздними гестозами в 37,5 % случаев. Пренатальная диагностика на основе ультразвукового исследования и доплерометрии выявила признаки субкомпенсации только в 56,2 % случаев. Следовательно, ложноотрицательный результат параклинических методов диагностики гипотрофии плода составил 43,8 %, гистологических методов — 18,3 %.

ГУСЯТИНА Г.Н., ШИРОКОВА Т.А., ЛИХАЧЕВА В.В.

МЛПУ Зональный перинатальный центр,

г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ИСХОДА РОДОВ В ГРУППЕ БЕРЕМЕННЫХ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПО МЕТОДУ В.Н. ДЕМИДОВА

Проблема адекватной оценки антенатального состояния плода и его толерантности к родам является актуальной проблемой перинатального акушерства.

Цель исследования — проанализировать возможные причины, приводящие к снижению компенсаторных возможностей плода в зависимости от результатов комплексных методов перинатальной диагностики и определения рациональной тактики ведения родов.

Проанализировано 36 историй родов в родильном доме Зонального перинатального центра. В данной группе всем беременным (100 %) в условиях отделения патологии беременности проводилось комплексное исследование состояния плода в кабинете функциональной диагностики. Исследования проводились с использованием УЗ аппарата «SHIMADZU SDU-500C», наружной кардиотахографии в течение одного часа на фетальном мониторе «Fetalgard-3000» с компьютерной обработкой и расчетом интегрального индекса ПСП (прогностическое состояние плода).

В родах за состоянием плода проводилось непрерывное мониторное наблюдение методом наружной тахографии.

В группе обследованных беременных первородящие составили 58,3 % (21 чел.). Соответственно, повторнородящие — 41,7 % (15 чел.). Возрастные группы представлены: до 20 лет — 11,1 % (4 чел.); 20-30 лет — 66,7 % (24 чел.); старше 30 лет — 22,2 % (8 чел.).

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в виде медицинских аборт, самопроизвольных выкидышей, замерших беременностей имели 63,9 % беременных (23 чел.). У 30 беременных (83,3 %) в анамнезе имелись заболевания женских половых органов: эрозия шейки матки, кольпиты, эндометриты, эндоцервициты, аднекситы, длительное ношение ВМС. 66,7 % беременных (24 чел.) имели во время настоящей беременности инфекционные заболевания: ОРЗ, пиелонефрит, хламидиоз, микоплазмоз.

Вся группа беременных имела экстрагенитальные заболевания: анемия 1-2 стадии, ВСД, диффузный зоб, неинфекционные заболевания почек, гипоталамический синдром, тромбоцитопения, никотиновая зависимость.

Таким образом, в изучаемой группе беременных прослеживается четкая тенденция преобла-

дания инфекционного фактора в организме беременных и в 100 % случаев — наличие экстрагенитальной патологии, что в совокупности может служить причиной патологической закладки плодного яйца или приводить в последующем к формированию нарушения в системе мать-плацента-плод.

Выявлены осложнения беременности: угроза прерывания беременности — 26 чел. (72,2 %); изменение количества околоплодных вод в виде мало- или многоводия — 18 (50 %); anomальное (низкое) расположение плаценты — 17 (47,2 %); гемолитическую болезнь плода — 2 (5,4 %); гестоз — 3 (8,3 %).

В течение беременности при ультразвуковом исследовании у всей группы беременных были обнаружены маркеры внутриутробной гипоксии плода: СЗРП, преждевременное или замедленное созревание плаценты, гипертрофия, инволютивные изменения плаценты. При гистологическом исследовании плацент родивших женщин в большинстве случаев выявлена патологическая незрелость плаценты.

В зависимости от значений индекса ПСП данная группа беременных разделена на 3 подгруппы.

1 подгруппа составила 28 беременных с показателями индекса ПСП 1,6-2,0. 20 беременных (71,4 %) 1-й группы родоразрешены через естественные родовые пути с оценкой новорожденных по Апгар 8-9 баллов. У 8 беременных (28,6 %) роды завершены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Дети родились без асфиксии.

2 подгруппа — 7 беременных с показателями ПСП 2,1-3,0. Все беременные родоразрешены через естественные родовые пути. В одном случае проводились программированные роды. Без асфиксии родились 6 новорожденных, с оценкой по шкале Апгар 7 баллов — 1 новорожденный.

3 подгруппа представлена одной беременной с показателем индекса ПСП 3,1. Родоразрешена операцией кесарева сечения в экстренном порядке по поводу декомпенсированной антенатальной гипоксии плода. Новорожденный родился живой, с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов.

При антенатальном обследовании беременных, по данным УЗ исследований, в 72,2 % случаев (26 чел.) отмечалось обвитие пуповиной шеи плода, что было подтверждено при рождении детей.



Гемодинамические нарушения (ГДН) 1-2 степени выявлены у 4 беременных (11,2 %) при показателях ПСП более 2,1. В 32 случаях (88,8 %) ГДН не было зарегистрировано, несмотря на высокие значения индекса ПСП.

Всем беременным, имеющим индекс ПСП выше 1,6, проводилось лечение внутриутробной гипоксии плода и фетоплацентарной системы с использованием дезагрегантов (пентоксифиллин), вазоактивных препаратов (актовегин), антиоксидантов (витамин Е, рибоксин) и других средств, улучшающих маточно-плацентарный кровоток.

При составлении плана родов ведущее место уделялось объективной оценке состояния плода методом наружной кардиотохографии, оценки окрас-

ки околоплодных вод в процессе родов. В 52,7 % случаев (19 чел.) у рожениц отмечалось наличие признаков компенсированной гипоксии плода.

Исходя из полученных результатов, следует отметить важность комплексного использования методов антенатальной диагностики плода. Колебания индекса ПСП до значений 3,0 указывает на обратимые функциональные изменения в системе «мать-плод» и возможность медикаментозной коррекции с положительным эффектом.

Отклонение индекса более 1,6 требует непрерывного применения наружной кардиотохографии в родах с целью динамической оценки состояния плода в родах и выбора рационального метода родоразрешения.

ЕЧИНА И.А., РЕНГЕ Л.В., САМУСЕНКО Н.А., ЧЕЧЕНИНА А.А.

*МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОГО ФЕРМЕНТА ИМОЗИМАЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОХИОМЕТРЫ

Одной из актуальных проблем современного акушерства остаются послеродовые гнойно-септические заболевания. Частота гнойно-септических осложнений послеродового периода колеблется от 1 % до 26 %.

Цель исследования — определить эффективность лечения имозимазой в сравнении со средствами, традиционно применяемыми в лечении лохиометры и профилактике эндометрита.

Имозимаза — ферментный препарат с высокой протеолитической активностью, получаемый методом радиационно-химической «сшивки» комплекса щелочных и бактериальных протеаз с растворимым носителем — полиэтиленоксидом. Оказывает не только непосредственное протеолитическое (расщепляющее белки) действие, но и противовоспалительное, антикоагуляционное, дегидратационное и противотоксическое действие. Выпускается в виде жидкости во флаконах по 10 мл (1 мл — 50 ПЕ).

В отличие от уже используемых ферментативных препаратов (трипсин, хемотрипсин), имозимаза обладает более высокой специфической активностью, термостабильна, устойчива в широком диапазоне pH, не подвержена действию эндогенных ингибиторов протеолиза, не вызывает аллергических реакций.

Препарат вводится в полость матки 1 раз в сутки в количестве 10 мл в растворе или геле.

Исследование проведено у 53-х родильниц с задержкой отхождения лохий. Из них, в 21 случае (39,6 %) — лохиометра после операции кесарева сечения на «незрелой шейке матки»; в 32 слу-

чаях (60,4 %) — несвоевременное отхождение лохий у родильниц после консервативных родов.

Возраст обследованных женщин — от 19 до 39 лет. Из них, 32 (60,4 %) — первородящие, 21 (39,6 %) — повторнородящие. У 27 пациенток (50,9 %) беременность протекала на фоне анемии, у 9 (16,9 %) — на фоне гестационного пиелонефрита.

В результате исследований изучен бактериальный спектр инфицированности урогенитального тракта, при котором у 23 женщин (43,4 %) выявлен кандидоз, у 8 (15 %) — бактериальный вагиноз, у 3 (5,7 %) — хламидиоз, у 9 (16,9 %) — микст-инфекция.

Наиболее частыми осложнениями в родах были: дискоординированная родовая деятельность — 20 случаев (17,6 %), несвоевременное отхождение околоплодных вод — 10 (18,9 %), преждевременные роды — 2 (3,8 %), многоводие — 1 (1,9 %), многоплодие — 1 (1,9 %), затяжные роды (более 12 часов) — 2 (3,8 %), быстрые роды — 1 (1,9 %).

Все больные родильницы были разделены на 2 группы: контрольная группа — 25 родильниц, у которых лечение лохиометры проводилось традиционными способами с использованием спазмолитиков, тономоторных средств, антибактериальных препаратов, внутриматочного лаважа с диоксином; основная группа — 28 родильниц, у которых при лечении задержки отхождения лохий проводились внутриматочные инстилляциии имозимазы.

Клинические проявления (боль внизу живота, спастические сокращения матки, повышение тем-

пературы) на фоне лечения отмечались во 2 группе у 4-х родильниц (14,3 %), в контрольной — у 15 (60 %). Воспалительные изменения по анализу крови (сдвиг лейкоцитарной формулы влево) до начала лечения были почти у половины родильниц: 15 женщин из 2 группы (53,6 %), 13 женщин из 1 группы (52 %).

На третьи сутки лечения воспалительные изменения имелись в 2-х случаях во 2 группе (7,1 %) и в 9 из контрольной группы (36 %). Отхождение сгустков и увеличение количества лохий на 2-е сутки произошло у 21 родильницы (75 %), получивших лечение имозимазой, на четвертые сутки — у 7. В 1 группе (традиционное лечение) увеличение оттока лохий на 2-е сутки

отмечено у 4-х женщин (16 %), на четвертые сутки — у 21 (84 %).

Антибактериальная терапия потребовалась 3-м родильницам (7,1 %) из 2 группы, что значительно меньше в сравнении с контрольной группой — 7 человек (25 %).

Инструментальная ревизия матки проведена в 2-х случаях (10,7 %) во второй группе, и в 12 случаях (48 %) в контрольной группе.

Таким образом, лечение имозимазой можно расценивать как «ферментативный кюретаж» матки, который снижает необходимость инвазивных методов лечения, применение антибактериальных препаратов у кормящих женщин, сокращает сроки лечения и пребывания в стационаре в 2 раза.

ЛИХАЧЕВА В.В., БАЖЕНОВА Л.Г., КАШЛЕВА В.В.,
ПОЛУКАРОВ А.Н., РЕНГЕ Л.В., ГУСЯТИНА Г.Н., ФЛЕЙШМАН А.Н.
*МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокосцево*

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Проблема гипотиреоза у беременных актуальна в связи с высокой его частотой, которая достигает 16-20 % в эндемичных регионах, а также тем, что, при традиционном лечении данной патологии препаратами гормонов щитовидной железы и йода, остается достаточно высоким процент невынашивания беременности, анемии, гестоза, аномалий родовой деятельности, аномалий развития, гипоксии, гипотрофии плода, перинатальных поражений центральной нервной системы плода, врожденного гипотиреоза.

При снижении функции щитовидной железы могут наблюдаться нарушения регуляторно-метаболических функций, которые приводят к росту осложнений беременности и ухудшению состояния новорожденных.

В настоящее время перспективным методом ранней диагностики регуляторных нарушений в организме является метод кардиоинтервалографии, основанный на анализе вариабельности сердечного ритма.

Целью исследования явилось выявление особенностей показателей кардиоинтервалографии у беременных с гипотиреозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для осуществления поставленной цели изучены показатели кардиоинтервалографии 42 пациенток с эутиреоидным состоянием щитовидной железы и 108 пациенток с гипотиреозом в сроки беременности 18-22 недели.

Возраст пациенток был от 18 до 43 лет. Все беременные были сопоставимы по возрасту, социальному положению, уровню образования, материально-бытовым условиям.

Кардиоинтервалография проводилась по 5-этапной методике, предложенной А.Н. Флейшманом в 1994 г. и рекомендованной Комитетом по новой медицинской технике МЗ РФ в 2000 г. КИГ включала в себя регистрацию кардиосигнала с поверхностных электродов и автоматическую компьютерную обработку по программе цифрового спектрального анализа (Марпл-мл., 1990).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группе пациенток с эутиреоидным состоянием щитовидной железы в 18-22 недели беременности отмечено незначительное преобладание частоты низкоэнергетических типов спектров (40,5 %), частота оптимальных и высокоэнергетических типов была примерно одинаковой (31 % и 28,6 %, соответственно). При этом, нагрузочная реактивность показателей в большинстве случаев носила правильный характер: при исходно повышенных значениях компонентов спектра отмечалась тенденция к их снижению, при пониженных — к повышению.

Значения вагосимпатического индекса, характеризующего баланс между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, находились в пределах нормы.

В группе пациенток с гипотиреозом в 18-22 недели беременности отмечено абсолютное преобла-

дание низкоэнергетических типов спектров вариабельности сердечного ритма (в 88,9 % случаев), причём суммарный показатель вариабельности сердечного ритма в этой подгруппе был ниже 1,8 условных единиц, что отождествляется с состоянием тканевого энергодефицита по данным А.Н. Флейшмана.

Применительно к беременности, энергодефицитные состояния организма рассматриваются как непосредственная причина плацентарной недостаточности, гипоксии, гипотрофии плода.

Более чем у половины пациенток, страдающих гипотиреозом (62 %), отмечена измененная реактивность спектральных показателей, выражавшаяся в следующем:

- гиподаптивной реакции по очень низкочастотному (VLF) компоненту в подгруппах с низкоэнергетическим и оптимальным уровнем мощности спектра, то есть, при исходно сниженном его уровне еще большее нагрузочное снижение, при оптимальном — нагрузочная депрессия ниже минимальной границы нормы;

зочная депрессия ниже минимальной границы нормы;

- в нагрузочной депрессии исходно сниженный высокочастотного (HF) компонента спектра либо «ригидности» исходно оптимальных его значений в середине беременности.

Такая патологическая реактивность высокочастотного компонента спектра (маркера парасимпатической активности) и исходно сниженный вагосимпатический индекс в середине беременности расцениваются как патологическое преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Таким образом, особенностями спектральных характеристик беременных с гипотиреозом в 18-22 недели беременности было абсолютное преобладание депрессивных типов спектров вариабельности сердечного ритма и измененной реактивности спектральных показателей, а также наличие спектральных маркеров тканевого энергодефицита и преобладания активности симпатического отдела вегетативной нервной системы.

НИКОЛАЕВА Л.Б., ТРИШКИН А.Г., АРТЫМУК Н.В.,
КАЛЯДОВ В.А., ОРЛОВ Н.М.

*Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровское областное патологоанатомическое бюро,
г. Кемерово*

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И МОРФОСТРУКТУРА ПОСЛЕДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Поздний репродуктивный возраст является одним из факторов риска плацентарной недостаточности (Кузнецова С.В., 2004). По данным литературы, у женщин старше 35 лет частота плацентарной недостаточности, показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в 1,5-2 раза выше, чем в общей популяции (Саламех И.Х., 2003; Иноятова Мавзуна, 2004).

Цель исследования — изучить перинатальные исходы и морфоструктуру последов у женщин позднего репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 360 беременных (в сроке 37-40 недель) и рожениц в возрасте 18-42 лет, а также 360 их новорожденных. В I группу включены 270 пациенток позднего репродуктивного возраста ($38,4 \pm 3$ лет), во II группу — 90 женщин в возрасте 18-34 лет ($22,4 \pm 2,8$ лет), ($p < 0,001$). До наступления беременности 210 женщин (78 %) I группы страдали экстрагенитальными заболеваниями, во II группе — 18 пациенток (20 %) ($p < 0,001$). Ведущее место в структуре экстрагени-

тальной патологии занимали ожирение — у 89 (33 %) и 9 (10 %) ($p < 0,001$), патология мочевыделительной системы — у 60 (22 %) и 11 (12 %) ($p = 0,04$), сердечно-сосудистой системы — у 89 (33 %) и 6 (6 %) ($p = 0,010$), соответственно по группам. Хронический сальпингоофорит достоверно чаще диагностировался у женщин позднего репродуктивного возраста — 32 женщины (11,9 %) и 6 женщин (6,7 %), соответственно ($p < 0,001$).

Среди гестационных осложнений в обеих группах преобладали хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) — у 150 (56 %) и 26 (29 %) ($p < 0,001$), гестоз различной степени тяжести — у 181 (67 %) и 36 (40 %) ($p < 0,001$), а также угроза прерывания беременности — у 89 (33 %) и 14 (16 %) ($p = 0,02$). Следует отметить, что среднетяжелые и тяжелые формы гестоза преобладали у женщин I группы — 90 (50 %), тогда как во II группе они встречались достоверно реже — в 5 случаях (15 %) ($p < 0,001$).

Состояние детей при рождении оценивалось по шкале Апгар, морфологическое исследование последов проводилось по стандартной методике. Статистическая обработка полученных результа-

тов проведена с использованием ППП «Statistica» for Windows 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все новорожденные в обеих группах были доношенными. У женщин позднего репродуктивного возраста достоверно чаще рождались дети с низкой массой и длиной тела, чем у пациенток II группы — $3076,7 \pm 579,9$ г и $3368,9 \pm 515,7$ г ($p = 0,017$); $51,4 \pm 3,2$ см и $52,6 \pm 2,8$ см, соответственно ($p = 0,054$).

При рождении оценка новорожденных по шкале Апгар статистически значимо между группами не различалась и составила $7,4 \pm 0,5$ баллов и $7,3 \pm 0,7$ баллов ($p = 0,658$). В I группе 60 детей (22 %) родились в состоянии асфиксии различной степени тяжести, во II группе — только 11 (12 %) ($p = 0,04$).

Частота осложнений раннего неонатального периода значимых различий в группах не имела и составила 85 % и 83 % ($p > 0,05$). В структуре осложнений преобладали поражения ЦНС — у 230 детей (85 %) и 74 (82 %), гипоконъюгационная желтуха — у 57 (21 %) и 16 (18 %), анемия — у 49 (18 %) и 12 (13 %), транзиторный гипотиреоз — у 43 (16 %) и 12 (13 %) детей, соответственно ($p > 0,05$). Патология сердечно-сосудистой системы у детей I группы встречалась достоверно чаще, чем во второй группе — 62 ребенка (23 %) и 6 детей (7 %), соответственно ($p = 0,012$).

Средняя масса последов в группах достоверно не различалась и составила $523,1 \pm 109,0$ г и $562,7 \pm 87,9$ г ($p = 0,324$). При морфологическом исследовании последов признаки ХФПН различной степени тяжести достоверно чаще встречались у пациенток позднего репродуктивного возраста, чем во II группе — у 150 женщин (56 %) и у 26 (29 %), соответственно ($p < 0,001$). В I группе 105 последов (39 %) имели признаки субкомпенсированной формы ХФПН, во II группе — 9 последов (10 %) ($p < 0,001$).

Следует отметить, что в обеих группах выявлены морфологические признаки гиперпластической формы субкомпенсированной плацентарной недостаточности, которые проявлялись в несоответствии зрелости ворсин сроку гестации, их гипертрофии и гиперплазии, спазме артериол и эктазии вен, наличии инфарктов в центральных зонах. У женщин I группы достоверно чаще диагностировались признаки гипертензионной формы ХФПН — в 20 случаях (7,4 %), во II группе признаки гипертензионной формы ХФПН не встречались ($p = 0,008$). Последов с декомпенсированной формой плацентарной недостаточности не выявлено.

Таким образом, для женщин позднего репродуктивного возраста характерна высокая частота асфиксии новорожденных, заболеваний сердечно-сосудистой системы в раннем неонатальном периоде, наличие гиперпластической и гипертензионных форм субкомпенсированной плацентарной недостаточности.

АРТЫМУК Н.В., ИЛЕНКО Е.В., МАГАРИЛЛ Ю.А., ОГОРОДНИКОВА Т.Н.,
БЕЛОВ Е.А., ШАКИРОВА Е.А., ПОПОВ П.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический онкологический диспансер,
МУЗ Городская больница № 11,
г. Кемерово

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕПТИНА И ИНСУЛИНА У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Рак эндометрия (РЭ), занимая первое место в структуре заболеваемости среди злокачественных гинекологических опухолей, остается одной из самых актуальных проблем онкогинекологии (Пронин С.М., 2003). В последнее десятилетие отмечается увеличение роста заболеваемости РЭ, причем его частота неуклонно возрастает у женщин 35-50 лет, а 5 % из них заболевают до 40 лет (Новикова Е.Г., 2002). Особенно актуальной данная проблема представляется для пациенток с гипоталамическим синдромом (ГС) (Кан Н.И., 2004).

Тщательные эпидемиологические и эндокринологические исследования способствовали развитию представления о том, что почти все факторы риска развития РЭ связаны с эстрогенами. В действительности же гормональные взаимоотношения при этом заболевании значительно более сложны и включают в себя, в частности, большую группу иных потенциальных стимуляторов роста эндометрия — таких, как надпочечниковые андрогены, инсулин, инсулиноподобные факторы роста и т.д. (Берштейн Л.М., 2002).

В настоящее время остается практически не изученной роль лептина в формировании патологии эндометрия, а имеющиеся сведения о значении инсулина противоречивы (Troisi R., 2004). Следует предположить, что дальнейшее изучение влияния лептина и инсулина на течение физиологических процессов в организме, изменений их уровня при патологических состояниях поможет расширить возможности диагностики и лечения РЭ.

Цель работы — определить содержание лептина и инсулина у женщин с ГС и патологией эндометрия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

I группу составили 78 пациенток с ГС, страдающие РЭ, во II группу вошли 37 пациенток, больных РЭ без нейроэндокринных расстройств,

III группу составили 65 пациенток с ГС и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия, в IV группу вошли 21 женщина с ГС без патологии эндометрия, V группу составили 11 женщин без ГС и РЭ. Средний возраст пациенток I группы составил $56,2 \pm 10$ лет, что не отличалось от II группы — $54,6 \pm 7,6$ года ($p = 0,334$), возраст пациенток III, IV и V групп был достоверно меньше — $35,9 \pm 7,9$, $29,2 \pm 7,2$ и $27,5 \pm 6,8$ лет соответственно ($p < 0,001$).

Индекс массы тела (ИМТ) у женщин I группы составил $37,4 \pm 4,3$ кг/м², II группы — $26,1$ кг/м² ($p < 0,001$), III группы — $38 \pm 5,5$ кг/м² ($p = 0,465$), IV и V групп — $31 \pm 4,8$ и $21 \pm 2,5$ кг/м² ($p < 0,001$).

Проводилось общеклиническое, антропометрическое обследование, содержание иммунореактивного инсулина (ИРИ) и лептина определялось методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов «DSL». Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием ППП «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты исследования содержания лептина и ИРИ представлены в таблице.

Результаты исследования показали, что уровень лептина у женщин с ГС и РЭ достоверно выше, чем у женщин с ГС без РЭ — $94,3 \pm 46,6$ и $31,9 \pm 6,2$ нг/мл; а также выше, чем у пациенток без ГС и РЭ — $18,7 \pm 9,3$ нг/мл ($p < 0,001$). Содержание лептина у пациенток с ГС и РЭ, ГС и ГПЭ, и у пациенток с ГС без патологии эндометрия статистически значимо не различалось ($p > 0,05$).

Уровень ИРИ у женщин с ГС и РЭ был достоверно выше, чем у пациенток с РЭ без ГС — $36,5 \pm 23,3$ и $13,4 \pm 7,3$ ($p < 0,001$). Содержание ИРИ у женщин, страдающих ГС и РЭ, было статистически значимо выше, чем у пациенток с ГПЭ

Таблица
Содержание лептина и ИРИ

Уровень гормонов	I группа n = 78	II группа n = 37	III группа n = 65	IV группа n = 21	V группа n = 11	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₁₋₄	P ₁₋₅
Лептин, нг/мл	$94,3 \pm 46,6$	$31,9 \pm 6,2$	$93,9 \pm 28,4$	$97,3 \pm 53,9$	$18,7 \pm 9,3$	$< 0,001$	0,952	0,801	$< 0,001$
ИРИ, мМЕ/мл	$36,5 \pm 23,3$	$13,4 \pm 7,3$	$27,9 \pm 24,6$	$18,0 \pm 8,6$	$11,2 \pm 8,1$	$< 0,001$	0,034	$< 0,001$	$< 0,001$

($p = 0,034$) и у женщин с ГС без патологии эндометрия ($p < 0,001$).

Таким образом, результаты исследования показали более высокий уровень лептина и ИРИ у

пациенток с гипоталамическим синдром и раком эндометрия, что позволяет предположить возможность их влияния на развитие патологии эндометрия у данной категории больных.

БАЖЕНОВА Л.Г., ЛЕВЧЕНКО В.Г., ЗОРИНА Р.М., ПОКАЧАЛОВА М.В.,
ЧИЖИКОВА О.Е., ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

СЫВОРОТОЧНЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МАКРОГЛОБУЛИНОВ (МГ, АБГ) В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН

Изучено содержание альфа-2-макроглобулина (МГ) и ассоциированного с беременностью альфа-2-гликопротеина (АБГ) в сыворотке крови 169 здоровых женщин в возрасте 17-65 лет. Все обследованные в зависимости от возраста были разделены на 4 группы. В первую группу (I) вошли 54 женщины раннего репродуктивного возраста (17-29 лет), во вторую группу (II) — 50 женщин позднего репродуктивного возраста (30-44 лет), в третью группу (III) — 30 женщин перименопаузального возраста (45-54 лет), в четвертую группу (IV) — 35 женщин постменопаузального возраста (55-65 лет).

Обследование женщин I-й группы проведено в динамике (в первую и вторую фазы менструального цикла). Женщины II группы обследованы во II фазу менструального цикла. Третья группа состояла из 2-х подгрупп по 15 человек. В первую подгруппу вошли женщины, имеющие регулярные месячные, вторую подгруппу составили 15 женщин, обследованных в первые полгода с момента наступления менопаузы. В IV группу вошли здоровые женщины, обследованные спустя 2 года с момента наступления менопаузы. В обследование не были включены женщины, принимающие препараты половых стероидов с контрацептивной или заместительной целью.

Концентрации МГ и АБГ определяли в сыворотке крови методом ракетного иммуноэлектрофореза с помощью высокоспецифичных антител.

Статистический анализ результатов проводили с использованием программы InStat2.

Результатами исследования установлена возрастная зависимость уровня МГ и АБГ (таблица).

При этом индивидуальные значения уровня АБГ имели зависимость от фаз менструального цикла. У женщин раннего репродуктивного возраста в I фазу менструального цикла средние показатели МГ были значимо ниже, по сравнению с таковыми у женщин других возрастных групп. При этом уровень белка в раннем репродуктивном возрасте не зависел от фазы менструального цикла. Наряду с этим, было установлено статистически значимое увеличение содержания МГ в сыворотке крови женщин постменопаузального возраста, по сравнению с сывороточным уровнем белка у женщин позднего репродуктивного периода.

Что касается АБГ, то его уровень статистически значимо повышался у женщин постменопаузального периода, в сравнении с его значениями у женщин репродуктивного периода, обследованных во II фазу менструального цикла. При этом показатели данного белка у женщин, обследованных в I фазу менструального цикла, были сопоставимы с его значениями у женщин старших возрастных групп. Установленный факт зависимости сывороточных концентраций АБГ от фаз менструального цикла во многом объясняет противоречивость мнений разных авторов относительно

Таблица
Содержание макроглобулинов (МГ, АБГ) в сыворотке крови у здоровых женщин ($M \pm m$, г/л)

Показатели	Ранний репродуктивный период (n = 54)		Поздний репродуктивный период (n = 50)	Перименопаузальный период (n = 30)	Постменопаузальный период (n = 35)
	I фаза цикла	II фаза цикла	II фаза цикла		
МГ	$1,68 \pm 0,09$	$1,90 \pm 0,19$	$1,96 \pm 0,07$ $P1 = 0,0169$	$2,16 \pm 0,09$ $P1 = 0,0008$	$2,39 \pm 0,23$ $P1 < 0,0001$ $P2 = 0,0003$
АБГ	$0,027 \pm 0,003$	$0,017 \pm 0,003$ $P1 = 0,0203$	$0,013 \pm 0,001$ $P1 < 0,0001$	$0,016 \pm 0,002$ $P1 = 0,0124$	$0,023 \pm 0,003$ $P2 = 0,0005$

Примечание: P1 - достоверность различий с I фазой менструального цикла в раннем репродуктивном периоде;
P2 - достоверность различий со II фазой менструального цикла в позднем репродуктивном периоде.



наличия или отсутствия какой-либо зависимости уровня белка от возраста женщин.

Наши исследования подтвердили наличие возрастной зависимости уровня АБГ в сыворотке женщин, вероятно, опосредованное степенью выраженности эстрогенной стимуляции. Эта точка зрения согласуется с мнением большинства исследователей, относящих АБГ к эстрогензависимым белкам.

Установленную нами возрастную зависимость уровня МГ вряд ли можно связать с гормональным влиянием на уровень данного белка. Скорее всего, повышение его уровня у женщин постменопаузального возраста опосредовано его ролью в механизмах метаболической иммуносупрессии и канкрофилии, сопровождающих любой организм в старости.

БАХАЕВ В.В., ПОНТЕР В.Э., ГРАЧЕВА Л.М., ДАНИЛОВА Л.Н.,
ПОДТУРКИНА Т.К., ГРИГОРЬЕВ В.А., РАЗВОЗЖАЕВ Ю.Б.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк*

НОВЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛЕФОРА-НЕЙГЕБАУЭРА

Опущение и выпадение внутренних половых органов у женщин в определенном смысле является увечьем, так как часто сочетается с дисфункциями тазовых органов (мочевого пузыря, прямой кишки, Sex). При этом снижается качество жизни.

Консервативные методы лечения пролапса гениталий (эстрогены, лечебная гимнастика, пессарии) часто непереносимы в старческом возрасте из-за наличия противопоказаний, или оказывают кратковременное действие.

Основным методом лечения пролапса гениталий у женщин является хирургический, позволяющий полностью реабилитировать таких пациенток. Этот метод лечения имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Современные женщины в пожилом возрасте ведут более активную жизнь. Во многих случаях качество жизни можно было бы улучшить с помощью сравнительно небольших операций, но на практике это удается редко.

Для устранения пролапса гениталий у женщин старческого возраста применяют операцию Лефора-Нейгебауэра (срединная кольпоррафия). Она показана женщинам, не живущим половой жизнью, при наличии противопоказаний к радикальным операциям по состоянию здоровья.

Вероятность рецидива заболевания после срединной кольпоррафии вследствие неполноценности сформированной влагалищной перегородки, кратковременность или отсутствие улучшения функции мочевого пузыря и прямой кишки, интраоперационный риск травмы мочевого пузыря и прямой кишки ограничивают применение этой операции.

Нами разработана методика повышения эффективности операции Лефора-Нейгебауэра. При

формировании влагалищной перегородки во время операции срединной кольпоррафии нами применен имплантат из пористого никелида титана. Пластика толщиной 0,2 мм с пористостью 40-60 %, размерами 2,5-3 × 5-6 см, имеющая вид прямоугольника, устанавливается между отсепарованными участками передней и задней стенок влагалища без фиксации швами к стенкам мочевого пузыря и прямой кишки. Затем рассасывающейся нитью сшивали между собой симметричные участки оставшейся передней и задней стенок влагалища (после предварительного удаления отсепарованных лоскутов передней и задней стенок влагалища).

Имплантат из пористого проницаемого никелида титана не рассасывается, прорастает тканями мочевого пузыря и прямой кишки, повышает устойчивость созданной перегородки влагалища к сохранившимся повышенными внутрибрюшному, внутрипузырному и внутриректальному давлению. Создается прочная основа для дна мочевого пузыря и передней стенки прямой кишки, устраняющая один из ведущих факторов стрессового недержания мочи и обстипации (запоров) при выраженном ректоцеле.

За период с 2000 по 2005 годы таким способом прооперированы 10 женщин в возрасте 65-77 лет с выраженным выпадением матки и влагалища. Все пациентки страдали пролапсом гениталий более 10 лет, имели тяжелую сочетанную соматическую патологию, получали консервативное лечение без должного эффекта и нуждались в предоперационной подготовке по поводу декубитальных язв (иногда до 3 месяцев).

Послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений. Контрольные осмотры

через 4, 6, 12, 24, 36, 48 месяцев показали, что рецидива заболевания нет. Имеется хороший косметический эффект. Жалобы на нарушение функции мочевого пузыря отсутствовали. У 2 женщин сохранились явления хронического колита (запоры). По данным УЗИ и обзорным рентгенограммам малого таза, имплантат хорошо визуализировался, ткани вокруг него имели обычную экоструктуру.

По данным опросника, все пациентки довольны результатом операции и отметили значительное улучшение качества жизни.

Сделан вывод о целесообразности применения имплантата из пористого никелида титана для укрепления влагалищной перегородки при выполнении срединной кольпоррафии по поводу выпадения матки и влагалища в определенной возрастной группе.

БУЛАВИНА Н.Г., МЕЛЕНЮК И.Г., БАЖЕНОВА Л.Г.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Медицинский центр «Евромед»,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

В гинекологии одним из перспективных направлений развития хирургии наружных половых органов, влагалища и шейки матки является использование хирургических лазеров. С января 2005 года в медицинском центре «Евромед» внедрен новый метод лечения заболеваний шейки матки — лазеродеструкция с использованием аппарата углекислого лазера «Ланцет-2».

Показанием к применению углекислого лазера являются все виды патологии шейки матки, влагалища и вульвы. Абсолютными противопоказаниями к лазеродеструкции являются сахарный диабет, болезнь Верльгофа, гипертоническая болезнь II-III в стадии декомпенсации.

Преимущество лазерной вапоризации перед другими методами лечения (диатермокоагуляция, криодеструкция) заключается в следующем:

- лазерное воздействие осуществляется под контролем кольпоскопа, что позволяет полностью убрать патологический очаг;
- в процессе проведения процедуры происходит стерилизация области воздействия;
- образуется плотный струп, который при отторжении не дает кровотечения;
- высокий уровень регенерации, отсутствие рубцовых изменений и стеноза, а также атравматичность по отношению к шеечным железам;
- позволяет проводить процедуру нерожавшим женщинам;
- глубина проникновения лазерного луча контролируется хирургом;
- процедура по времени занимает 3-5 минут.

Заживление после лазерокоагуляции имеет свои особенности: происходит быстрое отторжение коагуляционного струпа (4-5 сутки), более ранний процесс регенерации (14-15 день), эпителизация заканчивается к 22-27 дню. Таким образом, эпи-

телизация, как правило, завершается к моменту наступления очередной менструации.

Заживление после лазерокоагуляции по поводу ретенционных кист и наружного эндометриоза шейки матки происходит значительно быстрее: к 10-12 дню, а вульвы — в течение 3-4 недель, без косметических дефектов.

Лазерокоагуляция проводится в 1 фазу цикла (5-8 день). Перед проведением процедуры мы проводим стандартный набор исследования: мазок на флору, цитологическое исследование мазков с пораженного участка, морфологическое исследование биоптата (по показаниям), расширенная кольпоскопия, обследование на TORCH-комплекс.

За год нами пролечены 250 женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. Возраст пациенток колеблется от 18 до 48 лет, из них рожавших было 195 (78 %), нерожавших — 55 (22 %).

Из числа обследованных на TORCH-комплекс, установлены 78 женщин (31,2 %), носителей ИППП, (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз) и 22 женщины (8,8 %), носители ВПЧ (штаммы).

В анамнезе наличие хронических воспалительных процессов установлено у 56 женщин (22,9 %), альгодисменорея — у 18 (7,2 %), нарушение менструального цикла — у 11 пациенток (4,4 %).

Результаты расширенного кольпоскопического исследования шейки матки представлены на таблице 1.

Анализ кольпоскопических данных показал, что преимущественным поражением шейки матки у женщин детородного периода являются доброкачественные процессы, обусловленные эверсией цилиндрического эпителия на эктоцервикс с последующим его замещением на метаплазированный многослойный плоский эпителий. При этом установлена зависимость характера кольпоскопической

картины от вида вегетирующих в организме возбудителей. В частности, мы обнаружили 4-кратное увеличение частоты атипичных кольпоскопических аспектов слизистых у носителей ВПЧ (табл. 2). При этом высокоонкогенные штаммы вируса обнаруживались у пациенток с атипичными кольпоскопическими аспектами слизистой, что не противоречит результатам других исследователей.

Полное заживление у пролеченной группы больных наступило в течение 4-6 недель. Всем проведен кольпоскопический контроль. Случаев рецидива заболевания не зарегистрировано. Наряду с этим, у 18 пациенток (7,2 %) с сопутствующей альгодисменореей наступило клиническое выздоровление, болевой синдром полностью купирован.

Опираясь на научные данные и собственный опыт, можно сказать, что применение хирургического лазера в гинекологии позволяет проводить операции на шейке матки, влагалище и вульве по поводу предрака в амбулаторных условиях с высоким терапевтическим эффектом. Кроме того, лазерокоагуляция шейки матки оказывает влияние на нейро-эндокринную регуляцию менструального цикла.

Клинический опыт ряда исследователей показал, что лазерная коагуляция сопровождается повышением уровня эстрогенов в 1,7 раза, прогестерона — в 2 раза. У большинства женщин с нарушением менструального цикла после лазерокоагуляции восстанавливается регулярный цикл.

Полученные результаты дают основание рекомендовать использование хирургического лазера в широкой гинекологической практике для лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки

Таблица 1
Структура кольпоскопических аспектов
слизистой шейки матки у пролеченных больных

Кольпоскопические аспекты слизистой	Количество больных	%
Эктопия цилиндрического эпителия	106	42,4
Незаконченная зона трансформации	75	30
Законченная зона трансформации (Ovula Nabothi)	32	12,8
Йоднегативные участки	6	2,4
Укусно-белый эпителий	5	2
Субэпителиальный эндометриоз	11	4,4
Папиллома	6	2,4
Лейкоплакия	5	2
Всего:	250	100

Таблица 2
Характер кольпоскопических аспектов
слизистой шейки матки в зависимости
от типа ВПЧ при вирусоносительстве

Кольпоскопический аспект	Количество больных	Тип ВПЧ	%
Эктопия цилиндрического эпителия	9	6, 11, 42, 43	40,9
Незаконченная зона трансформации	6	11, 42, 43	27,2
Папиллома	3	33, 6	13,6
Йоднегативные участки	2	18, 43	9
Мозаика	2	16, 39	9
Итого	22		100

матки. Метод имеет особую актуальность, так как его можно применять у нерожавших женщин.

ИСАЧЕНКО С. И., КОРНЕВА Е.Ю., ГОЛОВНИНА И.В.,
ЛЕВЧЕНКО В.Г., ДАНИЛОВА Л.Н., БАХАЕВ В.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк*

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО АКТИНОМИКОЗА

Анализ динамики воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин за последние 20 лет выявил увеличение частоты госпитализированных: с ВЗОМТ — с $12,0 \pm 21$ % до $23,2 \pm 3,7$ %, с трубнояичниковыми опухолями (ТЯО) — с $11,4 \pm 3,4$ % до $19,7 \pm 4,5$ %, с пельвиоперитонитом и перитонитом — с $6,9 \pm 0,8$ % до $8,3 \pm 0,7$ %, соответственно.

Частота выявления генитального актиномикоза (ГА) увеличилась от единичных случаев до $4,4 \pm 0,7$ %, причем наиболее стабильно было его

выявление у больных с ТЯО, подвергнутых оперативному лечению ($2,8 \pm 0,6$ %). По локализации актиномикоз маточных труб (пиосальпикс) выявлялся в 46,7 % случаев, яичников — 32,3 %, эндометрия — 21 %, причем сочетание данных локализаций было у 83,9 % пациенток.

Наиболее часто ГА выявляется у женщин старше 40 лет (46,8 %), от 30-40 лет — у 37,1 %, менее 30 лет — у 16,1 % пациенток.

На момент заболевания 83,9 % женщин имели внутриматочную спираль (ВМС), причем продолжительность до 5 лет была лишь у 3,8 % жен-

цин, 5-9 лет — у 67,3 %, 10-14 лет — 19,2 %, более 15 лет — 9,6 %.

Частота выявления ГА при ТЯО находилась в зависимости от техники выполнения операций: из 202 лапароскопических операций частота выявления ГА был лишь в 0,9 % случаев, тогда как при чревосечениях они составляли 7,5 %.

Анализ литературных данных и собственных наблюдений показал, что возбудитель актиномикоза (АМ) в тканях обнаруживается в виде зерен (друз), которые микроскопически имеют вид неправильно округлые или дольчатые образования с радиальной структурой, от 20-40 мкм до 150-320 мкм. Центральная часть структуры состоит из тонкого, густо переплетенного мицелия, имеющего боковые веточки различной длины, по периферии колбовидные вздутия. При окраске гематоксилин-эозином они окрашиваются базофильно, имеют неравномерное, чаще дольчатое строение. Для более точной их верификации и обнаружения необходимо применять окраски, в состав которых входит генциановый фиолетовый, хорошо выявляющий нити мицелия.

Воспаление, возникающее под действием актиномицетов, неспецифично, но имеет ряд морфологических особенностей, позволяющих заподозрить микотический характер. Воспалительный процесс протекает по типу хронического, т.е. отмечается чередование периодов ремиссии с периодами обострения. Поэтому зона воспаления («микотическая гранулема»), имеет склонность к постоянному увеличению с вовлечением прилежащих к нему тканей. В центре (а таких центров в гранулемах может быть несколько) формируется массивный лейкоцитарный инфильтрат (гнойник), в котором обычно выявляются колонии актиномицетов — друзы, расположенные среди аморфного некроза.

По периферии гнойника формируется зона из грануляционной ткани с разнообразием клеточных элементов — нейтрофильные лейкоциты, лимфоциты, плазматические клетки, гистиоциты и эпителиоидные клетки, встречаются также эозинофилы и иногда многоядерные гигантские клетки различного типа. Нередко отмечаются скопления макрофагов в виде ксантомных клеток.

За зоной грануляций располагаются участки из грубоволокнистой фиброзной ткани, при этом в коллагеновых волокнах этой зоны может развиваться гиалиноз. Степень выраженности указанных зон зависит от давности и фазы микотического процесса, а также от органа, в котором развился актиномикоз.

В фазе обострения наиболее выраженной бывает зона экссудации (центр гранулемы), среди лейкоцитов, аморфного некроза, как правило, обнаруживаются друзы различных размеров, выявляется также мицелий гриба. Могут формиро-

ваться новые центры экссудации и увеличиваться в размерах старые.

В фазе ремиссии увеличиваются в размерах зона грануляций и зона фиброизирования. Зона экссудации уменьшается, среди лейкоцитов друзы выявляются не всегда, причем друзы, как правило, бывают гибнущими, атипичного вида. Редкость и атипизм друз в фазе ремиссии затрудняет верификацию воспалительного процесса.

Между тем, доказать микотическую этиологию воспаления возможно только в случае выявления возбудителя (О.К. Хмельницкий). Поэтому для гистологического исследования необходимо брать участки с инфильтратом, абсцессом или грануляцией с гноем из центра пораженной ткани. Также при подозрении на актиномикоз необходимо делать как можно больше срезов из операционно-биопсийного материала и использовать дополнительные методы окраски (Грам-Вейгерту, Брауну-Бренну, А.А. Боголепову, Ван-Гизону с докраской генциановым фиолетовым, Граму с дополнительной окраской эозином, Цилю-Нильсену).

Благодаря наличию полисахаридов, содержащихся в оболочке актиномицетов, последние хорошо выявляются при окраске по Хочкисс-МакМанусу или А.Л. Шабадашу (окрашиваясь в оттенки красного цвета). Можно также применять импрегнацию серебром по Гомори-Грокотту (друзы окрашиваются в черный цвет). Эффективным является флюоресцентный метод окраски грибов (при этом методе колонии лучистого гриба обнаруживаются в 75 % случаев). Соблюдая вышеуказанные рекомендации, возбудитель воспаления выявляется значительно чаще.

Низкая частота выявления АМ при лапароскопических операциях объясняется нами техническими особенностями исполнения этих операций (обильное отмывание и аспирация гнойного содержимого), что влияет на точность диагностики АМ.

Проведенное исследование совпадает с мнением В.И. Краснопольского и соавт. (1998), Y. Solomkin и соавт. (1992), считающих, что только культура жидкости из брюшной полости или материал абсцесса является наиболее информативным микробиологическим индикатором инфекции.

ВЫВОДЫ:

За последние 20 лет произошло увеличение частоты ГА в структуре ВЗОМТ. Локализация АМ представлена поражением маточных труб в 46,7 %, яичников — в 32,3 %, эндометрия — 21 %, причем сочетание локализаций выявляется у 83,9 % пациенток.

Наличие ВМС более 5 лет является фактором высокого риска инфицирования половых органов актиномикозом и формирования ТЯО.

Частота выявления АМ зависит от техники оперативного вмешательства: при чревосечениях — 7,5 % при лапароскопии — 0,9 %.

С учетом особенностей выполнения эндоскопических операций, при воспалительных ТЯО

требуется использование дополнительных, кроме морфологических, методов диагностики актиномикоза. Целесообразны бактериоскопическое, бактериологическое исследование, серологические реакции, кожно-аллергические пробы.

КУЛИНИЧ С.И., БУРДУКОВСКАЯ Т.Н.

*Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
г. Иркутск*

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГРАММ У ПАЦИЕНТОК ИНФИЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

В течение двух последних десятилетий наметилась тенденция к нарастанию заболеваемости дисплазией и РШМ молодых женщин, инфицированных туберкулезом [1]. В настоящее время целесообразно использовать лабораторные критерии онкологической настороженности, которые могли бы ориентировать врача, даже в том случае, если женщина обращается с жалобами к специалистам негинекологического профиля.

Известно, что любые стойкие изменения ряда компонентов внутренней среды организма и состава крови способствуют развитию определенных патологических состояний, в том числе злокачественных [2]. Чем ниже активность клеточного иммунитета и функция макрофагов, тем ниже способность систем репарации восстанавливать структуру поврежденных ДНК клеток организма, и тем больше факторов проявляют свое влияние на стадии промоции канцерогенеза [3].

Целью работы явилось общеклиническое и иммунологическое исследование периферической крови пациенток с дисплазией шейки матки.

Обследовали 33 женщин, из которых 11 — с дисплазией шейки матки в возрасте 18-46 лет (I группа), 12 — с туберкулезом внутренних органов и дисплазией шейки матки (II группа) в возрасте 21-53 года и 10 здоровых женщин в возрасте 24-58 лет (III группа).

Анализировали общеклинические параметры периферической крови на анализаторе «ONYX», включающие 20 показателей. Уровни поверхностных антигенов лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD19, CD56, CD2 определяли с использованием моноклональных антител, меченных FITC и фикоэритрином, и лазерного проточного цитофлуориметра «EPICS XL». Подготовку проб к анализу проводили на «Multi-Q-Prep». Уровни иммуноглобулинов (Ig) классов А, М и G определяли методом Манчини. Циркулирующие иммунные комплексы определяли методом преципита-

ции в ПЭГ6000. Фагоцитарный показатель оценивали по степени фагоцитарной активности нейтрофилов.

Все пациентки I группы имели те или иные отклонения в общеклинических показателях периферической крови, 8 пациенток (73 %) имели неправильное распределение лейкоцитов, относительные или относительные и абсолютные гранулоцитоз и лимфопению. У некоторых из них было также отмечено неправильное распределение эритроцитов и тромбоцитов. 7 пациенток (60 %) II группы имели неправильное распределение лейкоцитов и эритроцитов, гранулоцитоз и лимфопению.

По сравнению с контрольной группой здоровых женщин, в I и II группах наблюдали снижение количества CD3+, CD4+, CD8+, CD19+-лимфоцитов. Снижение CD3+Т-лимфоцитов в I и II группах наблюдали у 26,6 % и 29,9 % пациенток, соответственно; CD4+ — у 29,7 % и 30,4 %, соответственно; CD8+ — у 16,3 % и 12,2 %, соответственно. CD56, CD11a, по сравнению с нормальными физиологическими значениями, были снижены. В группах больных женщин наблюдали также статистически достоверное увеличение IgM и IgG, циркулирующих иммунных комплексов, по сравнению с контрольной группой. Снижение значений НСТ-теста (показатели неспецифической резистентности) отмечено у 45 % женщин 1-й группы и у 39 % пациенток 2-й группы.

Проведенный анализ указывает на существенные изменения периферической крови пациенток с дисплазией шейки матки. Изменения носят односторонний и системный характер, и в совокупности могут рассматриваться как иммунологические критерии онкологической «настроенности» внутренней среды организма у женщин.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Оценка иммунного статуса человека: Метод. реком. /Петров Р.В., Лопухин Ю.М., Чередеев АН. и др. — М., 2001.

2. Ерхов, В.С. Иммунологические аспекты вирусного канцерогенеза /В.С. Ерхов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 51 с.
3. Kuznik, B.I. Immune mechanisms regulating the hemostasis system /Kuznik B.I. //Henat. Rev. – 1998. – Vol. 3. – P. 3-20.

ЛУЦИК Л.А., БУЛАВИНА Н.Г.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк*

ФИТОСТЕРОИДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Климактерический период характеризуется ослаблением функции яичников с уменьшением продукции эстрогенов и прогестерона и увеличением гонадотропинов гипофиза ФСГ и ЛГ. Эти гормональные изменения сопровождаются различными соматическими, вегетосудистыми и психическими нарушениями.

Основным методом лечения климактерических расстройств является заместительная гормональная терапия. Однако в последние годы большое внимание уделяется альтернативным методам лечения и, в частности, фитотерапии — достаточно эффективному и более безопасному методу.

Ранее подходящее целебное растение выбирали на основании эмпирического опыта использования данного растения в народной медицине на протяжении веков. В наши дни выбор необходимого фитопрепарата основан на данных о составе, главных действующих веществах, его фармакокинетики и фармакодинамике.

Изучена клиническая эффективность БАД Альтера Плюс у 19 женщин с климактерическим синдромом, находящихся в менопаузе.

Пациентки жаловались на приливы жара, нервозность, раздражительность, бессонницу, ослабление памяти, повышение артериального давления.

Состав 1 капсулы Альтера Плюс, разработанной на кафедре клинической нутрициологии Российского университета дружбы народов (Орлова С.В.):

- Экстракт корня клопогона кистевидного — 100 мг,
- Экстракт дудника китайского — 100 мг,
- Корень диоскореи японской — 100 мг,
- Соевые изофлавониды — 15 мг.

Клопogон кистевидный (цимицифуга) способен снижать выработку ЛГ у женщин в период менопаузы и соединяться с эстрогеновыми рецепторами.

Дудник китайский содержит природные эстрогены растительного происхождения (фитоэстрогены), большое количество эссенциальных жирных кислот и витамина Е. Благодаря этим компонентам происходит стимуляция чувствительности рецепторов к эстрогенам, усиливается синтез простагландинов. Отмечено также, что использование дудника предотвращает потерю костной массы и развитие остеопороза. Дудник оказывает противовоспалительное, спазмолитическое и мягкое успокаивающее действие, благотворно влияет на состояние желудочно-кишечного тракта.

Диоскорея японская содержит вещества диосгенины, усиливающие чувствительность рецепторов к прогестерону. Она способствует укреплению костей. Помимо этого, диоскорея обладает спазмолитическими и желчегонными свойствами.

Соевые изофлавониды содержат фитоэстрогены.

Пациентки принимали Альтера Плюс в течение 3-х месяцев по 1 капсуле в день. Самочувствие женщин начало улучшаться через 1,5-2 недели приема препарата, и эффект постепенно нарастал. Облегчались как соматические, так и нейровегетативные расстройства.

Переносимость Альтера Плюс у 14 женщин (73,7 %) из 19 оценили как «очень хорошую», у 4 (21,1 %) — как «хорошую» и у 1 женщины (5,2 %), у которой появилась тошнота, — как «удовлетворительную».

Через 2 месяца после окончания приема Альтера Плюс все женщины чувствовали себя вполне удовлетворительно, отмечали улучшение качества жизни. Кровянистых выделений из половых путей у пациенток не было.

Считаем, что следует уделять больше внимания негормональному лечению климактерических расстройств, особенно у женщин старших возрастных групп.



МИТРОФАНОВ Н.А., ЧИРИКОВА Т.С.,
КРАЮШКИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Г.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

МАКРОГЛОБУЛИНЫ АБГ И МГ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ЭНДОМЕТРИЯ

К макроглобулинам крови человека относятся ассоциированный с беременностью альфа-2-гликопротеин (АБГ) и альфа-2-макроглобулин (МГ). Известно, что МГ синтезируется, преимущественно, в печени, а синтез АБГ осуществляется в периферических мононуклеарных клетках. Исследования последних лет показали, что АБГ и МГ обладают иммуносупрессивными свойствами и взаимно дополняют друг друга в регуляции иммунной системы.

Установлено, что макроглобулины активно накапливаются в опухолевой ткани, вероятно, обеспечивая активный рост раковой опухоли. Содержание макроглобулинов в крови больных с предраком и раком эндометрия не изучено.

Нами исследовано содержание АБГ и МГ в сыворотке крови у 50 больных раком эндометрия, у 9 больных с аденоматозным полипом и у 15 здоровых женщин в менопаузе (контрольная группа). Возраст обследованных женщин — 50-65 лет. Для определения АБГ и МГ использован

метод ракетного иммуноэлектрофореза. Антисыворотку к АБГ и МГ получали путем иммунизации кроликов сывороткой беременных женщин с последующим истощением ее сухой плазмой человека.

Данные исследования показали, что у женщин контрольной группы концентрация АБГ и МГ в крови составила, соответственно, $0,024 \pm 0,003$ г/л и $2,41 \pm 0,23$ г/л, у больных с аденоматозным полипом — $0,017 \pm 0,005$ г/л и $2,74 \pm 0,25$ г/л, у больных раком эндометрия — $0,025 \pm 0,003$ г/л и $1,83 \pm 0,11$ г/л. Различия показателей МГ в сравниваемых группах женщин статистически достоверны ($P < 0,05$).

У больных раком эндометрия, на фоне повышенного уровня АБГ, наблюдается резкое снижение в крови концентрации МГ. Вероятно, это связано с накоплением МГ в опухолевой ткани с целью защиты последней от иммунной системы и поддержания неконтролируемого размножения клеток.

МИТРОФАНОВ Н.А., ЧИРИКОВА Т.С.,
КРАЮШКИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Г.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

СОДЕРЖАНИЕ АБГ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Ассоциированный с беременностью альфа-2-гликопротеин (АБГ) впервые был обнаружен в крови беременных женщин. Установлено, что АБГ обладает выраженными иммуносупрессивными свойствами и участвует в регуляции иммунного ответа на чужеродные антигены. Содержание АБГ у больных с гиперплазией эндометрия практически не изучено.

Нами исследовано содержание АБГ в сыворотке крови 30 здоровых женщин и 120 больных с гиперплазией эндометрия. Возраст обследованных женщин — 20-55 лет. Для определения АБГ использован метод ракетного иммуноэлектрофореза.

У здоровых женщин концентрация белка составила $0,010 \pm 0,002$ г/л, у больных до лечения — $0,029 \pm 0,003$ г/л ($P < 0,05$). Лечение гестационными препаратами не влияло на концентрацию

АБГ. При лечении больных женщин синтетическими эстроген-гестагенными препаратами уровень белка значительно возрастал, с индивидуальными колебаниями концентрации от 0,05 до 0,5 г/л.

При содержании АБГ в крови свыше 0,30 г/л у больных возникали осложнения, связанные с приемом синтетических эстроген-гестагенных препаратов: дискинезия желчевыводящих путей, гипертензия, тромбофлебит вен нижних конечностей.

В случаях хорошего клинического эффекта при лечении больных, независимо от выбора гормонального препарата, уровень АБГ снижался до концентрации здоровых женщин. При отсутствии эффекта от лечения и рецидиве гиперпластического процесса содержание АБГ оставалось повышенным, на уровне $0,035 \pm 0,002$ г/л.

Таким образом, результаты исследования позволяют считать, что АБГ может быть использо-

ван в гинекологической практике как объективный критерий эффективности лечения больных с гиперплазией эндометрия, а также для выявления

группы женщин с индивидуальной невосприимчивостью к синтетическим эстроген-гестагенным препаратам.

МИТРОФАНОВ Н.А., ЧИРИКОВА Т.С.,
КРАЮШКИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Г.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

МАКРОГЛОБУЛИНЫ АБГ И МГ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

К семейству макроглобулинов плазмы крови относятся ассоциированный с беременностью альфа-2-гликопротеин (АБГ) и альфа-2-макроглобулин (МГ). Установлено, что АБГ и МГ обладают выраженными иммуносупрессивными свойствами и взаимно дополняют друг друга в неспецифической регуляции иммунной системы. Содержание макроглобулинов в крови больных с гиперплазией эндометрия не изучено.

Нами исследовано содержание АБГ и МГ в сыворотке крови 30 здоровых женщин с овуляторным менструальным циклом и 120 больных гиперплазией эндометрия, обследованных до лечения гормональными препаратами. Возраст обследованных — 20-55 лет. Для определения АБГ и МГ использован метод ракетного иммуноэлектрофореза.

Данные исследования показывают, что для больных с гиперплазией эндометрия характерно увеличение в крови концентрации АБГ при нормальном содержании МГ. Так, концентрация АБГ у здоровых женщин составила $0,010 \pm 0,002$ г/л,

МГ — $2,20 \pm 0,16$ г/л; у больных с гиперплазией эндометрия — $0,027 \pm 0,002$ г/л и $2,14 \pm 0,008$ г/л, соответственно ($P < 0,05$).

У больных с гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки уровень АБГ оказался наиболее высоким — $0,039 \pm 0,002$ г/л ($P < 0,05$). Возможно, хроническая иммуносупрессия, обусловленная высоким содержанием в крови АБГ, является одним из основных патогенетических механизмов развития опухолевого процесса в эндометрии и миометрии при абсолютной и относительной гиперэстрогении у больных женщин.

Установлено, что у больных с аденоматозным полипом концентрация АБГ и МГ не отличается от больных с простой гиперплазией эндометрия в возрасте старше 50 лет, что позволяет отнести последних в группу предрака эндометрия.

Таким образом, исследование уровня АБГ и МГ в крови больных с гиперплазией эндометрия имеет большое диагностическое и прогностическое значение.

ПОКАЧАЛОВА М.В., ДЕМЬЯНОВ В.С., БЕЛОВ В.Н., БУХТИЯРОВ А.П.,
РЕВИЦКИЙ А.В., ЧИЖИКОВА О.Е., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г.,
ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ЧИРКОВА Т.А., БАЖЕНОВА Л.Г.

*Новокузнецкий клинический онкологический диспансер,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

Значение хирургического этапа в комбинированном лечении подчеркивается во всех исследованиях, посвященных проблеме распространенного рака яичников.

Цель циторедуктивной операции — максимальное удаление первичной опухоли и диссеминатов в брюшной полости. Качество выполненной циторедуктивной операции во многом определяет последующий прогноз заболевания, лапаротомия позволяет произвести тщательную ревизию органов

брюшной полости и забрюшинного пространства, морфологически верифицировать диагноз и удалить опухолевые ткани. Необходимость максимальной циторедукции опухоли заставляет онкологов производить резекцию кишки, аппендэктомию, спленэктомию, резекцию мочевого пузыря и других органов брюшной полости при наличии их опухолевого поражения, забрюшинную лимфаденэктомию.

Нами проанализированы результаты различных типов оперативных вмешательств, выполненных у



больных раком яичников 3-4 стадий. В основу работы положены результаты наблюдения за 162 больными раком яичников 3-4 стадий, проходивших лечение в ГУЗ НКОД с 1991 по 2005 годы.

Для оценки радикальности операции в работе использованы критерии: оптимальная циторедуктивная операция характеризуется отсутствием визуальных признаков остаточной опухоли в брюшной полости, малом тазу и забрюшинном пространстве; неоптимальная циторедуктивная операция характеризуется наличием остаточной опухоли более 2 см в наибольшем измерении.

За период с 1991 по 2000 годы произведены 91 операция по поводу распространенного рака яичников, 47 (51,7 %) закончилась пробной или диагностической лапаротомиями. У 44 больных (48,3 %) произведен стандартный объем оперативного вмешательства (надвлагалищная ампутиация или экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника), из них 14 операций (12,8 %) носили оптимальный характер.

В настоящее время большинство исследователей признают важное прогностическое значение объема остаточной опухоли после операции, но до настоящего времени не существует единых стандартов циторедуктивной операции в хирургическом лечении рака яичников.

Стандарт циторедуктивных операций, выполняемых в онкодиспансере, включает в себя экстирпацию матки с придатками, резекцию брюшины малого таза, аппендэктомию, оментэктомию,

биопсию тазовых и забрюшинных лимфоузлов и/или лимфаденэктомию.

С 2002 года в онкодиспансере выполнены 71 циторедуктивная операция. Из них, у 7 больных (4,9 %) произведена неоптимальная циторедуктивная операция, у 2 пациенток (1,4 %) — пробная лапаротомия. Оптимальная циторедуктивная операция произведена 63 больным (93,7 %), в 27 случаях (17 %) выполнена комбинированная операция. В 3 случаях произведена спленэктомию, в 1 — резекция хвоста поджелудочной железы, в 1 — резекция печени, в 3 — забрюшинная лимфаденэктомию, в 5 — шов прямой кишки, в 6 — клиновидная резекция прямой кишки, в 4 — передняя резекция прямой кишки, в 1 — брюшноанальная резекция прямой кишки, в 2 — резекция сигмовидной кишки, в 8 — резекция мочевого пузыря, в 4 — шов мочеточника, в 2 — эпицистостомы.

Оптимальное удаление опухолевых конгломератов малого таза возможно при резекции брюшины малого таза с применением ретроградной методики экстирпации матки.

Морфологическое исследование удаленного препарата подтвердило опухолевую инвазию опухоли в органы и ткани, удаленные в ходе комбинированных операций. Метастатическое поражение тазовой брюшины выявлено в 73,5 % случаях.

Полученные данные свидетельствуют, что выполнение оптимальной циторедуктивной операции позволяет добиться достоверно лучшей безрецидивной выживаемости.

ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., ЧИРКОВА Т.А.,
ПОКАЧАЛОВА М.В., ЧИЖИКОВА О.Е., БАЖЕНОВА Л.Г.

*Новокузнецкий клинический онкологический диспансер,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАКА ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ 3-4 СТАДИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В России рак яичников ежегодно выявляется более чем у 11 тысяч женщин (10,17 на 100 тыс.), занимая 7-е место в структуре общей онкологической заболеваемости и 3-е — среди гинекологических опухолей. За последние 10 лет заболеваемость раком яичников увеличилась на 8,5 %. На момент установления диагноза у 80 % пациенток имеет место 3-я и 4-я стадии опухолевого процесса.

В настоящее время основная роль в лечении рака яичников принадлежит хирургическому методу и химиотерапии. При распространенных формах заболевания существуют различные мнения в последовательности хирургического и лекарственного лечения. Перспективной является прог-

рамма лечения, при которой пациенткам проводятся 3-4 курса индукционной химиотерапии и, по достижению полного или частичного эффекта, выполняется циторедуктивная операция с максимальным удалением опухолевой массы. После выполнения хирургического этапа лечения продолжается химиотерапия от 3 до 4 курсов. Частота полных регрессий опухолей после завершения послеоперационной химиотерапии достигает 50-60 %. Продолжительность безрецидивного периода колеблется от 6 до 40 месяцев и коррелирует с размерами остаточных опухолей после этапа хирургического лечения.

К сожалению, рецидив опухолевого процесса в разные сроки после завершения лечения имеет

место у большинства пациенток с 3-4 стадией рака яичников. Прогрессирование болезни в сроки менее 6 месяцев является, так называемым, ранним рецидивом, и указывает на низкую чувствительность опухоли к первой линии химиотерапии.

При поздних рецидивах опухоли (ремиссия более 6 месяцев) теоретически обоснована попытка использования в лечении индукционных схем химиотерапии, однако на практике рецидивные опухоли обычно оказываются резистентными к повторному использованию стандартных комбинаций с карбоплатином и паклитакселом.

Стандарта лечения прогрессирующего рака яичников до настоящего времени не предложено. Проводятся исследования эффективности новых противоопухолевых препаратов — гемзара, элоксатина, кселода, эпирубицина, комбинаций с карбоплатином и таксанами.

В Новокузнецком клиническом онкологическом диспансере за 2002-2005 гг. хирургическое и лекарственное лечение проведено 40 пациенткам, имевшим рецидив опухолевого процесса после этапов оперативного лечения и послеоперационной химиотерапии. Возраст больных колебался от 28 до 75 лет.

Плеврит имел место у 12 больных (20,7 %), канцероматоз брюшины и асцит — у 21 (36,6 %), метастазы в забрюшинные л/у — у 4 (6,9 %), в периферические л/у — у 4 (6,9 %), в легкие — у 1 (1,7 %), в печень — у 1 (1,7 %), рецидив опухоли в малом тазу — у 15 (25,9 %).

Всего проведено 227 курсов химиотерапии. Паклитаксел (предпочтительно применялся митотакс, с учетом хорошего качества препарата и достаточного опыта лечения) использовался в 130 курсах (57,3 %), элоксатин — в 29 (12,7 %), кселода — в 21 (9,3 %), гемзар — в 47 курсах (20,7 %). Замена карбоплатина и цисплатина на

элоксатин позволила провести полноценные курсы лечения пациенткам с недостаточностью функции почек, обусловленной предшествующей терапией. Кселода в монорежиме или в комбинации с таксанами и карбоплатином использовалась у женщин с низкими гематологическими показателями или при выраженной кахексии.

Эффективной оказалась комбинация гемзара с карбоплатином, благодаря синергизму между этими цитостатиками. Развившаяся резистентность опухоли к препаратам платины связана обычно с повышенной репаративной способностью ДНК, а использование гемзара препятствует репарации ДНК в опухолевой клетке, поврежденной карбоплатином.

При использовании новых противоопухолевых препаратов и их комбинаций полный регресс опухолевого процесса отмечен у 6 пациенток (15 %), частичный регресс — у 17 (42,5 %), стабилизация — у 11 (27,5 %), прогрессирование на фоне лечения — у 6 (15 %). Общий эффект лечения (полный и частичный регресс) составил 57,5 %.

В настоящее время живы 30 пациенток (75 %), из них более 6 месяцев от начала лечения — 10, более 12 месяцев — 13, более 24 месяцев — 7. Среди 10 умерших больных (25 %) продолжительность жизни от начала лечения более 6 месяцев имела место у 2, более 12 месяцев — у 5, более 24 месяцев — у 3. Средняя продолжительность жизни составила 18 месяцев.

Таким образом, несмотря на сохраняющуюся неблагоприятную ситуацию в лечении прогрессирующего рака яичников, за последние годы, благодаря использованию новых противоопухолевых препаратов (митотакса, гемзара, элоксатина и кселода), достигнуто существенное сохранение качества и продление жизни у этого тяжелого контингента больных.

ТРЕЩЕНКОВ Э.А., ЖАБИН С.Г., МАРКИНА Л.А.,
КАДОЧНИКОВА О.В., ПАВЛЕНКО И.И., ПОТАПОВА Т.В.,
АЛЕКСЕЕВА М.Г., СЕРГЕЕВА Н.Н., ПОЛУКАРОВ А.Н.

*МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк*

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

Достаточно часто в повседневной практике проводится совместное исследование половых партнеров. Оно необходимо, в первую очередь, для выбора адекватной тактики лечения широкого спектра уrogenитальных инфекций. Однако при несовпадении полученных результатов нередко возникают определенные проблемы при их интерпретации, как врачами, так и сами-

ми пациентами. Кроме того, в доступной нам литературе мы обнаружили данные, свидетельствующие о более выраженных нарушениях в микробиоценозе среди женщин, что проявлялось увеличением у них частоты носительства условно-патогенных комменсалов уrogenитального тракта, например, *Ureaplasma urealyticum* и *Gardnerella vaginalis* [1].



Целью настоящей работы послужил анализ данных ПЦР-диагностики наиболее частых инфекций у половых партнеров.

Обследование на наличие инфекционной патологии гениталий проводилось у 107 гетеросексуальных мужчин и их половых партнерш. Пациенты обращались к андрологу и гинекологу, преимущественно, с воспалительными заболеваниями органов малого таза, а также по поводу планирования деторождения, оценки фертильности, наличия урогенитальной инфекции у половых партнерш и др.

Диагностику проводили методом ПЦР на 8 возбудителей (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*) с помощью тест-систем производства ЦНИИ эпидемиологии. Во всех случаях забор проб осуществляли универсальными зондами из уретры, вагины и цервикса.

Одновременному обследованию на наличие *C. trachomatis* подверглись 65 пар. Хламидийная инфекция была обнаружена у половых партнеров только в 5 случаях (7,6%). В 9 парах (13 %) возбудитель выявлен только у женщин, в 5 парах (7,6%) — только у мужчин.

Определение *U. urealyticum* в 100 парах чаще давало совпадающие, чем не совпадающие результаты. Доля носителей *U. urealyticum* среди мужчин и женщин составила 56 % и 85 %, соответственно ($P > 0,05$). Инфицированность ею партнеров имела место в 53 случаях (53 %), в 3 парах (3 %) выявлена только у мужчин, в 32 парах (32 %) — только у женщин.

Носительство *G. vaginalis* у 33 обследованных пар, также было достаточно частым (60 % женщин и 45 % мужчин). Одновременное инфицирование обоих партнеров было выявлено в 10 случаях (30 %). В 5 парах (15 %) был инфицирован мужчина, в 10 парах (30 %) — женщина.

M. hominis была обнаружена в образцах, полученных от 24 женщин из 54 (44 %) и от

14 мужчин из 54 (25 %). Инфицированность ею обоих половых партнеров наблюдалась в 12 парах (22 %) из 54 обследованных. Незначительно чаще (14 пар) *M. hominis* выявлялась только у одного из партнеров, у двух мужчин и 12 женщин.

Носительство *M. genitalium* у мужчин и женщин встречалось редко. Этот микроорганизм был обнаружен только у 3 мужчин из 22 (13 %) и у 4 женщин из 22 (18 %). Инфицированность *M. genitalium* обоих половых партнеров отмечалась в 2 обследованных парах из 22 (9 %). В двух парах инфекция выявлена у женщины и в одном случае у мужчины.

C. albicans также выявлялись достаточно редко (6 % мужчин и 8 % женщин).

T. vaginalis из 60 обследованных мужчин и женщин выявлена в одном случае у женщины, а у ее партнера не обнаружена. *N. gonorrhoeae* не обнаружена ни у одного из обследованных методом ПЦР половых партнеров (18 чел.).

Таким образом, наблюдается частое совпадение как положительных, так и отрицательных результатов ПЦР-детекции урогенитальных инфекций у половых партнеров, что, на наш взгляд, свидетельствует о высокой достоверности самого метода ПЦР. Полученные результаты не позволяют сделать вывод о том, что выявляемость этих возбудителей выше у женщин, чем у мужчин, хотя по отдельным видам бактерий различие в диагностике достоверно. Однако в 66 парах (61 %) полной идентичности инфекционных спектров (от одной до восьми параллельно определяемых ИППП) получено не было. Поэтому совместное обследование обоих половых партнеров, безусловно, повышает эффективность диагностики и способствует выбору оптимальной тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рюмин, Д.В. Частота выявления возбудителей урогенитальных инфекций по данным ПЦР-скрининга в гинекологической практике /Рюмин Д.В., Радзинский В.Е. //Клин. лаб. диагн. — 2000. — № 10. — С. 13-14.

ХОБОТКОВА Е.Л., АРТЫМУК Н.В.

Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 2,
г. Кемерово

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК-ПЕРВОКУРСНИЦ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В настоящее время развивающиеся демографические процессы в стране и регионе характеризуются уменьшением общей численности населения и быстрыми темпами ухудшения

качества репродуктивного потенциала (Ушакова Г.А., 2003). Особую значимость данная проблема имеет у медицинских работников, которые, в силу особенностей своей специальности (рабо-

та в ночное время, физическое и эмоциональное перенапряжение, контакт с кровью и т.д.), подвергаются значительному риску развития ряда заболеваний, в том числе, патологии органов репродуктивной системы.

Цель исследования — изучить состояние репродуктивного здоровья у девушек-первокурсниц медицинского ВУЗа.

Обследованы 209 девушек-первокурсниц Кемеровской государственной медицинской академии. Средний возраст обследованных составил $17,5 \pm 1,7$ лет. Соматическими заболеваниями страдали 42,1 % девушек. В структуре соматической патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта — 18,6 % (хронические гастриты — 15,7 %, хронический холецистит — 1,9 %, язвенная болезнь желудка — 1 %), сердечно-сосудистой системы — 9,2 % (нейроциркуляторная дистония — 3,5 %, пролапс митрального клапана — 3,8 %, артериальная гипертензия — 1,9 %, инфекционный миокардит — 1 %) и эндокринной системы — 7,3 % (диффузно-токсический зоб — 3,8 %, ожирение — 2,5 %, сахарный диабет I типа — 1 %).

Проводилась оценка становления менструальной функции, распространенности и структуры гинекологической патологии, полового и репродуктивного поведения.

Результаты исследования показали, что средний возраст менархе у девушек-первокурсниц составил $12,7 \pm 1,2$ лет. Нарушения менструального цикла наблюдались у 17,3 % девушек, длительное установление менструального цикла зарегистрировано у 6,7 %. Альгодисменорея, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом, нарушением трудоспособности и применением спазмолитиков и анальгетиков выявлена у 15,3 % де-

вушек, гиперполименорея — у 8,1 %, ювенильные кровотечения и вторичная аменорея — у 1,4 %, опсоменорея — у 1 студентки.

Половая жизнь имела место к моменту поступления в ВУЗ у 1/3 девушек. Половой дебют у обследованных наблюдался, в среднем, в $16 \pm 1,2$ лет. Контрацепцию используют 88,1 % девушек, из них 71,6 % — барьерные контрацептивы, 10,5 % — прерванный coitus, 6 % — комбинированные оральные контрацептивы (регулон, ярина, три-мерси, три-регол, тризистон, линдинет, ригевидон).

К моменту поступления в ВУЗ 3,5 % девушек имели в анамнезе медицинские аборт. Гинекологические заболевания выявлены у 38,8 % студенток. В структуре гинекологической патологии преобладали нарушения менструального цикла — 17,3 % девушек, хронические сальпингоофориты — 10,5 %, эрозия шейки матки — 7,6 %, кольпиты — 2,4 %, кисты яичников — 3,5 %, бартолиниты — 1 % девушек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, репродуктивное здоровье девушек-первокурсниц медицинского ВУЗа характеризуется высокой частотой соматических и гинекологических заболеваний, в структуре которых преобладают нарушения менструального цикла и воспалительные заболевания половых органов. Следует отметить относительно ранний возраст «полового дебюта» и невысокую частоту использования современных методов контрацепции. Низкий уровень репродуктивного потенциала девушек, поступивших в медицинский ВУЗ, диктует необходимость разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на его улучшение.

ШРАМКО С.В., БАЖЕНОВА Л.Г., ЗОРИНА Р.М., КРАЮШКИНА Н.А.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

МЛПУ Городская клиническая больница № 1,

г. Новокузнецк

ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ

Ингибиторный потенциал в организме реализуется двумя системами — антипротеиназами серпинового ряда, образующими с протеиназами неактивные комплексы, и макроглобулинами, «рестриктивирующими» активность ферментов [Веремеенко К.Н., 1988].

Белки семейства макроглобулинов — универсальные регуляторы воспалительного ответа [Зо-

рин Н.А. и др., 2004], основной представителем альфа-2-макроглобулин (Mg) является важнейшим фактором защиты соединительной ткани от деструктивного воздействия эндогенных протеиназ.

Второй представитель семейства макроглобулинов — белок, ассоциированный с беременностью альфа-2-гликопротеин (a-2-PAG), обладает



свойством ингибировать протеиназы, при этом механизмы реакций с ними, а также аффинитет, практически тождественны таковым для Mg.

Ингибитор серпинового ряда α -1-антитрипсин (АТ), инактивирует протеиназы гранулоцитов, первичная функция его направлена на торможение нейтрофильной эластазы [Веремеенко К.Н., 1988], является важнейшим защитником соединительной ткани. АТ более конкурентный за субстрат, нежели Mg, лишь при дефиците АТ основная роль в регуляции активности протеиназ переходит к Mg [Travis J., Savesen G.S., 1983].

Высокая концентрация в крови АТ и Mg, а также низкий уровень избирательной активности данных белков, позволяет ингибировать широкий круг ферментов и обеспечивать значительную часть антипротеазной активности крови, защищая тем самым ткани от деструктивного воздействия эндогенных протеиназ при воспалительных процессах. Это послужило предпосылкой для исследования именно этих ингибиторов протеиназ.

Целью данной работы было установление зависимости уровня ингибиторов протеиназ и степени выраженности воспалительной реакции в придатках матки при гинекологическом пельвиоперитоните.

Тактика ведения больных с пельвиоперитонитом при наличии деструкции в органах и без нее значительно различается, а клиническая практика демонстрирует трудности при принятии решений в сложных клинических ситуациях.

Изучено содержание Mg, АТ и α -2-РАГ в сыворотке крови 35 пациенток гинекологического стационара с воспалительными заболеваниями органов малого таза, осложненными пельвиоперитонитом в возрасте 16-50 лет. Из них, 14 женщин

с пельвиоперитонитом без гнойно-некротической деструкции в органах и 21 пациентка с перфорацией tuboовариального абсцесса и пельвиоперитонитом.

Содержание белков определялись методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифических антисывороток к данным белкам.

В результате исследования установлено, что содержание Mg и АТ в сыворотке крови больных с гнойно-некротической деструкцией в органах и пельвиоперитонитом было статистически значимо ниже ($1,6 \pm 0,16$ г/л, $1,8 \pm 0,15$ г/л), по сравнению с таковым у женщин с пельвиоперитонитом без деструкции ($3,2 \pm 0,27$ г/л; $2,44 \pm 0,22$ г/л). Концентрация α -2-РАГ, напротив, в группе с гнойным расплавлением в органах была выше ($0,016 \pm 0,002$ г/л), по сравнению с группой без гнойно-некротической деструкции ($0,012 \pm 0,003$ г/л).

Результаты исследования показали, что низкие уровни сывороточных Mg и АТ являются объективными критериями наличия гнойно-некротической деструкции в органах при воспалительных процессах придатков матки. Кроме того, увеличение содержания α -2-РАГ в группе с распространенным гнойно-деструктивным процессом, на наш взгляд, является компенсаторным, и призвано стабилизировать антипротеазный потенциал крови и защитные механизмы организма в ситуации одномоментного снижения содержания основных и значимых ингибиторов протеиназ (Mg и АТ).

Полученные данные позволяют расширить методы дифференциальной диагностики и оптимизировать выбор лечебной тактики у женщин с осложненными формами воспалительных процессов придатков матки.

ШРАМКО С.В., ЗОРИНА Р.М., БАЖЕНОВА Л.Г., ЧИРИКОВА Т.С.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

МЛПУ Городская клиническая больница № 1,

г. Новокузнецк

СОДЕРЖАНИЕ АЛЬФА-2-МАКРОГЛОБУЛИНА И ИММУНОГЛОБУЛИНА G В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Результаты многочисленных исследований показывают, что альфа-2-макроглобулин (Mg) является универсальным иммунорегулятором (Birkenmeier G., 2001; Hibbets K., Hines B., 1999). Способность связывать патогенные микроорганизмы и осуществлять их презентацию периферическим макрофагам позволяет запускать каскад иммунного ответа (Chu C.T., Pizzo S.V., 1993).

Важная роль принадлежит Mg в регуляции интенсивности антителогенеза: комплексы Mg с иммуноглобулинами, реагируя с сигнальными рецепторами гемопоэтических клеток, изменяют пролиферативные свойства последних (Zorina V.N. et al., 2002). Кроме того, Mg связывает, транспортирует, защищает от протеолиза цитокины, а в случае избытка — расщепляет, регулирует связывание со специфическими рецепторами клеток, способс-

твоя презентации (Bort W., Petersen S.M., 1993). Исследование возможной взаимосвязи между универсальным иммунорегулятором Mg и классическим белком IgG, реализующим иммунный ответ, представляется, на наш взгляд, интересной, что и послужило поводом для настоящего исследования.

Изучено содержание Mg и IgG в крови 57 пациенток гинекологического стационара с воспалительными заболеваниями органов малого таза в возрасте 16-50 лет. Из них, 16 женщин с обострением хронического эндометрита и аднексита, 20 пациенток с tuboовариальными локализованными гнойниками и 21 женщина с распространенным гнойно-деструктивным процессом (перфорация tuboовариального абсцесса с клиникой перитонита либо пельвиоперитонита).

Mg определялся методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифической сыворотки к данному белку, IgG — методом радиальной иммунодиффузии по Манчини с использованием стандартных тест-систем.

В результате исследования установлено, что, по мере нарастания тяжести воспалительного про-

цесса, отмечалось одновременное снижение содержания Mg и IgG. Так, в группе больных с обострением хронического воспалительного процесса определялось самое высокое содержание Mg ($2,7 \pm 0,16$ г/л), которому соответствовало высокое содержание IgG ($11,348 \pm 0,699$ г/л). В группе обследованных с локализованными гнойниками в придатках матки снижение концентрации Mg ($2,1 \pm 0,16$ г/л) соответствовало более низкому уровню IgG ($10,204 \pm 0,649$ г/л). При распространенном гнойно-деструктивном процессе выявлена достоверная корреляция уровней Mg с IgG ($r = 0,533$; $p = 0,015$), определялось критически низкое содержание Mg ($1,6 \pm 0,16$ г/л) и IgG ($8,793 \pm 0,516$ г/л).

Таким образом, результаты нашего исследования продемонстрировали связь низкого содержания альфа-2-макроглобулина с депрессией иммунного ответа и тяжестью воспалительного процесса, подтвердив тем самым существенную роль данного белка в развитии воспалительной реакции и регуляции ключевых моментов ответа организма на внедрение патогена.

ШУЛЬГА Ю. В., ГЕРАСИМОВ А.В., КРАСИЛЬНИКОВ С.Э., ГУЛЯЕВА Л.Ф.

*Новосибирский государственный университет,
НИИ Молекулярной биологии и биофизики СО РАМН,
Новосибирский областной онкологический диспансер,
г. Новосибирск*

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ СУЛЬФОТРАНСФЕРАЗЫ И СУЛЬФАТАЗЫ В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТЕЛА МАТКИ

Изменение гормонального баланса, в частности увеличение содержания эстрогенов, является основным фактором риска для развития гормонозависимых заболеваний, в том числе рака молочной железы и эндометрия. Эти изменения могут быть обусловлены несколькими факторами.

Показано, что многие химические соединения, загрязняющие окружающую среду (полихлорированные бифенилы, ПАУ, ТХДД) обладают эстрогенподобным действием. С другой стороны, нарушение гормонального баланса может быть вызвано изменением активности ферментов, участвующих в метаболизме эстрогенов. В связи с этим, актуальной проблемой является исследование активности ферментов метаболизма эстрогенов и выявление взаимосвязи между нарушениями метаболизма и риском возникновения гормонозависимых опухолей человека.

Рак эндометрия является одним из наиболее распространенных раковых заболеваний в развитых странах, и случаи его возникновения в последнее время увеличиваются. Так, за последние

20 лет среди женщин репродуктивного возраста частота возникновения рака эндометрия выросла вдвое, с 7 до 15 %.

Метаболизм эстрогенов *in situ*, включая их синтез и элиминацию, играет очень важную роль в росте и развитии во многих эстрогензависимых опухолях человека, включая рак тела матки и яичников. В случае рака эндометрия наличие 17 β -эстрадиола демонстрирует непосредственное отношение к патогенезу и развитию нарушений пролиферации эндометрия, включая гиперплазию и рак эндометрия, особенно эндометриоидного типа.

В плазме крови эстрогены представлены, в основном, в виде сульфонов, биологически неактивных форм эстрогенов. Известно, что активность эстрогенов *in situ* в раковой опухоли молочной железы, являющейся, как и рак эндометрия, эстрогензависимой, может главным образом регулироваться стероидной сульфатазой. Стероидная сульфатаза гидролизует биологически неактивные сульфонаты эстрогенов в активные эстрогены. Эстрогеновая сульфотрансфераза (SULT1E1) яв-



ляется членом суперсемейства стероидных сульфотрансфераз и сульфонирует эстрогены до их сульфонатов.

Таким образом, предполагается, что эстрогеновая сульфотрансфераза, особенно соотношение между уровнями стероидной сульфатазы и эстрогеновой сульфотрансферазы в опухоли, может также играть важную роль в регуляции *in situ* уровней эстрогенов в раке эндометрия человека. Следовательно, определение активности SULT1E1 и уровней экспрессии генов SULT1E1 и STS является важным шагом в изучении механизмов развития эстрогензависимых заболеваний человека, в частности, рака эндометрия.

Целью данной работы является проведение сравнительного анализа активности и экспрессии генов сульфотрансферазы 1E1 и стероидной сульфатазы в раковых и нормальных тканях эндометрия.

Была определена экспрессия генов сульфотрансферазы и сульфатазы в 15 образцах трансформированных тканей тела матки и нормальных (прилежащих к опухоли) тканях эндометрия. Выявлено, что в большинстве случаев в опухолевых тканях регистрируется снижение уровня экспрессии гена эстрогеновой сульфотрансферазы.

Уровень экспрессии эстрогеновой сульфатазы, напротив, был в 3-5 раз выше в опухолевых тканях по сравнению с нетрансформированными тканями. Эти результаты были подтверждены измерением активности сульфатазы методом ВЭЖХ.

Таким образом, изменение активности ферментов, инактивирующих эстрогены (SULT1E1), либо способствующих высвобождению активных эстрогенов (сульфатаза), может вносить вклад в процессы трансформации тканей эндометрия, способствуя поддержанию злокачественного потенциала опухоли.



КАРПОВА М.А., СОТНИКОВА Л.Е., СМИРНОВА В.С., КОЖУХОВА И.В.,
ОСОКИНА И.В., ГОРОШКОВА М.Ю., МАЛЬЦЕВА Е.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

МЛПУ Клинический родильный дом № 2,

МЛПУ Городская детская клиническая больница № 4,

г. Новокузнецк

ОПУХОЛЬ ВИЛЬМСА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА – СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Опухоли почек встречаются у новорожденных не часто, хотя они и представляют большую группу злокачественных новообразований (мезобластическая нефрома, нефробластома, почечная клеточная карцинома, лимфома и тератома). Нефробластома, или опухоль Вильмса (ОВ), достаточно часто встречается в детском возрасте, и в ряде случаев ее выявляют уже в неонатальном периоде. Обычно при диагностике в данном возрастном периоде она хорошо дифференцирована, состоит из кистозных и тубулярных структур, что обуславливает ее хороший послеоперационный прогноз.

Частота ОВ составляет один случай на 100000 населения. По данным Ге-Вудфорда Л. (1997), ОВ занимает третье место по частоте злокачественных опухолей органов брюшной полости у детей. Нефробластома встречается одинаково часто у мальчиков и девочек, преимущественно в возрасте от двух до пяти лет, и крайне редко у грудных детей. Располагается как справа, так и слева, приблизительно в 5 % случаев с обеих сторон. Известен ген-супрессор опухоли Вильмса. Последние исследования молекулярной биологии подтвердили наличие хромосомных аномалий у детей с ОВ. У 30-50 % этих детей при нормальном кариотипе отмечают делецию короткого плеча хромосомы 11 (11p 13), известного как ген WT1 [3, 5].

Гистологически, кроме метанефротической blastемы, могут быть выявлены признаки нормально развивающейся почки, скелетной мускулатуры, хряща и поверхностного эпителия, что является свидетельством нарушения физиологического апоптоза во время эмбриогенеза почки. Как правило, опухоль имеет уницентрическое происхождение, но в 7 % случаев наблюдаются несколько очагов в одной почке, а в 5 % случаев – в обеих почках. Отдаленные метастазы чаще всего (80 % случаев) наблюдают в легких, регионарных лимфатических узлах и печени (15 % случаев) [1].

Дифференциальный диагноз проводят с нефробластомой забрюшинного пространства, мезобластической опухолью, тератобластомой, врожденным гидронефрозом, удвоением почки, поликистозом почки [4]. Отмечается улучшение прогноза и исходов при лечении ОВ за последние 10 лет. Примерно у 90 % детей младше двух лет при I ста-

дии не отмечается рецидивов в течение 2 лет [2]. В отдаленном периоде могут развиваться артериальная гипертензия, протеинурия, интерстициальный нефрит.

Учитывая редкость опухоли Вильмса, проявившейся и диагностированной в периоде новорожденности, каждый случай клинического наблюдения и успешного лечения представляет несомненный интерес для специалистов – неонатологов, онкологов. Приводим собственное наблюдение редкого случая опухоли Вильмса у новорожденного ребенка.

Ребенок Л., от молодой матери 23 лет, относящейся по профессии к категории служащих, не имеющих профессиональных вредных факторов. Отцу ребенка 25 лет, здоров, профессиональных вредностей не имеет. Беременность вторая (первая беременность в 2004 г. – замершая, закончилась прерыванием в сроке 6 недель), протекавшая с анемией. При антенатальном проведении ультразвукового скрининга у плода не выявлено врожденных пороков и аномалий развития.

Роды срочные, 13.09.05 г. в 24 часа. Диагноз: Срочные роды. Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Острое многоводие. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление. Дисстресс плода в родах. Однократное обвитие пуповины вокруг шеи. Амниотомия.

Родился мальчик с массой 3200 г, ростом 50 см, с признаками физиологической незрелости. Оценка по шкале Апгар – 6/8 баллов. Общая продолжительность родов составила 10 час. 5 мин., I период – 9 час. 40 мин., II период – 20 мин., III период – 5 мин. Безводный период – 6 часов, околоплодные воды светлые.

Уже в родильном зале при первичном осмотре констатирован синдром «пальпируемой опухоли» брюшной полости – определялось плотное образование справа, размером 3,0 × 3,0 см, болезненное при пальпации. Состояние ребенка оценивалось средней степени тяжести. Отмечалась диффузная мышечная гипотония, болезненный крик. Через 6 часов от момента рождения появился грубый систолический шум слева от грудины, с максимальным выслушиванием на верхушке сердца и в точке Боткина, тахикардия до 170 ударов в минуту. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.



Младенец консультирован реаниматологом выездной бригады отделения реанимации новорожденных (ОРН) ДКБ № 4, после чего переведен в ОРН с диагнозом: Синдром пальпируемой опухоли брюшной полости справа. Нефробластома? Врожденный порок сердца.

В ОРН проведено обследование: компьютерная томография органов брюшной полости — в проекции правой почки выявляется солидно-кистозное образование (67 × 64 × 90 см), вздутые петли кишечника смещены влево, левая почка без органических изменений. Печень обычной формы и размеров. Селезенка и поджелудочная железа не изменены. Наиболее вероятно опухоль Вильмса. УЗИ органов брюшной полости — объемное образование правой почки.

Заключение кардиолога на основании данных ЭХО КГ: имеет место врожденный порок сердца — ДМЖП, ДМПП, легочная гипертензия II.

Заключение невролога: церебральная ишемия I степени, синдромы двигательных нарушений, повышенной нейро-рефлекторной возбудимости.

Биохимический анализ крови: ЛДГ — 1619 ед/л, α-фетопротеин крови — 545 МЕ/мл.

Учитывая большие размеры опухоли, высокую вероятность нерадикального удаления при операции, для уменьшения объема опухоли, снижения риска ее разрыва и предотвращения диссеминации процесса решено провести предоперационную химиотерапию, несмотря на то, что ребенку нет и 6 месяцев. Онкогематологом рекомендован протокол SIOP 93-01.

С 16.09.05 г. начата 4-недельная предоперационная химиотерапия с введением космигена, винкристина. К моменту проведения операции процент редукции опухоли составил 50 %, что свидетельствовало о хорошем ответе на проводимую адъювантную терапию.

20.10.2005 г. проведено оперативное вмешательство — лапаротомия, радикальное удаление опухоли. Интраоперационно констатировано отсутствие увеличения парааортальных и брыжеечных лимфоузлов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная хи-

миотерапия начата на 9-е сутки после операции. Ребенок перенес лечение удовлетворительно.

Гистологическое заключение: Нефробластома средней степени злокачественности, бластемная форма, I стадия на момент операции. Терапевтический патоморфоз III стадии.

На сегодняшний день состояние ребенка Л. удовлетворительное. Возраст 4 месяца. Младенец на смешанном вскармливании. Физическое развитие среднее, масса тела 6300 г, длина 64 см. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Рекомендовано проведение вакцинопрофилактики без медицинских отводов. Младенец находится на диспансерном учете у кардиолога (последний осмотр от 26.12.2005 г.), в терапии не нуждается, планируется хирургическая коррекция ВПС в возрасте одного года. Группа учета IV. Планируется продолжение химиотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Публикуемый клинический случай интересен со следующих позиций: редкость описываемой патологии (опухоли Вильмса) в неонатальном возрасте; оперативность диагностики; адекватный выбор тактики проведения химиотерапии в предоперационном периоде; своевременность лечения заболевания. Все это, с учетом прогностических факторов (гистологическое строение нефробластомы, стадия заболевания, отсутствие разрыва опухоли и метастазов), позволяет на сегодняшний день надеяться на благоприятный прогноз.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ивановская, Т.Е. Патологическая анатомия болезней плода и ребенка: Руков. для врачей. /Т.Е. Ивановская, Л.В. Леонова. — М., 1989. — Т. 1. — С. 260-264.
2. Лопаткин, Н.А. Детская урология: Руков. /Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев. — М., 1986. — С. 465-469.
3. Папаян, А.В. Неонатальная нефрология: Руков. /А.В. Папаян, И.С. Стяжкина. — СПб., 2002. — С. 335-341.
4. Хертл, М. Дифференциальная диагностика в педиатрии /Хертл М. — М., 1990. — Т. 2. — С. 170-171.
5. Эвербек, Г. Дифференциальная диагностика болезней в детском возрасте /Эвербек Г. — М., 1980.

КОРНЕВА Е.Ю., БАЖЕНОВА Л.Г., ЛЕВЧЕНКО В.Г., БУТЕНКО С.П.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 20 НЕДЕЛЬ НА ФОНЕ УРОСЕПСИСА

За последние годы отмечается прогрессирующий рост инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у женщин. Среди патологических процессов в почках, наблюдаемых у беременных, пиелонефриту принадлежит основная роль среди экстрагенитальных заболеваний беременных.

Частота данной патологии за последнее десятилетие возросла в 3,6 раза и заняла второе место (после анемии) в структуре экстрагенитальных заболеваний беременных, что неблагоприятно влияет на исход беременности и родов. Острый пиелонефрит при беременности может возникать на протяжении всего гестационного периода. Наиболее часто заболевание встречается во втором триместре беременности.

По данным разных авторов, им страдают от 33,8 % беременных (Айламазян Э.К., 2000) до 48 % (Шехтман М.М., 2000). У 1/3 беременных наблюдается острое течение пиелонефрита, в 36 % случаев развивается гнойный пиелонефрит. По данным Т.А. Обоскаловой с соавт. (2002), количество оперируемых женщин с гнойно-деструктивными формами острого гестационного пиелонефрита достигает 19,5 %.

Пациентка В, 18 лет, поступила в экстренное урологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 41°C, ознобы, боли в поясничной области в течение двух суток. В анамнезе урологических заболеваний не было, беременность первая, желанная.

Клинический диагноз: Острый гнойный пиелонефрит слева подковообразной почки. Псевдомембранозный колит. Сепсис. Беременность 20 недель.

Через двое суток от поступления выполнена операция: декапсуляция левой почки, иссечение карбункулов (семь гнойников размером от 1,5 до 3 см), стентирование левой почки.

На третьи сутки послеоперационного периода присоединился жидкий стул до 20 раз в сутки, на 10 сутки — боли в животе, одышка, нарастание интоксикации (лейкоцитоз до 40 10 Г/л, палочкоядерный сдвиг до 71 %), анемия (Hb — 66 г/л), гипопротеннемия (белок — 43 г/л), парез кишечника, перитонеальные знаки. С целью исключения аппендицита, перфорации тонкой кишки выполнена лапароскопия, обнаружен серозный перитонит, введен дренаж в брюшную полость. Выпол-

нена релюмботомия, пиелонефростомия слева, ревизия левой почки, биопсия.

После операции состояние больной крайне тяжелое, нестабильная гемодинамика, ИВЛ в течение 8 суток. Тяжесть состояния обусловлена основным заболеванием, присоединившимся псевдомембранозным колитом (диагноз подтвержден ректороманоскопией, биопсией) и правосторонней нижнедолевой пневмонией. Антенатальная гибель плода диагностирована на 21 сутки от поступления больной в стационар, подтверждена УЗИ.

В структуре невынашивания беременности одно из основных мест занимает неразвивающаяся беременность, частота которой остается довольно высокой (от 2 % в популяции до 15-55 % в различных группах больных). Невынашивание беременности по типу несостоявшегося аборта наблюдается у 68,6 % женщин в 1 триместре, 21,3 % — во 2 триместре (Новикова А.В., Чикин В.Г., 2005). В большинстве случаев неразвивающаяся беременность во 2 и 3 триместрах является результатом длительного течения ФПН, обусловленной изменениями агрегатного состояния крови, нарушениями обмена веществ, иммунного статуса, и проявляется системным эндотоксикозом.

Данная категория женщин требует тщательного лабораторного обследования и быстрой коррекции выявленных нарушений до родоразрешения ввиду частых коагулопатических осложнений. У всех женщин с неразвивающейся беременностью при исследовании гемостаза выявляется ДВС-синдром, у 88,7 % хроническая форма, у 11,3 % декомпенсированная подострая форма. При внутриутробной гибели плода, в случае задержки его в матке более трех недель, хроническая форма ДВС-синдрома прогрессирует в подострую. Гемостазиологический контроль позволяет своевременно обнаружить дефекты тромбоцитарно-сосудистого и плазменно-коагуляционного звеньев.

Срок задержки в матке погибшего плода у нашей пациентки составил 2 недели. В данной ситуации существовал риск формирования синдрома мертвого плода. С целью оценки коагулопатических нарушений, нами проведено обследование: число тромбоцитов составило 200 × 10 Г/л (93 : 1000), фибриноген 3,1 г/л, антитромбин 3 — 86 % (норма 80-120), АЧТВ — 33 с, РКМФ — 6,5. Признаков коагулопатии потребления не выявлено.



Организационные моменты подготовки к родоразрешению включали следующее: заготовлена свежемороженая плазма, эритромаасса, криопреципитат. При стабилизации гемодинамики пациентка переведена в реанимационное отделение гинекологического корпуса. С учетом тяжелого септического состояния, традиционным методом родоразрешения в данной ситуации является экстирпация матки с трубами. Учитывая молодой возраст женщины, отсутствие выраженных коагулопатических нарушений, состояние родовых путей (шейка с элементами структурных изменений, длиной 2-2,5 см по центральной оси, наружный зев пропускает кончик пальца), решено избрать консервативный метод родоразрешения.

Начата подготовка шейки матки простагландинами (в цервикальный канал введены ламинарии, сайтотек 200 мкг). С целью профилактики фибринолитического кровотечения перелита свежеза-

мороженная плазма, введено 50 тыс. ЕД контрикала. Продолжена антибактериальная терапия: тинедом 1,0 × 3 р/день, метрагил 100,0 × 2 р/день.

Через 9 часов после экстраамниального введения простагландинов произошел выкидыш мертвым плодом мужского пола с признаками аутолиза, весом 480 г, длиной 27 см, самостоятельно отделился и выделился послед. Проведено выскабливание полости матки на фоне введения контрикала в дозе 100 тыс. ЕД, криопреципитата — 3 дозы, свежемороженой плазмы — 600 мл. Кровопотеря физиологическая. Через 2 суток после родоразрешения, контроля УЗИ, пациентка переведена в урологическое отделение. Пациентка выписана с выздоровлением.

Таким образом, нам удалось сохранить детородную функцию молодой женщине 18 лет, перенесшей тяжелый уросепсис при беременности, закончившейся антенатальной гибелью плода.



РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С АУТОИММУННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени относится к хроническому прогрессирующему (необратимому) заболеванию и представляет высокий риск осложнений для жизни матери и плода. Беременность также усугубляет течение цирроза. Больным, страдающим циррозом, разрешать беременность не следует. У 8-17 % больных происходят выкидыши, у 15 % — преждевременные роды, у 10-16% рождаются мертвые дети, послеродовый период осложняется коагулопатическим кровотечением (М.М. Шехтман, 1987).

В связи с этим, случай благоприятно завершившейся беременности представляет большой интерес.

Беременная З., 21 год, находилась в родильном доме Зонального перинатального Центра с 24.03.20005 г. с диагнозом: Беременность 32-33 недели. Отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнезы. Сочетанный гестоз на фоне аутоиммунного цирроза печени, портальной гипертензии, отечный вариант. Дисфункция плаценты. Хроническая гипоксия плода. Резус отрицательная принадлежность крови.

Из анамнеза жизни: в детстве перенесла ветряную оспу, паротит, краснуху, гепатит А. Операция — аппендэктомия, осложненная перитонитом. Страдает хроническим тонзиллитом, частыми носовыми кровотечениями.

В 18-летнем возрасте, на фоне ОРЗ, появилась длительная лихорадка, до 39-40 градусов в течение месяца. Была госпитализирована в терапевтическое отделение. Находилась на лечении с 19.10.2001 г. по 09.11.2001 г. с диагнозом: Стафилококковый сепсис, септицемия. Гепатоспленомегалия. Токсический нефрит. Токсическая анемия.

Заболевание (цирроз) было заподозрено на основании результатов обследования: гипоальбуминемия (45,5 %), гипергаммаглобулинемия (38,9 %), резко положительные суммарные антитела к НВс-АГ (+++), значительное увеличение селезенки до 200 × 66 (при норме 120 × 60), изменение эхоструктуры печени по УЗИ.

07.12.2001 г. проведена пункционная биопсия печени и диагноз цирроза, начальной стадии, подтвержден гистологически (зернистовакуольная дистрофия с очагами фиброизирования в виде нечетких протоков, иногда с участками типа ложных долек). После уточнения диагноза наблюдалась у гепатолога. Стационарное лечение осуществлялось в 2002 г. (27.03.2002 г. — 17.04.2002 г.) в условиях гастроэнтерологического отделения 1-й ГКБ.

Клинический диагноз: Аутоиммунный цирроз печени, начальная стадия, умеренная степень активности. Портальная гипертензия.

С 2002 г. и до наступления беременности регулярно принимала преднизолон по 5 мг и азатиоприн по 50 мг в сутки.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструальная функция не нарушена. Диатермокоагуляция эрозии шейки матки в 2003 г. Беременность первая, вне брака.

На учете по поводу данной беременности находилась с 5-6 недель. Для решения вопроса о функциональном состоянии печени и возможности вынашивания беременности, в 15 недель госпитализировалась в гастроэнтерологическое отделение. По результатам обследования отмечалась компенсация цирроза, вынашивание беременности разрешено (по настоянию женщины). Назначен и в дальнейшем (на протяжении всей беременности) регулярно принимала преднизолон в дозе 10 мг/сутки.

Отнесена в группы риска по: невынашиванию, кровотечению, перинатальным потерям, присоединению гестоза, атипичным формам гестоза, гнойно-септическим осложнениям.

Первый триместр беременности протекал на фоне ВСД по гипертоническому типу. В 17 недель перенесла ОРЗ. По УЗИ отмечалась низкая плацентация. Периодически по анализам мочи — лейкоцитурия. Плановая госпитализация в ОПБ в 28-30 недель, проведено обследование, биохимические показатели крови находились в пределах нормы. Учитывая заболевание печени, медикаментозная нагрузка была минимальной (коррекция анемии, актовегин по 200 мг с целью профилактики ФПН). В этом же сроке повторно перенесла ОРЗ, выписана под наблюдение терапевта. Рекомендовано повторное обследование в критический срок (32-33 недели).

При поступлении в 32-33 недели общее состояние расценивалось как удовлетворительное, однако отмечалось присоединение отечного синдрома. Лечение отеков с использованием спазмолитиков, эуфиллина внутривенно, фуросемида давало временный клинический эффект. С 34-35 недель отмечался недостаточный прирост плода, отставание в развитии на 1-2 недели при нормальных показателях доплерометрии. Проведена пренатальная профилактика СДР плода (эссенциале, эуфиллин), лечение ФПН.

Учитывая стабильное состояние беременной и плода, высокий риск декомпенсации гестоза и пе-



ринатальных потерь при пролонгировании беременности до доношенного срока, в 37-38 недель проведены индуцированные роды. В связи с высоким риском кровотечения, подготовлена одноразовая СЗП, растворы гидроксиэтилированного крахмала, ингибиторы протеаз. Проведена катеризация периферических вен. Индукция в роды проведена путем амниотомии.

1 период родов на фоне адекватного обезболивания — длительный перидуральный блок. Гормо-

нальная терапия в родах проводилась внутривенным введением преднизолона с увеличением дозы до 60 мг.

Общая продолжительность родов составила 7 час. 15 мин. Общая кровопотеря — 150 мл. Родила мальчика, массой 2900 г, длиной тела 49 см, 9 баллов по Апгар. Течение послеродового периода гладкое. Продолжен прием преднизолона по 10 мг. Выписана с новорожденным домой на 7-е сутки.





ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОЛУКАРОВ А.Н., КАШЛЕВА В.В., ГУСЯТИНА Г.Н. ЗОНАЛЬНЫЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: ЗАДАЧИ, ЦЕЛИ, НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	3
МАЛЬФАНОВА Т.В. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА Г.НОВОКУЗНЕЦКА	5
РАЗДЕЛ I. СТАТЬИ	
Новые подходы к организации службы родовспоможения	
ГУСЯТИНА Г.Н., БАЖЕНОВА Л.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н., КАШЛЕВА В.В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. НОВОКУЗНЕЦКА (2000-2005 ГГ.)	7
КСЕНДЗОВ Л.И. ВЕДЕНИЕ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ	9
ЧЕЧЕНИНА А.А., ЧЕЧЕНИН Г.И., ГУСЯТИНА Г.Н., ПОЛУКАРОВ А.Н., КОНДРАТЬЕВА И.И., МОЗГУНОВА С.Г. АНАЛИЗ И СИНТЕЗ НАКОПЛЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ, КАК ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ В СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ	13
Новые технологии в акушерстве и перинатологии	
АЛЕКСЕЕВА М.В., СОКОЛОВСКИЙ В.С., КАРПОВА М.А. НОВЫЙ ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДИССКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	16
БОКОВА Г.Н., КЛЫБИК С.В., СТИХИНА Г.М., ШАТОХИНА Т.Н., ШАМАЕВ Д.Ю., СЫЧЕНКО А.Г., МЕРИНОВА А.С., АРТЫМУК Н.В. ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ	19
ГУЛИК В.Ф., НЕРЕТИН К.Н., САФРОНОВА С.К., ГУЛИК М.В., ДЕМШЕВА А.А., ШВЕЦОВА О.А., ПЕТРУСЕВА Н.В., БАЖЕНОВА Л.Г. АДАПТИВНЫЕ ТИПЫ РЕГУЛЯЦИИ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ	22
ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ЕГОШИНА Н.М., МАЛКОВА Е.М., ЧЕРЕДНИЧЕНКО В.М. ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ВИРУСА КРАСНУХИ В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ	26
ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ЕГОШИНА Н.М., МУРАШКИНА Л.С., ОВЧИННИКОВА Л.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ИЗМЕНЕНИИ ТЕНДЕНЦИЙ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО СИСТЕМЕ АВО И РЕЗУС-ФАКТОРУ	28
ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ЕГОШИНА Н.М., ТИМОФЕЕВА Л.А., КОЛЕСНИК В.М. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ СИНДРОМА ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	30
КОСИК А.П., РЕНГЕ Л.В., МОЗГУНОВА С.Г. ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ	32
КОХ Л.И., ДЕВЯКОВИЧ Н.Н. ЧАСТОТА ВЕРОЯТНЫХ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ	33
КСЕНДЗОВ Л.И. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ	35
ЛИХАЧЕВА В.В., БАЖЕНОВА Л.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н., РЕНГЕ Л.В., ГУСЯТИНА Г.Н., ШИРОКОВА Т.А. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ	37
ПОЛУКАРОВ А.Н., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., КОРЕНЬ О.Л., КОРОЛЕВА Т.А., КОТОВА Л.Ю., ЛИНДИНА Л.И., НЕЩЕРЕТ Н.А., СОРОКИНА И.В. МОНИТОРИНГ ЧАСТОТЫ СИНДРОМА ДАУНА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ (1990-2004 ГГ.)	39



ПОРОДНОВА О.Ю., ПОЛЯКОВА В.А., КОЛПАКОВ В.В., УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА В ИСХОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ	41
ПОРОДНОВА О.Ю., ПОЛЯКОВА В.А., УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В., КОЛПАКОВ В.В. ПЛАЦЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	43
РУДАЕВА Е.В., УШАКОВА Г.А. ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА	45
РУДАЕВА Е.В., УШАКОВА Г.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА	48
СЕРЕБРЕННИКОВА Е.С., ФЛЕЙШМАН А.Н., БАЖЕНОВА Л.Г., ГОТЛИБ Н.Г., КЛЕЩЕНОГОВ С.А., ШИРОКОВА Т.А., ТРЕЩЕНКОВА О.В. ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯТОРНОГО, МЕТАБОЛИЧЕСКОГО И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО БАЛАНСА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ	51
СЕРЕБРЕННИКОВА Е.С., ФЛЕЙШМАН А.Н., БАЖЕНОВА Л.Г., КЛЕЩЕНОГОВ С.А., ШИРОКОВА Т.А., ГОТЛИБ Н.Г., ТРЕЩЕНКОВА О.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ	54
УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В., ПОРОДНОВА О.Ю., ПОЛЯКОВА В.А., КОЛПАКОВ В.В. КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	57
УШАКОВА Г.А., РЕЦ Ю.В., ПОРОДНОВА О.Ю., ПОЛЯКОВА В.А., КОЛПАКОВ В.В. КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МАТЕРИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	59
ШАМАЕВ Д.Ю., БАЖЕНОВА Л.Г., РЕНГЕ Л.В., ПОЛУКАРОВ А.Н., ХАЛЕПА З.А., БОКОВА Г.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	61
ЯВОРСКАЯ С.Д., ФАДЕЕВА Н.И. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С БЕСПЛОДИЕМ И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ ..	64
Новые технологии в гинекологии и онкогинекологии	
БАБАЯНЦ Е.В., ВОЙЦИЦКИЙ В.Е., КРАСИЛЬНИКОВ С.Э., ЮКЛЯЕВА Н.В. РЕАКЦИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НА ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ ..	66
БАЖЕНОВА Л.Г., ЗОРИНА В.Н. СОДЕРЖАНИЕ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ АЛЬФА-2-МАКРО-ГЛОБУЛИНА С ПЛАЗМИНОМ И ИММУНОГЛОБУЛИНОМ G ПРИ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ И ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ	68
БАЖЕНОВА Л.Г., ШРАМКО С.В., ЗОРИНА В.Н., ПОКАЧАЛОВА М.В., ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., ЧИЖИКОВА О.Е., КРАЮШКИНА Н.А. БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ (A2-МАКРОГЛОБУЛИН И IGG) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ И ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ	71
ГЛУМОВ С.А. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ	74
ГОЛОВНИНА И.В., БАЖЕНОВА Л.Г., БУТЕНКО С.П. АНАЛИЗ ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	76
ГУЛЯЕВА Л.Ф., ЗАХАРОВА Л.Ю., ПУСТЫЛЬНЯК В.О., ГЕРАСИМОВ А.В., КРАСИЛЬНИКОВ С.Э. ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ АПОПТОЗА BCL-2 И АНГИОГЕНЕЗА IL-8 В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ	79



ГУРЬЕВА В.А., КАРПЕНКО А.А., БОРИСОВА О.Г. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ МИОМ МАТКИ	82
КУЛИНИЧ С.И., НИКОЛАЕВА И.Н., ИВАНОВА Н.А. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ	88
КУЛИНИЧ С.И., РЫБАЛКО И.Е., СВЕРДЛОВА Е.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ	90
МАЙБОРОДА И.Б., ЕВТУШЕНКО И.Д. ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	94
ПАСМАН Н.М., КОЛЕСНИКОВА О.А. ВЛИЯНИЕ ТКАНЕСЕЛЕКТИВНОЙ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСА И ГЕМОСТАЗА	96
РОТКИНА И.Е., БАЖЕНОВА Л.Г. ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	99
СВЕРДЛОВА Е.С. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЦЕРВИЦИТОВ	101
ФИЛИППОВ О.С., СЕЛЕЗНЕВА С.С. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СПОСОБОВ СТИМУЛЯЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В ЦИКЛАХ ВРТ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ	103
ЩЕГЛОВА Е.В., САЛЮК Л.С., МЕЛЬНИК Н.Л. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ	106
ЯКОВЛЕВА Н.В. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	108
РАЗДЕЛ II. ТЕЗИСЫ	
Новые технологии в репродукции человека и перинатологии	
ЖАБИН С.Г., ВАРОВА И.В., КАДОЧНИКОВА О.В., ЛИКСТАНОВ В.И., МАРКИНА Л.А., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПАВЛЕНКО И.И., ТРЕЩЕНКОВ Э.А., СЕРГЕЕВА Н.Н., ПОТАПОВА Т.В., АЗАРОВА О.В., ЗАРУБИНА Ю.Ю., КОРЕНЬ О.Л., БАЖЕНОВА Л.Г., НИКОЛАЕВА Н.А., ПОЛУКАРОВ А.Н. МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ	111
ЖАБИН С.Г., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ВАРОВА И.В., ЛИНДИНА Л.И., СОРОКИНА И.В., КОРОЛЕВА Т.А., ГЕРАСИМЕНКО О.В., ТРЕЩЕНКОВ Э.А., ПОЛУКАРОВ А.Н. ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ГЕНОДИАГНОСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА В ЗОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ	113
ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ХАЛЕПА З.А., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПР, ВЫЯВЛЕННЫХ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ В 2001-2005 ГОДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЙОНА ПРОЖИВАНИЯ И ВОЗРАСТА БЕРЕМЕННЫХ	114
ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ЛИНДИНА Л.И., СОРОКИНА И.В., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛЬНЫХ ГЕНОТИПОВ У АБОРТУСОВ Г. НОВОКУЗНЕЦКА В 2001-2005 ГОДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЙОНА ПРОЖИВАНИЯ И ВОЗРАСТА БЕРЕМЕННЫХ	115
ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ЛИНДИНА Л.И., СОРОКИНА И.В., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛЬНЫХ ГЕНОТИПОВ ПРИ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В 2001-2005 ГОДАХ С УЧЕТОМ АДМИНИСТРАТИВНОГО И ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ В РАЙОНАХ Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ	117



ЛИКСТАНОВ В.И., ГРОМОВ К.Г., ЛИНДИНА Л.И., СОРОКИНА И.В., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н. СТРУКТУРА АНОМАЛЬНЫХ ГЕНОТИПОВ У АБОРТУСОВ ПРИ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ ЗА 2001-2005 ГГ. С УЧЕТОМ АДМИНИСТРАТИВНОГО И ФАКТИЧЕСКОГО РАЙОНОВ ПРОЖИВАНИЯ	117
МАРКИНА Л.А., ЖАБИН С.Г., АЛЕКСЕЕВА М.Г., ЛИКСТАНОВ В.И., ТРЕЩЕНКОВ Э.А., БАЖЕНОВА Л.Г., ПОЛУКАРОВ А.Н. КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ЭМБРИОНОВ В НОВОМ ТЕМПЕРАТУРНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	118
ФАДЕЕВА Н.И., РЕМНЕВА О.В., НЕСТЕРОВ Ю.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ, ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ПРОГНОЗЕ ТЯЖЕЛЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛОДА	119
Новые технологии в акушерстве и перинатологии	
ГУСЯТИНА Г.Н., ШИРОКОВА Т.А., ЛИХАЧЕВА В.В. АНАЛИЗ ИСХОДА РОДОВ В ГРУППЕ БЕРЕМЕННЫХ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПО МЕТОДУ В.Н. ДЕМИДОВА	122
ЕЧИНА И.А., РЕНГЕ Л.В., САМУСЕНКО Н.А., ЧЕЧЕНИНА А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОГО ФЕРМЕНТА ИМОЗИМАЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОХИОМЕТРЫ	123
ЛИХАЧЕВА В.В., БАЖЕНОВА Л.Г., КАШЛЕВА В.В., ПОЛУКАРОВ А.Н., РЕНГЕ Л.В., ГУСЯТИНА Г.Н., ФЛЕЙШМАН А.Н. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ	124
НИКОЛАЕВА Л.Б., ТРИШКИН А.Г., АРТЫМУК Н.В., КАЛЯДОВ В.А., ОРЛОВ Н.М. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И МОРФОСТРУКТУРА ПОСЛЕДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	125
Новые технологии в гинекологии и онкогинекологии	
АРТЫМУК Н.В., ИЛЕНКО Е.В., МАГАРИЛЛ Ю.А., ОГОРОДНИКОВА Т.Н., БЕЛОВ Е.А., ШАКИРОВА Е.А., ПОПОВ П.В. СОДЕРЖАНИЕ ЛЕПТИНА И ИНСУЛИНА У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ	127
БАЖЕНОВА Л.Г., ЛЕВЧЕНКО В.Г., ЗОРИНА Р.М., ПОКАЧАЛОВА М.В., ЧИЖИКОВА О.Е., ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г. СЫВОРОТОЧНЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МАКРОГЛОБУЛИНОВ (МГ, АБГ) В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН	128
БАХАЕВ В.В., ГЮНТЕР В.Э., ГРАЧЕВА Л.М., ДАНИЛОВА Л.Н., ПОДТУРКИНА Т.К., ГРИГОРЬЕВ В.А., РАЗВОЗЖАЕВ Ю.Б. НОВЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛЕФОРА-НЕЙГЕБАУЭРА	129
БУЛАВИНА Н.Г., МЕЛЕНЮК И.Г., БАЖЕНОВА Л.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	130
ИСАЧЕНКО С. И., КОРНЕВА Е.Ю., ГОЛОВНИНА И.В., ЛЕВЧЕНКО В.Г., ДАНИЛОВА Л.Н., БАХАЕВ В.В. ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО АКТИНОМИКОЗА	131
КУЛИНИЧ С.И., БУРДУКОВСКАЯ Т.Н. ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГРАММ У ПАЦИЕНТОК ИНФИЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ	133
ЛУЦИК Л.А., БУЛАВИНА Н.Г. ФИТОСТЕРОИДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	134
МИТРОФАНОВ Н.А., ЧИРИКОВА Т.С., КРАЮШКИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Г.А. МАКРОГЛОБУЛИНЫ АБГ И МГ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ЭНДОМЕТРИЯ	135
МИТРОФАНОВ Н.А., ЧИРИКОВА Т.С., КРАЮШКИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Г.А. СОДЕРЖАНИЕ АБГ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ	135
МИТРОФАНОВ Н.А., ЧИРИКОВА Т.С., КРАЮШКИНА Н.А., МИТРОФАНОВА Г.А. МАКРОГЛОБУЛИНЫ АБГ И МГ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ	136



ПОКАЧАЛОВА М.В., ДЕМЬЯНОВ В.С., БЕЛОВ В.Н., БУХТИЯРОВ А.П., РЕВИЦКИЙ А.В., ЧИЖИКОВА О.Е., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ЧИРКОВА Т.А., БАЖЕНОВА Л.Г. РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ	136
ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., ЧИРКОВА Т.А., ПОКАЧАЛОВА М.В., ЧИЖИКОВА О.Е., БАЖЕНОВА Л.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАКА ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ 3-4 СТАДИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ	137
ТРЕЩЕНКОВ Э.А., ЖАБИН С.Г., МАРКИНА Л.А., КАДОЧНИКОВА О.В., ПАВЛЕНКО И.И., ПОТАПОВА Т.В., АЛЕКСЕЕВА М.Г., СЕРГЕЕВА Н.Н., ПОЛУКАРОВ А.Н. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ	138
ХОБОТКОВА Е.Л., АРТЫМУК Н.В. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК-ПЕРВОКУРСНИЦ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	139
ШРАМКО С.В., БАЖЕНОВА Л.Г., ЗОРИНА Р.М., КРАЮШКИНА Н.А. ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ	140
ШРАМКО С.В., ЗОРИНА Р.М., БАЖЕНОВА Л.Г., ЧИРИКОВА Т.С. СОДЕРЖАНИЕ АЛЬФА-2-МАКРОГЛОБУЛИНА И ИММУНОГЛОБУЛИНА G В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ПРИДАТКОВ МАТКИ	141
ШУЛЬГА Ю. В., ГЕРАСИМОВ А.В., КРАСИЛЬНИКОВ С.Э., ГУЛЯЕВА Л.Ф. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ СУЛЬФОТРАНСФЕРАЗЫ И СУЛЬФАТАЗЫ В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТЕЛА МАТКИ	142
 РАЗДЕЛ III. РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	
КАРПОВА М.А., СОТНИКОВА Л.Е., СМИРНОВА В.С., КОЖУХОВА И.В., ОСОКИНА И.В., ГОРОШКОВА М.Ю., МАЛЬЦЕВА Е.В. ОПУХОЛЬ ВИЛЬМСА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА – СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	144
КОРНЕВА Е.Ю., БАЖЕНОВА Л.Г., ЛЕВЧЕНКО В.Г., БУТЕНКО С.П. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 20 НЕДЕЛЬ НА ФОНЕ УРОСЕПСИСА	146
САМУСЕНКО Н.А., ГУСЯТИНА Г.Н., СИВОВА Н.Д. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С АУТОИММУННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	148

