



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: (3842) 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

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», г. Кемерово,
ул. Сибирская, 35

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Подолужный В.М. – зам. главного редактора, Чурля-
ев Ю.А., Шипачев К.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кеме-
рово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кеме-
рово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемеро-
во), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово),
Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Ново-
кузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф.
(Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И.
(Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селедцов А.М. (Кеме-
рово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово),
Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н.
(Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р.
(Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 4-2009: НЕРЕШЕННЫЕ И ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. Материалы XIII Российской научно-практической конференции, посвященной юбилею кафедры акушерства и гинекологии КемГМА. 23-24 апреля 2009 г. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2009. — 112 с.

Спецвыпуск содержит материалы XIII Российской научно-практической конференции «Нерешенные и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии».

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ВЫПУСКА:

Артымук Н.В.

проф., д.м.н., зав. каф. акушерства и гинекологии № 2 КемГМА

Ушакова Г.А.

проф., д.м.н., зав. каф. акушерства и гинекологии № 1 КемГМА

Зеленина Е.М.

зам. начальника Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области

Технические редакторы:

Тришкин А.Г.

Елгина С.И.

Генеральный спонсор:

Институт Здоровья Семьи (г. Москва), генеральный директор – Н.В. Вартапетова

Спонсоры выпуска:

ООО «Биокад», «Бионорика», ООО «Вайет», ООО «ВитАсепт», Гедеон Рихтер, представительство фирмы «Д-р Редди'с Лабораторис ЛТД», Елатомский приборный завод, ЗАО «МираксФарма», НПП «Медицинские системы», ООО «Мир-Фарм», «Нижфарм», ЗАО «Пенткрофт Фарма», Полисан, Ранбакси Лабораториз Лтд., ООО «Рош-Москва», Солвей Фарма, НПО «Синтез», ЗАО «Фарм-Синтез», ЗАО «АО Шеринг-Плау», ЗАО АО Шеринг, Юнифарм, АО «Ядран».

50 ЛЕТ СЛУЖИМ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ, СТУДЕНТАМ И ВРАЧАМ

История кафедры акушерства и гинекологии Кемеровской медицинской академии начинается с имени великой женщины, русского интеллигента, высокообразованного врача, майора медицинской службы, ученого — доктора медицинских наук, профессора Любови Александровны Решетовой.

Первыми ассистентами были врачи родильного дома № 1 г. Кемерово Екатерина Георгиевна Титова и Валентина Сергеевна Левчук, первым и единственным лаборантом — Татьяна Максимовна Федорова.

Клинической базой кафедры стала Городская клиническая больница № 3 и Родильный дом № 1. В последующем, при непосредственном участии Любови Александровны и благодаря ее инициативе и настойчивости, клиническая база кафедры постепенно расширялась: надстроен третий этаж родильного дома № 1, открыт 4-й родильный дом в поселке Южный, 5-я женская консультация, а в последующем как клинические базы использовались: Областная больница, Медсанчасти № 11 и № 12, Родильный дом № 3, Родильный дом № 5, Женская консультация № 1.

В разное время на кафедру пришли и работали: Титова Е.Г., Левчук В.С., Шкуркина Л.И., Шуйкина Е.П., Варнавальская Т.В., Тараканова Л.Ф., Анищенко М.М., Богданов Е.А., Щер-



Решетова Л.А., д.м.н., профессор

бань Т.М., Германов В.Т., Орлова Н.И., Ильина Р.И., Мозес Г.А., Кузнецова Н.П., Кубасова Л.А., Аверкина В.В., Кандаурова В.Я., Черняева В.И., Помыткина Л.М., Фетисова Т.И.

В 1977 году кафедру возглавила к.м.н., доцент Е.Г. Титова.

С 1987 года по настоящее время кафедру возглавляет доктор медицинских наук, профессор Г.А. Ушакова.

В 1996 г. кафедра была разделена на № 1 и № 2. Кафедру акушерства и гинекологии № 2 в настоящее время возглавляет воспитанница кафедры акушерства и гинекологии, доктор медицинских наук, профессор Наталья Владимировна Артымук, а основной клинической базой этой кафедры стала Кемеровская областная клиническая больница.

В настоящее время коллектив кафедры акушерства и гинекологии № 1 — это, с одной стороны, профессиональная «зрелость», с другой, подающая большие надежды «молодость».

Ушакова Галина Александровна — заслуженный врач Российской Федерации, академик РАЕ им. В.И. Вернадского, доктор медицин-



Титова Е.Г., к.м.н., доцент

ских наук, профессор. В 1966 г. окончила аспирантуру на кафедре акушерства и гинекологии КГМИ. В 1967 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Метрогемостат в профилактике и лечении ранних послеродовых кровотечений», в 1986 г. — докторскую диссертацию на тему «Становление репродуктивной функции женского населения и основы первичной профилактики ее нарушений». Автор 250 научных работ, 6 монографий, нескольких изобретений, 6 свидетельств о государственной регистрации программ для ЭВМ.

Мозес Вадим Гельевич — доктор медицинских наук, профессор. В 1996 году окончил лечебный факультет Кемеровской государственной медицинской академии. С 1996-1998 гг. проходил обучение в клинической ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии № 2. С 1998-2000 гг. — аспирантура на кафедре акушерства и гинекологии № 1 КемГМА. В 2000 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Варикоз вен малого таза у женщин после перенесенного воспалительного процесса органов малого таза. Клиника, диагностика, лечение, профилактика». В 2006 г. успешно защитил докторскую диссертацию «Варикозное расширение вен малого таза у женщин в разные возрастно-биологические периоды жизни. Диагностика, лечение и система его профилактики». В 2002 г. прошел квалификационный курс «Эндоскопия в гинекологии». Врач высшей категории. Автор 85 научных работ,



Мозес В.Г., д.м.н., профессор



Ушакова Г.А., д.м.н., профессор

1 монографии, 3 методических рекомендаций. В настоящее время является куратором Родильного дома № 5 Детской клинической больницы № 5 г. Кемерово.

Григорук Надежда Петровна — кандидат медицинских наук, доцент. В 1962 г. окончила КГМИ. С 1968-1971 гг. проходила обучение в клинической аспирантуре на кафедре акушерства и гинекологии. В 1971 г. защитила кандидатскую диссертацию — «Лечение слабости родовой деятельности импульсным током экспоненциальной формы». Является автором 69 научных работ, 7 методических рекомендаций. Имеет высшую врачебную категорию. В настоящее время занимается актуальными вопросами акушерства и гинекологии. Является куратором отделения патологии беременности акушерской клиники ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского. Надежда Петровна — эталон врачебной совести и беззаветного служения своей профессии.

Миняева Юлия Михайловна — кандидат медицинских наук, ассистент. В 1963 г. окончила КГМИ. С 1967-1969 гг. проходила обучение в клинической ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии № 1. В 1979 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Состояние щелочных резервов крови у женщин с затянувшимся прелиминарным периодом и их коррекция у матери и плода». Является автором 23 научных работ, 1 методической разработки. Имеет высшую врачебную категорию. Работа-

ет в гинекологическом отделении ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского.

Елгина Светлана Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент. В 1991 г. окончила КемГМА. С 1991-1993 гг. проходила обучение в клинической ординатуре, а затем с 1993-1996 гг. — в клинической аспирантуре на кафедре акушерства и гинекологии № 1. В 1996 г. защитила кандидатскую диссертацию «Репродуктивное здоровье девочек и научные основы первичной профилактики его нарушений». Является автором более 100 научных работ, 6 методических рекомендаций. Научное направление в настоящее время — проблема репродуктологии новорожденных. Имеет высшую врачебную категорию. Является куратором гинекологического отделения ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского.

Новикова Оксана Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент. В 1994 г. окончила КемГМА. В 1994-1995 гг. проходила обучение в клинической интернатуре на кафедре акушерства и гинекологии, в последующие годы окончила клиническую ординатуру и аспирантуру. В 2000 г. защитила кандидатскую диссертацию «Методы экстракорпоральной гемокоррекции в профилактике и лечении послеродовых гнойно-септических заболеваний у женщин с длительным безводным периодом и хориоамнионитом в родах». Является автором 72 научных работ, 3 методических рекомендаций. Научное направление в настоящее время: инфицированное плодное яйцо — особенности течения беременности, родов, состояния новорожденных. Имеет высшую врачебную категорию. Является куратором родильного зала и послеродового отделения акушерской клиники.

Захаров Игорь Сергеевич — кандидат медицинских наук, ассистент. В 1998 г. окончил Кем-



Григорук Н.П., к.м.н., доцент

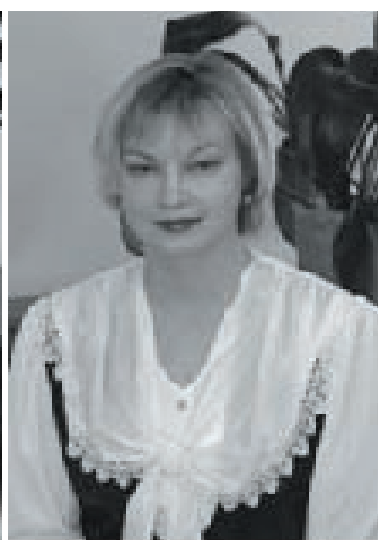
ГМА. С 1998-2000 гг. обучался в клинической ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии № 1. Затем продолжил обучение на кафедре в качестве аспиранта. В 2003 г. защитил кандидатскую диссертацию «Прогнозирование и коррекция адаптационных нарушений в группе риска позднего гестоза на основе кардиоинтервалографии». Является автором 24 научных работ, 2 методических рекомендаций. В настоящее время



**Миняева Ю.М.,
к.м.н., ассистент**



**Елгина С.И.,
к.м.н., доцент**



**Новикова О.Н.,
к.м.н., доцент**

занимается изучением адаптационных процессов в системе мать-плацента-плод. Имеет вторую врачебную категорию. Работает в ОПБ родильного дома № 1.

Кочергина Юлия Валерьевна — кандидат медицинских наук, ассистент. В 1998 году окончила лечебный факультет Кемеровской государственной медицинской академии. 1998-2001 гг. — ординатура по акушерству и гинекологии на кафедре акушерства и гинекологии № 1, затем в 2001-2004 гг. продолжила обучение в клинической аспирантуре. В 2004 году защитила кандидатскую диссертацию «Клиническая оценка репродуктивной системы девочек при рождении. Перинатальные факторы риска в прогнозировании ее нарушений». Является автором 30 научных работ, одной монографии.

Рудаева Елена Владимировна — кандидат медицинских наук, ассистент. В 2002 г. с отличием окончила лечебный факультет Кемеровской государственной медицинской академии. 2002-2004 гг. — обучение в клинической ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии № 1. В 2007 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать-плацента-плод у беременных с дефицитом массы тела». Опубликовала 15 научных работ. В настоящее время занимается изучением вариабельности сердечного ритма матери и плода патологической массы тела беременной. Работает в ОПБ Родильного дома № 1.

дований по этому очень важному для Кузбасса разделу участвовали профессор Л.А. Решетова, ассистенты В.С. Левчук, Л.И. Шкуркина, Л.Н. Помыткина, С.В. Вдовин, Н.И. Орлова, Т.И. Янчилина и др. По материалам этих исследований были защищены кандидатские диссертации. Очень важной в практическом отношении была проблема регуляции родовой деятельности: частота затяжных родов достигала 10 %, кровотечений — 12 %. В исследовании по регуляции родовой деятельности и профилактике акушерских осложнений принимали участие Е.П. Шуйкина, Н.П. Григорук, М.М. Анищенко, Л.Ф. Тараканова, Г.А. Ушакова, Л.И. Ксэндзов, В.Т. Германов. По материалам исследований защищено несколько кандидатских диссертаций, а в 1972 году Любовь Александровна выступила с сообщением об этих исследованиях в Лейпциге на международном симпозиуме.

Основным направлением научно-исследовательской работы, возглавляемой профессором Г.А. Ушаковой, является проблема «Научные основы первичной профилактики нарушений репродуктивной системы женщин на основных этапах ее становления». Основными разделами исследований являются: клинические проблемы репродуктологии неонатального периода; репродуктивное здоровье девочек и подростков; репродуктивные проблемы у женщин с гипоталамическим синдромом; дисплазия соединительной ткани в патогенезе нарушений репродуктивной



Захаров И.С.,
к.м.н., ассистент



Кочергина Ю.В.,
к.м.н., ассистент



Рудаева Е.В.,
к.м.н., ассистент

Основным направлением научных исследований, выполняемых под руководством Л.А. Решетовой, было изучение влияния промышленных производственных факторов на специфические функции женщин. В выполнении научных иссле-

системы в различные возрастно-биологические периоды женщины; регуляторные и энергетические процессы в системе мать-плацента-плод. По проблеме выполнено под руководством профессора Г.А. Ушаковой и защищено 30 диссертаций,

из них 3 — докторские. Большое внимание уделяется научной работе практических врачей. Защищали кандидатские диссертации: Яковлева Н.В., Лукина Н.А., Теленкова Ж.Н., Власова В.В., Николаева Л.Б., Гвоздецкая М.П., Назаренко М.Ю., Карась И.Ю., Карсаева В.В., Кубасова Л.А., Богданова Н.Л., Ермакова Н.П., Воронина Е.М., Бахабаева, Минаева Т.А. В настоящее время выполняют научные исследования врачи: Николаева Л.Б. — докторская диссертация, кандидатская диссертация, Васютинская Ю.В., Пермякова А.В., Бова О.С., Фанасков С.В, Гребнева И.С. Сотрудники кафедры активно участвуют в последипломном обучении врачей через клиническую интернатуру и ординатуру, сертификационные и тематические циклы.

Чрезвычайно важным разделом работы сотрудников кафедры является лечебная работа. Профессор Г.А. Ушакова — медицинский директор акушерско-гинекологической клиники № 3 им. М.А. Подгорбунского, доцент Н.П. Григорук — куратор отделения патологии беременных, доцент О.Н. Новикова — куратор родильного блока и послеродового отделения, доцент С.И. Елгина — куратор гинекологического отделения, профессор В.Г. Мозес — куратор Родильного дома № 5.

Для оптимизации работы акушерско-гинекологической клиники разработано и издано пособие «Организация работы акушерско-гинекологической клиники в составе крупной многопрофильной больницы», Ушакова Г.А., 2001 г. Для врачей разработано, издано типографским способом практическое руководство по ведению физиологических и осложненных родов «Поступила женщина на роды», Г.А. Ушакова, Н.П. Григорук, 2003 г.; «Клинические лекции по детской гинекологии», Г.А. Ушакова, 2001 г.

Большой вклад сделан сотрудниками кафедры в развитие детской гинекологии в регионе и стране. Впервые в стране разработана организационная и функциональная структура системы оказания детской гинекологической помощи, региональная программа «Охрана репродуктивного здоровья детей» с использованием современных компьютерных технологий, действующая модель этой программы (г. Анжеро-Судженск, М.Ю. Назаренко), стандарты и оценочные таблицы физического и полового развития детей, в том числе малочисленных народов, проживающих в Горной Шории (Г.А. Ушакова, С.И. Елгина, Ж.Н. Теленкова), программа для ЭВМ «Репродуктивный прогноз детей» (Г.А. Ушакова, С.И. Елгина, 2007 г.).

За 50 лет на кафедре обучалось более 22 тысяч студентов, 512 из окончивших Кемеровский медицинский институт, работают акушерами-гинекологами в области.

С первых дней работы кафедры студенты были в центре внимания. История сохранила память об исключительно уважительном и забот-

ливом отношении к студентам Любови Александровны Решетовой. На свои деньги она купила раскладушку, чтобы студенты во время дежурств могли отдохнуть. Раскладушка, конечно, в скором времени разломалась, так как на нее, бедную, сразу ложились несколько человек, но память о доброте осталась. В отношении к студентам наш принцип — «Плохих студентов не бывает»!

Основой успешной педагогической работы является хорошая методическая база. На кафедре разработаны межкафедральная программа по акушерству и гинекологии, фундаментальное пособие «Стандарты, учебный план и программы непрерывного образования по акушерству и гинекологии» (780 стр.), большой банк тестовых заданий для всех уровней обучения, учебное пособие для студентов «Акушерство в алгоритмах», «Клинические тренинги по акушерству» и другие.

С момента открытия кафедры акушерства и гинекологии было организовано студенческое научное общество. В задачи СНО входит более углубленное изучение предмета, а также осуществление первых шагов в направлении научно-исследовательской работы. Работа студентов в научном обществе помогает осуществлению принципа преемственности между этапами студенчества, последиplomного обучения и аспирантурой.

Управление деятельностью научного общества осуществляется председателем, который избирается из числа студентов, под руководством одного из преподавателей кафедры. Первым руководителем СНО была профессор, д.м.н. Л.А. Решетова, затем ее сменила профессор, д.м.н. Г.А. Ушакова, длительное время руководителем научного общества была доцент, к.м.н. С.И. Елгина. В настоящее время руководство СНО на кафедре осуществляет к.м.н. И.С. Захаров.

Большинство молодых сотрудников кафедры в свои студенческие годы занимались в научном обществе. СНО кафедры имеет достаточную материально-техническую оснащенность, включая возможность работы с мультимедийным оборудованием.

Результаты работы СНО публикуются в сборниках ежегодных научных конференций, организованных Академией. Молодые ученые делают доклады на секционных заседаниях, а также на пленарных заседаниях. Неоднократно доклады участников СНО заслушивались на Всесоюзных, а затем Всероссийских конференциях. За прошедшие 50 лет сделано более 500 докладов.

Научная, врачебная и педагогическая работа кафедры имеет признание в России: Российской академией естествознания им. В.И. Вернадского Г.А. Ушаковой присвоено ученое звание академика; Почетное звание Заслуженный деятель науки и образования, Почетное звание Основатель научной школы «Научные основы первичной профилактики нарушений репродуктивного



здоровья женского населения на основных возрастно-биологических этапах его становления», имеет сертификат участника интернет-энциклопедии «Выдающиеся ученые России», биография опубликована в 4-х томном издании «Ученые России»; награждена медалью имени Альфреда Нобеля и медалью им. В.И. Вернадского.

За заслуги в области развития отечественного образования кафедра акушерства и гинекологии № 1 КемГМА награждена дипломом «Золотая кафедра России».

Прошедшие полвека были трудными, но плодотворными. Мы надеемся, что последующие будут еще более достойными.



БЕЛОКРИНИЦКАЯ Н.И., БЕЛОКРИНИЦКАЯ Т.Е., СУТУРИНА Л.В.¹
*Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита, Россия*

*¹Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека РАМН,
г. Иркутск, Россия*

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕРТИЛЬНОСТИ, ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВУШЕК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

В статье представлены результаты интервьюирования и медицинских осмотров девушек русской и бурятской национальностей, проживающих в Забайкальском крае и сопоставимых по возрасту и материальному положению. Девушки русской национальности имели более ранний возраст сексуального дебюта, большее число внебрачных половых контактов, разводов, родов, аборт, хронических воспалительных заболеваний репродуктивных органов. Относительные величины фертильных и предполагаемо фертильных девушек среди русских выше в 2,1 раза, первично бесплодных – больше в 3,06 раза, чем у девушек-буряток.

Ключевые слова: этнические особенности, гендерное поведение, гинекологическая заболеваемость, фертильность, девушки-студентки.

BELOKRINITSKAYA N.I., BELOKRINITSKAYA T.YE., SUTURINA L.V.¹
*Chita State Medical Academy,
Chita*

*¹Scientific Center of family health problems and human reproduction,
Irkutsk*

ETHNIC FEATURES OF FERTILITY, GENDER BIHAVIOR AND GYNECOLOGIC MORBIDITY OF YOUNG WOMEN IN ZABAISKALSKY REGION

In this article we present the results of anonymous interviewing and gynecologic examination of Buryat and Russian young women, living in Zabaikalsky Region. No significant differences in age and material status were observed between 2 groups. It was shown, that Russian young women characterized by the early age at 1st sexual debut and greater number of illegitimate sexual contacts. The number of divorces, labors, abortions, chronic pelvic end cervix inflammatory diseases was higher in group of Russian female students. The rate of fertile and supposed to be fertile female students in accordance with WHO criteria of fertility, significantly increases (7 times) in 6th-year students in comparison with the 1st-year students; the rate of primary infertility decreases (3 times), and the prevalence of secondary infertility is rather stable. The rate of fertile and supposed to be fertile russian young women is assumed above in 2,1 times, the rate of primary infertility – more in 3,06 times, than at the buryat female students.

Key words: ethnic features, fertility, gender behavior, gynecologic morbidity, female students.

В связи с неблагоприятной демографической ситуацией охрана репродуктивного здоровья населения России приобрела в последние десятилетия статус приоритетной медико-социальной и общегосударственной проблемы [1, 2, 3, 4, 6]. Забайкалье, как и подавляющее число регионов России, с 1993 года вступило в полосу социального и медико-демографического кризиса, одним из итоговых признаков которого явился процесс депопуляции. На протяжении многих лет в Забайкалье существовал регрессивный тип воспроизводства населения, чему в немалой степени способствовали значительные миграционные потери, неуклонный рост показателей смертности

и традиционная ориентация населения на малодетную семью [1, 2, 3, 5]. Забайкальский край, объединивший в 2007 году Читинскую область и Агинский Бурятский автономный округ, в настоящее время занимает одно из ведущих мест в Восточно-Сибирском регионе по площади территории (450,5 тыс. км²) и одно из последних – по плотности населения (2,9 чел./км²), опережая лишь Эвенкийский и Таймырский автономные округа и республику Тыва. С 2007 года в основных демографических показателях Забайкальского края наметилась положительная динамика: отмечен положительный естественный прирост населения (табл.).

Таблица
Динамика общих демографических показателей в Забайкальском крае

Показатели	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	СФО 2007 г.	РФ 2007 г.
Рождаемость	13,5	13,9	14,7	15,9	12,7	11,3
Общая смертность	17,2	15,5	14,4	14,3	14,4	14,6
Естественное движение населения	-3,7	-1,6	+0,3	+1,6	-1,7	-3,3

Важнейшей составляющей репродуктивного потенциала любой нации является молодежь. Репродуктивное здоровье подростков, наиболее подверженных негативному влиянию окружающей среды и общества, в современных условиях представляет собой многоплановую и сложную проблему. Кроме того, известно, что на формирование поведенческих реакций индивида большое влияние оказывают национальные традиции, культура и религия [3].

Оценивая ситуацию в целом, социологи, психологи и медики заключили, что к началу XXI века произошли существенные изменения стереотипов поведенческих реакций, в том числе гендерного поведения подростков и молодежи, которые, в конечном итоге, способствовали значительному росту их роли в формировании показателей аборт, рождаемости, материнской заболеваемости и смертности, а также прогрессирующему увеличению гинекологической заболеваемости [1, 2, 4, 6, 7].

Необходимо отметить, что среди различных категорий подростков особая роль в обществе отводится студенческой молодежи, которая, помимо участия в процессах воспроизводства населения, является еще и резервом интеллектуального потенциала нации.

Цель исследования — оценить фертильность, гендерное поведение и гинекологическую заболеваемость девушек бурятской и русской национальностей, проживающих на территории Забайкалья.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе исследования проведен анонимный опрос девушек-студенток Читинской государственной медицинской академии бурятской и русской национальностей (фото) в возрасте от 17 до 25 лет по специально разработанным анкетам, состоящим из 65 вопросов о возрасте, семейном положении, регулярности сексуальных контактов, способах контрацепции, репродуктивных планах и анамнезе.

Статистической обработке было подвергнуто по 100 анкет, взятых из каждой группы девушек слепым способом, но сопоставимых по возрасту.

В соответствии с классификационным алгоритмом фертильности ВОЗ (стандартизованный протокол ВОЗ № 88093), опрошенные девушки

разделялись на пять категорий: 1) фертильные — женщины, имевшие беременность в течение текущего года или продолжающие сохранять беременность в данное время; 2) предполагаемо фертильные — женщины, имевшие в анамнезе беременность более 1 года назад; 3) первично бесплодные — женщины, в анамнезе которых не было беременности, несмотря на регулярные половые контакты в течение года при условии отсутствия использования методов контрацепции; 4) вторично бесплодные — бесплодные женщины с наличием беременности в анамнезе; 5) с неизвестной фертильностью — женщины с отсутствием беременности в анамнезе вследствие использования методов контрацепции и/или при условии нерегулярных половых контактов.

На втором этапе исследования проведено гинекологическое обследование этих девушек в рамках ежегодного профилактического осмотра с заполнением формы 086-у.

Все полученные данные вносили в специально созданную реляционную базу в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, m — ошибка среднего, n — объем анализируемой подгруппы, p — достигнутый уровень значимости. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез оценивали с помощью t -test, считая статистически достоверными значения « p » менее или равными 0,05. При анализе качественных признаков учитывали оценку долей в сово-

Фото
Девушки Забайкальского края



купности с расчетом стандартной ошибки доли при помощи формулы Бернулли.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно нашим исследованиям, в возрасте 17-25 лет имеют сексуальные отношения 89 % русских девушек и 68 % девушек-буряток. Возраст сексуального дебюта у большинства девушек русской национальности пришелся на 18 лет ($52 \pm 2,6\%$), у буряток — 20 лет ($48 \pm 3,4\%$). Мотивы начала половой жизни в сравниваемых группах также имели существенные отличия и были более разнообразны у русских девушек: 47 % — любовь; по 12 % — любопытство или насилие; по 6 % — стремление понравиться молодому человеку или алкогольное опьянение; 17 % на этот вопрос ответить затруднились. Девушки-бурятки в 95 % в качестве основного мотива назвали любовь; 4 % — любопытство; 1 % — алкогольное опьянение.

На момент опроса замужем были 46 % девушек-буряток и 34 % русских, что составило 67,6 % и 38,2 % от числа сексуально активных, соответственно. До вступления в брак не имели половых партнеров 18 % девушек русской национальности и 36 % — бурятской, по 1 половому партнеру было у 39 % и 31 % студенток, соответственно, по 2 — у 23 % и 19 %, по 3 и более — у 20 % и 14 %, соответственно. В брак никогда не вступали 22 % девушек-буряток и 40 % — русских (32,2 % и 44,9 % от числа сексуально активных, соответственно). Все разведенные девушки были русской национальности — 3 % (3,37 % от числа сексуально активных). Роды в анамнезе имели 7,87 % (7) девушек русской национальности и 2,94 % (2) девушек-буряток, аборт — 3,37 % (3) и 1,47 % (1), соответственно.

Структура гинекологических и заболеваний в сравниваемых группах была неодинакова. По частоте встречаемости у русских девушек преобладали хронические цервициты — 21 %, хронические воспалительные заболевания труб и яичников — 6 %, у девушек бурятской национальности эти заболевания встречались значительно реже, в 7 % и 2 %, соответственно. Другие гинекологические нарушения зарегистрированы с одинаковой частотой: олигоаменореи — 3 %, дисменореи — 5 %, предменструальный синдром — 5 %, доброкачественные опухоли яичников — 1 %. При оценке статуса фертильности по критериям ВОЗ (стандартизованный протокол ВОЗ № 880-93) 4,49 % (4) и 2,94 % (2) сексуально активных студенток соответственно русской и бурятской национальностей отнесено к группе фертильных (имели беременность в течение текущего года или продолжали сохранять беременность в данное время); 7,87 % (7) и 2,94 % (2) (соответственно) были предположительно фертильные (имели в анамнезе беременность более 1 года назад); 8,99 % (8) и 2,94 % (2) — первично бесплодные (в анамнезе

не было беременности, несмотря на регулярные половые контакты в течение года при условии отсутствия использования методов контрацепции); 2,24 % (2) и 1,47 : (1) — вторично бесплодные (бесплодные женщины с наличием беременности в анамнезе); 76,4 % (68) и 89,7 % (61) — с неизвестной фертильностью (беременности в анамнезе отсутствуют вследствие использования методов контрацепции и/или при условии нерегулярных половых контактов). Число фертильных и предполагаемо фертильных студенток закономерно возрастало от 1-го к 6-му курсам: в 7 раз (с 2 до 15); количество первично бесплодных уменьшилось в 3 раза, частота вторичного бесплодия была относительно стабильной — $1,91 \pm 0,35\%$.

ВЫВОДЫ:

Существуют этнические особенности гендерного поведения и гинекологической заболеваемости девушек, проживающих в Забайкалье. Девушки бурятской национальности характеризуются более поздним возрастом сексуального дебюта, более стабильными брачными отношениями, меньшим числом добрачных половых связей, родов и аборт. Ранняя сексуальная инициация и активность у девушек русской национальности, большее число половых партнеров и добрачных связей предопределили высокую частоту аборт, хронических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы. Среди русских девушек относительные величины фертильных и предполагаемо фертильных выше в 2,1 раза, первично бесплодных — в 3,06 раза, чем у студенток бурятской национальности, в 89,7 % имевших неизвестную фертильность за счет использования методов контрацепции или при нерегулярных половых контактах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белокриницкая, Т.Е. Репродуктивное и контрацептивное поведение женщин Забайкалья //Т.Е. Белокриницкая, Л.Л. Лобачева, З.Б. Жамсаранов //Международный журнал Планирование семьи. — 2002. — № 2. — С. 8-10.
2. Белокриницкая, Т.Е. Репродуктивные установки и контрацептивный выбор учащейся молодежи //Т.Е. Белокриницкая, Н.И. Золотарева, Л.Л. Лобачева и др. //Международный журнал Планирование семьи. — 2006. — № 1-2. — С. 32-34.
3. Белокриницкая, Т.Е. Национальная культура как фактор, определяющий сексуальное поведение и репродуктивные установки девочек-подростков //Т.Е. Белокриницкая, М.Н. Мочалова //Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2006. — № 6. — С. 77-80.
4. Кротин, П.Н. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков и пути его сохранения //П.Н. Кротин //Гедеон Рихтер в СНГ. Науч.-информ. мед. журнал. — 2001. — №3 (7). — С. 16-18.
5. Люди. Время. Факты/Региональный статистический доклад № 4. — Чита, 2008.



-
6. Савельева, И.С. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение современной молодежи: перспективы и пути оптимизации //И.С. Савельева: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2004. – 44.с.
7. Хамошина, М.Б. Влияние аборта на репродуктивную функцию юных женщин //М.Б. Хамошина, Л.А. Кайгородова, Л.В. Седаев //Гедеон Рихтер в СНГ. – 2001. – № 3(7). – С. 22-23.



ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ

Исследование посвящено изучению влияния различной гормональной контрацепции на состояние шейки матки при врожденной эктопии у подростков. Обследованы 154 девушки от 17 до 18 лет, из них у 104 выявлена эктопия шейки матки. Последним была предложена контрацепция: I группе (25 подростков) – барьерная, II (36) – микродозированные монофазные КОК, III (10) – гормональное влагалищное кольцо и IV (33) – трехфазные КОК. При кольпоцитологии через 12 месяцев наблюдения во II и IV группах в четыре раза увеличилось число цитогрaмм с явлениями метаплазии. При кольпоскопии в I группе до начала наблюдения незавершенная зона трансформации была у 3 подростков (17 %), а через 12 месяцев – у 8 (40 %), во II группе – у 10 (34 %) и 26 (74,3 %), соответственно, в III – у 4 (44,5 %) и 6 (60 %), в IV – у 8 (27,6 %) и 17 (56,7 %). Законченная зона трансформации отмечена к концу исследования у 2 девушек (5,7 %) во II группе, у 1 (10 %) в III, у 1 (3,3 %) в IV группе. Таким образом, гормональные контрацептивы оказывают благоприятное воздействие на шейку матки.

Ключевые слова: подростки, врожденная эктопия шейки матки, контрацепция, цитология, кольпоскопия.

BRUKHINA E. V., OKRAYINSKAYA O. A., USOLTSEVA E. N.
*Uralsky medical posgraduate academy,
Chelyabinsk*

INFLUENCE VARIOUS HORMONAL ON A TEENAGERS CERVICAL EROSION

The present research is devoted to study of influence various hormonal on a teenagers cervical erosion. 154 girl were surveyed in the age of from 17 till 18 years, from them at 104 girls are revealed cervical erosion. These teenagers were administrated contraceptives: to I group (25 teenagers) - condoms, to II (36) – monophasic microdosed COC, to III (10) – vaginal hormonal ring and to IV (33) – threephase COC. The number of metaplasia colpocyotograms has increased in for times in 12 months of observation in II and IV groups. The uncompleted transformation zone was in I group prior to the beginning observation at 3 teenagers (17 %) in a colposcopy, and in 12 months at 8 (40 %), in II group at 10 (34 %) and 26 (74,3 %) accordingly, in III at 4 (44,5 %) and 6 (60 %), in IV at 8 (27,6 %) and 17 (56,7 %). Transformation zone was found at 2 girls (5,7 %) in II group by the end of research, at 1 (10 %) in III and at 1 (3,3 %) in IV groups. Thus hormonal contraceptives have favourable influence on a teenagers cervical erosion.

Key words: teenagers, cervical erosion, contraception, colpocyotograms, colposcopy.

Число гинекологических заболеваний у девушек в России за последние 5 лет возросло в 3 раза и составляет 120 на 1000 человек: каждая восьмая-девятая девочка страдает каким-либо гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития. В структуре гинекологической заболеваемости преобладают воспалительные заболевания и нарушения менструальной функции (Уварова Е.В., Богданова Е.А., Гуркин Ю.А., 2001; Башмакова Н.В., 2007).

В последнее время обсуждается вопрос о влиянии гормональных контрацептивов (КОК) на эктопию шейки матки: исследования, проведенные с трехфазными и низкодозированными

эстроген-гестагенными препаратами, продемонстрировали их положительное влияние (Мама-сьян О.В., 2000; Назарова Н.М., Куперт А.Ф., 2002).

Тем не менее, данных о влиянии микродозированных гормональных контрацептивов последнего поколения на состояние шейки матки при врожденной эктопии у подростков недостаточно, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования – провести сравнительный анализ влияния различной гормональной контрацепции на состояние шейки матки при врожденной эктопии у подростков для обоснования рекомендаций по индивидуальному ведению и наблюдению за этими пациентками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были обследованы 154 девушки в возрасте от 15 до 21 года на базе Городского клинично-диагностического кабинета по охране репродуктивного здоровья подростков города Челябинска (ЦОРЗП) МУЗ ГКБ № 3.

Критериями включения в исследование были сексуально-активные подростки, наблюдающиеся в ЦОРЗП, имеющие врожденную эктопию шейки матки без дисплазии, использующие гормональную либо барьерную контрацепцию.

Критерии исключения являлись девушки, не живущие половой жизнью; сексуально-активные подростки, без изменений шейки матки; сексуально-активные подростки с эктопией, осложненной диспластическими процессами.

Из всех обследованных 50 девушек были практически здоровы и в наблюдении, лечении не нуждались, а у 104 пациенток была выявлена эктопия шейки матки, они были разделены на группы в зависимости от вида назначенной контрацепции:

- I группа контроля включала 25 подростков, использующих барьерную контрацепцию;
- II группа — 36 пациенток, принимающих микродозированные монофазные комбинированные оральные контрацептивы двух видов, содержащие 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена;
- III группа — 10 подростков, применяющих интравагинальный гормональный контрацептив (влагалищное кольцо), выделяющий 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела в сутки;
- IV группа — 33 пациентки, принимающих трехфазные комбинированные оральные контрацептивы, содержащие 35 мкг этинилэстрадиола и 50 мкг дезогестрела; 30 мкг этинилэстрадиола и 100 мкг дезогестрела; 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела.

В процессе исследования заполнялась специальная карта наблюдения, в которой фиксировались медико-социальные данные.

Подросткам проводилась расширенная кольпоскопия (кольпоскоп «Olympus-OCS-K(E)») при первом обращении, через 3, 6, 9 и 12 месяцев после начала обследования. Кольпоскопическая картина оценивалась согласно Международной классификации кольпоскопических терминов (Рим, 1990). Цитологическое исследование соскобов эндоцервикса и экзоцервикса проводилось всем пациенткам при первом обращении, через 3, 6, 9 и 12 месяцев после начала обследования.

Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием программы «SPSS 12.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст пациенток составил в I группе $17,2 \pm 0,3$ лет, во II — $17,1 \pm 0,2$, в III — $18,4 \pm 0,5$ и в IV — $17,4 \pm 0,3$ лет ($p_{1-3} = 0,04$, $p_{2-3} = 0,01$).

Большинство опрошенных были учащиеся школ — 57 человек (37 %), колледжей — 54 человека (35 %), студентки ВУЗов — 23 (15 %), остальные 20 девушек (13 %) — учащиеся техникумов, профтехучилищ, и работающие.

Оказалось, что опыт сексуальной жизни имели 87 % опрошенных нами подростков (38 % начали половую жизнь в 15 лет, а 4 % — до 14 лет). Установлено, что имеется существенный разрыв между возрастом сексуального дебюта и планируемым возрастом рождения первенца (7-10 лет). Около 40 % обследованных имели 2 и более половых партнеров; в 13 % случаев анамнез отягощен абортми; в 29 % — гинекологической патологией, причем у 17 % выявлены воспалительные заболевания.

Явления метаплазии (критерии эпителизации эктопии) в группе, использующей барьерную контрацепцию, исходно были у 1 девушки (4 %) и через 12 месяцев не наблюдались вовсе. Аналогичная ситуация была в III группе на фоне влагалищного гормонального кольца: ни у одной пациентки метапластического эпителия до и во время исследования выявлено не было. В противоположность этому, у подростков II группы до назначения монофазных КОК метаплазия отмечена у 1 человека (2,8 %), через 3 и 6 месяцев наблюдения — у 2 (5,6 %), через 9 месяцев — у 3 (8,3 %) и к концу исследования — у 4 подростков (11,1 %). В IV группе подобные изменения были более выраженными в начале и середине наблюдения: у 1 девушки (3 %) до приема применения трехфазных гормональных контрацептивов, у 3 (9 %) через 3 месяца, у 4 (12,1 %) через 6, у 3 (9,1 %) через 9 и у 4 (12,1 %) через 12 месяцев. Кроме того, у подростков через 12 месяцев приема монофазных КОК зарегистрирована четкая тенденция увеличения числа нормальных цитогрaмм на 19,5 % и уменьшения воспалительных типов мазка на 27,8 % ($p_{0-6 \text{ мес}} = 0,03$; $p_{0-3 \text{ мес}}, p_{0-9 \text{ мес}}, p_{0-12 \text{ мес}} > 0,05$). На фоне влагалищного кольца на 10 % увеличилось количество нормальных ответов цитологии и на столько же уменьшилось число воспалительных. При приеме трехфазных КОК увеличилось количество нормальных цитогрaмм на 15,1 % и уменьшилось воспалительных типов мазка на 24,2 %. У подростков, использующих барьерную контрацепцию, эти показатели были 8 % и 4 %, соответственно, несмотря на то, что при выявлении воспалительных изменений лечение получали все пациентки, независимо от группы.

Результаты лечения оценивали по восстановлению нормального эпителиального покрова вла-

галищной части шейки матки при кольпоскопии, обращая внимание на наличие незаконченной (НЗТ) или законченной зоны трансформации (ЗЗТ) (Кондриков Н.И., 1993). В ряде случаев выявлено наличие только стыка между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием без признаков трансформации (Международная классификация кольпоскопических терминов, Рим, 1990).

Зарегистрированы достоверные отличия у пациенток I контрольной и II групп уже начиная с 3 месяца наблюдения. В I группе до начала исследования НЗТ, свидетельствующая о начале процесса эпителизации эктопии шейки матки, отмечалась у 3 пациенток (17 %), к 3 месяцу — у 5 (27 %), а во II группе — у 10 (34 %) и 16 (55 %), соответственно ($p_{1,2} = 0,02$). Спустя 6 месяцев от начала исследования НЗТ в I группе выявлена в 5 случаях (27 %), а во II — в 20 (62,5 %, $p_{1,2} = 0,006$), через 9 месяцев — у 7 (35 %) и 24 (72,7 %), соответственно ($p_{1,2} = 0,003$). Через 12 месяцев НЗТ отмечалась в I группе у 8 девушек (40 %), во II группе — у 26 (74,3 %) ($p_{1,2} = 0,0001$). При этом у 2 пациенток (5,7 %) II группы к 12 месяцу появилась ЗЗТ, что говорит о полной эпителизации шейки матки.

Эктопия в сочетании с кольпитом до начала исследования в I группе была у 7 человек (28 %), через 3 и 6 месяцев показатели оставались прежними, через 9 и 12 месяцев — у 5 человек (20 %). Во II группе до начала исследования у 7 пациенток (19,4 %) выявлен кольпит, через

6 месяцев — у 4 (11,1 %), через 9 месяцев — у 3 (8,3 %), а к 12 месяцу — только у 1 девушки (2,8 %, $p_{1,2} = 0,0001$).

В III группе до начала исследования НЗТ выявлена у 4 девушек (44,5 %), а эктопия в сочетании с кольпитом — только у 1 (10 %). При сравнении с контрольной группой достоверные отличия выявлены на 6 месяце наблюдения — НЗТ обнаружена у 5 человек (50 %, $p_{1,3} = 0,02$), через 9 месяцев — у 6 (60 %, $p_{1,3} = 0,02$), через 12 месяцев — у 6 (60 %, $p_{1,3} = 0,04$), а полная эпителизация (ЗЗТ) отмечена в 1 случае (10 %).

В IV группе до начала исследования НЗТ выявлена в 8 случаях (27,6 %), через 3 месяца наблюдения — у 10 девушек (34,5 %), через 12 месяцев — у 17 (56,7 %), при этом у 1 пациентки (3,3 %) сформировалась ЗЗТ. Явления кольпита изначально выявлены у 4 девушек (12,1 %), к концу наблюдения — у 3 (9,1 %).

ВЫВОДЫ

Состояние репродуктивного здоровья современных девушек, особенности их сексуального поведения требуют тщательного наблюдения при врожденной эктопии шейки матки с использованием кольпоцитологии и кольпоскопии. Гормональные контрацептивы, особенно оральные монофазные, оказывают благоприятное воздействие на шейку матки у подростков при врожденной эктопии и могут быть рекомендованы юным женщинам, как для предупреждения нежелательной беременности, так и для ускорения эпителизации эктопии.



ЕЛГИНА С.И.

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

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ГОНАДОТРОПНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМОЙ И ПЛАЦЕНТОЙ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Целью настоящего исследования явилось изучение зависимости гонадотропных и половых гормонов у доношенных и недоношенных новорожденных от функции плаценты. Исследование гормональных показателей и нейроэндокринных взаимоотношений не выявило связи между гонадотропно-гонадной системой здоровых доношенных новорожденных и функцией плаценты, что можно оценить как готовность гонадотропно-гонадной системы доношенных новорожденных к новому периоду самостоятельного постнатального развития. Функция гипофиза и гонад недоношенных новорожденных находится под влиянием хориального гонадотропина плаценты, что особенно выражено у новорожденных женского пола. Это можно рассматривать, как функциональную незрелость гонадотропно-гонадной системы недоношенных новорожденных.

Ключевые слова: новорожденные, гонадотропно-гонадная система, гормоны.

YOLGINA S.I.

*State Educational Establishment of Higher Vocational Training "The Kemerovo State Medical Academy" of the Rosdrav's Federal Agency on Health and Social Care,
Kemerovo*

NEUROENDOCRINE INTERRELATIONS BETWEEN GONADOTROPHIC-GONADAL SYSTEM AND PLACENTA IN FULL-TERM AND PREMATURE NEWBORNS

The aim of the research was to investigate the dependence of gonadotrophic and sexual hormones on the placenta's function in full-term and premature newborns.

The study of the hormone indices and neuroendocrine interrelations did not reveal any connection between gonadotrophic-gonadal system of healthy mature newborns and the functions of the placenta. That might be regarded as readiness of the full-term newborns' gonadotrophic-gonadal system for a new period of an independent postnatal development.

The function of the pituitary body and gonads in premature newborns is affected by the chorionic gonadotropin of the placenta that is especially evident in female newborns. This can be considered as a functional immaturity of the premature newborns' gonadotrophic-gonadal system.

Key words: newborns, gonadotrophic-gonadal system, hormones.

Одной из важных научных и практических проблем является разработка клинко-лабораторных (гормональных) показателей репродуктивной системы ребенка к моменту рождения [1, 2, 3, 4, 5]. По аналогии с другими возрастными периодами маркерами этой системы может служить исследование гормонов оси гипофиз – гонады. В становлении репродуктивной системы внутриутробного плода определенную роль играет плацента [6, 7, 8].

Цель исследования – изучение зависимости гонадотропных и половых гормонов у доношенных и недоношенных новорожденных от функции плаценты. Программа исследования предусматривала изучение у доношенных и недоношенных новорожденных содержания гонадотропных и половых гормонов, половые различия, связь с функцией плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы доношенные новорожденные от неосложненной беременности и недоношенные дети.

I группу составили 94 доношенных новорожденных (50 девочек и 44 мальчика) от неосложненной беременности. Критериями включения в I группу являлись доношенная беременность, неосложненное течение беременности и родов. II группу составили 67 недоношенных новорожденных (33 девочки и 34 мальчика) от преждевременных родов в сроке беременности 28-36 недель. Критериями включения во II группу являлись недоношенная беременность, преждевременные роды недоношенным плодом в сроке гестации 28-36 недель. Критерием исключения из обеих групп было наличие у матерей эндокринной пато-



логии. Беременные и новорожденные обследованы по общепринятому клиническому стандарту. При сравнительном анализе анамнестических, антропометрических и клинических данных между доношенными новорожденными девочками и мальчиками, как и между недоношенными, статистически значимых отличий показателей не выявлено. В соответствии с поставленной целью, исследованы фолликулостимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ) гормоны, прогестерон, эстрадиол, тестостерон, человеческий хориальный гонадотропин (чХГ).

Объектом исследования на гормоны была сыворотка пуповинной крови. Забиралась смешанная артерио-венозная кровь из пуповины сразу после рождения. Для получения сыворотки пробы крови центрифугировали в стационарных условиях (при 1000 об/мин в течение 10 минут). Полученная сыворотка разливалась в аликвоты, герметично закрывалась, замораживалась и хранилась в морозильной камере при температуре $-18-20^{\circ}\text{C}$ до времени проведения одномоментного гормонального исследования. Гормональные исследования проведены иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирм ЗАО «Алкор-био» (г. Санкт-Петербург) и «HUMAN» (Germany).

Полученные данные обработаны с помощью пакета программ «Statistic for Windows 6.0» [9]. Рассчитывались среднеарифметические значения количественных показателей, представленных в тексте в виде $M \pm m$, где M – среднее выборочное, m – ошибка средней. Проверка гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах проводилась с помощью непараметрического критерия Вилкоксона-Манна-Уитни для независимых выборок. Исследование взаимосвязи между количественными показателями гормонов новорожденного и чХГ осуществлялось при помощи непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмана.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Содержание гонадотропных и половых гормонов у доношенных новорожденных обоего пола представлено в таблице 1.

ФСГ и ЛГ новорожденных девочек ниже, чем у мальчиков – соответственно, $0,64 \pm 0,19$ МЕ/л и $2,13 \pm 1,16$ МЕ/л, $p < 0,0001$; $1,35 \pm 0,38$ МЕ/л и $2,39 \pm 0,49$ МЕ/л, $p < 0,0001$).

Половые различия в содержании тестостерона, эстрадиола, прогестерона отсутствуют.

При исследовании связи чХГ с гонадотропными, половыми гормонами у доношенных новорожденных девочек корреляции не установлены между чХГ и ФСГ ($r = -0,1650$, $p = 0,2521$), чХГ и ЛГ ($r = 0,1089$, $p = 0,4515$), чХГ и эстрадиолом ($r = -0,2015$, $p = 0,1605$), чХГ и прогестероном ($r = -0,0378$, $p = 0,7944$). Установлена обратная статистически значимая взаимосвязь слабой силы между чХГ и тестостероном ($r = -0,3891$, $p = 0,0052$).

У новорожденных мальчиков корреляции не установлены между чХГ и ФСГ ($r = 0,0007$, $p = 0,9966$), чХГ и ЛГ ($r = 0,1304$, $p = 0,3989$), чХГ и тестостероном ($r = -0,2791$, $p = 0,0665$), чХГ и эстрадиолом ($r = 0,2167$, $p = 0,1578$), чХГ и прогестероном ($r = 0,2975$, $p = 0,0498$).

Таким образом, проведенное исследование не выявило связи между гонадотропно-гонадной системой здорового доношенного новорожденного и функцией плаценты. Это можно оценить как готовность гонадотропно-гонадной системы доношенных новорожденных к новому периоду самостоятельного постнатального развития.

Содержание гонадотропных и половых гормонов у недоношенных новорожденных обоего пола представлено в таблице 2.

Эстрадиол у недоношенных новорожденных девочек ниже, чем у мальчиков – $29,09 \pm 7,3$ нмоль/л и $33,59 \pm 5,3$ нмоль/л, $p = 0,0377$. Половые различия в содержании гормонов гипофиза, тестостерона, прогестерона отсутствуют.

При исследовании связи чХГ с гонадотропными, половыми гормонами у недоношенных девочек установлена обратная статистически значимая взаимосвязь слабой силы между чХГ и ФСГ ($r = -0,3679$, $p = 0,0352$), прямая статистически значимая взаимосвязь слабой силы между чХГ и эстрадиолом ($r = 0,4397$, $p = 0,0105$), чХГ и прогестероном ($r = 0,4650$, $p = 0,0064$). Корреляции не установлены между чХГ и ЛГ ($r = -0,1222$,

Таблица 1
Содержание гонадотропных и половых гормонов в пуповинной крови доношенных новорожденных ($M \pm m$)

Гормональные показатели	Новорожденные девочки	Новорожденные мальчики	p
ФСГ, МЕ/л	$0,64 \pm 0,19$	$2,13 \pm 1,16$	$< 0,0001$
ЛГ, МЕ/л	$1,35 \pm 0,38$	$2,39 \pm 0,49$	$< 0,0001$
Эстрадиол, моль/л	$62,38 \pm 6,28$	$71,82 \pm 5,61$	0,3713
Тестостерон, нмоль/л	$28,21 \pm 1,93$	$32,20 \pm 1,63$	0,2836
Прогестерон, нмоль/л	$386,59 \pm 51,70$	$402,99 \pm 42,36$	0,2268
чХГ, МЕ/л	$1809,17 \pm 660,20$	$783,21 \pm 361,79$	0,1082

Таблица 2

Содержание гонадотропных и половых гормонов в пуповинной крови недоношенных новорожденных ($M \pm m$)

Гормональные показатели	Новорожденные девочки	Новорожденные мальчики	p
ФСГ, МЕ/л	$1,40 \pm 0,33$	$1,24 \pm 0,43$	0,5364
ЛГ, МЕ/л	$1,56 \pm 0,46$	$0,99 \pm 0,19$	0,5505
Эстрадиол, нмоль/л	$29,09 \pm 7,26$	$33,59 \pm 5,27$	0,0377
Тестостерон, нмоль/л	$10,13 \pm 2,93$	$13,04 \pm 4,57$	0,3879
Прогестерон, нмоль/л	$285,31 \pm 62,82$	$498,69 \pm 105,36$	0,0592
чХГ, МЕ/л	$1815,00 \pm 736,37$	$1464,52 \pm 537,04$	0,3879

$p = 0,4980$), чХГ и тестостероном ($r = 0,317$, $p = 0,0715$).

У недоношенных мальчиков установлена обратная статистически значимая взаимосвязь средней силы между чХГ и ФСГ ($r = -0,6046$, $p = 0,013$). Корреляции не установлены между чХГ и ЛГ ($r = -0,2487$, $p = 0,3530$), чХГ и эстрадиолом ($r = -0,1385$, $p = 0,6090$), чХГ и тестостероном ($r = -0,2789$, $p = 0,2956$), чХГ и прогестероном ($r = -0,1925$, $p = 0,4750$).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, проведенное исследование установило, что функция гипофиза и гонад недоношенных новорожденных находится под влиянием хориального гонадотропина плаценты, что особенно выражено у новорожденных женского пола. Это можно рассматривать, как функциональную незрелость гонадотропно-гонадной системы недоношенных новорожденных. Результаты исследования подчеркивают сложность взаимоотношений между гонадотропно-гонадной системой и плацентой у новорожденных. Невынашивание беременности вносит изменение в формирование становления этой системы в антенатальный период. Выявленные функциональные особенности гонадотропно-гонадной системы недоношенных новорожденных, возможно, окажут неблагоприятное влияние на становление этой системы в постнатальном периоде.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабицев В.Н. Нейроэндокринология репродуктивной системы (состояние физиологических исследований и перспективы их применения в клинической практике) // Проблемы эндокринологии. – 1998. – № 1. – С. 3-12.
2. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 286 с.
3. Никитин А.И. Проблемы периконцептологии и репродуктивная функция эмбрионов и плода // Проблемы репродукции. – 1995. – № 1. – С. 14-19.
4. Маслякова Г.Н., Медведева А.В. Морфологические особенности яичников плодов и детей от матерей с патологией во время беременности // Проблемы репродукции. Специальный выпуск. Первый Международный конгресс по репродуктивной медицине. – М., 2006. – С. 278.
5. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 352 с.
6. Йен С.С., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. – М.: Медицина, 1998. – Том I, 420 с. – Том II, 430 с.
7. Кобозева Н.В., Гуркин Ю.А. Перинатальная эндокринология. – Л.: Медицина, 1986. – С. 296-304.
8. Handwerger S. The role of placental growth hormone and placental lactogen in the regulation of human fetal growth and development // J. Pediatr. Endocrin. Metab. – 2000. – Vol. 13, N 4. – P. 343-356.
9. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.

ЗАРУБИНА О.Б., ЗАХАРОВ И.С., ОРЛОВА Е.Н., КАРСАЕВА В.В.,
НОСКОВА В.А., ПЕРЕДЕЛКИНА В.Н., КАРЕЛИНА О.Б., АЙНЕТДИНОВ Д.С.
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
г. Кемерово*

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЛЕБРАНДА

В статье приводится описание редкого клинического случая с благоприятным исходом беременности и родов у женщины с болезнью Виллебранда. Дается краткое описание данной патологии, пути диагностики и лечения.

Ключевые слова: гемостаз, болезнь Виллебранда.

ZARUBINA O.B., ZAKHAROV I.S., ORLOVA E.N., KARSAEVA V.V.,
NOSKOVA V.A., PEREDELKINA V.N., KARELINA O.B., AYNETDINOV D.S.
*The clinical hospital № 3 of M.A. Podgorbunsky,
the chair of the obstetrics and gynecology № 1 Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

THE PREGNANCY PERIOD AND TERMINATION OF THE WOMEN WITH THE DISEASE OF WILLEBRAND

This article represents the description of the rare clinical case with the favorable outcome of the of pregnancy period and termination of the women with the disease of Willebrand. The short description of this pathology and diagnostics and treatment are given in this article.

Key words: hemostasis, disease of Willebrand.

Болезнь Виллебранда относится к группе наследственных, передающихся по ауто-сомно-доминантному признаку, коагулопатий, обусловленных дефицитом плазменного звена гемостаза — фактора Виллебранда. Данная патология занимает третье место по частоте среди геморрагических диатезов после тромбоцитопении и гемофилии. Во время беременности встречается в 1 случае на 10000-20000 родов.

Фактор Виллебранда (VIII-ФВ) синтезируется в эндотелии сосудов и в мегакариocyтах, является высокомолекулярным компонентом VIII фактора, влияет на первичный гемостаз. Второй компонент — это низкомолекулярный, обеспечивающий коагулянтную, антигемофильную активность, фактор VIII-К.

Фактор Виллебранда циркулирует в крови, в комплексе с фактором VIII и выполняет две основные функции: обеспечивает адгезию тромбоцитов; стабилизирует молекулу фактора VIII и транспортирует его к месту формирования гемостатической пробки.

Основным дефектом при данном заболевании является нарушение синтеза фактора Виллебранда или его качественная аномалия. А так как фактор составляет 98-99 % фактора VIII, то при болезни развивается двойной гемостатический дефект: нарушение сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза.

Симптоматика заболевания очень вариabельна. Встречаются как легко протекающие формы с незначительным геморрагическим синдромом, так и тяжелые формы болезни, характеризующиеся обильными кровотечениями.

Обычно кровоточивость начинается в раннем детском возрасте, в последующем возможно чередование обострений и ремиссий. У девочек возможны значительные кровотечения в период полового созревания (обильные менструации, носовые кровотечения). У многих взрослых женщин — меноррагии, которые продолжаются до 8-10 дней и плохо поддаются лечению. Важно помнить, что кровотечения усиливаются под влиянием внутриматочных противозачаточных спиралей.

Носовые кровотечения являются наиболее частым проявлением заболевания, могут рецидивировать, быть очень выраженными. Частые рецидивы обусловлены, в определенной мере, сосудистыми дисплазиями, которые часто наблюдаются при болезни Виллебранда.

Выраженность клинической картины зависит от степени дефицита фактора Виллебранда: чем ниже его содержание в плазме крови, тем ярче проявления геморрагического синдрома.

Болезнь Виллебранда может сочетаться с заболеваниями, при которых имеется дисплазия соединительной ткани. Это происходит потому,

что сам фактор и его антиген продуцируются в эндотелии сосудов, и при их несостоятельности синтез фактора Виллебранда соответственно нарушается. Поэтому нередко при осмотре больных болезнью Виллебранда, выявляются признаки дисплазии соединительной ткани в виде гиперэластичности кожи, гиперподвижности суставов и др.

Беременность оказывает неоднозначное влияние на болезнь Виллебранда. С конца II — начала III триместра беременности, под влиянием эстрогенов, уровень фактора Виллебранда в плазме крови повышается, в значительной мере за счет получения его матерью от плода, тем самым вызывая улучшение течения болезни, ремиссию. Однако по результатам некоторых исследований (Брагинская С.Г., 1990), у 91 % женщин адаптация системы гемостаза к процессу гестации неполноценна. У 77 % женщин к моменту родов активность фактора была стабильна, достигла уровня 80-100 %. Но у 3-14 % женщин показатель был очень низким.

Возможные осложнения во время беременности это: угрожающий выкидыш — у 1/3 женщин, с такой же частотой встречаются гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с последующим массивным кровотечением.

Некоторые периоды гестационного процесса представляют особенно большую опасность для женщин. Это выкидыши на ранних сроках и искусственный аборт в I триместре беременности, поздний послеродовой и послеоперационный периоды, когда уровень факторов VIII-ФВ и VIII-К падает, а полного заживления раневой поверхности еще нет. Особенно высок риск осложнений в тех случаях, когда при прогрессировании беременности клинически и лабораторно не наблюдается ремиссии процесса. Такие ситуации требуют обязательной специальной предварительной подготовки к родам и оперативному вмешательству.

Роды чаще всего наступают своевременно, но только у половины женщин протекают без отклонений от нормального течения.

При диагностике болезни Виллебранда обращают внимание не только на клинические проявления у пациентки, но и, учитывая доминантную наследственность, у ее родственников.

Лабораторно заболевание проявляется изменениями в системе гемостаза: удлинение времени кровотечения больше 15 минут, у некоторых этот показатель нормальный; снижение или отсутствие активности фактора Виллебранда; снижение содержания антигена, связанного с фактором VIII; снижение коагулянтной активности фактора VIII. Количество тромбоцитов и ретракция кровяного сгустка, при этом заболевании, в пределах нормы. О снижении коагулянтной активности фактора VIII можно судить по удлинению

активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) или активированного времени рекальцификации (ABP), а также показателей тромбоэластограммы.

Тщательная лабораторная диагностика поможет дифференцировать болезнь Виллебранда от других коагулопатий и тромбоцитопатий.

Лечение заключается в проведении заместительной терапии: введение гемопрепаратов, содержащих фактор VIII. Этот фактор очень нестабилен, не сохраняется в консервированной крови и плазме. Используют прямое переливание от донора к больной и специально приготовленные гемопрепараты (антигемофильная плазма, криопреципитат, концентраты фактора VIII).

Препараты назначают до, во время и после родов. Вся интенсивная заместительная терапия проводится под контролем показателей гемостаза.

По наблюдениям (Серова В.Н., Макария А.Д., 1987), уровень фактора VIII снижается после трансфузионной терапии в течение 18-19 часов, тем самым, данный метод лечения более стойко и надежно обеспечивает профилактику послеродовых и послеоперационных кровотечений, но в меньшей степени, таких как, носовые, из слизистых оболочек и других микроциркулярных кровотечений.

Новорожденные также подлежат гемостазиологическому обследованию, даже при отсутствии у них проявлений геморрагического диатеза, так как дефект гемостаза передается по наследству.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Пациентка Ш., 28 лет, поступила в отделение патологии беременности родильного дома № 1 МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского в сроке беременности 38-39 недель беременности. При поступлении предъявляла жалобы на значительную кровоточивость десен в течение последних 2-3 недель.

Беременность вторая. Первая завершилась в 2000 году срочными родами, родился сын, 2950 гр. Роды осложнились ранним и поздним (через 7 дней) послеродовыми кровотечениями в объеме до 1,5 л, с развитием тяжелой анемии (гемоглобин 50-70 г/л). Проводились гемотрансфузии: 4 дозы эритроцитарной массы и СЗП, без аллергических реакций и осложнений.

Настоящая беременность протекала на фоне раннего токсикоза легкой степени, хронической фетоплацентарной недостаточности, гипоксии плода, кольпита. Показатель фактора Виллебранда составлял в течение беременности 33 %.

Из анамнеза жизни: Носовые кровотечения беспокоят с детства. В последующем, обильные и длительные менструации. Болезнь Виллебранда установлена в 2003 году в связи с обследованием сына по поводу носовых кровотечений. Наслед-



ственностьотягощена: у матери тромбоцитопатия, постоянные носовые кровотечения, кровотечение в родах.

За время нахождения в ОПБ проходила обследование, консультирована специалистами в плане подготовки к плановому родоразрешению через естественные родовые пути. Проведена консультация гематологом, рекомендовано в раннем послеродовом периоде введение иммуната; в послеродовом периоде с целью профилактики кровотечения, прием минирина 1 таблетка в сутки, до прекращения кровянистых выделений. 13.08.2008 г., после плановой подготовки ро-

довых путей, развилась родовая деятельность, и произошли срочные роды. Родилась девочка масса 3360 г, длиной 52 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. В конце последового периода проводилось введение иммуната 750 Ед, 1 дозы одногруппной СЗП. Общая кровопотеря составила 450 мл. Общая продолжительность родов составила 8 часов 35 минут.

В послеродовом отделении результаты исследования системы гемостаза в пределах допустимых значений. На 7 сутки послеродового периода женщина в удовлетворительном состоянии была выписана домой с ребенком.



ЗЕЛЕНИНА Е.М., УШАКОВА Г.А., АРТЫМУК Н.В., ТРИШКИН А.Г.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Кафедра акушерства и гинекологии № 2,
г. Кемерово*

АБОРТ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Проведен анализ и изучена структура аборт как причин материнской смертности в Кемеровской области за десятилетний период. Значимая доля в структуре абортов принадлежит криминальным вмешательствам, а основной причиной смерти от аборта являются развившиеся септические осложнения.

Ключевые слова: материнская смертность, аборт, сепсис.

ZELENINA E.M., USHAKOVA G.A., ARTYMUК N.V., TRISHKIN A.G.
*Kemerovo State Medical Academy,
The chair of the obstetrics and gynecology № 1,
The chair of the obstetrics and gynecology № 2,
Kemerovo*

ABORTION AS THE REASON OF MATERNAL MORTALITY THE KEMEROVO AREA

The analysis is lead and the structure of abortions as reasons of maternal mortality rate in the Kemerovo area for the ten years' period is investigated. The significant share in structure of abortions belongs to criminal interventions, and a principal cause of death from abortion are the developed septic complications.

Kew words: maternal mortality, abortion, sepsis.

Глобальная декларация тысячелетия определила сокращение материнской смертности (МС) на три четверти как одну из приоритетных задач для всех стран до 2015 года (United Nations, 2000). Депопуляция населения России, результатом которой является ежегодное уменьшение численности населения страны на 0,7-0,9 миллиона человек, является острой, фундаментальной проблемой государства (Путин В. В., 2007). В сложившихся демографических условиях проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится важной государственной задачей и требует участия в ее решении не только медицинских работников, но и общества в целом [1]. Несмотря на высокий уровень контрацепции, достигнутый за последние два десятилетия, частота абортов и их осложнений остается достаточно высокой, что вносит существенный вклад в структуру МС [2].

Ежегодно в мире производятся от 40 до 50 миллионов абортов и почти половина из них — небезопасным путем [3]. Аборт — наиболее широко распространенный способ регуляции рождаемости в странах Восточной Европы и Средней Азии [4]. В России ежегодно производятся около 4 миллионов абортов. В среднем, каждая женщина детородного возраста делает за жизнь 4-5 абортов [5, 6]. Даже при соблюдении всех условий и технически грамотном выполнении операции частота осложнений

колеблется в пределах 10-40 %. Почти 13 % причин МС в мире обусловлены осложнениями абортов, что составляет ежегодно примерно 70000 женщин. Кроме того, десятки тысяч женщин страдают различными заболеваниями вследствие абортов, одним из которых является бесплодие [7, 8].

По официальным данным Минздравсоцразвития России, основная часть (86,7 %) прерываний беременности относится к категории искусственных (легальных) абортов, произведенных в лечебно-профилактических учреждениях, и 13,3 % — самопроизвольных выкидышей, не уточненных и криминальных абортов. 93,4 % прерываний беременности производятся в сроке до 12 недель [9]. По данным Госкомстата России, аборт как причина МС на протяжении ряда лет занимает первое место. В 2000 году его доля в структуре причин материнских потерь составила 24,3 %, несколько уменьшившись по сравнению с 1991 годом (24,7 %). Обращает внимание, что среди 130 умерших 114 (87,7 %) погибли от аборта, начатого или начавшегося вне лечебного учреждения, и 16 (12,3 %) — от осложнений искусственного медицинского аборта [10]. По данным Минздравсоцразвития России, за период 2000-2004 гг. абсолютное число умерших после аборта сократилось более чем на треть случаев — со 155 случаев в 2000 году до 99 случаев в 2004 году (на 56 случаев — 36,2 %). Несмотря на значительное сниже-

ние абсолютного числа умерших после аборта, их доля в структуре МС остается высокой — 22,5 % (27,1 % в 2000 году). Таким образом, в 2004 году в России после аборта умерла каждая четвертая-пятая женщина, относящаяся к категории МС, а в ряде территорий — более половины [11].

Цель исследования: провести анализ и изучить структуру аборт как причин МС в Кемеровской области за десятилетний период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За анализируемый период в Кемеровской области выполнено 386504 абортов, причем за год средний показатель составил $38650,4 \pm 4311,7$ прерываний беременности. Представленный анализ случаев МС от абортов за десятилетний период (1998-2007 гг.) основан на информации главных акушеров-гинекологов Кемеровской области (пояснительные записки на все случаи МС, независимо от места смерти, в стационаре или вне его), направляемой в Минздравсоцразвития России в соответствии с ежегодным приказом о представлении годовых статистических отчетов. Всего с 1998 по 2007 годы зарегистрировано 145 случаев материнской смертности. Расчет показателей проводился с помощью ППП «Microsoft Excel 2003» и (ППП) «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре МС как причина, аборт делит второе место с сепсисом после гибели от экстрагенитальных заболеваний.

Из 145 случаев МС в области 41 (28,3 %) составил аборт, в структуре которого первое место заняли криминальные вмешательства — 27 (65,9 %), второе прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям — 8 (19,5 %), третье место поделили медицинский аборт и самопроизвольный выкидыш — по 3 (7,3 %) случая, соответственно. Обращает внимание, что практически каждая пятая женщина из всех материнских потерь погибла от криминального аборта — 27 (18,6 %). Доля криминальных вмешательств в общей структуре абортов при случаях МС представлена на рисунке 1.

Количество криминальных вмешательств в общей структуре абортов за анализируемый период колебалось от 0 % в 2006 году до 100 % в 2000, 2004, 2007 годах, т.е. в эти три года все аборты (100 %) были криминальными.

Доля криминальных вмешательств в структуре случаев МС представлена на рисунке 2.

Количество криминальных вмешательств в общей структуре МС за анализируемый период колебалось от 0 % в 2006 году до 38,9 % в 2000 году. За последние 3 года отмечалась отчетливая тенденция к снижению доли криминальных вмешательств в структуре МС.

Структура причин МС после аборта представлена на рисунке 3.

Анализ причин материнской смертности после аборта позволил выявить, что подавляющее число женщин, умерших после аборта, погибали в результате развившегося септического процесса — 27 (65,9 %), каждая седьмая в результате декомпенсации соматического заболевания — 6 (14,6 %), каждая десятая от кровотечения

Рисунок 1
Доля криминальных вмешательств в общей структуре абортов при случаях МС

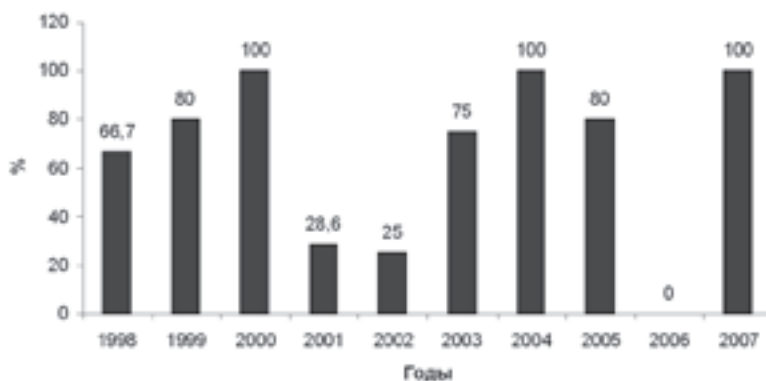
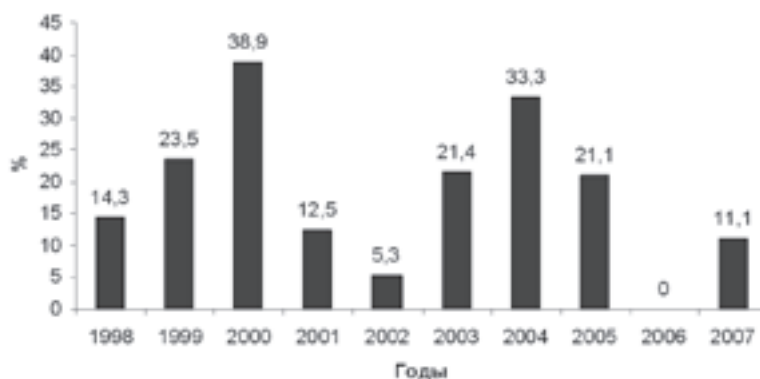


Рисунок 2
Доля криминальных вмешательств в структуре случаев МС



— 4 (9,8 %). 3 пациентки (7,3 %) погибли от ТЭЛА, а 1 (2,4 %) — от прочих причин, связанных с беременностью (гиперосмолярная кома).

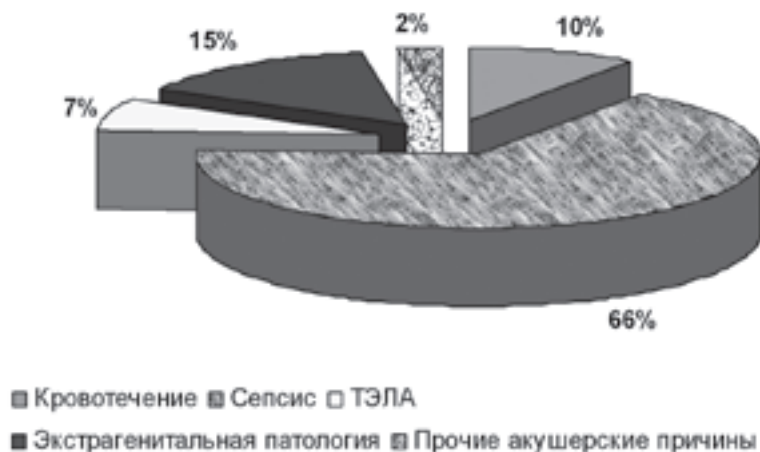
ВЫВОДЫ:

Аборт является одной из основных причин материнской смертности в Кемеровской области. Значимая доля в структуре абортот относится криминальным вмешательствам, а основной причиной смерти от аборта являются развившиеся септические осложнения. В сложившейся ситуации необходимым является усиление работы по планированию семьи в сети образовательных и лечебно-профилактических учреждений. Приоритетным и доступным должно стать медикаментозное прерывание беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Есиава, Н.Г. Факторы риска и прогнозирование смертности женщин во время беременности, родов и послеродовом периоде в регионе с устойчиво высокими показателями материнской смертности /Н.Г. Есиава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2005. — 24 с.
2. Туманова, Г.А. Клинико-лабораторная характеристика безопасного аборта: профилактика осложнений и материнской смертности /Г.А. Туманова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Душанбе, 2006. — 22 с.
3. Савельева, И.С. Контрацептивный выбор и консультирование молодых женщин, использующих аборт как метод регуляции рождаемости /И.С. Савельева //Акушерство и гинекология. — 2005. — № 5. — С. 15-18.
4. Кулаков, В.И. Современные тенденции в репродуктивном поведении женщин в странах Восточной Европы /В.И. Кулаков, Е.М. Вихляева, Е.И. Николаева и др. //Акушерство и гинекология. — 2001. — № 4. — С. 11-14.
5. Фролова, О.Ф. О состоянии и мерах по профилактике и снижению абортов, материнской смертности по

Рисунок 3
Причины МС после аборта



сле абортов в Российской Федерации /О.Ф. Фролова, Н.Г. Баклаенко, Л.В. Поспелова //Акушерство и гинекология. — 2004. — № 3. — С. 37-41.

6. Кулаков, В.И. Пути снижения материнской смертности в Российской Федерации /В.И. Кулаков, О.Ф. Фролова, З.З. Токова //Акушерство и гинекология. — 2004 — № 3. — С. 3-5.
7. Ткаченко, Л.В. Основные пути профилактики абортов и их осложнений /Л.В. Ткаченко, А.Г. Раевский //Гинекология. — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 1-6.
8. Шаларь, О.Б. Реабилитация репродуктивного здоровья женщин, прервавших первую беременность /О.Б. Шаларь //Акушерство и гинекология. — 2002. — № 2. — С. 48-51.
9. Якушкина, В.П. Социально-медицинские аспекты аборта в России /В.П. Якушкина //Акушерство и гинекология. — 2006. — № 5. — С. 44-45.
10. Ильичева, И.А. Медико-экономические аспекты материнской смертности /И.А. Ильичева //Проблемы управления здравоохранением. — 2002. — № 2. — С. 66-67.
11. О материнской смертности в Российской Федерации в 2004 году: Информ. письмо. — М., 2004. — 31 с.

КАРТУЗОВА И.М., ЗАХАРОВ И.С., ГУСАИМОВА М.Ю.,
БУДАРИНА М.А., КОНОШЕНКО И.П.
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В СТРУКТУРЕ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

В данной статье представлены основные задачи и принципы работы специализированной женской консультации «Леди-центра». Показана работа за пятилетний период деятельности. Отражён принцип преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями.

Ключевые слова: амбулаторное ведение женщин; диспансеризация беременных.

KARTUZOVA I.M., ZAKHAROV I.S., GUSAIMOVA M.U.,
BUDARINA M.A., KONOSHENKO I.P.
*The clinical hospital № 3 of M.A. Podgorbunsky,
Kemerovo State Medical Academy,
the chair of the obstetrics and gynecology № 1,
Kemerovo*

PARTICULARITIES OF THE WORK IN THE SPECIALIZED MATERNITY WELFARE CENTRE IN THE MULTIFIELD HOSPITAL

This article represents the main tasks and principles of the work in the specialized maternity welfare centre called «Lady-centre» during the recent 5 years. The succession principle between the out-patient and in-patient dispensary and stationary sections is reflected in this article.

Key words: out-patient treatment of the women, clinical examination of the expectant mothers.

С 2004 года в составе Городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского функционирует специализированная женская консультация «Леди-центр». При создании данного подразделения была поставлена цель: оказание высококвалифицированной акушерско-гинекологической помощи женскому населению в современных условиях.

Для осуществления данной цели были выдвинуты следующие задачи: проведение профилактических мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья женского населения; коррекция нарушений менструальной функции у девочек и девушек-подростков; коррекция нарушений репродуктивной системы эндокринного генеза совместно с эндокринологами, андрологами; прегравидарная подготовка женщин с эндокринным бесплодием, проведение первого этапа подготовки к экстракорпоральному оплодотворению; диспансерное наблюдение беременных высокого перинатального риска; сотрудничество с Областным перинатальным центром (г. Кемерово), Зональным перинатальным центром (г. Новокузнецк) с целью повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией; перинатальная диагно-

стика (перинатальный скрининг) проводится в соответствии с приказом МЗ РФ от 28.12.2000 г. № 457 «О совершенствовании перинатальной диагностики и профилактики наследственных и врожденных заболеваний у детей»; совместное ведение беременных, гинекологических больных с сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии № 1 КемГМА; внедрение современных методов диагностики и лечения женского населения (включая бесплодие различного генеза, патологию постменопаузального периода); вопросы контрацепции и планирования семьи; проведение среди женского населения, школьников, студентов, молодежи просветительской работы.

Специализированная женская консультация осуществляет свою деятельность совместно со специалистами МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского и других лечебно-профилактических учреждений.

Для диагностического обследования пациентов привлекаются следующие службы: клинко-диагностическая, бактериологическая, иммунологическая, гормональная лаборатории, отделение ультразвуковой и функциональной диагностики. Специализированная женская консультация оснащена современным оборудованием и инструментарием для проведения малых операций.



Специализированная женская консультация соблюдает преемственность и взаимосвязь в работе не только с родильным домом и гинекологическими отделениями, но и со всеми отделениями МУЗ ГKB № 3 им. М.А. Подгорбунского и другими лечебно-профилактическими учреждениями г. Кемерово.

«Леди-центр» входит в объединенную структуру акушерско-гинекологической клиники, организованной в 2001 г. по инициативе администрации ГKB № 3 и кафедры акушерства гинекологии № 1 КемГМА. Пациенты регулярно получают консультативную помощь сотрудников кафедры акушерства и гинекологии № 1 КемГМА.

Разработан алгоритм показаний наблюдения женщин в специализированной женской консультации.

Совместно с администрацией больницы разработана программа долечивания пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям с

различной патологией репродуктивной системы. Определен интенсивный период лечения, который проводится в стационаре. При продолжении нетрудоспособности женщины получают лечение в условиях дневного стационара и амбулаторно.

В таблице приведены некоторые статистические показатели работы женской консультации.

В «Леди-центре» проводится работа, направленная на подготовку беременных к родам. Рассматриваются наиболее важные и интересующие вопросы, касающиеся течения, ведения беременности, родов и послеродового периода, процесса грудного вскармливания.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, организация специализированной женской консультации «Леди-центра» способствует выполнению принципа преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями ведения пациентов.

Таблица
Статистические показатели работы женской консультации

Показатели	2004	2005	2006	2007	2008
Принято всего женщин	4380	6319	8808	7494	8548
Количество беременных, состоящих на диспансерном учёте	106	157	179	131	111
Количество беременных, пролеченных в дневном стационаре	39	85	145	332	235
Беременные, входящие в группу высокого перинатального риска	19	27	37	42	45
Общее количество беременных с экстрагенитальной патологией	54	116	134	285	245
Заболевания сердечно-сосудистой системы	23	46	51	36	36
Анемия	26	55	54	36	31
Болезни мочевыделительной системы	9	25	30	28	27
Ожирение	4	8	11	2	9
Беременные с гестозом	17	34	37	33	14
Кольпиты	17	32	21	31	51



БЛОКАДА ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ НАЛОКСОНОМ В РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Характер гипоксии плода зависит от особенностей опиоидной системы. Для плода гиперреактивность опиоидной системы повышается пропорционально тяжести гипоксии. Независимо от характера гипоксии надо начинать реанимацию плода с введения налоксона. Шкала оценки состояния новорожденных детей сразу после рождения позволяет оценить истинную гипоксию от эндогенной опиатной депрессии плода.

Ключевые слова: опиатные рецепторы, налоксон, новорожденные, реанимация.

KISELEV A.G., ABRAMCHENKO V.V., KURCHESHVILI V.I., KINTRAJA P.J.
*Obstetrics and gynecology, perinatology and reproductology department of physician
professional development faculty of Moscow Medicine Academy named by Sechenov I.M.
Moskov*

THE OPIOID RECEPTORS NALOXONE BLOCKADE IN CASE OF NEWBORN REANIMATION

The fetus hypoxia type is depend on opioid systems features. For the fetus opioid systems hyperreactance raises in proportion to hypoxia level. Regardless of hypoxia level it is necessary to begin fetus reanimation with naloxone introduction. The newborns estimation scale right after birth allows to estimate true hypoxia issued by the endogenous opioid depressions of the fetus.

Key words: opioid receptors, naloxone, newborn, reanimation.

Учитывая роль в развитии критических состояний плода во время родов реактивности его эндогенной опиоидной системы, обострить внимание врачей-акушеров на характер гипоксии плода. При остро возникающих гипоксических или болевых эпизодах (патология пуповины, плаценты, острый стресс у роженицы, клиническое несоответствие головки плода и малого таза роженицы, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, тазовое предлежание плода) для плода вероятность гиперреактивности эндогенной опиоидной системы повышается. То есть, наивысшим риском для развития патологической степени эндогенной опиоидной депрессии плода (ЭОДП) в родах является его острое критическое состояние.

Для ранней диагностики развившейся патологической эндогенной опиоидной депрессии у плода в родах, особенно во втором периоде родов, когда он испытывает наивысшие нагрузки, на основе электрофизиологических методов (регистрация КТГ, прямой ЭКГ и ЭЭГ плода) возможным становится установить диагноз как физиологической, так и патологической ЭОДП (особенности ответной реакции плода на звуковой стимул и другие раздражения).

Независимо от характера гипоксии плода (острая, сочетанная, хроническая), реанимационные мероприятия следует начинать сразу после рождения ребенка с блокады опиатных ре-

цепторов — с введения в вену пуповины 0,02 мг налоксона в 1 мл 0,002 % раствора, после чего проводить реанимационные мероприятия традиционными способами (согласно утвержденным стандартам).

Наступающий мгновенный эффект блокады опиатных рецепторов может служить гарантией защиты новорожденного от дальнейшего углубления гипоксии и развития болевого шока и, следовательно, охраны здоровья и жизни ребенка в стрессовой ситуации.

Разработанный способ реанимационных мероприятий наиболее эффективен при острых критических ситуациях для плода (при острой гипоксии).

На основе полученных результатов исследований было доказано, что у плодов при постановке диагноза острой гипоксии во время родов, истинной гипоксии не было обнаружено в 30,8 % случаев, при диагнозе хронической гипоксии — в 13,8 % случаев. Критическое интранатальное состояние плода в этих случаях было обусловлено лишь гиперреактивностью ЭОС (патологической ЭОДП).

В остальных случаях, как при острой, так и сочетанной и хронической гипоксии плода, патологическая ЭОДП сочеталась с истинной гипоксией. Поэтому наивысший эффект реанимационных мероприятий с включением антагониста эндогенных опиоидов отмечается при острой гипоксии,



несколько меньший эффект — при хронической гипоксии, и самый низкий эффект — при сочетанной гипоксии плода. Кроме того, дальнейшие реанимационные мероприятия, направленные на борьбу с истинной гипоксией, также наиболее эффективны при острой гипоксии, так как адаптационные способности у этих плодов, не страдавших во время беременности от гипоксии, сохранены лучше, в то время как при хронической и, особенно, сочетанной гипоксии компенсаторные возможности плода истощены. Поэтому, несмотря на опасность острого болевого или гипоксического эпизода у плода в родах, наивысший эффект разработанного способа реанимации наблюдается именно при острой патологии.

Для оценки состояния новорожденных детей сразу после рождения (с первых секунд) разработана и рекомендована балльная шкала оценки плодов (не сделавших еще первого вдоха) и новорожденных детей. Эта шкала позволяет в течение нескольких секунд оценить наиболее патогномичные признаки для патологической ЭОДП (мышечный тонус и цвет кожных покровов) и, по совокупности их балльной характеристики, выделить состояние критического напряжения ЭОС родившегося ребенка, после чего для оценки часто сочетающейся истинной гипоксии при критических состояниях новорожденных детей, их состояние оценивается по шкале Апгар (в конце 1-й минуты после рождения и на 5-й минуте жизни).



ЭНДОГЕННАЯ ОПИОИДНАЯ СИСТЕМА ПЛОДА В НОРМЕ И ПРИ ГИПОКСИИ

Во время родов при развитии критических состояний плода, вызванных гипоксией, эндогенная опиоидная депрессия из физиологической переходит в патологическую. Роль эндогенной опиоидной депрессии в гипоксии плода значительна. Физиологическая и патологическая опиоидная депрессия лежит в основе низкой оценке по шкале Апгар. При этом в 30,8 % случаев истинной гипоксии нет. Состояние плода и новорожденного, родившегося с тяжелой асфиксией, сочетается с наиболее высокими концентрациями β -, α - и γ -эндорфинов. Включение в реанимацию блокаторов опиатных рецепторов обоснованно.

Ключевые слова: эндорфины, налоксон, реанимация новорожденных.

KISELEV A.G., KURCHESHVILI V.I., ABRAMCHENKO V.V., KINTRAJA P.J.
*Obstetrics and gynecology, perinatology and reproductology department of physician
professional development faculty of Moscow Medicine Academy named by Sechenov I.M.
Moscow*

FETUS ENDOGENOUS OPIOID SYSTEM IN NORMAL CASE AND IN CASE OF HYPOXIA

During partus in case of the fetus critical conditions development issued by hypoxia, endogenous opioid depression transferred from physiological form to pathological one. The endogenous opioid depression role in the fetus hypoxia is significant. Physiological and pathological opioid depression underlies to a low estimation on Apgare scale. Thus in 30,8 % of cases true hypoxia is not present. The fetus and newborn condition, born with heavy asphyxia, is combined with the highest concentration β -, α - and γ -endorphins. Inclusion in reanimation blockers opioid receptors is valid.

Key words: endorphines, naloxone, newborn reanimation.

В динамике родов у плода активизируется эндогенная опиоидная система, способствуя возникновению адаптационной реакции на стрессовые ситуации, заключающейся в создании охранительного режима головного мозга, вследствие снижения реакции на болевые ощущения (физиологическая эндогенная опиоидная депрессия). Тем самым повышается толерантность организма плода к возможным нарушениям гомеостаза в процессе родов.

Концентрация эндорфинов в крови плода является чутким индикатором появления и развития стрессовой ситуации, особенно гипоксии и болевого ощущения.

Во время родов при развитии критических состояний плода, вызванных гипоксией, внутричерепной родовой травмой и возрастающими болевыми ощущениями внутриутробного плода, физиологическая адаптационная реакция (физиологическая эндогенная опиоидная депрессия) переходит в патологическую (по типу реакции аутоагрессии или запредельного торможения), с выбросом чрезмерных количеств опиоидных пептидов в ЦНС и на периферию (в кровь плода), приводя к состоянию, обозначенному нами как «патологическая эндогенная опиоидная депрес-

сия плода», выражающейся в угнетении функционального состояния плода, его вегетативной нервной системы, в первую очередь, в угнетении сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности плода; это проявляется гипотонией, брадипноэтическим эффектом и клинической картиной «гипоксического шока».

При развитии патологической эндогенной опиоидной депрессии замыкается патологический круг, вызванный гипоксией или травмой и болевыми ощущениями плода, причем гипоксия усиливает болевые реакции, а последние, наоборот, углубляют гипоксию.

Физиологическая и патологическая эндогенная опиоидная депрессия плода могут быть диагностированы еще до его рождения, в процессе родов. При физиологическом течении родов здоровый плод к концу родов, особенно во втором периоде, когда болевые нагрузки у плода достигают высших пределов, при активации эндогенной опиоидной системы переходит в состояние неглубокой депрессии, которой на ЭКГ соответствует замедление базального ритма, а на ЭЭГ — плоская кривая. Реактивность плода понижена, но сохранена. При критических состояниях плода и развитии патологической эндогенной опио-

идной депрессии на ЭКГ соответствует запись, указывающая на стойкое замедление базального ритма или его монотонность; на ЭЭГ регистрируется спноподобное состояние плода. Реактивность плода (в том числе на звуковой стимул) не проявляется или резко снижена.

Наивысшие концентрации β -, α - и γ -эндорфинов в крови из вены пуповины плодов, взятой сразу же после рождения, обнаружены в случаях острой гипоксии (соответственно, $297,1 \pm 25,8$ пг/мл; $156,4 \pm 13,4$ пг/мл и $26,1 \pm 2,3$ пг/мл), что статистически достоверно выше ($p < 0,01$) по сравнению с концентрацией эндорфинов в крови у плодов как после физиологических родов (β -эндорфины — $199,4 \pm 18,1$ пг/мл; α -эндорфины — $51,1 \pm 4,8$ пг/мл; γ -эндорфины — $9,1 \pm 2,8$ пг/мл), так и по сравнению с концентрацией β -, α - и γ -эндорфинов в плазме пуповинной крови у плодов, перенесших сочетанную и хроническую гипоксию, соответственно: β -эндорфины — $231,5 \pm 22,9$ пг/мл и $222,1 \pm 19,9$ пг/мл; α -эндорфины — $148,4 \pm 14,1$ пг/мл и $94,4 \pm 8,7$ пг/мл; γ -эндорфины — $19,8 \pm 2,4$ пг/мл и $18,4 \pm 2,9$ пг/мл. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что компенсаторные способности плода лучше сохранены (в том числе в смысле самообезболивания) при острой гипотонии плода; при сочетанной же и хронической гипоксии эти компенсаторные возможности истощены. С другой стороны, у «здорового» плода, не страдавшего от гипоксии во время физиологически протекавшей беременности, острый стресс (острая гипоксия) вызывает наиболее сильно выраженную ответную парадоксальную гиперреактивность его эндогенной опиоидной системы (ЭОС), не страдавшей и не истощенной за счет хронической гипоксии. Это и подтверждается наиболее частым развитием патологической эндогенной опиоидной депрессии плода (ЭОДП) именно при острой гипоксии, которая сама по себе является фактором риска поражения мозга плода и новорожденного, несмотря на относительную кратковременность гипоксического эпизода.

При развитии острого критического состояния плода в родах (при постановке диагноза острой гипоксии плода) это состояние не было вызвано истинной гипоксией в 30,8 % случаев (показатели КОС крови из вены пуповины, взятой сразу же после рождения плода, в пределах нормы), а было обусловлено патологической ЭОДП. При сочетанной гипоксии это несовпадение (т.е., низкая оценка по шкале Апгар сразу после рождения и, в то же время, показатели КОС крови, не выходящие за пределы нормы) выявлено в 11,4 % случаев, а при хронической гипоксии плода — в 13,8 % случаев (и в этих случаях критическое состояние плода объясняется лишь патологической ЭОДП). В остальных случаях истинная гипоксия сочеталась с патологической ЭОДП.

Реактивность ЭОС плода статистически достоверно находится в прямой корреляции со степенью тяжести перенесенной гипоксии. Наиболее высокие концентрации β -, α - и γ -эндорфинов в крови из вены пуповины зарегистрированы у плодов, родившихся в состоянии асфиксии средней тяжести и в тяжелой асфиксии, получивших оценку по шкале Апгар 5-4 баллов и ниже (концентрация β -эндорфинов составила $284,3 \pm 23,4$ пг/мл; α -эндорфинов — $111,6 \pm 13,9$ пг/мл; γ -эндорфинов — $21,1 \pm 3$ пг/мл); у плодов, родившихся в легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар 6-7 баллов), концентрация β -эндорфинов составила $237,5 \pm 19,9$ пг/мл; α -эндорфинов — $99,9 \pm 8,7$ пг/мл и γ -эндорфинов — $18 \pm 3,5$ пг/мл. У детей, родившихся вне асфиксии (оценка по шкале Апгар 8-10 баллов), эти показатели соответствовали: β -эндорфины — $207,9$ пг/мл, α -эндорфины — $72,7 \pm 6,1$ пг/мл и γ -эндорфины — $10 \pm 3,2$ пг/мл.

При тяжелой асфиксии и асфиксии средней тяжести, из-за высокой концентрации эндогенных опиоидов в крови родившегося ребенка, с возникновением замкнутого патологического круга, процесс дегибернации затруднен, включение спонтанного дыхания и других жизненных функций запаздывает, в ряде случаев создается критическое положение, опасное для жизни новорожденного.

Для того, чтобы разорвать замкнутый патологический круг, возникающий при развитии патологической ЭОДП, необходим патогенетический комплекс реанимационных мероприятий, включающий применение блокады опиатных рецепторов антагонистами эндогенных опиоидов. Применение в комплексе реанимационных средств такого блокатора — препарата «Налорфин» у детей, перенесших патологическую ЭОДП на фоне острой, сочетанной и хронической гипоксии, сразу после рождения с целью купирования критического состояния (шокоподобного состояния, развивающегося при патологической ЭОДП) дает положительный эффект: укорачивается продолжительность асфиксии, ускоряется дегибернация, что позволило снизить перинатальную смертность при этой патологии в 1,4 раза, а число новорожденных детей с тяжелыми поражениями ЦНС — в 1,7 раза, по сравнению с новорожденными детьми, также перенесшими патологическую ЭОДП на фоне различного характера гипоксии, но реанимированных традиционными способами.

Новорожденные, реанимированные разработанным комплексом (по сравнению с новорожденными, реанимация и интенсивная терапия которых проводилась традиционно), раньше прикладывались к груди, у них в более ранние сроки отпадала пуповина, быстрее происходило восстановление первоначальной массы тела, новорожденные быстрее прибавляли в весе. Такие



патологические неврологические симптомы, как мышечная гипо- или гипертония, снижение или отсутствие физиологических рефлексов, тремор конечностей, спонтанный рефлекс Моро, проявление очаговой неврологической симптоматики в виде периферического пареза лицевого нерва, симптом «заходящего солнца», статистически чаще наблюдались в группе новорожденных детей, где реанимация проводилась традиционными методами. У этих новорожденных также чаще регистрировались патологическая ЭЭГ и кровоизлияния в сетчатку глаз.

Сравнивая клинико-параклинические показатели у новорожденных детей в ближайшем периоде в подгруппах, где применялся разработанный реанимационный комплекс с включением антагониста эндогенных опиоидов, и в подгруппах, где реанимация и интенсивная терапия проводились традиционно, следует отметить, что в этих подгруппах (разделенных в зависимости от характера перенесенной гипоксии: острой, сочетанной и хронической) наивысший эффект наблюдался при перенесенной острой гипоксии плода. Несколько

меньший эффект реанимационных мероприятий с включением блокатора опиатных рецепторов наблюдается при перенесенной хронической гипоксии плода. Самый низкий эффект отмечен при сочетанной гипоксии.

Применение при критических состояниях плода и новорожденного разработанного реанимационного комплекса, включающего антагонисты эндогенных опиоидов, имеет значительный социальный и экономический эффект. Социальный эффект обусловлен снижением перинатальной смертности и уменьшением числа детей с тяжелой формой поражения ЦНС (которые в дальнейшем нередко становятся инвалидами). Экономический эффект обусловлен экономией за счет высвобождения койко-дней при более ранней выписке из стационара новорожденных детей. К этому следует добавить экономию средств, которые расходуются на применение лекарственных средств и оплату медициной персонала при более длительном пребывании в стационаре новорожденных детей, реанимированных традиционными способами.



КОНДРАТЬЕВА Т.А., АРТЫМУК Н.В.¹, ВЛАСОВА В.В.
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия¹,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ПОЛОСТНОЙ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ ЯИЧНИКОВ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

40 женщин с трубным фактором бесплодия включены в проспективное рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Установлено статистически значимое повышение уровня прогестерона и эстрадиола после проведения вагинальной пелоидотерапии.

Ключевые слова: пелоидотерапия, воспалительные заболевания гениталий, трубное бесплодие, гормональный гомеостаз.

KONDRATIEVA T.A., ARTIMUK N.V.¹, VLASOVA V.V.
Kemerovo Regional Hospital,
Kemerovo State Medical Academy¹,
Kemerovo

INFLUENCE OF INTRAVAGINAL PELOID THERAPY ON FUNCTION OVARIUM IN WOMEN HAVING TUBAL INFERTILITY

In prospective randomized placebo-controlled study involved 40 women with tubal infertility. The results of this study showed that the level of estradiol and progesterone statistically significantly increased after administration of vaginal peloid therapy.

Key words: peloid therapy, pelvic inflammatory diseases, tubal infertility, hormonal homeostasis.

По литературным данным, трубно-перитонеальные факторы бесплодия являются ведущей причиной нарушений генеративной функции женщины и составляют 35-60 % в структуре причин женского бесплодия. Наряду с поражением маточных труб, один из ведущих факторов развития репродуктивных нарушений — снижение эндокринной функции яичников вследствие длительного течения и частых рецидивов воспалительного процесса. По литературным данным, гипофункция яичников наблюдается практически у 90 % больных хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Ведущим компонентом в комплексе патогенетически обоснованных терапевтических мероприятий остаются преформированные физические факторы.

Одним из наиболее физиологичных природных физических факторов является лечебная грязь. Под влиянием грязелечения активизируются адаптационные механизмы, улучшается кровообращение в малом тазу, нормализуются процессы обмена веществ, стимулируются процессы регенерации. Нормализация функции яичников, в свою очередь, способствует восстановлению менструальной и детородной функций. Известно, что лечебная грязь Мертвого моря качественно отличается более высокой минерализацией и, соответственно, более активным терапевтическим действием.

Цель исследования — оценить функцию яичников с изучением динамики содержания уровня

гормонов в сыворотке крови у женщин с трубным фактором бесплодия до и после полостной пелоидотерапии с использованием геля на основе грязи Мертвого моря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Основную группу (I) составили 30 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, которым были назначены одноразовые полимерные интравагинальные вкладки на основе грязи Мертвого моря («БиЛайфМед», Россия) интравагинально по 30 минут 12 процедур ежедневно. Группа сравнения (II) — 10 женщин с бесплодием трубно-перитонеального характера, получавших по аналогичной схеме плацебо. Средний возраст пациенток основной группы составил $27,8 \pm 2,2$ лет, группы сравнения — $28,3 \pm 2,5$ ($p > 0,05$). Длительность заболевания в обеих группах колебалась от 1 до 8 лет и составила в среднем $2,3 \pm 0,6$ года в I группе, $2,5 \pm 0,7$ года — во II группе ($p > 0,05$). Всем пациенткам до назначения пелоидов проведено эндоскопическое вмешательство.

До лечения, после пелоидотерапии и через 3 месяца после грязелечения всем пациенткам проводилось исследование содержания уровня эстрадиола, ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ на 5-7 день менструального цикла, прогестерона на 21-22 день цикла методом ИФА с использованием стандартных наборов (DSL, USA), трансвагинальное УЗИ органов малого таза. В течение

трех менструальных циклов до и после пелоидотерапии проводилась оценка графиков базальной температуры. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием ППП «Statistica for Windows 5.5». Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. За статистически значимые принимались различия по величине достоверности $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Содержание уровня гормонов у пациенток I и II группы до и после пелоидотерапии представлены в таблице.

Результаты исследования гормонального профиля показали, что у женщин I и II групп до лечения уровень эстрадиола, прогестерона, ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактина значительно не различались. После пелоидотерапии в основной группе отмечено достоверное увеличение уровня эстрадиола с $31,2 \pm 7,3$ до $58,2 \pm 7,1$ пг/мл и прогестерона с $12,3 \pm 5,1$ до $25,7 \pm 5,5$ нмоль/л ($p < 0,05$). При этом уровень ТТГ, ФСГ, ЛГ и пролактина до и после лечения достоверных отличий не имели ($p > 0,05$). В группе, получавшей плацебо, уровни изучаемых гормонов до и после пелоидотерапии значительно не отличались ($p > 0,05$). При сравнении гормонального гомеостаза в обеих группах после пелоидотерапии показатели уровня эстрадиола и прогестерона были достоверно выше в основной группе ($p < 0,05$).

По данным ультразвукографии и измерения базальной температуры до пелоидотерапии ановуляторные циклы зарегистрированы у 33,3 % (10 чел.) пациенток основной группы и 33,3 % (3 чел.) женщин в группе контроля. После грязелечения частота ановуляции уменьшалась и составила 13,3 % (4 чел.) у женщин I группы и у 20 % (2 чел.) пациенток II группы.

В течение 6 месяцев после пелоидотерапии у 8 женщин (27 %) основной группы наступила бе-

ременность. В контрольной группе беременность наступила только у 1 пациентки (10 %).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, применение интравагинального геля на основе грязи Мертвого моря у пациенток с бесплодием трубного характера в течение 12 дней способствует восстановлению овуляторного менструального цикла и приводит к статистически значимому увеличению уровня эстрадиола и прогестерона. Улучшение функции яичников в комплексе лечения трубного бесплодия с применением полостной пелоидотерапии повышает частоту наступления беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бесплодный брак /под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 19 с.
2. Евсеева, М.М. Естественные и преформированные физические факторы в восстановительном лечении женщин с последствиями хронических воспалительных заболеваний органов малого таза /М.М. Евсеева: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2008. – 36 с.
3. Уткин, Е.В. Реабилитация женщин с нарушениями репродуктивной функции в условиях санатория: Метод. реком. /Уткин, Е.В., Артымук Н.В. – 2007. – 26 с.
4. Гинекология /под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. – М.: Литтерра, 2008. – 778-780 с.
5. Гинекологическая эндокринология /под ред. В.Н. Серова – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 528 с.
6. Клиническое применение соли и грязи мертвого моря в лечении хронических заболеваний половых органов у женщин и мужчин: Рук. для врачей. /Дикке Г.Б. и соавт. – 2008. – 19 с.
7. Barret, S. A review on pelvic inflammatory disease /S. Barret, C. Taylor //Int. J. STD AIDS. – 2005. – V. 16, N 11. – P. 715-720.
8. Cates, W. Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, and infertility: an epidemiologic update /Cates W., Rolfs R., Aral S. //Epidemiol. Rev. – 2000. – Vol. 12. – P. 199-200.

Таблица

Показатели уровня гормонов в I и II группе до и после пелоидотерапии ($M \pm \sigma$)

Уровень гормона	I группа (n = 30)		II группа (n = 10)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ТТГ, кМЕ/мл	$1,65 \pm 0,5$	$1,71 \pm 0,5$	$1,67 \pm 0,5$	$1,7 \pm 0,5$
Пролактин, МЕ/л	235 ± 45	241 ± 50	240 ± 45	238 ± 47
ФСГ, МЕ/л	$7,2 \pm 2,2$	$4,4 \pm 2,4$	$6,9 \pm 2,3$	$6,7 \pm 2,4$
ЛГ, МЕ/л	$6,8 \pm 2,5$	$4,3 \pm 2,3$	$6,9 \pm 2,4$	$7,1 \pm 2,5$
Эстрадиол, пг/мл	$31,2 \pm 7,3^{\#}$	$58,2 \pm 7,1^*$	$32,4 \pm 6,9$	$33,1 \pm 7,2$
Прогестерон, нмоль/л	$12,3 \pm 5,1^{\#}$	$25,7 \pm 5,5^*$	$12,8 \pm 5,5$	$13,0 \pm 5,3$

Примечание: $\# p < 0,05$ в I группе до и после лечения; $*$ $p < 0,05$ между I и II группами после лечения.

КУЛАВСКИЙ В.А., ГИТИНОВА Х.Х., РАДУТНЫЙ В.Н., ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л.
*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа, Россия*

ИСХОД НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Проведен анализ исхода недоношенной беременности у 60 женщин с рубцом на матке. Наряду с рубцом на матке беременные имели по 2-3 экстрагенитальных заболевания, что негативно сказывалось на течение беременности и состоянии новорожденных.

Ключевые слова: недоношенная беременность, рубец на матке, кесарево сечение.

KULAVSKY V.A., GITINOVA H.H., RADUTNY V.N., KHAIRULLINA F.L.
*Bashkirian state medical university,
Ufa, Russia*

INCOMPLETE PREGNANCY TERMINATION OF THE WOMEN WITH UTERUS SCAR

Incomplete pregnancy termination of 60 women with uterus scar has been analyzed. Beside uterus scar pregnant women had 2-3 extra genital diseases; that influenced negatively the course of pregnancy and the condition of newborns.

Key words: incomplete pregnancy, uterus scar, cesarean operation.

Кесарево сечение всегда было и до сих пор остается одной из самых распространенных родоразрешающих операций. Однако за последние 25 лет частота кесарева сечения в России увеличилась более чем в два раза и составляет в среднем 11-12 %. Причем рост числа этой операции произошел в основном за счет перинатальных центров и ведущих клиник страны, где концентрируются беременные высокого материнского и перинатального риска. Средняя частота кесарева сечения в них составляет 20-25 %. Частота данного метода оперативного родоразрешения значительно возросла за счет расширения показаний к операции в интересах плода и в связи с ростом экстрагенитальной патологии у беременных, требующих оперативного родоразрешения. Но расширение показаний к абдоминальному родоразрешению привело к увеличению в популяции женщин с рубцом на матке, которые более чем в 30 % случаев желают еще иметь детей. Течение беременности у женщин с рубцом на матке имеет свои особенности и, в ряде случаев, при появлении симптомов несостоятельности рубца на матке возникает необходимость срочного оперативного родоразрешения. Рождение недоношенного плода, зачастую с гипоксией и задержкой внутриутробного развития, вызванной, в том числе, и расположением плаценты в области рубца, требует выхаживания новорожденного в условиях реанимационного отделения с использованием значительных сил и средств.

Цель исследования — изучить особенности течения беременности и их исход при досрочном абдоминальном родоразрешении у женщин с рубцом на матке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены данные о 60 женщинах в возрасте от 18 до 38 лет, перенесших в прошлом кесарево сечение. В 44 случаях (73 %) операция была произведена в доношенном сроке, в 16 случаях (27 %) было произведено досрочное абдоминальное родоразрешение. Разрез на матке при предшествующей операции в 34 случаях (57 %) был корпоральным, в 26 случаях (43 %) — в нижнем сегменте. Из числа обследованных одно кесарево сечение имели в анамнезе 48 женщин (80 %) и дважды оперированы 12 (20 %).

Показаниями для предшествующих операций были: в 22 случаях поздний гестоз, в 10 случаях аномалии родовой деятельности, в 10 случаях несостоятельность рубца на матке, в 8 случаях артериальная гипертензия, не связанная с гестозом, в 4 случаях родовое отхождение околоплодных вод при «незрелых» родовых путях, в 4 случаях при отслойке нормально расположенной плаценты и в 2 случаях с начавшейся внутриутробной асфиксией плода.

При данной беременности женщины имели уже по 2-3 экстрагенитальных заболевания. Наиболее частым из них была хроническая железодефицитная анемия (42) различной степени тяжести, ожирение (19), варикозное расширение вен нижней конечности (15), сердечно-сосудистая патология (15), хронический пиелонефрит (12), миопия (6), заболевания желудочно-кишечного тракта (9). Острая вирусная инфекция во время беременности наблюдалась у 4 женщин в первой половине беременности, у 7 женщин во второй.

Бактериальный вагиноз диагностирован у 25 женщин (42 %).

Таким образом, у изучаемого контингента женщин была довольно высока частота осложнений прежних беременностей и сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, что не могло не сказаться на течении настоящей беременности.

Данная беременность протекала у женщин со значительными осложнениями: угроза прерывания имела место у 32 женщин, из них у 8 — в первом триместре, у 10 — во втором и у 14 — в третьем. Лечение проводилось от 14 до 45 суток. Во всех случаях лечение было успешным, беременность удалось сохранить. В третьем триместре беременности у 27 беременных приходилось производить дифференциальную диагностику в отношении состоятельности рубца на матке, в последующем в 18 случаях несостоятельность рубца была подтверждена гистологически. В тех случаях, когда подтвердилась несостоятельность рубца на матке, выяснилось, что предшествующая операция выполнялась в акушерских стационарах центральных районных больниц.

Наряду с имевшей место угрозой прерывания, данная беременность осложнилась поздним гестозом у 14 обследованных, маловодием — у 16, многоводием — у 14, хронической фетоплацентарной недостаточностью — у 13, обвитием пуповины вокруг шеи плода — у 10, и обострением хронического пиелонефрита — у 8.

Показаниями для досрочного прерывания беременности явились показания как со стороны матери, так и со стороны плода, а также их сочетание. Чаще всего причиной досрочного прерывания беременности была угроза разрыва матки по рубцу — в 32 случаях (53 %), внутриутробное страдание плода — в 15 (25 %), тяжелые формы позднего гестоза — в 6 (10 %), экстрагенитальная патология у матери — в 4 (6,6 %), кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты — в 2 случаях (3,3 %) и резус-конфликтная беременность — в 1 случае (1,6 %).

Всем обследованным было проведено полное клинико-лабораторное обследование. При ультразвуковом исследовании обращалось внимание на локализацию плаценты, степень ее зрелости, состояние рубца на матке. Также проводилось кардиотокографическое и доплерографическое исследование кровотока в маточных, магистральных и пуповинных сосудах плода. Предоперационная подготовка включала в себя лечение осложнений беременности, сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Для улучшения маточно-плацентарного кровотока, микроциркуляции назначались комплекс метаболических средств, гипербарическая оксигенация, озонирование крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная беременность у обследуемых женщин была завершена: при сроках 28-32 недели у 9 женщин (15 %) и у 51 (85 %) — при сроках 33-36 недель. Интервал между операциями в среднем составил $5,42 \pm 0,68$ лет, минимальный 1 год, максимальный 14 лет.

Во время операции выраженное истончение рубца на матке имело место у 18 женщин. Клинические признаки несостоятельности рубца имели место у 27 женщин. Плацента располагалась по передней стенке в 24 случаях, а по задней стенке — в 34. В области рубца плацента располагалась у 20 женщин. Продолжительность операции в среднем составила $47,88 \pm 2,48$ мин. (от 40 мин. до 1 ч. 30 мин.), время до извлечения плода — $7,61 \pm 1,54$ мин. (от 5 до 10 мин.). Выраженный спаечный процесс в брюшной полости имел место у 22 женщин (37 %), что и послужило причиной увеличения времени до извлечения плода и продолжительности операции. Перевязка маточных труб с целью стерилизации была произведена 18 женщинам (30 %). Объем кровопотери составил в среднем $526,09 \pm 22,86$ мл (от 400 до 800 мл). Методом обезболивания в 59 случаях была выбрана регионарная анестезия, в 1 случае — эндотрахеальный наркоз. На родах присутствовал неонатолог и была полная готовность к проведению реанимационных мероприятий.

Всего родилось 60 детей. Средняя масса новорожденных составила $2330,60 \pm 141,25$ граммов, при среднем росте $43,38 \pm 1,7$ см. Оценка по шкале Апгар на первой минуте составила $4,96 \pm 0,3$, на пятой минуте — $6,81 \pm 0,31$. Из 60 новорожденных детей трое (5 %) родились в асфиксии крайне тяжелой степени, 27 (45 %) — в асфиксии средней степени, 30 (50 %) — в легкой асфиксии. Недоношенность 1 степени диагностирована у 44 новорожденных (73,3 %), 2 степени — у 6 (10 %), 3 степени — у 6 (10 %), 4 степени — у 1 (1,6 %). Гипоксическое поражение ЦНС различной степени выраженности диагностировано у 32 новорожденных детей (53 %), у 6 (1 %) признаки перивентрикулярного кровоизлияния. 11 новорожденным (18,3 %), имеющим массу тела при рождении ниже десятого перцентиля по отношению к сроку гестации, представляли диагноз задержки внутриутробного развития. В большинстве случаев задержка развития была диагностирована внутриутробно на основании фетометрических показателей, что подтверждает диагностическую ценность изучения этих параметров во время беременности. С наибольшей частотой СЗРП диагностировался у детей, рожденных матерями с нарушениями кровотока, как в маточных артериях, так и в пуповинной артерии, а также при локализации плаценты в области рубца на матке.



Операционный материал (плацента, иссеченные рубцы) во всех случаях подвергался гистологическому исследованию. Морфологическая несостоятельность рубцов имела место не только у тех беременных, у которых была клиника несостоятельности рубца, но и дополнительно выявлена еще у 9 женщин. С одинаковой частотой встречались такие изменения, как дистрофия (включая некробиоз), отек, легкие нарушения кровообращения. Грубые морфологические изменения (некротические очаги, кровоизлияния, инфаркты, воспалительные процессы) отмечены более часто при выраженной клинической симптоматике.

Несмотря на недоношенный срок беременности, во всех случаях имелись склероз, фибриноидный некроз, дистрофическое обызвествление оболочек и ворсин ветвистого хориона с образованием обширных псевдоинфарктов и инфарктов различной степени выраженности. Обращает внимание наличие кровоизлияний и гематом в децедуальной оболочке с затеканием крови в

межворсинчатое пространство. В 26 % изменения последа носили воспалительный характер. При гистологическом исследовании были выявлены париетальный децедутит, хорионамнионит, интервиллезит. Все эти изменения указывают на хроническую фетоплацентарную недостаточность (чаще 2 и 3 степени), а также риск гипоксических поражений центральной нервной системы, риск внутриутробного инфицирования и незрелость его внутренних органов.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, женщины с рубцом на матке представляют группу риска по возникновению перинатальной и акушерско-гинекологической патологии, а также к группе риска развития различных осложнений беременности, в первую очередь по недонашиванию. Новорожденные у женщин с рубцом на матке должны быть отнесены в группу риска нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде, что требует проведения системы лечебных и реабилитационных мероприятий.



ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ГИСТЕРЭКТОМИЮ

Цель работы: оптимизация оперативного лечения миомы матки путем применения комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде и оценка эффективности применяемой системы на психоэмоциональное состояние и выраженность климактерических расстройств. Обследовано 17 женщин после гистерэктомии без придатков (средний возраст $48,4 \pm 2,9$ лет). Методы исследования: общеклинические, определение модифицированного менопаузального индекса, психологическое анкетирование (опросник депрессии А.Т.Бека, личностная шкала тревоги Тейлора). Полученные данные свидетельствуют о достаточной клинической эффективности эстровэла, который может быть использован как альтернатива гормональной терапии в лечении женщин после гистерэктомии. Применение комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет снизить негативные проявления после гистерэктомии, компенсировать климактерические нарушения, улучшить результат оперативного лечения и качество жизни в целом.

Ключевые слова: гистерэктомия, лейомиома, послеоперационная реабилитация.

KULAVSKII V., GOLESHEVA J., KULAVSKII E.
State Educational Institution Bashkir State Medical University,
Ufa, Russia

USE PHYTOTHERAPY IN REHABILITATION IN WOMEN AFTER HYSTERECTOMY

The objective of the study: to optimize leiomyoma surgical treatment efficacy by means of application of a complex therapeutic and rehabilitation treatment system in the postoperative period and to evaluate efficacy of the applied system on manifestation of climacteric disorders. There have been 17 women after hysterectomy without adnexa (of the average age of $48,4 \pm 2,9$). The research methods include clinical study, psychological questioning (A.T. Back depression questionnaire, Taylor or personal anxiety score). The findings are indicative of the sufficient clinical efficacy estrovel that may be used as an alternative to hormone therapy in the treatment after hysterectomy. Application of the complex system of therapeutic and rehabilitation treatment makes it possible to reduce negative manifestations after hysterectomy, to compensate for climacteric disorders, to improve the result of surgical treatment and life quality on the whole.

Key words: hysterectomy, leiomyoma, postoperative rehabilitation.

Менопауза может наступить не только вследствие естественной и закономерной нейроэндокринной перестройки в организме женщины, но и в результате гинекологической операции, так называемая хирургическая менопауза. Самой распространенной гинекологической операцией во всем мире является гистерэктомия [3]. Увеличивающийся рост числа гинекологических заболеваний, требующих оперативного лечения, ведет к возрастанию контингента больных, перенесших радикальную операцию.

Вследствие хирургической травмы, сопровождающейся повреждением кровеносных сосудов, питающих яичники (в результате лигирования яичниковой ветви маточной артерии), и нарушения кровоснабжения, лимфоотока и иннервации оставшихся придатков, происходит снижение или выключение функции яичников [1]. Снижением стероидогенеза, возникающим после хирургиче-

ского лечения, объясняют появление психовегетативных, сексуальных, урогенитальных и метаболических нарушений более чем у 2/3 женщин, перенесших гистерэктомию, что является основной причиной обращений пациенток к разным специалистам. Очевидно, что после удаления матки женщина испытывает определенный физический и эмоциональный дискомфорт. Страх перед потерей женской привлекательности, сексуальности и ухудшением самочувствия — ведущая причина психологического напряжения. Эмоциональный дискомфорт занимает далеко не последнее место, так как аффективные расстройства (депрессия и тревога) значительно ухудшают общее самочувствие и качество жизни в целом [2].

Основная задача современной медицины — не только компенсация заболевания, но, прежде всего, улучшение качества жизни пациента. Общепризнанной, эффективной и безопасной терапи-

ей возникающих климактерических расстройств, повышающих качество жизни больных, является комбинация модификации стиля жизни, характера питания, адекватной физической активности и использование заместительной гормональной терапии, так как значительная часть негативных проявлений обусловлена угасанием функции яичников и развивающимся эстрогенодефицитом [4]. Однако существует ряд состояний, при которых применение гормонотерапии противопоказано, или приводит к повышению риска развития новых или обострения уже имеющихся заболеваний. Благоприятно воздействовать на симптомы климактерического синдрома возможно с помощью альтернативных методов, к которым относится применение фитопрепаратов; механизм их действия связан с селективной модулирующей регуляцией рецепторов к эстрогенам [5, 6, 9].

С целью коррекции возникающих вегетососудистых и психоэмоциональных нарушений после гистерэктомии может быть рекомендован прием фитопрепарата «Эстровэл».

«Эстровэл» — многокомпонентный растительный препарат для коррекции эстрогендефицитных состояний, содержащий в своем составе экстракт цимицифуги, изофлавоны сои, экстракт корня дикого ямса, индол-3-карбинол, экстракт листьев крапивы, бор, витамины Е, В6, фолиевую кислоту, 5-гидрокситриптофан, D,L-фенилаланин.

Cimicifuga racemosa (клопогон кистевидный) — механизм действия биологически активных компонентов этого растения (тритерпеновые гликозиды, актеин, 27-деоксиактеин, цимикугозид) заключается в их способности взаимодействовать с эстрогеновыми рецепторами, что положительно влияет на климактерические симптомы, и выражается в нормализации вегето-сосудистого тонуса и психоэмоционального состояния. Цимицифуга смягчает симптомы, связанные с дисбалансом гормонов при климаксе и в менопаузе, тем самым способствуя уменьшению мышечных, суставных и головных болей. Цимицифуга улучшает метаболизм костной ткани, снижает потерю кальция, уменьшает проявления остеопороза при климаксе. Этому растительному экстракту также присущи отчетливые седативные свойства [8].

Изофлавоны сои сходны по действию с женскими половыми гормонами. Наиболее активными из них являются генистеин и даидзин, обладающие структурным сходством с эстрогенами. Фитоэстрогены действуют как избирательные модуляторы рецепторов эстрогенов, проявляющих в различных тканях эффекты агонистов (синергистов), либо антагонистов эстрогенов. Фитоэстрогены сои обладают гормоноподобными свойствами и являются эффективными для женщин в период менопаузы [7].

Дикий ямс (*Dioscorea*) — растение, произрастающее в Китае, Японии и Центральной Амери-

ке. Активное вещество, содержащееся в диком ямсе — диосгенин, является природным источником предшественников прогестерона, в связи с этим применение дикого ямса оказывает регулирующий эффект на гормональный баланс при климаксе. Благодаря способности расширения сосудов и снятия спазмов, дикий ямс облегчает симптомы боли. Кроме того, он снижает уровень холестерина в крови, предупреждая развитие атеросклероза [5].

Индол-3-карбинол — в больших количествах содержится в овощах семейства крестоцветных. Его метаболиты обладают противоопухолевым эффектом, так как изменяют метаболизм эстрогенов с преобладанием антиканцерогенного метаболита 2-ОНЕ1 над канцерогенными (4-ОНЕ1 и 16αОНЕ1). Применение индол-3-карбинола снижает риск рака молочной железы [4].

Крапива двудомная (*Urtica dioica*) — экстракт листьев крапивы оказывает мягкое мочегонное действие, способствует уменьшению отеков. Обладает общеукрепляющим и антиоксидантным действием за счет высокого содержания витаминов С.

Цель исследования — оптимизировать хирургическое лечение миомы матки путем применения комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий, включающих в себя комбинацию модификации стиля жизни, характера питания, адекватной физической активности и фитопрепарата эстровэл, а также оценка клинической эффективности применяемой терапии на психоэмоциональные и климактерические расстройства после гистерэктомии без придатков.

Под наблюдением находились 17 женщин, перенесших удаление матки без придатков по поводу миомы. Средний возраст обследованных пациенток составил $48,4 \pm 2,9$ лет. Срок, прошедший после оперативного лечения, в среднем составил $17,1 \pm 11,1$ месяцев.

Интенсивность климактерических расстройств оценивалась с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) Куппермана в модификации Е.В. Уваровой. Для выявления психоэмоциональных нарушений применяли специальное анкетирование (опросник депрессии А.Т. Бека, личностная шкала тревоги Тейлора).

Все пациентки получали Эстровэл в течение 3-х месяцев. В первый месяц приема в дозе по 1 таблетке 2 раза в день, остальные 2 месяца — по 1 таблетке в день. Клинический мониторинг осуществлялся перед началом терапии, через 1 и 3 месяца приема препарата.

Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Биостат. Результаты представлены в виде средней арифметической и ее стандартного отклонения или в виде процента от анализируемой группы.

Для анализа данных использовали параметрические методы. Достоверными различия между группами принимали при $p < 0,05$.

Оценка тяжести климактерических нарушений у обследованных пациенток показала, что до начала терапии у 11 женщин (64,7 %) выявлен климактерический синдром средней степени тяжести, у 6 (35,3 %) – легкой. ММИ в среднем составил $31,8 \pm 6$ баллов. В структуре жалоб преобладали жалобы на повышение артериального давления, потливость, приливы жара, нарушения сна, мышечно-суставные боли, снижение памяти, изменение настроения, снижение либидо.

Клиническое наблюдение показало, что на фоне терапии у большинства пациенток был достигнут положительный клинический эффект, характеризующийся снижением основных симптомов климактерического синдрома и нормализацией психического статуса.

Из приведенных в таблице данных видно, что уже через 1 месяц лечения статистически значимо снизилась выраженность всех симптомокомплексов климактерического синдрома, особенно нейровегетативного, что явилось основанием для уменьшения дозы препарата с 2-х до 1 таблетки в день. Средний ММИ через 1 месяц составил $27,9 \pm 4$ баллов ($p < 0,05$). У 3 больных (17,6 %) нейровегетативные проявления ликвидировались

полностью, симптомы слабой степени оставались у 7 (41,2 %), у 7 (41,2 %) – средней. Через 3 месяца от начала терапии средний ММИ составил $21,1 \pm 6$ баллов ($p < 0,001$). К концу 3-го месяца у 7 пациенток (41,2 %) тяжесть нейровегетативных нарушений не превышала 10 баллов, что расценивается как отсутствие этих нарушений. У 4 больных (23,5 %) климактерические проявления соответствовали средней степени тяжести ($p < 0,05$ по сравнению с данными до начала терапии).

По данным психологического тестирования было выявлено, что средний уровень депрессии по шкале Бека у оперированных пациенток составил 12 ± 5 баллов, среднее значение уровня тревоги по шкале Тейлора составило 25 ± 8 баллов.

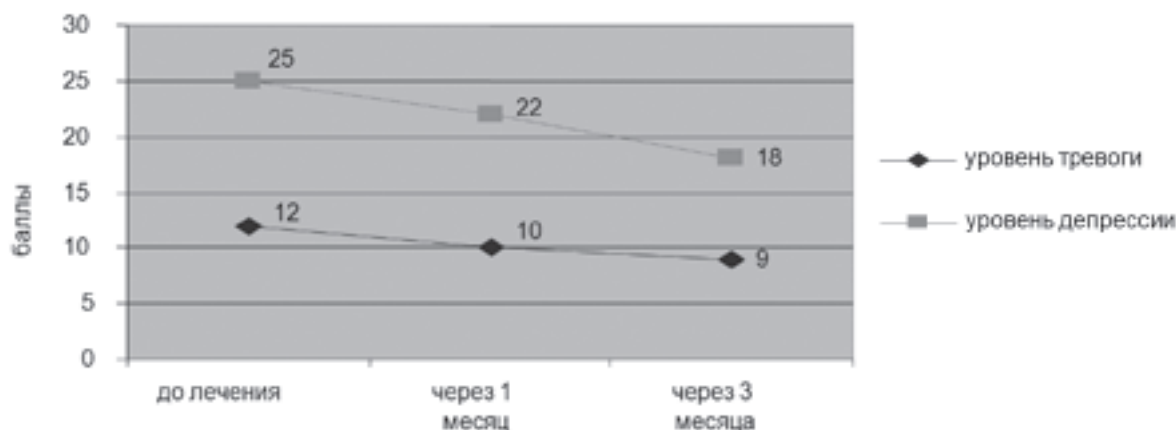
На фоне проводимого лечения средняя сумма баллов по шкале Бека имела статистически значимое уменьшение и через 1 месяц составила 10 ± 5 баллов, через 3 месяца – 9 ± 3 баллов ($p < 0,05$ по сравнению с данными до лечения). Выраженность тревожных расстройств по шкале Тейлора снизилась на 12 % и 28 % через 1 и 3 месяца лечения, соответственно, и составила 22 ± 5 балла и 18 ± 3 баллов ($p < 0,05$) (рис.).

Таблица
Выраженность симптомокомплексов климактерического синдрома

Симптомы/баллы	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца
Нейровегетативные	$20,9 \pm 4$	$17,1 \pm 3,5^*$	$12,7 \pm 3,2^{**}$
Обменноэндокринные	$3,6 \pm 0,9$	$3,5 \pm 0,8$	$3,7 \pm 1,1$
Психоэмоциональные	$8,2 \pm 2,1$	$6,8 \pm 1,7^*$	$5,7 \pm 1,9^{**}$
ММИ	$31,8 \pm 6$	$27,9 \pm 4^*$	$21,1 \pm 6^{**}$

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с исходными данными, ** $p < 0,001$ по сравнению с исходными данными.

Рисунок
Психоэмоциональное состояние на фоне лечения



Положительный клинический эффект на эмоциональное состояние проявлялся ослаблением таких симптомов, как угнетенное настроение, повышенная раздражительность/возбуждение/тревога, эмоциональная лабильность с повышенной утомляемостью; улучшилось качество сна. Результаты тестирования пациенток на фоне лечения свидетельствуют об улучшении психоэмоционального состояния и качества жизни женщин. Положительные сдвиги в эмоциональной сфере характеризуются: снижением депрессии, внутреннего напряжения, тревожности, улучшением эмоционального самочувствия, отсутствием выраженной стрессовой реакции. Анализ результатов проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет сделать вывод о компенсации адаптационных механизмов и эффективности применяемой системы реабилитации.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что применение фитопрепаратов в комплексной терапии у женщин, перенесших гистерэктомию, имеет высокую эффективность в устранении аффективных нарушений, купировании проявлений климактерического синдрома и в целом повышает качество жизни пациенток.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Доброхотова, Ю.Э. Гистерэктомиа в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции /Ю.Э. Доброхотова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2000. – 32 с.
2. Кулавский, Е.В. Реабилитация женщин, перенесших оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы /Е.В. Кулавский, Ю.М. Голешева //Актуальные вопросы оздоровления и реабилитации беременных и гинекологических больных в санаторно-курортных условиях: Матер. межрегион. науч.-практ. конф. – Пермь: ПГМА, 2008. – С. 49-61.
3. Кулаков, В.И. Гистерэктомиа и здоровье женщины /В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.И. Аскольская. – М.: Медицина, 1999. – 256 с.
4. Медицина климактерия /под ред. В.П. Сметник. – Ярославль: «Изд-во Литера», 2006. – 848 с.
5. Никитин, А.И. Фитоэстрогены /А.И. Никитин //Проблемы репродукции. - 2000. – № 3. – С. 13-20.
6. Осипова, А.А. Фитоэстрогены в реабилитации женщин, перенесших гистерэктомию без придатков /А.А. Осипова, Т.В. Казначеева //Проблемы репродукции. – 2007. – № 5. – С. 93-97.
7. Тихомиров, А.А. Изофлавоны сои в лечении климактерического синдрома /А.А. Тихомиров //Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 2. – С. 44-46.
8. Duker, E.M. Effects of extracts from *Cimicifuga racemosa* on gonadotropine release in menopausal women /E.M. Duker, L. Kopansky //Planta Med. – 1991. – Vol. 5. – S. 97.
9. Pinkerton, J.V. Use of alternatives to estrogen for treatment of menopause /J.V. Pinkerton, R. Santen //Minerva Endocrinol. – 2002. – Vol. 27, N 1. – P. 21-41.
10. Phytoestrogens endocrine disrupters or replacement for hormone therapy? /W. Wuttke [et al.] //Maturitas. – 2003. – Vol. 44 (Suppl.1). – P. 9-20.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В статье приведены данные об изменениях, возникающих в женском организме после гистерэктомии по поводу миомы матки, их характере и сроках возникновения. Женщины, перенесшие гистерэктомию, отличаются развитием в послеоперационном периоде глубоких метаболических нарушений. После операции возможны негативные проявления психоэмоционального состояния, ухудшение качества жизни и др.

Ключевые слова: миома матки, гистерэктомия, качество жизни.

KULAVSKII V., GOLESHEVA J., KULAVSKII E.
*State Educational Institution «Bashkir State Medical University»,
Ufa, Russia*

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH LEIOMYOMA AFTER SURGICAL TREATMENT

The paper describes pathological conditions in patients after hysterectomy operated for leiomyoma. It is characteristic that serious metabolic disorders develop in patients after hysterectomy. Psychoemotional disorders and decreased quality of life are observed in women after hysterectomy.

Key words: leiomyoma, hysterectomy, quality of life.

Изучение качества жизни является сравнительно новой областью клинических исследований в медицине, даже появился специальный термин «качество жизни, связанное со здоровьем», что позволило существенно изменить традиционные взгляды на проблему болезни и больного. Качество жизни — категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации. Термин «качество жизни» вошел в обиход в тех развитых обществах, где все основные материальные блага являются широко доступными. По определению ВОЗ (1999), качество жизни — это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. Качество жизни, связанное со здоровьем — это сочетание физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни [8].

Возросший интерес к изучению качества жизни объясняется многими факторами: повышенным вниманием к отдаленным результатам лечения; увеличением частоты хронических заболеваний, при которых целью терапии часто является улучшение функции, а не просто выздоровление; недостаточной информативностью количественных «биологических» параметров эффективности при анализе «стоимости-эффек-

тивности»; необходимостью определения приоритетов в здравоохранении и соответственном измерении результатов. Качество жизни становится одним из ключевых параметров при изучении конечных результатов лечения [8]. Необходимость в изучении качества жизни вызвана тем, что сумма клинко-лабораторных данных не всегда дает возможность полностью оценить субъективное состояние здоровья человека, которое часто бывает более полным и приближенным к жизни, чем объективная оценка.

Оценка эффективности различных поведенческих, фармакологических и других лечебных подходов выходит за пределы принятых в различных областях медицинской науки индексов оценки симптомов, заболеваемости и смертности, используемых для вывода об изменениях в общем качестве жизни. Существует большое число инструментов для изучения качества жизни, которые можно разделить на две большие группы: общие и специфические для болезни. Общие инструменты позволяют описать общее состояние здоровья и могут быть применены как при различных заболеваниях, так и у здоровых людей. Однако они часто не позволяют выявить изменения, характерные для определенного заболевания. В этом случае более информативными являются специфические индексы и шкалы, которые дают возможность быстро определить конкретное цифровое значение показателя качества жизни. Тем не менее, степень достоверности результатов, полученных при использовании этих двух групп инструментов, уступает объективности результа-



тов, полученных с помощью опросников. Опросник представляет собой список конкретных вопросов, на которые пациент должен в короткий промежуток времени дать конкретный ответ. Как правило, вопросы охватывают состояние всех основных сфер жизнедеятельности пациента (социальное, физическое, психическое функционирование и т.д.).

Изучение качества жизни стали включать практически во все проводимые рандомизированные клинические исследования. Показатели качества жизни широко используются в кардиологии, наркологии, неврологии, онкологии. В акушерстве и гинекологии изучение показателей качества жизни больных приобретает особое значение при различных видах оперативного вмешательства. Актуальность данной проблемы определяется ростом числа заболеваний, требующих радикального хирургического вмешательства и увеличением контингента оперированных пациенток. До настоящего времени эффективность хирургических методов лечения и исход заболевания, в основном, определялись по таким показателям, как смертность, длительность пребывания в стационаре, наличие серьезных осложнений в ходе самой операции. Успехи современной хирургии, использование точной техники и адекватное анестезиологическое пособие привели к существенному снижению послеоперационных осложнений. В настоящее время растет интерес к влиянию различных методов лечения на повседневную жизнь человека и проблемам отдаленных последствий того или иного вида лечения. Пока не изучено влияние хирургического вмешательства на качество жизни в послеоперационном периоде, невозможно в полной мере оценить его недостатки и достоинства [7].

В настоящее время активно изучается качество жизни после различных видов гинекологических операций, в том числе после хирургического лечения больных миомой матки. В литературе имеются крайне противоречивые сведения о влиянии характера и объема оперативного вмешательства при миоме матки на качество жизни пациенток, соответственно, до сих пор эти вопросы остаются недостаточно изученными.

Миома матки относится к широко распространенным заболеваниям и занимает одно из ведущих мест среди патологии репродуктивной системы. В последние годы отмечается тенденция к снижению возраста первичного выявления миомы матки. В возрасте до 40 лет операции подвергаются около четверти больных миомой [4]. При этом до 65-80 % всех оперативных вмешательств приходится на радикальные операции — надвлагалищную ампутацию и экстирпацию матки.

Вопрос о последствиях гистерэктомии для здоровья и качества жизни женщины до сих пор является нерешеным. С одной стороны, радикаль-

ная операция избавляет больных от тягостных патологических состояний, связанных с наличием опухоли. С другой стороны, подобного рода хирургическое вмешательство не только не устраняет причины основного заболевания, но и неизбежно приводит к нарушению гормонального гомеостаза, что отражается на функции органов и систем, составляющих с нейроэндокринной системой единый комплекс, который обеспечивает адаптацию организма к изменяющимся условиям [6].

В последние годы достаточное число работ посвящено изучению состояния нейровегетативно-эндокринного гомеостаза после гистерэктомии. Имеются данные о снижении функциональной активности яичников, в частности о формировании гипогонадного состояния после удаления матки в репродуктивном возрасте. Так, по данным ряда исследований, в раннем послеоперационном периоде уровень эстрадиола снижается на 50-60 % от исходного, причем более выраженное снижение происходит после тотальной гистерэктомии. Гипогонадизму в раннем послеоперационном периоде связывают с операционной травмой, отеком тканей и ухудшением кровоснабжения яичников, возникающими из-за прекращения кровотока по яичниковой ветви маточной артерии. Нарушение микроциркуляции подтверждается увеличением объема яичников в 1,6-1,7 раза, снижением их эхогенности при ультразвуковом исследовании после операции, а также снижением доплерометрических показателей яичникового кровотока в раннем послеоперационном периоде [6].

В дальнейшем, через полгода после гистерэктомии, отмечается улучшение анатомо-функционального состояния яичников, что выражается в восстановлении кровотока, улучшении эхографических показателей (нормализуется объем яичников, появляются полноценные фолликулы) и данных доплерометрии [6, 13, 15]. Эти изменения объясняются развитием коллатерального кровообращения и восстановлением нормального кровоснабжения яичников. Нормализация кровоснабжения яичников сопровождается восстановлением уровня эстрадиола в крови, преобладанием овulatoryных циклов, в том числе с полноценной лютеиновой фазой [9, 10, 13]. Более быстрое и полное восстановление функции яичников наблюдается после субтотальной гистерэктомии.

Через год и более после удаления матки отмечается прогрессирующее снижение функции яичников, что проявляется уменьшением их объема при ультразвуковом исследовании за счет уменьшения числа и размера фолликулов, ухудшением кровоснабжения по данным доплерометрии, снижением кровотока в бассейне внутренней подвздошной артерии. Наиболее выраженные изме-

нения наблюдаются у женщин, перенесших тотальную гистерэктомию [6].

Ухудшение анатомо-функционального состояния яичников с исходом в гипоестрогению клинически способствует появлению у женщин репродуктивного возраста в послеоперационном периоде менопаузальной симптоматики, также более выраженной у женщин, перенесших тотальную гистерэктомию. У 2/3 больных в позднем послеоперационном периоде отмечается развитие нейровегетативных, эмоциональных нарушений, повышение уровня тревожности. У трети женщин через 3-5 лет после гистерэктомии возникают урологические расстройства (недержание мочи при напряжении, рецидивирующая мочевиная инфекция), снижение уретрального давления и уменьшение функциональной длины уретры, что свидетельствует о формировании неполноценности уретрального механизма удержания мочи. Параллельно отмечается опущение стенок влагалища с образованием цистоцеле. Данные изменения характерны для гипоестрогении и связаны с дистрофическими процессами в парауретральной ткани, эпителии влагалища и уретры, рецепторном аппарате [3]. Наряду с этим, через 3-5 лет после удаления матки выявляются изменения влагалищного микроценоза, а также сексуальные нарушения [14]. Стойкие клинические проявления менопаузальной симптоматики у женщин после гистерэктомии появляются в среднем на 5-5,5 лет раньше среднестатистического возраста.

У части пациенток после гистерэктомии обнаруживаются метаболические нарушения и появление сердечно-сосудистой патологии. В отдаленные сроки после хирургического лечения миомы матки избыточный вес выявляется у 80 % женщин и более, что существенно превышает таковой показатель до операции (26-28 %). У больных с миомой матки, перенесших гистерэктомию в молодом возрасте, в 4,4 раза чаще наблюдается артериальная гипертензия, в отличие от женщин, не подвергшихся оперативному лечению, ухудшается липидный профиль. Кроме того, имеет место выраженное повышение уровня атерогенных липидных фракций крови, изменения в системе свертывания (повышение коагуляционных свойств крови и снижение противосвертывающей способности). В генезе сердечно-сосудистых нарушений, возникающих после гистерэктомии, определенное значение имеет прекращение синтеза эндометрием простагландина (Pgl-2), который является ингибитором агрегации тромбоцитов и способствует вазодилатации, а также косвенно участвует в повышении противосвертывающего потенциала крови.

Снижением функции яичников и, следовательно, концентрации половых гормонов объясняют появление большинства негативных последствий гистерэктомии. Эстрогены не только играют це-

ленаправленную роль в репродукции и состоянии урогенитального тракта, но также оказывают важные биологические эффекты на сердечно-сосудистую, скелетную и центральную нервную систему [19]. Головной мозг является органом-мишенью для половых стероидов, и при снижении их концентрации происходят многочисленные нейроэндокринные изменения в различных регионах мозга, что проявляется деградацией клеток ЦНС с нарушением поведенческих, вазомоторных, пищевых и психических реакций. Влияние эстрогенов на ЦНС также опосредовано через активацию серотониновой, ацетилхолиновой, норадреналиновой, дофаминовой, ГАМК-эргической и опиоидной нейротрансмиттерных систем [17]. Известно, что адекватные концентрации эстрогенов необходимы для поддержания когнитивной функции [23], а также уменьшения степени выраженности психических расстройств, в том числе депрессии [21]. Таким образом, нарушение концентрации эстрогенов приводит к ухудшению соматического и психического здоровья, что негативно отражается на качестве жизни. Тестостерон также оказывает значимое влияние на качество жизни. В постменопаузе при существенном снижении его концентрации у женщин могут возникнуть снижение чувствительности эrogenных зон и сексуальная дисфункция (в первую очередь, снижение либидо), что ведет к депрессивным состояниям [20]. Кроме того, клиническими проявлениями снижения концентрации тестостерона могут быть усталость и эмоциональная ригидность [18].

Большинство исследователей полагают, что гистерэктомию оказывает существенное влияние на физиологический и психологический статус женщины. Очевидно, что женщина после операции испытывает определенный физический и эмоциональный дискомфорт. Страх перед потерей привлекательности и ухудшением самочувствия — ведущая причина негативных ожиданий старения и психологического напряжения. Психические нарушения значительно утяжеляют течение послеоперационного периода, снижают степень социально-трудовой адаптации, приводя к ухудшению качества жизни больных [14].

Качество жизни женщин после гистерэктомии зависит и от возраста, в котором проводилось вмешательство. Большая часть пациенток переносит оперативное лечение по поводу миомы в пременопаузальном возрасте — критическом возрасте для женщин, когда уже имеется длительный анамнез заболевания, выраженные патологические изменения в половых органах, большое количество соматических заболеваний, длительные и неудачные попытки консервативного лечения миомы матки, начальные признаки приближающейся менопаузы, когда хирургическое лечение является операцией «отчаяния». У этой категории женщин

после гистерэктомии возможно ожидать появление тяжелых психо-эмоциональных нарушений, усиливающихся на фоне климактерических расстройств.

Психодиагностическое анкетирование 92 пациенток, перенесших гистерэктомию без придатков матки в перименопаузальном возрасте, показало, что после проведенного хирургического лечения появление клинических симптомов аффективных расстройств выявляется более чем у 2/3 больных. Наиболее ранними и частыми нарушениями, возникающими после удаления матки, являются нейровегетативные и психоэмоциональные расстройства, при этом более чем у 70 % оперированных больных картина выявленных нарушений имеет преимущественно среднетяжелую и тяжелую форму. Психологический дискомфорт, возникающий в результате операции, является неблагоприятным фактором, способствующим нарушению внутрисемейных отношений, социальной адаптации, ускорению процессов старения, появлению новых или обострению уже имеющихся заболеваний.

Таким образом, до операции в большинстве случаев у больных с миомой низкие показатели качества жизни объясняются в основном проявлениями заболевания. Однако в последующем после хирургического вмешательства, одновременно с нейровегетативными, метаболическими и эмоциональными расстройствами, сопровождающимися ухудшением функционального состояния яичников, также происходит постепенное снижение показателей качества жизни [9]. Таким образом, хирургическое лечение, избавляя женщин от одних жалоб, приводит к ухудшению качества жизни, вызванному уже другими причинами.

Гистерэктомию является относительно более простой в выполнении радикальной операцией при миоме матки, исключающей возможность рецидива заболевания. Проведение же органосохраняющих операций, в частности, миомэктомии, технически сложнее, кроме того, возможны рецидивы заболевания, формирование спаечного процесса в малом тазу. Но основным преимуществом органосохраняющих операций считается сохранение фертильности. В последнее время большое внимание уделяется разработке органосохраняющих операций не только потому, что многие женщины стремятся реализовать свою репродуктивную функцию после 30 лет, но и в связи с накопленными данными о ряде отрицательных последствий удаления матки для вегетативно-гормонального гомеостаза женщин репродуктивного возраста. Поэтому выбор объема оперативного лечения при миоме матки у молодых женщин до сих пор остается актуальной проблемой в гинекологии.

Очевидно, что требуется дальнейшее изучение как ближайших, так и отдаленных результатов

хирургического лечения миомы матки, включающее как объективные клиничко-лабораторные данные, так и субъективную оценку самими пациентками результатов лечения. В частности, изучение качества жизни после оперативного лечения миомы матки поможет определить, существуют ли у миомэктомии другие преимущества перед гистерэктомией, кроме сохранения фертильности. Поэтому весьма актуальным является проведение сравнительного анализа различных методов хирургического лечения миомы матки, в том числе их влияния на качество жизни в дальнейшем, и необходимо для выбора адекватного объема операции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анисимова, С.А. Лапароскопическая консервативная миомэктомия, отдаленные результаты /С.А. Анисимова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 23 с.
2. Балабанова, В.В. Лечение женщин с психическими нарушениями, обусловленными гипофункцией яичников различного генеза /В.В. Балабанова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 28 с.
3. Балан, В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия) /В.Е. Балан: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – 32 с.
4. Ботвин, М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операций, ближайшие и отдаленные результаты /М.А. Ботвин: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
5. Демина, Л.М. Лапароскопическая консервативная миомэктомия, отдаленные результаты /Л.М. Демина: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2000. – 32 с.
6. Доброхотова, Ю.Э. Гистерэктомию в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции) /Ю.Э. Доброхотова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2000. – 32 с.
7. Казарян, Л.С. Ближайшие и отдаленные результаты гистерорезектоскопии с оценкой качества жизни у больных подслизистой миомой матки и гиперпластическими процессами в эндометрии /Л.С. Казарян: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 26 с.
8. Комаров, В.П. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения /В.П. Комаров //V Всерос. онкол. Конф. 27-28 ноября 2001г., г. Москва.
9. Костоева, Л.Х. Качество жизни больных миомой матки и внутренним эндометриозом после гистерэктомии с односторонней аднексэктомией в позднем репродуктивном и перименопаузальном возрасте /Л.Х. Костоева: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2000. – 31 с.
10. Мирходжаева, С.А. Особенности гормональной функции гипофизарно-яичниковой системы и психовегетативной сферы у женщин, перенесших акушерскую гистерэктомию /С.А. Мирходжаева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1995.
11. Павлова, Е.В. Пограничные психические расстройства в пред- и послеоперационные периоды гистерэктомии



- /Е.В. Павлова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2002. – 12 с.
12. Слепцова, Н.И. Влияние объема оперативного вмешательства при миоме матки на гемодинамические показатели внутренних гениталий и качество жизни женщин /Н.И. Слепцова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 27 с.
13. Терешкина, Е.И. Психэмоциональный и сексуальный статус больных после гистерэктомии /Е.И. Терешкина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 23 с.
14. Чернышенко, Т.А. Клинико-гормональный статус больных миомой матки после гистерэктомии /Т.А. Чернышенко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 29 с.
15. An exploratory pilot study of acupuncture on the quality of life and reproductive hormone secretion on menopausal women /H. Dong, F. Ludicke, I. Comte [et al.] //J. Altern. Compl. Med. – 2001. – Vol. 7, N 6. – P. 651-658.
16. Christian, J. Differential effects of progestins on the brain /J. Christian [et al.] //Maturitas. – 2003. – N 46(1). – P. 71-85.
17. Freeman, E.W. Symptoms in the menopausal hormone and behavioral correlates /E.W. Freeman, M.D. Sammel, D. Lin [et al.] //Obstet. Gynecol. – 2008. – N 111(1). – P. 127-136.
18. Ganazzani, A.R. Menopause and the central nervous system intervention options /A.R. Ganazzani, A. Spinetti, R. Gallo, F. Bernardi //Maturitas. – 1999. – N 31(2). – P. 103-110.
19. Nappi, R.E. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women /R.E. Nappi, K. Wawra, S. Schmitt //Gynecol. Endocrinol. – 2006. – N 22(6). – P. 318-323.
20. Resnick, S.M. Effect of estrogen replacement therapy on PET cerebral blood flow and neuropsychological performance /Resnick S.M. //Horm. Behav. – 1998. – N 34(2). – P. 171-182.
21. Schneider, H.P. The quality of life in the post-menopausal woman /H.P. Schneider //Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 16, N 3. – P. 395-409.
22. Sherwin, B.B. Estrogen and cognitive functioning in women /B.B. Sherwin //Proc. Soc. Exp. Biol. Med. – 1998. – N 217(1). – P. 17-22.
23. The Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause /W.H. Utian, J.W. Janata, S.A. Kingsberg [et al.] //Menopause. – 2002. – Vol. 9, N 6. – P. 402-410.
24. Wiklund, I. Menopausal estrogen therapy has a beneficial effect on quality of life /I. Wiklund //Lakartidningen. – 1999. – Vol. 96, N 13. – P. 1582-1585.





КУРЧЕШВИЛИ В.И., КИСЕЛЕВ А.Г., АБРАМЧЕНКО В.В., КИНТРАЯ П.Я.
*Кафедра акушерства и гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО врачей ММА
им. Сеченова И.М.,
г. Москва*

БАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНТРАНАТАЛЬНУЮ ОПИОДНУЮ ДЕПРЕССИЮ

Низкая оценка состояния плода в первые секунды после рождения не всегда связана с гипоксией, а зависит от степени эндогенной опиоидной депрессии. Оценка плода сразу после рождения по предложенной шкале позволяет выявить степень эндогенной опиоидной депрессии, изменить тактику реанимации. Оценка по шкале Апгар не учитывает реакцию плода на стресс в родах. Реакция эндогенной опиоидной системы плода в ответ на критическое состояние в родах может быть ошибочно расценено как гипоксия. В настоящее время степень депрессии эндогенной опиоидной системы новорожденного не учитывается. Это приводит к неправильной оценке гипоксии плода и ошибочной тактике в реанимации.

Ключевые слова: оценка новорожденного, эндорфины, гипоксия плода, реанимация.

KURCHESHVILI V.I., KISELEV A.G., ABRAMCHENKO V.V., KINTRAJA P.J.
*Obstetrics and gynecology, perinatology and reproductology department of physician
professional development faculty of Moscow Medicine Academy named by Sechenov I.M.*

BALL ESTIMATION OF THE FETUS AND NEWBORN CONDITIONS IN CASE OF INTRANATAL OPIOID DEPRESSION

The low estimation of the fetus conditions in the first seconds after birth is not always connected with hypoxia and depends on a degree endogenous opioid depressions. The estimation of the fetus right after birth on the offered scale allows to reveal a degree endogenous opioid depressions to change tactics of reanimation. The estimation on scale Apgare does not take into account reaction of a fetus to stress in sorts. Reaction endogenous opioid systems of a fetus in reply to a critical condition in sorts can be erroneous estimated as hypoxia. Now the degree of depression endogenous opioid systems newborn is not taken into account. It results in a wrong estimation hypoxia a fetus and erroneous tactics in reanimation.

Key words: an estimation newborn, endorphines, fetus hypoxia, reanimation.

Особенности состояния плода в первые секунды после рождения обусловлены не только гипоксией, но и степенью эндогенной опиоидной депрессии (ЭОДП).

В некоторых случаях критические состояния плода в родах развиваются и без истинной гипоксии, а могут быть обусловлены болевыми реакциями плода, внутричерепной родовой травмой и другими причинами, на которые реагирует эндогенная опиоидная система (ЭОС) плода. Однако в большинстве случаев гиперреактивность ЭОС сочетается с истинной гипоксией плода.

Поэтому шкала Апгар, в которой не учитывались особенности критических состояний плода, обусловленных гиперреактивностью его эндогенной опиоидной системы, не может в полной мере отразить истинную тяжесть состояния только что родившегося ребенка, тем более, что шкала Апгар предусматривает оценку новорожденных детей к концу 1-й и 5-й минут жизни. К этому времени родившийся ребенок может уже произвести первый вдох, включается легочное дыхание, и те особенности, которые характерны в первые

секунды жизни, связанные со степенью ЭОДП, не учитываются. При физиологической ЭОДП в первые секунды жизни при обследовании по методике, предложенной П.С. и И.П. Бабкиным (1987), плод не реагирует на болевые, световые, звуковые и другие раздражения, он находится как бы в состоянии аутоаналгезии, и первый вдох у него возникает за счет естественных условий, сопутствующих переходу из организма матери во внешнюю среду (перепад давления, температуры, свет, звук и др.). Однако при патологической ЭОДП, за счет угнетения вегетативной нервной системы, первый вдох запаздывает и создается критическое состояние, опасное для жизни родившегося ребенка.

Ряд авторов (Слепых, 1973; Грищенко, Щербина, Долгина, 1983; и др.) критически относятся к методу диагностики асфиксии новорожденного на основании шкалы Апгар.

Дьерде Михай (1979) считает, что система оценки новорожденного ребенка по Апгар не соответствует современным требованиям, так как содержит ряд субъективных элементов, создающих



возможности для ошибок. Он считает, что мышечный тонус, рефлексы, движения у новорожденного тесно связаны между собой, и поэтому можно ограничиться исследованием мышечного тонуса. Последний является весьма чувствительным критерием в оценке состояния новорожденного, исследование его отличается простотой, степень субъективности при этом ниже, чем при исследовании других параметров. «В качестве единственного симптома для оценки состояния новорожденного, — пишет Дьерде Михай (1979), — мы выбрали мышечный тонус, который находится в наиболее тесной связи с кислотно-щелочным состоянием; только для наиболее тяжелых случаев к нему добавляется еще один показатель — факт наличия сердечной деятельности». Дыхание и кровообращение, по мнению автора, являются решающими факторами при оценке младенца через пять минут после рождения.

Автор указывает, что оценка новорожденного должна проводиться немедленно после рождения — благодаря этому открывается возможность немедленных лечебных мероприятий, даже минутный интервал недопустим.

В литературе встречаются и другие работы, где указаны недостатки шкалы Апгар. В частности, Jaling (1966) пришел к выводу, что поскольку мышечный тонус и рефлексы у новорожденных имеют прямую зависимость, то нет необходимости в их раздельном исследовании. Автор предложил оценивать состояние кровообращения новорожденного по наполнению пуповины, а дыхание оценивать через 1,5 мин. после рождения. Так, Wulf (1965) при оценке состояния новорожденного ребенка предложил использовать не пять, а четыре критерия; частоту пульса (подсчет в пуповине), показатель дыхания и мышечного тонуса, окраску кожных покровов.

Тем не менее, шкала Апгар является наиболее распространенной в практической работе акушеров и неонатологов всего мира, и она предназначена для балльной оценки новорожденного ребенка по истечении первой и пятой минут после рождения.

Мы, на основании наших исследований, приходим к мнению (что совпадает с мнением Дьерде Михая) о необходимости оценки состояния ро-

дившегося младенца сразу же после рождения (в первые же секунды), и даже непосредственно после рождения головки и ручек (уже возможно немедленное исследование тонуса рождающихся ручек и отчасти можно судить о цвете кожных покровов). Балльная оценка по предлагаемой нами шкале на первых секундах жизни младенца (во многих случаях не сделавшего еще первого вдоха) обостряет внимание врача при диагностике патологического состояния и позволяет приступить к немедленным реанимационным мероприятиям. По истечении первой и пятой минут новорожденный более детально уже может быть оценен по шкале Апгар.

Как известно, оценка новорожденного по шкале Апгар предусматривает краткую оценку его клинико-неврологического статуса по пяти показателям: 1) окраска кожи, 2) дыхание, 3) сердцебиение, 4) мышечный тонус и 5) рефлекторная возбудимость. Однако эта оценка дается чаще всего новорожденному после первого вдоха и включения, следовательно, компенсаторно-регуляторных механизмов

Следовательно, оценивая плод сразу же после рождения до первого вдоха по балльной системе (табл.), мы имеем возможность характеристики его состояния в первые же секунды, затем уже состояние плода оценивается по 5 признакам шкалы Апгар на первой и пятой минутах жизни.

Кроме того, представленная шкала (по двум начальным патогномичным признакам: окраска кожи и мышечный тонус) позволяет отдельно выделить состояние патологической эндогенной опиоидной депрессии плода, обостряя и направляя внимание врача на рациональные методы реанимации и интенсивной терапии. Известно, что патогенетическое лечение гипоксического шока, обусловленного патологической ЭОДП, должно быть направлено, в первую очередь, на блокаду опиатных рецепторов (П.Я. Кинтрая, В.И. Курчишвили, 1986). Поэтому комплекс реанимационных мероприятий при этих критических состояниях плода и новорожденного (оценка по предлагаемой шкале — 0-3 балла) должен начинаться с блокады опиатных рецепторов и включать в себя широкое применение антагонистов эндогенных опиоидов (препаратов типа налоксон)

Таблица
Оценка состояния родившегося плода

Симптом	Баллы			
	3	2	1	0
Окраска кожных покровов	розовая	синюшная	бледно-синюшная	бледная
Мышечный тонус	очень сильный (активные движения)	хороший	ослабленный	вялый или отсутствует

Примечание: По шкале Апгар оценка новорожденного ребенка производится по пяти признакам в пределах десяти баллов. По предлагаемой шкале оценка родившегося плода производится по двум признакам в пределах шести баллов.



для блокаторов опиатных рецепторов и купирования гипоксического шока. Здесь же следует отметить, что применение указанного препарата менее эффективно при оценке по предлагаемой шкале в 4-5 баллов, что объясняется меньшей активностью эндогенной опиоидной системы плода, степень которой пропорционально возрастает в зависимости от степени тяжести гипоксии и болевых ощущений плода (последняя проявляется увеличением концентрации эндорфинов как в центральной нервной системе, так и на периферии). Определение концентрации β -, α - и γ -эн-

дорфинов в крови у плодов подтверждает увеличение их концентрации в зависимости от тяжести гипоксии (П.Я. Кинтрая, В.И. Курчишвили, 1983; Jhaaban, 1983).

Для блокады опиатных рецепторов нами с успехом применялся препарат Налоксон, который вводили детям сразу после рождения в вену пуповины в дозе 0,02 мг в 1 мл 0,002 % раствора. После чего комплекс реанимационных мероприятий был направлен на борьбу с истинной гипоксией, которая в подавляющем большинстве случаев сочетается с патологической ЭОДП.



ЛУКИНА Н.А., ЧЕРНЯЕВА В.И., ГОРЦУЕВА О.А.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 2,
г. Кемерово

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ФАРМАКОТЕРАПИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

В статье представлены показатели репродуктивного здоровья девочек-подростков. Представлены статистические данные о гинекологической заболеваемости и ее структуре среди девочек-подростков в России и Кузбассе. Обосновано рациональное использование комбинированных оральных контрацептивов и составление перечня препаратов для включения в формулярные списки при разработке медико-экономического стандарта, с целью лечения нарушений менструального цикла у девочек-подростков.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, нарушение менструального цикла, лечебные свойства комбинированных оральных контрацептивов.

LUKINA N.A., CHERNAYEVA V.I., GORTSUEVA O.A.
*Kemerovo State Medical Academy,
The Department of Obstetrics and gynecology № 2,
Kemerovo*

METHODICAL OF PHARMACOTHERAPY'S APPROACH OF GYNECOLOGICAL DISUSES IN ADOLESCENT GIRLS

The article presents the characteristics of reproductive health in adolescent girls. Besides, it shows the statistics about gynecological morbidity and its structure among adolescent girls in Russia and Kuzbass. It proves the efficient use of the combined oral contraceptives and making up the list of medications to include in official lists during working out medical-economic standards for treatment of menstrual cycle disturbances in adolescent girls.

Key words: reproductive health, menstrual cycle disturbance, therapeutic properties of the combined oral contraceptives.

Проблема репродуктивного здоровья населения, особенно детей и подростков, в современном обществе остается одной из самых актуальных, решение которой зависит от многих составляющих ее не только медицинских, но и серьезных социальных задач. Охрана репродуктивного здоровья женского населения, особенно детского и подросткового, в современной России стала междисциплинарной.

Особую тревогу вызывает состояние репродуктивного здоровья у девочек, девочек-подростков, которые будут поддерживать основной уровень рождаемости. Это связано с тем, что именно у девочек-подростков среди всех возрастных групп женского населения произошли резкие изменения в состоянии здоровья. Общая заболеваемость среди девочек-подростков за период 1998-2008 гг. выросла на 38,7 %

Общая гинекологическая заболеваемость в России, по мнению различных авторов, составляет от 13 % до 39 %, т.е. в среднем каждая 4-я девочка нуждается в гинекологической помощи.

В последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа девочек-подростков с нару-

шениями менструальной функции, что, вероятно, связано с ухудшением экологической ситуации в регионе, снижением социально-бытовых и материальных условий жизни некоторых групп населения. Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

Для изучения потребительского рынка лекарственных средств, применяемых в подростковой гинекологии, нами проведено маркетинговое исследование на базе Кемеровского областного центра охраны репродуктивного здоровья (КОЦОРЗ). При обращаемости пациентов в центр по возрастам установлено, что 78 % составляют девочки-подростки в возрасте до 19 лет. В результате анализа исследования структуры гинекологической заболеваемости среди девочек-подростков выявлено: 61 % составляют нарушения менструального цикла; 25,4 % воспалительные заболевания; 8,2 % нарушения полового созревания; 5,4 % прочие.

Так как проблема подростковой заболеваемости в области остается актуальной, в качестве це-

левого сегмента исследования нами были выбраны девочки-подростки с различными нарушениями менструального цикла: с дисменореей — 34 %, с межменструальными маточными кровотечениями — 29 %, с предменструальным синдромом — 21 %, с аменореей — 16 %.

Анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых в терапии исследуемых заболеваний, показал, что ведущее место занимают гормональные препараты, при этом курс лечения рассчитан на 3 месяца и более. Наиболее часто в составе комбинированной терапии в данной возрастной категории используются гормональные контрацептивные средства (ГКС). Анализ литературных данных показал, что на данном этапе исследования в области применения ГКС для лечения выделенных гинекологических заболеваний не проводились, формулярный список для изучаемой группы препаратов не разработан.

Цель исследования — проведение рационального, научно-обоснованного отбора современных, высокоэффективных и безопасных ГКС и составление перечня препаратов, рекомендуемого для включения в формулярные списки при разработанном медико-экономическом стандарта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Девочки-подростки в возрасте от 10 до 19 лет, специалисты Областного центра охраны репродуктивного здоровья, амбулаторные карты, листы назначения. В процессе исследования были использованы следующие методы: контент-анализ, маркетинговый, экспертных оценок, логический, фармакоэкономический, статистический.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью совершенствования медицинской и фармацевтической помощи больным, страдающим различными нарушениями менструального цикла, нами была проведена экспертная оценка гормональных контрацептивных средств, используемых при лечении выделенных заболеваний. В ходе исследования сформированы две группы экспертов, состоящих из медицинских (28 человек) и фармацевтических (18 человек) работников, количество экспертов удовлетворяло заданному уровню доверительной вероятности (95 %). С учетом того, что ГКС относятся к препаратам рецептурного отпуска, мнение врачей-гинекологов было более весомо. Для повышения надежности и достоверности метода определялась компетентность каждого эксперта с помощью коэффициентов: использования номенклатуры, осведомленности эксперта, приобретенного опыта и квалификационного уровня. Средний коэффициент компетентности составил 1,98; что соответствует высокому уровню компетентности специалистов-экспертов.

Методом априорного ранжирования врачам-гинекологам предлагалось распределить гормональные контрацептивные средства в зависимости от их эффективности при лечении нарушений менструального цикла безопасности и частоты назначения; фармацевтическим работникам — от наличия в ассортименте аптеки, стоимости и частоты приобретения.

Согласованность экспертов подтверждена показателями коэффициентов конкордации — 0,737 и Пирсона (0,95 группа экспертов в целом; 0,947 — врачи-гинекологи; 0,951 — провизоры). Все коэффициенты статистически значимы.

Комплексная методика отбора наиболее конкурентоспособных, безопасных и эффективных ГКС проводилась на основании расчета коэффициентов весомости (M_i), выраженности побочных эффектов ($K_{впэ}$) и коэффициента эффективности ($K_{эф}$) по следующему алгоритму:

- ранжирование лекарственных средств внутри группы по каждой нозологической форме заболевания;
- расчет среднего ранга по каждому препарату путем деления суммы рангов по всем нозологическим формам заболеваний, подвергавшихся анализу, на количество нозологических форм;
- суммирование значений коэффициентов M_i , $K_{впэ}$, $K_{эф}$ по каждому препарату;
- проведение комплексной оценки по суммарному значению коэффициентов: чем больше это значение у препарата, тем выше эффективность и менее выражены побочные эффекты по сравнению с другими анализируемыми препаратами данной группы.

По результатам произведенных расчетов весь исследуемый ассортимент был распределен по группам конкурентоспособности в зависимости от полученных значений суммы коэффициентов.

Результаты проведенных исследований показали, что в группе комбинированных эстроген-гестагенных монофазных КС наиболее конкурентоспособные препараты — Регулон, Линдинет-20, Новинет, Логест, Марвелон, Мерсилон. К неконкурентоспособным можно отнести Овидон, Силест и Нон-овлон.

В группе комбинированных эстроген-гестагенных трезфазных КС конкурентоспособны Три-регол, Тризистон и Три-мерси.

В группе гестагенсодержащих препаратов (Чарозетта, Микролют, Экслютон) получены низкие значения коэффициентов, т.к. данная группа практически не применяется в терапии дисфункциональных маточных кровотечений, аменореи и дисменореи.

В результате проведенного исследования разработанная методика, может быть использована как в фармацевтических, так и в лечебных учреждениях с целью рационального применения

препаратов для лечения различных нарушений менструального цикла.

Разработанный перечень препаратов рекомендуется нами для включения в формулярные списки при разработке медико-экономического стандарта в комплексной терапии выделенных заболеваний

Безусловно, назначение того или иного препарата определяется, в первую очередь, врачом в зависимости от состояния больного с учетом эффективности и безопасности препарата. В то же время, при прочих равных условиях, показатели доступности могут служить дополнительной информацией для осуществления рационального выбора препарата потребителем.

На следующем этапе было проведено фармакоэкономическое исследование и сравнительная оценка стоимости курса лечения выделенных заболеваний для препаратов, получивших наиболее высокую оценку конкурентоспособности. Для этого были рассчитаны коэффициенты, сравнивающие стоимость курса лечения с показателями дохода потребителя. Возможность для потребителя оплатить необходимое лечение определялось с помощью коэффициента доступности (Кд).

$Kd1 = (\text{Средняя цена ЛС} / \text{Средняя з/плата}) \times 100;$

$Kd2 = (\text{Средняя цена ЛС} / \text{Прожиточный минимум}) \times 100;$

$Kd3 = (\text{Стоимость курса лечения} / \text{Средняя з/плата}) \times 100;$

$Kd4 = (\text{Стоимость курса лечения} / \text{Прожиточный минимум}) \times 100.$

При расчетах использовались данные о средней заработной плате в месяц (на 01.04.05.) – 5876 руб. и прожиточном минимуме (I квартал 2005 г.) – 2406 руб. Исходя из расчетных формул, чем меньше значение коэффициента доступности, тем более выгодно для потребителя приобретение препарата [5].

Расчет коэффициентов доступности проводился для всех нозологических форм заболеваний с учетом схем лечения и количества курсов.

Данные исследования свидетельствуют о том, что при сравнении цены препарата с доходами потребителей при лечении дисфункциональных маточных кровотечений наилучшее соотношение у препаратов-дженериков фирмы Гедеон Рихтер – регулон и новинет. При пересчете на курс лечения оказывается, что более доступным является также лечение регулоном и новинетом. Аналогичные данные получены при анализе схем лечения

и расчетах коэффициентов доступности при лечении дисменореи, аменореи и предменструального синдрома.

На заключительном этапе исследования разработан список, состоящий из 15 современных, высокоэффективных и безопасных. В состав перечня вошли в основном препараты III поколения, содержащие в своем составе в качестве гестагенного компонента дезогестрел, диеногест, линестрел. Наиболее конкурентоспособными для лечения исследуемых заболеваний являются препараты: регулон, новинет, линдинет, марвелон, логест, мерсилон. Препараты имеют мало побочных эффектов, оказывают минимальное влияние на метаболические процессы в организме и хорошо переносятся при длительном применении.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, на основании расчетов коэффициентов весомости, эффективности и выраженности побочных эффектов проведена комплексная оценка эффективности и безопасности гормональных контрацептивных средств, применяемых в подростковой гинекологии. Научно обоснован и составлен перечень, состоящий из современных, высокоэффективных и безопасных препаратов, который способствует формированию оптимального ассортимента гормональных контрацептивных средств в фармацевтических организациях и позволяет повысить качество оказания медицинской и фармацевтической помощи пациентам, страдающим различными нарушениями менструального цикла.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии /М.В. Авксентьева, В.А. Воробьев, В.Б. Герасимов и др. //Фармакоэкономический анализ. Ньюмедиа-мед. 2000. – 80 с.
2. Доказательная медицина //Ежегодный справочник. Выпуск № 1. – М.: Медиа Сфера, 2002. – С. 903-978.
3. Ивакина, С.Н. Конкурентоспособные лекарственные средства для детской гинекологии: методика выбора /С.Н. Ивакина, Г.Ф. Лозовая //Новая аптека. – 2004. – № 4. – С. 42-45.
4. Ивченко, О.Г. Маркетинговое исследование потребителя и спроса контрацептивных лекарственных средств /О.Г. Ивченко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пятигорск, 2002. – 22 с.
5. Лоскутова, Е.Е. Аптека и пациент: взаимодействие на основе фармакоэкономики /Е.Е. Лоскутова //Новая аптека. – 2005 – № 3. – 24 с.

НИЗКАЯ ПЛАЦЕНТАЦИЯ – АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Для изучения влияния аномалий расположения плаценты на течение беременности и исход родов нами были обследованы 156 беременных женщин. На основании анализа анамнестических данных, общеклинического обследования, ультразвукового исследования, кардиотокографии, доплерометрии выделены факторы риска развития аномалий прикрепления плодного яйца, наиболее частые осложнения беременности при данной патологии. Выявлена взаимосвязь между расположением плаценты, состоянием новорожденных, морфологическими изменениями последа.

Ключевые слова: аномалии расположения плаценты, низкая плацентация.

Основной задачей современного акушерства является разработка эффективных мер по профилактике перинатальной и материнской смертности. В связи с этим особую ценность представляют современные методы исследования, позволяющие оценить состояние фетоплацентарного комплекса и выбрать оптимальную тактику ведения беременности и родов. Внедрение в акушерскую практику высокоинформативных технологий (ультразвуковое исследование, плацентография, доплерометрия, цветное доплеровское картирование) позволило расширить диагностические возможности в изучении состояния плода и плаценты во время беременности. Среди причин, оказывающих отрицательное влияние на течение беременности и состояние фетоплацентарной системы, немаловажную роль играют аномалии прикрепления плодного яйца. Аномальное расположение плаценты часто сопровождается такими осложнениями, как угроза прерывания беременности, развитие фетоплацентарной недостаточности, кровотечения в III триместре, в родах и в послеродовом периоде, непосредственно угрожающие жизни женщин.

В литературе нет четких данных о частоте встречаемости низкой плацентации. По данным Г.М. Савельевой, предлежание плаценты встречается в 0,2-0,6 %. Материнская смертность при предлежании плаценты составляет 2,3-10,1 д, перинатальная достигает 22,2-41,7 д.

На сегодня известными факторами риска предлежания плаценты являются возраст старше 30-35 лет, высокий паритет родов, кесарево сечение в анамнезе, многоплодная беременность, инфекции урогенитального тракта, структурные нарушения матки (миома, аномалии развития), беременность после программы ЭКО.

Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса о сохранении или пролонгировании беременности при кровотечениях, возникающих вследствие аномалий расположения плаценты. В перинатологии данная проблема

представляет интерес с позиций высокой частоты задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности.

В процессе гестации в части случаев происходит миграция плаценты от внутреннего зева вплоть до полного удаления ее из зоны низкой плацентации. Предполагается, что изменение положения плаценты происходит вследствие растяжения нижнего сегмента матки, недостаточности его кровоснабжения, регресса плацентарной ткани. Однако в литературе отсутствуют данные о функциональном состоянии плаценты в процессе ее миграции, не описано влияние ее локализации на состояние плода, исходы беременности и родов.

Многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при аномалиях прикрепления плодного яйца остаются недостаточно изученными.

Цель исследования — изучить влияния аномалий расположения плаценты на течение беременности, частоту развития осложнений, исход родов, состояние плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 156 беременных, у которых низкая плацентация была выявлена при проведении ультразвукового исследования при сроках беременности 22-24 недели, родоразрешившихся в родильном отделении РКБ им. Г.Г. Куватова. Среди обследуемых женщин 48 (30,8 %) были первородящими, 89 (57,1 %) — повторнородящими, 19 (12,1 %) имели 2 родов и более в анамнезе. Среди экстрагенитальной патологии преобладали заболевания мочевыводящих путей и сердечно-сосудистой системы. Также обращало на себя внимание значительное число инфекционных заболеваний в анамнезе (пневмония, хронический бронхит, пиелонефрит). Существенного влияния экстрагенитальных заболеваний на возникновение низкой плацентации не было выявлено.

Среди гинекологических заболеваний преобладали хронические воспалительные заболевания придатков матки (72 женщины — 46,1 %), патология шейки матки (48 случаев — 30,7 %). У 5 обследуемых диагностирована миома матки. У 43 женщин (27,6 %) в прошлом было произведено 3 выскабливания полости матки и более, у 49 (31,4 %) — 1-2 выскабливания. У 64 женщин (41 %) внутриматочные вмешательства не производились. Среди обследуемых у 31 беременной (19,9 %) имелись рубцы на матке.

Среди осложнений настоящей беременности преобладали угроза прерывания беременности, неправильные положения плода, фетоплацентарная недостаточность. Клиника угрозы прерывания беременности в первом триместре наблюдалась у 81 женщины (51,9 %). Сочетание болей и выделений из половых путей отмечали 36 беременных, изолированный болевой синдром — 33, выделения из половых путей — 12. Только 13 женщин жалоб не предъявляли, и угроза прерывания беременности была диагностирована с помощью ультразвукового метода исследования. Все они проходили стационарное лечение, где получали терапию, направленную на пролонгирование беременности.

Всем без исключения беременным производилось ультразвуковое исследование в скрининговые сроки. Ультразвуковое исследование выполнялось при помощи приборов «Logiq 400» и «HDI-1500», кровотоки изучались методами доплерометрии и цветового доплеровского картирования. При проведении эхографии осуществлялись плацентография, фетометрия, обследовались внутренние органы плода, определялось количество околоплодных вод. В отделении проводилась кардиотокография по общепринятой методике. Всем пациенткам проведены общеклинические методы исследования. Комплексному обследованию подвергались новорожденные. Учитывались: общий статус, данные оценки по шкале Апгар, осложнения раннего адаптационного периода. Морфологическое исследование последов проводилось по стандартизированной схеме А.П. Милованова: макроскопический, морфометрический анализ и три этапа гистологического изучения. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином по Ван-Гизону, реактивом Шиффа по Маллори.

Основную задачу исследования составляла ранняя ультразвуковая диагностика аномалий прикрепления плодного яйца для выработки правильной тактики ведения данной беременности. Применение трансвагинальной сонографии в ранние сроки беременности расширило диагностические возможности, позволило более детально исследовать структуры плодного яйца. Однако говорить с определенной долей уверенности об отношении локализации хориона к области вну-

тренного зева можно лишь после 9 недель беременности, так как до этого срока плодное яйцо выполняет всю полость матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении УЗИ в сроке 10-13 недель у 24 женщин (15,4 %) хорион перекрывал внутренний зев, у 31 беременной (19,8 %) находился на расстоянии 10-30 мм от внутреннего зева.

У всех обследуемых женщин низкая плацентация выявлялась при сроке 21-24 недели. При этом у 101 беременной (64,7 %) нижний край плаценты находился на расстоянии 3 см и менее от внутреннего зева. Эхографическими критериями низкого прикрепления плаценты принято считать обнаружение ее нижнего края на расстоянии менее 5 см от внутреннего зева во втором триместре и менее 7 см — в третьем триместре беременности. Однако, как правило, клинически значимыми оказываются случаи расположения нижнего края плаценты на расстоянии от внутреннего зева менее 3 и 5 см, соответственно, во втором и третьем триместрах беременности (В.В. Митьков, М.В. Медведев, 1996).

При проведении УЗИ в 32-34 недели низкое расположение плаценты сохранилось у 48 женщин (30,8 %), а к доношенному сроку — у 12 (7,7 %).

При исследовании сердечной деятельности плода предпатологические и патологические типы кардиотокограмм выявились у 24 женщин (15,4 %), причем 19 из них впоследствии родоразрешены операцией кесарева сечения в связи с нарастанием тяжести гипоксии плода. При проведении доплерометрии нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод IА степени выявились в 36 случаях (20,5 %).

Роды через естественные родовые пути произошли у 72 женщин (46,1 %). Родоразрешены операцией кесарева сечения 81 женщина (53,9 %), причем низкая плацентация явилась показанием к операции в 7 случаях (4,5 %), в 17 случаях (10,9 %) — неправильное положение плода, в 19 (12,2 %) — нарастание тяжести гипоксии плода. В остальных случаях показанием к оперативному родоразрешению явились рубец на матке, слабость родовых сил, сопутствующая соматическая патология. Оценка по шкале Апгар составила 8-10 баллов у 91 новорожденного (58,3 %), 6-7 баллов — у 53 (34 %), 4-5 — у 12 (7,7 %). Задержка внутриутробного развития наблюдалась у 17 новорожденных (10,9 %). Среди заболеваемости раннего неонатального периода преобладали нарушения ЦНС (16 детей — 10,3 %) — отклонения раннего адаптационного периода, синдромы мышечной дистонии, гипервозбудимости, угнетения ЦНС.

При гистологическом исследовании последа во всех случаях выявлены изменения, характер-



ные для хронической плацентарной недостаточности, причем в 32 случаях (20,5 %) — II степени тяжести. Преобладал вариант относительной незрелости ворсин с диссоциированным развитием котиленонов. Большинство ворсин были гиповаскуляризованы. Важным фактором, усиливающим плацентарную недостаточность, являлась многочисленность участков склеенных ворсин. Преобладали реологические нарушения материнского кровотока в межворсинчатом пространстве. Риск инфекционного процесса был выражен в случаях распространенного поражения, когда воспалительная инфильтрация захватывала базальную пластинку, ворсины, межворсинчатое пространство, спиральные артерии. Несколько снижены были компенсаторно-приспособительные процессы: ангиоматоз, сужение просвета артерий опорных ворсин.

ВЫВОДЫ:

Среди факторов риска возникновения низкой плацентации можно выделить такие, как высокий паритет паритет родов, частые выскабливания полости матки в анамнезе, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, рубцы на матке, миома матки. Беременность при аномалиях расположения плаценты часто сопровождается такими осложнениями, как угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития, неправильные положения плода. Высокий перинатальный риск в этом случае является предпосылкой для повышенной ча-

стоты оперативного родоразрешения. Необходима ранняя диагностика аномалий расположения плаценты для выработки оптимальной тактики ведения беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Митьков, В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. II том //В.В. Митьков, М.В. Медведев. — М.: Видар, 1996. — 408 с.
2. Панина, О.Б. Развитие эмбриона (плода) и оболочек плодного яйца в I триместре беременности по данным эхографии /О.Б. Панина, Е.Ю. Бугеренко, Л.Г. Сичинава //Вестн. Рос. асс. акушеров-гинекологов. — 1998. — № 2. — С. 59-65.
3. Тимофеева, И.В. Ведение беременности при аномальном расположении плаценты /И.В.Тимофеева //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии в постдипломном образовании врачей: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. — Пермь, 2006.
4. Баймурадов, О.А. Генетическая и приобретенная формы тромбофилии в генезе предлежания плаценты /С.М. Баймурадов, О.А. Бадалова //Матер. 9-го Всерос. науч. форума «Мать и дитя». — М., 2007.
5. Краснопольский, В.И. Клиническая, ультразвуковая и морфологическая характеристики хронической плацентарной недостаточности /В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова и др. //Акушерство и гинекология. — 2006. — № 1. — С. 13-16.
6. Новикова, С.В. Диагностическое и прогностическое значение комплексного ультразвукового исследования при фетоплацентарной недостаточности /С.В. Новикова, В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова и др. //Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2005. — № 5. — С. 39-42.



МОЖНО ЛИ РАССМАТРИВАТЬ МИОМУ МАТКИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ?

За последнее десятилетие заболеваемость раком эндометрия (РЭ) среди онкологической патологии женской репродуктивной системы возросла с 18,6 % до 27,6 % [7]. По данным различных исследователей частота сочетания рака эндометрия и миомы матки (ММ) колеблется от 16,2 % до 64 % [3, 4, 9]. Показано, что поздняя менопауза, функциональные кисты, склерополикистоз яичников, аденомиоз значимо часто встречаются как при РЭ, так и при ММ. Кроме того, обе патологии характеризуются высокой частотой обменно-эндокринных нарушений, проявляющихся ожирением, сахарным диабетом, нарушениями в липидном спектре, гипертонической болезнью и т.д. [3, 6, 8, 10]. Относительный риск развития РЭ увеличивается в 43 раза у женщин, имеющих триаду эндокринно-метаболических заболеваний, по сравнению с женщинами без этих заболеваний, а сочетание таких факторов как ММ и поздняя менопауза увеличивает его в 2 раза [6].

Исследования показали, что эндокринные факторы являются ведущими в патогенезе РЭ, взаимодействуют с комплексом молекулярно-генетических и иных факторов и свидетельствуют в пользу гетерогенности РЭ [1, 2, 5, 11]. В последнее десятилетие в развитии РЭ признается роль источников локального эстрогенообразования, среди которых рассматривается ММ [1, 5, 12, 13]. По мнению ряда исследователей, нерегессирующая в постменопаузе ММ является «маркером онкогинекологической патологии» [2, 9].

Цель исследования — изучение взаимосвязи клинико-морфологических параметров с особенностями системной и локальной гормонемии, синтеза эстрогенов *in situ* у больных с ГП и РЭ в сочетании с ММ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В сыворотке крови, взятой из локтевой вены и регионарного маточного кровотока, определяли уровень половых стероидных гормонов (эстрогена, эстрадиола, прогестерона, глобулина, связывающего половые стероиды) с использованием радиоиммунного анализа. Группу больных РЭ составили 63 женщины, из которых у 50 пациенток РЭ сочетался с ММ. Группу пациенток с простой и комплексной гиперплазией эндометрия составили 83 женщины, из которых у 68 имелась ММ. Группу контроля составили 54 пациентки без патологических изменений эндометрия, у 41 из которых имелась ММ. Определение уровня арома-

тазной активности проводили радиометрическим методом, рецепторов эстрогенов и прогестерона (ER и PR) — радиолигандным методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частота встречаемости ожирения и артериальной гипертензии у больных РЭ с ММ была выше, по сравнению с больными без ММ. Удельный вес больных с нарушениями углеводного обмена при РЭ с ММ был выше (30 %), чем без миомы (18 %). У больных с ГПЭ и ММ артериальная гипертензия наблюдалась в 46,3 % случаев, без ММ — в 38,5 % случаев ($p < 0,05$), значимых различий в частоте встречаемости ожирения и сахарного диабета получено не было. Полученные результаты, могут свидетельствовать о большей глубине эндокринно-метаболических нарушений у пациенток с сочетанной патологией эндо- и миометрия.

Уровень эстрадиола в сыворотке крови у больных РЭ с ММ был в 2 раза ниже, чем без миомы ($p = 0,013$). У пациенток с ГПЭ и в группе контроля выявлены аналогичные тенденции. Уровень эстрогена сыворотки крови был выше у больных РЭ при наличии ММ, чем у больных без миомы ($p = 0,040$). Индекс свободных эстрогенов оказался выше при наличии ММ как при ГП, так и при РЭ, чем без ММ (в группе больных РЭ $p = 0,018$).

Уровень эстрогена в регионарном кровотоке у больных РЭ с ММ был выше, чем в системном (59 ± 25 нмоль/л и $45,1 \pm 25,9$ нмоль/л, $p = 0,015$), а уровень SHBG — ниже ($28,8 \pm 9,5$ нмоль/л и $22,9 \pm 8,1$ нмоль/л, $p = 0,031$). Причем, у больных РЭ без ММ уровень эстрогена в локальном кровотоке был ниже ($32,1 \pm 16,9$ нмоль/л), чем у больных с миомой ($p = 0,015$). Значения ИСЭ в локальном кровотоке у больных РЭ с ММ были выше, чем без ММ ($1,47 \pm 0,34$ и $1,27 \pm 0,45$, $p > 0,05$). Выявленные различия системной и локальной гормонемии, свидетельствуют о высокой концентрации стероидных гормонов в локальном кровотоке при РЭ и ММ.

В связи с этим, была проведена оценка активности ключевого фермента синтеза эстрогенов — ароматазы, катализирующего переход андрогенов в эстрогены, в тканях [1, 13]. Оценка активности фермента оценивалась в эндометрии, миометрии и ткани миоматозных узлов.

Активность ароматазы в гиперплазированном эндометрии была высокой и практически не отли-



чалась от уровня активности в малигнизированной эндометрии. Во всех группах наблюдалась тенденция к более высокому уровню активности фермента в эндометрии при наличии ММ. Наиболее высоким уровень ароматазной активности в эндометрии был у больных РЭ с ММ, диагностированной в период от 30 до 40 лет ($37,5 \pm 16,8$ фмоль андростендиона на 1 мг белка в час), и наиболее низкий — при выявлении ММ после 40 лет ($17,7 \pm 18,5$ фмоль андростендиона на 1 мг белка в час, $p = 0,041$), и была связана отрицательной корреляционной связью с возрастом ($r = -0,46$, $p = 0,005$), хотя по данным литературы активность ароматазы в новообразованиях у женщин менопаузального возраста без учета факта наличия ММ несколько выше [1]. Полученные данные представляют интерес с точки зрения перспективности применения ингибиторов ароматазы в целях гормонотерапии больных РЭ в репродуктивном и перименопаузальном периодах.

Активность ароматазы в миометрии и миоматозных узлах у пациенток всех групп была высокой ($p > 0,05$). В то же время, уровень ER и PR в узлах у больных ГПЭ был статистически значимо выше, по сравнению с больными РЭ, что может свидетельствовать, о высоком потенциале миометрия и миоматозных узлов к синтезу эстрогенов из андрогенов у всех больных с ММ. При оценке рецепторного статуса оказалось, что уровень ER и PR в узлах миомы у больных ГПЭ был статистически значимо выше, по сравнению с больными РЭ. Это может свидетельствовать о высоком потенциале миометрия и миоматозных узлов к синтезу эстрогенов из андрогенов у всех больных, имеющих ММ, вне зависимости от состояния эндометрия.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, у больных с сочетанной патологией эндо- и миометрия выше частота и степень выраженности экстрагенитальной патологии, а также более высокий уровень эстрогена в сыворотке периферической крови, чем у больных с пролиферативными процессами эндометрия без ММ. При сочетании ММ и РЭ наблюдается гиперэстрогемия в локальном маточном кровотоке.

Выявлено, что ткань миометрия и миоматозных узлов обладает высоким потенциалом к синтезу эстрогенов из андрогенов, вне зависимости от морфологического состояния эндометрия. Учитывая выявленные особенности можно предположить, что по своим клинико-гормональным и биохимическим характеристикам РЭ с ММ существенно различается от РЭ без ММ и гиперплазии эндометрия, сочетающейся с ММ, что определяет необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении. Вероятно, ММ при наличии клинических проявлений обменно-эндокринного синдрома, может выступать в качестве фактора риска ГП и РЭ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Берштейн, Л.М. Гормональный канцерогенез /Л.М. Берштейн. — С-Пб., 2000. — 199 с.
2. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии /Я.В. Бохман — Л., 1989. — 464 с.
3. Вихляева, Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии /Е.М. Вихляева — М., 2000. — 768 с.
4. Гаврилов А.С., Мерекина Л.И., Семенов С.В. //Сиб. мед. журнал. — 2002. — № 4. — С. 34-35.
5. Коломиец, Л.А. Метаболизм и рецепция эстрогенов при гиперпластических процессах и раке эндометрия //Л.А. Коломиец — Томск, 2007. — 188 с.
6. Мезинова Н.Н., Патрушева А.С. //Вопр. онкол. — 1985. — Т. XXXI, № 6. — С. 60-63.
7. Новикова, Е.Г. Предрак и начальный рак эндометрия у женщин репродуктивного возраста /Новикова Е.Г., Чулкова О.В., Пронин С.М. — М., 2005. — 136 с.
8. Савитский Г.А. //Вопросы онкологии. — 1991. — Т. 91, № 2. — С. 179-184.
9. Сидорова, И.С. //Миома матки /Сидорова И.С. — М., 2002. — 256 с.
10. Bray G.A. //J. Nutr. — 2002. — Vol. 132, N 11. — P. 3451-3455.
11. Bulun S.E., Emonds K., Simpson E.R. //J. Clin. Endocrinol. Metabol. — 1994. — Vol. 79, N 6. — P. 1831-18314.
12. Koshiyama M., Morita Y., Fujii H. et al. //Menopause. — 2001. — Vol. 8. — P. 149-150.
13. Potischman N., Hoover R.T. //JNCI. — 1996. — N 28. — P. 1127-1135.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Комплексное обследование состояния шейки матки с посттравматическими нарушениями у женщин репродуктивного возраста является поэтапным обследованием, включающим кольпоскопию, цитологический скрининг, ультразвуковую и доплеровскую эхографию, морфологическое исследование. В последнее время появилась возможность оценивать не только структуру, но и функциональную активность органа благодаря изучению интенсивности кровоснабжения. Трансвагинальная ультразвуковая эхография с доплерометрией являются ценным методом, использование которого в комплексной оценке состояния деформированной шейки матки способствует снижению рецидивов заболевания и значительно улучшает качество лечения.

Ключевые слова: ультразвуковая эхография, шейка матки, посттравматические нарушения.

NASYROVA S.F., VDOVINA T.R.
*Department of obstetrics and gynecology IPE BSMU,
Ufa, Bashkortostan*

DIAGNOSTIC ULTRASOUND METHOD IN PATIENTS COMPLEX EXAMINATION WITH POSTTRAUMATIK UTERUS CERVIX DISFUNCTIONS

Complex estimation of the state of cervix of the uterus with posttraumatic violation of women of the reproductive age is the stage inspection including colposcopy, cytological screening, ultrasonic and doppler echography, morphological research. Now there is an opportunity to appreciate not only the structure but the functional activity of the organ in virtue of the study of the intensity of supply of the blood. Transvaginal ultrasonic echography with dopplerometry is exceptionally valuable method, the usage of which in complex estimation of the state of the deformed cervix of the uterus promotes lowering of relapses of diseases and improves the quality of the treatment considerably.

Key words: ultrasonic echography, cervix, posttraumatic violation.

Посттравматические изменения шейки матки, разрывы, рубцовые деформации являются сравнительно распространенной патологией, и, несмотря на многолетние успехи в их диагностике и лечении, заболевания подобной локализации продолжают составлять значительный удельный вес в структуре гинекологической заболеваемости. Состояние шейки матки с посттравматическими изменениями предрасполагает к определенной топографо-анатомической локализации патологических процессов.

В области рубцовой деформации наиболее часто встречаются фоновые, предраковые заболевания шейки матки, вплоть до развития рака. Известно, что наиболее достоверным в диагностике патологических процессов шейки матки является комплексный метод исследования, включающий цитологию, кольпоцервикоскопию, гистологическое исследование биопсийного материала. В последние годы появились данные об использовании методов ультразвуковой диагностики в

комплексном обследовании больных с заболеваниями шейки матки.

В развитии патологии шейки матки немалое значение придается нарушению ее анатомического строения после травмы в родах или во время искусственного прерывания беременности. В области рубцовой деформации наиболее часто встречаются фоновые, предраковые заболевания шейки матки, вплоть до развития рака. Для ранней диагностики патологических процессов шейки матки используется ряд методов: кольпоскопический, цитологический, гистологический, бактериологический. В последние годы наряду с традиционными методами исследования появились данные о применении ультразвуковой диагностики в комплексном обследовании больных с заболеваниями шейки матки. При этом оценивается форма и внутренняя структура, определяются размеры шейки матки, при наличии объемных образований в ней измеряются их границы, описывается содержимое.

В норме на эхограммах шейка матки определяется как мягкотканное образование цилиндрической формы с четкими и ровными контурами. Размеры: длина — 20-40 мм, толщина — 30 мм. Плотность и структура шейки матки такие же, как у тела матки. Шеечный канал не визуализируется.

Трансвагинальное ультразвуковое исследование шейки матки дает возможность диагностировать наличие объемных образований, ретенционных кист, которые при глубоком расположении в строме шейки матки наружными методами исследования не выявляются. Кроме того, оно позволяет выявлять патологические процессы, локализующиеся в цервикальном канале. Обнаружение эндофитного образования в центральных и дистальных отделах шеечного канала с помощью эхолокации позволяет определить первичную локализацию опухоли, ее размеры, уточнить степень распространенности, дифференцировать полипы эндоцервикса и полипы, исходящие из истмического отдела матки.

В последнее время появилась возможность оценивать не только структуру, но и функциональную активность органов на основании изучения интенсивности кровоснабжения и параметров крови. Ультразвуковая доплерометрия позволяет произвести цветное картирование кровотока в строме шейки матки и определить характеристики кривых скоростей кровотока в конкретных сосудах. При анализе доплерометрических кривых скоростей кровотока определяют максимальную систолическую и конечную диастолическую скорости кровотока. Эти показатели используют для вычисления индекса резистентности, систолодиастолического отношения, которые являются показателями периферического кровообращения шейки матки.

Цель исследования — выявить функциональные и структурные особенности шейки матки с использованием методов ультразвуковой диагностики в комплексном обследовании больных с посттравматическими изменениями шейки матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное обследование 86 больных с посттравматическими изменениями шейки матки в возрасте от 26 до 48 лет. Диагностический поиск был направлен на исключение возможной малигнизации. Для этого проводилось поэтапное исследование, включающее кольпоскопию, цитологический скрининг, ультразвуковую и доплеровскую эхографию, морфологическое исследование биоптатов шейки матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенные исследования показали, что при расширенной кольпоскопии у 46 больных выявля-

на эктопия цилиндрического эпителия, у 8 — эктропион шейки матки, экто- и эндоцервицит — у 21, мозаика — у 1, пунктация — у 1, кератоз — у 8, ацетобелый эпителий — у 1. Часто эти патологические процессы сочетались. При проведении цитологического исследования в большинстве случаев имел место второй тип мазка по Папаниколау, атипичские клетки выявлены у одной больной.

Ультразвуковое сканирование осуществлялось при помощи ультразвукового аппарата «ЛОСИQ-7» с использованием трансвагинального датчика. Результаты эхографии были верифицированы при проведении операций на шейке матки путем диатермоэлектростимуляции или конизации с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей. При обследовании группы больных с посттравматической деформацией имели место увеличение и утолщение шейки матки, которая варьировала в зависимости от конкретного клинического случая от 45 до 55 мм. В строме шейки матки определялись единичные или множественные жидкостные образования, которые расценивались как ретенционные кисты. Дифференциальная диагностика проводилась с эндометриозными кистами на основе клинической симптоматики, кольпоскопии и гистологического исследования.

В наших работах проводилось исследование васкуляризации шейки матки до и после комбинированного (диатермокриодеструкции) лечения. При цветном доплеровском картировании до лечения у больных с исследуемой патологией имелись так называемые «немые» зоны, в которых отсутствовала визуализация доплеровских сигналов, что свидетельствовало о нарушении кровоснабжения данных участков. При анализе данных цветового картирования было установлено, что показатели кровотока шейки матки составляли для венечной артерии систолодиастолическое соотношение (СД) — 1,8, индекс резистентности (ИР) — 0,3. Для влагалищной артерии СД — 1,2, ИР — 0,2. После комбинированного хирургического лечения, направленного на устранение деформации шейки матки эти показатели изменялись, достигали для венечной артерии СД — 3,0 (норма: 3,15-4,5), ИР — 0,6 (0,6-0,7), для влагалищной артерии СД — 2,8 (2,-3,5), ИР — 0,5 (0,5-0,7).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что трансвагинальная ультразвуковая эхография с доплерометрией является ценным методом исследования, использование которого в комплексной оценке состояния деформированной шейки матки способствует улучшению качества диагностики и позволяет более полно оценить качество проводимого лечения.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Бурхард. Атлас по патологии шейки матки и кольпоскопии. – Лондон – Нью-Йорк, 1991. – 280 с.
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клинические лекции /под ред. В.Н. Прилепской. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 432 с.
3. Митькова, В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике //В.В. Митькова, М.В. Медведева. – М., 1997. – 256 с.
4. Патология шейки матки и генитальные инфекции /под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.





НИКОЛАЕВА Л.Б., ТРИШКИН А.Г.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
ГОУ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Изучены структурные особенности и гормональная функция плаценты у первородящих женщин. В I группу были включены 398 первородящих, во II – 278 повторнородящих женщин. Структурные особенности плаценты во время беременности изучены методом ультразвукового сканирования. Непосредственно после родов плаценту подвергали морфологическому исследованию. Функциональное состояние плаценты изучено путем определения содержания хорионического гонадотропина (ЧХГ), плацентарного лактогена (ЧПЛ), прогестерона (ПГ), свободного эстриола (E_3) и альфафетопротеина (АФП). Плацента первородящих, по данным ультразвукового сканирования, характеризовалась большей толщиной и наличием множественных структурных изменений. При микроскопическом исследовании чаще отмечалось краевое приращение пуповины и более высокая масса плаценты. Морфологические признаки ФПН у первородящих встречались чаще, причем, с преобладанием гиперпластического варианта компенсированной формы, тогда, как сочетанное воспалительное поражение последа наблюдалось реже, чем у повторнородящих. Гормональная функция фетоплацентарного комплекса у первородящих характеризовалась более низкими концентрациями ЧПЛ, E_3 , ЧХГ и более высоким уровнем АФП в сыворотке крови, чем у повторнородящих.

NIKOLAJEVA L.B., TRISHKIN A.G.
*Kemerovo State Medical Academy,
the chair of the obstetrics and gynecology № 1,
Kemerovo regional clinical hospital,
Kemerovo*

STRUCTURAL AND METABOLIC CHARACTERISTIC OF FETOPLACENTAL COMPLEX IN PRIMIPARA WOMEN

The structural features and the hormonal function of placenta in primipara women were studied. Group 1 included 398 primipara women, group 2 contained 278 secundipara women. The structural features of placenta during the pregnancy were studied by ultrasound scanning method. The functional condition of placenta was studied by means of identification of the content of human chorionic gonadotropine (HCG), human placental lactogene (HPL), progesterone (PG), free estriol (E_3) and alphafetoprotein (AFP). According to findings of ultrasound scanning placenta of primipara women was characterized by larger thickness and presence of multiple structural changes. More frequently microscopic examination revealed the marginal attachment of umbilical cord and higher placental mass. Morphological signs of fetoplacental insufficiency (FPI) in primipara women were noted more frequently mostly as a hyperplastic variant of the compensated form, the associated inflammatory disturbance of the afterbirth being revealed less frequently compared with secundipara. Hormonal function of fetoplacental complex in primipara was characterized by lower concentrations of HPL, E_3 , HCG and by higher level of AFP in the serum of primipara compared to secundipara women.

Первые роды всегда представляли серьезную акушерскую проблему [6]. В последние десятилетия рождаемость в стране поддерживается более чем на 60 % за счет первых и часто единственных детей. В связи с этим исход беременности, родов и состояние здоровья потомства у первородящих представляет не только медицинскую, но и социальную проблему [2]. Перинатальная заболеваемость, смертность и мертворождае-

мость во многом определяется структурным и функциональным состоянием плаценты [5, 8].

Плацента — основной орган, осуществляющий анатомо-физиологическую связь между матерью и плодом, обеспечивая гомеостаз всего фетоплацентарного комплекса [1, 3, 5].

Цель исследования — изучить структурные особенности и гормональную функцию плаценты у первородящих женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 676 женщин, родоразрешенных в Кемеровском областном клиническом родильном доме за период 2000-2007 гг. Все женщины были разделены на 2 группы. В I группу были включены 398 первородящих, во II — 278 повторнородящих женщин. Критериями включения в исследование явились: кратность родов (первые, повторные); отсутствие тяжелой соматической патологии, акушерских и/или перинатальных осложнений на момент проведения исследования; живой плод; информированное согласие женщины участвовать в исследовании.

Структурные особенности плаценты во время беременности изучены методом ультразвукового сканирования на аппарате «АЛОКА-630», работающим в реальном масштабе времени, с использованием секторного механического датчика 3 МГц.

Оценка степени структурности плаценты проводилась по шкале А.М. Vintzileos [9]. Эхографическим показателем структурности плаценты являлась степень зрелости плаценты, которая оценивалась согласно классификации Р.А. Grannum и соавт. [7]. Наименее благоприятной считалась III степень структурности плаценты. Дополнительно определялся характер патологических включений в структуре плаценты (кистозные изменения, отложения солей кальция и другие), ее толщина и расположение. Толщина плаценты измерялась в средней части, в месте впадения пуповины. Полученные результаты сравнивались с нормативными значениями в зависимости от срока беременности по номограмме, предложенной Демидовым [4].

Непосредственно после родов плаценту подвергали макроскопическому исследованию: определяли массу, количество долек, длину пуповины и ее прикрепление, затем проводилось морфологическое исследование по стандартной методике формалиновой фиксации, спиртовой проводки и парафиновой заливки с изготовлением срезов толщиной 6-8 мкм и их окраской гематоксилином и эозином. Минимальное количество исследованных объектов плаценты включали в себя 12 кусочков (по 4 из центральной, парацентральной и периферической зон) [3, 5]. Все морфологические изменения плаценты были разделены на инволюционные, компенсаторно-приспособительные и патологические [3]. Морфоструктура плаценты характеризовалась: циркуляторными, гипертрофическими, гиперпластическими, дистрофическими, склеротическими, гипопластическими, атрофическими, воспалительными и пролиферативными изменениями. Руководствуясь патогенетической классификацией хронической плацентарной недостаточности [Глуховец Б.И., 2002] все изменения были разделены на компен-

сированную и субкомпенсированную формы фетоплацентарной недостаточности (ФПН) [3, 5].

Исследование проведено на базе Кемеровского областного патологоанатомического бюро.

Функциональное состояние плаценты изучено путем определения содержания хорионического гонадотропина (ЧХГ), плацентарного лактогена (ЧПЛ), прогестерона (ПГ), свободного эстриола (E_3) и альфафетопротеина (АФП). Исследование гормонов и фетального белка проводилось прямым конкурентным иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием стандартных тест-систем «Алкор-Био» (Россия), DSL-10-370 ACTIVE™ Ultra-Sensitive Unconjugated Estriol (США), HPL BIOSERV™-ELISA (Германия) в соответствии с прилагаемыми инструкциями. Объектом исследования была сыворотка крови беременной за 2-7 дней до родов.

Исследования проведено на базе генетической лаборатории Государственного учреждения здравоохранения Кемеровской областной клинической больницы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний срок беременности в группах на момент исследования составил $38,8 \pm 0,08$ и $38,6 \pm 0,16$ недель, соответственно ($p > 0,05$).

Частота курения в группах составила 14,3 % и 13,7 % ($p = 0,898$). Острые респираторно-вирусные заболевания во время беременности перенесли 7 % и 8,6 % женщин ($p = 0,535$). У большинства беременных в группах диагностировались кольпиты и бактериальный вагиноз — 44 % и 41 % ($p = 0,066$). Частота угрозы прерывания беременности (70,5 % и 67,5 %, $p = 0,683$), гестационной анемии (55,8 % и 55,4 %, $p = 0,984$), патологии амниона (50,8 % и 46,1 %, $p = 0,542$), синдрома задержки развития плода (16,1 % и 13,7 %, $p = 0,723$), пиелонефрита (8,5 % и 8,7 %, $p = 1,000$), гипотонии (8,3 % и 7,9 %, $p = 0,973$) значимых различий в группах не имела.

По данным ультразвукового сканирования было выявлено, что средняя толщина плаценты во всех группах соответствовала нормативным показателям, однако, показатели в I группе — $37 \pm 0,49$ мм оказались достоверно выше, чем во II — $34,9 \pm 0,52$ мм ($p = 0,011$).

При изучении локализации плаценты не удалось выявить достоверных различий в группах. Так, частота локализации плаценты по передней стенке составила 36,4 % и 43,9 %, не имея значимых различий ($p = 0,365$). У первородящих плацента располагалась по задней стенке в 56,4 %, во II группе — в 43,9 % ($p = 0,119$), на боковой стенке — в 7,3 % и 12,2 %, соответственно ($p = 0,365$).

Анализ степени зрелости плаценты показал, что в обеих группах преобладала III степень, которая диагностирована в 74,5 % и 77 %

($p = 0,318$). Значительно реже регистрировалась II степень зрелости плаценты — 22,3 % и 19,8 %, соответственно ($p = 0,708$). Первая степень зрелости плаценты встречалась в 3,2 % и 2,4 % ($p = 0,533$). Нулевая степень зрелости в I группе не диагностирована, во II группе выявлена у 1 % беременных.

При определении структуры плаценты установлено, что нормальная структура в 1,9 раза реже встречалась у женщин I группы — 9,1 % и 17,1 % ($p < 0,05$). Значительно чаще в структуре плаценты регистрировались множественные кальцинаты — 47,3 % и 61 % ($p = 0,08$), а единичные встречались в плацентах I группы достоверно чаще, чем во II — 41,8 % и 22 % ($p = 0,007$). Следует отметить, что кистозные образования в структуре плаценты были выявлены только у первородящих — 1,8 % и отсутствовали у повторнородящих.

При осмотре последа боковое прикрепление пуповины имело место у большинства женщин в I и II группе — 92,9 % и 96 % ($p > 0,05$), тогда как краевое встречалось чаще в I группе — 5,1 % и 0 % ($p < 0,05$), а центральное — в 2 раза реже, чем в группе сравнения — 2 % и 4 % ($p < 0,05$). Масса плаценты у первородящих оказалась несколько больше, чем у повторнородящих, и составила $549,8 \pm 6,5$ и $524,6 \pm 9$ г, соответственно, однако различия не были значимыми ($p > 0,05$). Морфологически диагноз хронической фетоплацентарной недостаточности установлен у 73,9 % женщин I группы и 61,1 % беременных II группы ($p < 0,001$). Частота компенсированных форм ФПН преобладала и встречалась в I группе чаще, чем во II — 59,3 % и 48,1 % ($p = 0,006$). К морфологическим критериям компенсации фетоплацентарной недостаточности относились: соответствие степени зрелости ворсин гестационному сроку, ангиоматоз и как крайняя его форма — хорангиоз, нормальный просвет сосудов, невыраженное ветвление ворсинчатого дерева, гипертрофия и гиперплазия терминальных ворсин.

При компенсированной форме ФПН наиболее часто встречались такие морфологические варианты, как гиперпластический (83,8 % и 87,6 %, $p = 0,315$) и гипопластический (12,8 % и 5,6 %, $p = 0,019$). Морфологически гиперпластический вариант ФПН характеризовался гиперемией терминальных ворсин хориона, их гиперваскуляризацией, гиперплазией и гипертрофией, а гипопластический — отсутствием дифференцировки терминальных ворсин хориона, формированием синцитиокапиллярных мембран и деформацией ворсин.

Частота субкомпенсированной формы ФПН составила 14,6 % и 13 %, не имея значимых различий ($p = 0,626$). Морфологическими критериями субкомпенсации ФПН явились несоответствие зрелости ворсин гестационному сроку, малокровие, наличие инфарктов и псевдоинфарктов в центральной и парацентральной зонах, сужение артериол и эктазия вен, выраженное ветвление ворсинчатого дерева с нарушением архитектоники. Гипертензионный вариант субкомпенсированной формы ФПН встречался в I группе в 2 раза реже, чем в группе сравнения — 3,4 % и 6,8 % ($p < 0,05$) и характеризовался выраженным спазмом артериол, капилляризацией стволовых и промежуточных ворсин, выраженной эктазией вен, малокровием терминальных ворсин.

Воспалительные изменения в плацентах (хориоамнионит, децидуит, виллузит и другие) обнаруживались с частотой, не имеющей достоверных различий — 24,1 % и 23 % ($p > 0,05$). Следует отметить, что васкулит встречался только в плацентах первородящих (1 %). Сочетанные воспалительные изменения диагностировались в I группе реже, чем во II — 8 % и 14,4 % ($p < 0,05$).

Для оценки гормональной функции фетоплацентарного комплекса проведено исследование уровня гормонов и фетального белка во время беременности у первородящих (табл.).

Анализ полученных результатов позволил выявить более низкие концентрация ЧПЛ, E_3 , ЧХГ и более высокий уровень АФП в сыворотке крови

Таблица 1
Уровень гормонов фетоплацентарного комплекса и фетального белка во время беременности у первородящих

Показатели	I группа	II группа	P I;II
Хорионический гонадотропин (ЧХГ), МЕ/л	$38392,97 \pm 3886,9$ (n = 128)	$48952,2 \pm 5764,9$ (n = 46)	0,003
Плацентарный лактоген (ЧПЛ), мг/л	$4,77 \pm 0,27$ (n = 88)	$8,13 \pm 0,74$ (n = 38)	< 0,001
Прогестерон (ПГ), нмоль/л	$277,8 \pm 6,9$ (n = 128)	$285,3 \pm 7,8$ (n = 46)	> 0,05
Эстриол (E_3), нг/мл	$15,1 \pm 1,34$ (n = 88)	$24,1 \pm 2,25$ (n = 38)	0,003
Альфафетопротеин (АФП), МЕ/мл	$231,97 \pm 10,67$ (n = 118)	$166,4 \pm 13,4$ (n = 42)	0,010

у пациенток I группы в сравнении со II группой ($p < 0,010$). Статистически значимых различий в уровнях ПГ между группами не было установлено ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, плацента первородящих, по данным ультразвукового сканирования, характеризовалась большей толщиной и наличием множественных структурных изменений (кальцинаты и кистозные образования). При макроскопическом исследовании чаще отмечалось краевое прикрепление пуповины и более высокая масса плаценты. Морфологические признаки ФПН у первородящих встречались чаще, причем, с преобладанием гиперпластического варианта компенсированной формы, тогда, как сочетанное воспалительное поражение последа наблюдалось реже, чем у повторнородящих. Гормональная функция фетоплацентарного комплекса у первородящих характеризовалась более низкими концентрациями ЧПЛ, Е₃, ЧХГ и более высоким уровнем АФП в сыворотке крови, чем у повторнородящих.

Проведенное исследование позволяет предположить, что имеющиеся морфологические и функциональные изменения плаценты у первородящих являются отражением более низких компенсаторно-приспособительных реакций во время беременности, чем у повторнородящих.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Афанасьева, Н.В. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степе-

ни тяжести /Н.В. Афанасьева, А.Н. Стрижаков //Вопросы гинекологии акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3, № 2. – С. 1-13.

2. Вишневский, А.Г. Тенденции рождаемости в Российской Федерации в сравнении с другими промышленно развитыми странами /А.Г. Вишневский //Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы: Матер. междунар. семинара. Москва, 14-15 сентября 2006. – С. 9-26.
3. Глуховец, Б.И. Патология последа /Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – СПб.: Грааль, 2002. – 448 с.
4. Демидов, В.Н. Ультразвуковая плацентография /В.Н. Демидов //Акушерство и гинекология. – 1981. – № 1. – С. 55-57.
5. Доротенко, А.Ю. Ранняя диагностика диффузных изменений паренхимы плаценты в профилактике перинатальной патологии /А.Ю. Доротенко //Пrenатальная диагностика. – 2003. – Т. 2, № 4. – С. 283-287.
6. Соколинский, В.Г. Первые роды в возрастном аспекте /В.Г. Соколинский: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1993. – 180 с.
7. Grannum, P.A. The ultrasonic changes in the maturing placenta and their relation to fetal pulmonary maturity /P.A. Grannum, R.L. Bercowitz, J.C. Hobbins //Am. J. Obstet. Gynec. – 1979. – Vol. 133, N 8. – P. 915-922.
8. The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter-rater agreement /F.J. Korteweg, S.J. Gordijn, A. Timmer et al. //BJOG. – 2006. – Vol. 113, N 4. – P. 393-401.
9. Vintzileos, A.M. Antenatal assessment for the detection of fetal asphyxia. An evidence-based approach using indication-specific testing /A.M. Vintzileos //Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2000. – Vol. 900. – P. 137-150.

РОСТО-ВЕСОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОВОРОЖДЕННЫХ Г. НОВОКУЗНЕЦКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ВОЗРАСТА МАТЕРИ

Несмотря на улучшение в стране демографической ситуации (повышение рождаемости, снижение младенческой и материнской смертности), уровень здоровья беременных женщин и новорожденных остается проблемным и требует изучения и разработки конкретных мер. Достигнутые успехи в значительной степени связаны с улучшением организации оказания медицинской помощи, внедрением новых медицинских технологий, мотивационных мероприятий со стороны государства [1, 2]. В свою очередь, принятые государством меры стимулирования рождаемости подвигают женщин более старших возрастов и имеющих какие либо отклонения в здоровье к беременности и рождению ребенка. Поэтому анализ и оценка физического здоровья новорожденных является весьма актуальной и своевременной. К тому же в ближайшее время предстоит переход на новые (ВОЗовские) критерии оценки живорожденности.

Цель исследования — провести анализ росто-весовых характеристик новорожденных в зависимости от возраста матери и срока беременности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Была проанализирована персонифицированная база данных (БД) «Рождаемость» Кустового медицинского информационно-аналитического центра (КМИАЦ) за 2006-2007 годы. Всего более 11,4 тыс. случаев. БД включает в себя «паспортные» данные о роженицах, медицинские и прочие факторы риска при беременности, осложнения родов и новорожденных, акушерские процедуры; сведения о новорожденном и др.

БД зарегистрирована в Научно-техническом центре «Информрегистр» Федерального агентства по информационным технологиям. Государственная регистрация № 0220711708 от 19 июля 2007 г., регистрационное свидетельство № 11050. Первичными источниками информации были: история родов, индивидуальная карта беременной и история развития новорожденного.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распределение новорожденных по массе тела (вес) по возрастным группам женщин фертильного возраста г. Новокузнецка, разбитых на 6 групп (без возрастной группы женщин 45-49 лет, так

как их всего по два случая в 2006 и 2007 гг.) представлено в таблице 1.

На протяжении рассматриваемого периода у $82,4 \pm 0,3$ % детей масса тела колебалась от 2500 до 4000 грамм. Процент детей, рожденных с низкой массой тела (до 2500 гр.) составил $6 \pm 0,2$ %. Доля новорожденных, у которых масса тела превышала 4000 гр., составила $11,6 \pm 0,1$ %. Распределение по половому признаку новорожденных в зависимости от массы тела приведено в таблице 2. В 2006 и 2007 гг. процент рожденных мальчиков (52 %) выше, чем процент рожденных девочек (48 %). Различия статистически значимо: $z = 2,9$, $p = 0,003$.

Как видно, девочек с весом до 3500 гр. больше, чем мальчиков, а мальчиков больше в весовой группе более 3500 гр., т.е. мальчики в основном крупнее девочек. Значимость различия массы тела среди мальчиков и девочек в 2006 г. выявлена для групп 3500-3999 гр. ($z = 3,7$, $p < 0,001$) и более 4000 гр. ($z = 5,3$, $p < 0,001$) — в них больше мальчиков. В группе 2500-2999 гр. в 2006 году значимо больше девочек ($z = 2,8$, $p = 0,006$). В 2007 г. также выявлено преобладание новорожденных мальчиков в весовых группах 3500-3999 гр. ($z = 4,4$, $p < 0,001$) и более 4000 гр. ($z = 5,0$, $p < 0,001$).

В таблице 3 представлено распределение всех родившихся в родовспомогательных учреждениях г. Новокузнецка за 2006-2007 гг. по массе тела и сроку беременности матери.

Анализ показал, что за весь период в срок 38-40 недель (беременность матери) родились $86,1 \pm 0,6$ % детей; процент детей, родившихся в сроке менее 38 недель, составляет $11,2 \pm 0,6$ % и более 40 недель — $2,8 \pm 0$ %.

В таблице 4 представлено распределение всех родившихся в родовспомогательных учреждениях г. Новокузнецка (включая иногородних) в 2007 г. по массе тела новорожденного и сроку беременности матери.

Из таблицы 4 следует, что среди родившихся в срок 39-40 недель встречаются маловесные дети. С увеличением срока беременности увеличивается вес детей. В группе детей от двух до двух с половиной килограмм из 280 детей 203 (72,5 %) родились в срок менее 39 недель, и уже встречаются 2,1 % детей, родившихся в срок более 40 недель. Различия в группах детей с массой 1500-1999 г и



Таблица 1

Распределение массы тела новорожденных у женщин фертильного возраста

Вес (г)	15-19 л.		20-24 г.		25-29 л.		30-34 г.		35-39 л.		40-44 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2006 год														
500-999	1	0,2	2	0,1	4	0,2	2	0,2	0	0,0	0	0,0	9	0,2
1000-1499	5	1,0	4	0,2	8	0,5	4	0,4	2	0,6	0	0,0	23	0,4
1500-1999	8	1,5	14	0,7	15	0,9	14	1,5	13	4,0	1	2,4	65	1,2
2000-2499	31	5,9	67	3,5	73	4,2	48	5,2	19	5,8	3	7,3	241	4,4
2500-2999	106	20,2	343	17,7	223	12,8	106	11,5	43	13,2	6	14,6	827	15,1
3000-3499	207	39,5	732	37,8	651	37,3	302	32,7	109	33,5	15	36,6	2016	36,7
3500-3999	138	26,3	573	29,6	540	30,9	316	34,2	94	28,9	11	26,8	1672	30,4
4000 и >	28	5,3	200	10,3	233	13,3	131	14,2	45	13,8	5	12,2	642	11,7
Итого:	524	100	1935	100	1747	100	923	100	325	100	41	100	5495	100
2007 год														
500-999	0	0,0	0	0,0	2	0,1	6	0,5	0	0,0	0	0,0	8	0,1
1000-1499	3	0,7	9	0,5	4	0,2	5	0,4	5	1,2	0	0,0	26	0,4
1500-1999	11	2,5	23	1,2	26	1,4	23	2,0	10	2,3	0	0,0	93	1,6
2000-2499	20	4,5	62	3,2	59	3,1	45	3,9	24	5,6	8	13,8	218	3,7
2500-2999	93	21,0	309	15,9	259	13,7	146	12,8	53	12,4	8	13,8	868	14,7
3000-3499	176	39,7	751	38,6	666	35,2	402	35,2	134	31,3	14	24,1	2143	36,3
3500-3999	105	23,7	600	30,8	639	33,8	365	32,0	141	32,9	22	37,9	1872	31,7
4000 и >	35	7,9	193	9,9	236	12,5	150	13,1	61	14,3	6	10,3	681	11,5
Итого:	443	100	1947	100	1891	100	1142	100	428	100	58	100	5909	100

Таблица 2

Распределение по половому признаку новорожденных в зависимости от массы тела

Вес новорожденных (в гр.)	Мужской		Женский		Всего		Значимость различий (p)
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2006 год							
500-999 г	5	0,1	4	0,1	9	0,2	> 0,05
1000-1499 г	12	0,2	12	0,2	24	0,4	> 0,05
1500-1999 г	28	0,5	37	0,7	65	1,2	> 0,05
2000-2499 г	121	2,2	120	2,2	241	4,4	> 0,05
2500-2999 г	358	6,5	469	8,5	827	15,0	= 0,006*
3000-3499 г	985	17,9	1032	18,8	2017	36,7	> 0,05
3500-3999 г	933	17,0	738	13,4	1672	30,4	< 0,001*
4000 г и более	415	7,5	227	4,1	642	11,7	< 0,001*
Итого:	2857	52,0	2639	48,0	5497	100	= 0,003*
2007 год							
500-999 г	1	0,0	7	0,1	8	0,1	> 0,05
1000-1499 г	16	0,3	10	0,2	26	0,4	> 0,05
1500-1999 г	45	0,8	48	0,8	93	1,6	> 0,05
2000-2499 г	101	1,7	117	2,0	218	3,7	> 0,05
2500-2999 г	408	6,9	462	7,8	870	14,7	= 0,202
3000-3499 г	1016	17,2	1127	19,1	2143	36,3	= 0,063
3500-3999 г	1060	17,9	812	13,7	1872	31,7	< 0,001*
4000 г и более	431	7,3	249	4,2	680	11,5	< 0,001*
Итого:	3078	52,1	2832	47,9	5910	100	= 0,001*

Примечание: Знак * в последней графе означает, что различия в группах мальчиков и девочек значимы.

Таблица 3

Распределение родившихся детей по массе тела и сроку беременности

Вес новорожденных	Срок беременности						Всего	
	< 38 недель		38-40 недель		> 40 недель			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2006 год								
500-999 г	9	0,2	0	0	0	0	9	0,2
1000-1499 г	24	0,4	0	0	0	0	24	0,4
1500-1999 г	59	1,1	6	0,1	0	0	65	1,2
2000-2499 г	179	3,3	61	1,1	1	0	241	4,4
2500-2999 г	187	3,4	632	11,5	8	0,1	827	15,0
3000-3499 г	112	2,0	1858	33,8	47	0,9	2017	36,7
3500-3999 г	48	0,9	1558	28,3	66	1,2	1672	30,4
4000 г и более	19	0,3	593	10,8	30	0,5	642	11,7
Итого:	637	11,6	4708	85,6	152	2,8	5497	100
2007 год								
500-999 г	8	0,1	0	0	0	0	8	0,1
1000-1499 г	25	0,4	1	0	0	0	26	0,4
1500-1999 г	89	1,5	4	0,1	0	0	93	1,6
2000-2499 г	151	2,6	64	1,1	3	0,1	218	3,7
2500-2999 г	216	3,7	649	11,0	5	0,1	870	14,7
3000-3499 г	117	2,0	2003	33,9	23	0,4	2143	36,3
3500-3999 г	25	0,4	1772	30,0	75	1,3	1872	31,7
4000 г и более	3	0,1	618	10,5	60	1,0	681	11,5
Итого:	634	10,7	5111	86,5	166	2,8	5911	100

Таблица 4

Распределение родившихся в р/д г. Новокузнецка в 2007 г. по массе тела новорожденного и сроку беременности матери

Масса новорожденных	Срок беременности (недель)		Всего	Число новорожденных		
				Из них родились в срок:		
	min	max		< 39 недель	39-40 недель	> 40 недель
500-999 г	25	33	9	9	-	-
1000-1499 г	28	40	37	36	1	-
1500-1999 г	28	40	125	118	7	-
2000-2499 г	30	42	280	203	71	6
2500-2999 г	32	42	1153	356	789	8
3000-3499 г	33	43	2790	281	2440	69
3500-3999 г	35	43	2384	104	2139	141
4000 г и более	36	44	888	22	753	113
Итого:	абс.	25	44	7666	1129	6200
	%			100,0	14,7	80,9
						4,4

2000-2499 г по срокам рождения статически значимы ($\chi^2 = 169,4$; $P < 0,001$).

В группе детей, родившихся с весом 2500-2999 грамм процент значимо меньше. Соответственно, из 1153 новорожденных 356 (30,9 %) родились в срок менее 39 недель, 789 (68,4 %) — в срок 39-40 недель и 8 детей (0,7 %) — в срок более 40 недель. При этом необходимо заметить, что зрелость плода — понятие индивидуальное и не всегда однозначно соответствует стандартным срокам беременности.

В результате проведенного анализа, который стал возможен только при наличии электронной БД в МУ КМИАЦ, сформировалась обоснованная потребность проведения детального изучения социально-гигиенических и клинических аспектов. То есть, провести анализ течения беременности и родов у женщин с учетом социального статуса, условий жизни, экологической нагрузки, комплексной оценки состояния здоровья женщины. Особо актуальной, на наш взгляд, является изучение проблемы зависимости критериев жи-



ворождения, сроков беременности и массы тела новорожденного. Дело в том, что масса плода не всегда адекватно отражает срок беременности, а, прежде всего, так называемое «качество внутриутробной жизни», непосредственно отражающее здоровье родителей, наличие у них вредных привычек, наследственных факторов, контакт с вредными профессиональными ингредиентами, состояние окружающей среды и т.п. [3, 4]. Как правило, при наличии вышеуказанных факторов и причин возникают плацентарная недостаточность, происходит нарушение питания плода, что приводит вплоть до полного прекращения его роста и развития. Нередки случаи синдрома (СЗРП) задержки развития плода легкой степени, а при отсутствии надлежащих мер, процесс прогрессирует во 2-ю, 3-ю стадии вплоть до гибели плода. Вот почему при больших сроках беременности могут рождаться маловесные дети — особенно при истинном перенашивании, а не простой пролонгации беременности. В таких случаях благом становится досрочное родоразрешение (безусловно, обоснованное и доказанное, а не для всех желающих это сделать в личных каких-то интересах женщин и, к сожалению врачей). Поэтому эта группа беременных, прежде всего в г. Новокузнецке, требует пристального внимания и динамического наблюдения и изучения. Доказательством сказанному являются полученные результаты анализа — в группе детей, с весом 2500-2999 грамм, среди которых родившихся до 39 недель беременности, доля составляет более 30 процентов. Такой вес дает возможность плоду «выжить», если вес менее 2500 г, то до больших сроков «доживают» единицы плодов.

ВЫВОДЫ:

Из всех новорожденных по г. Новокузнецку, включенных в компьютерную БД, чуть более 82 % — это дети с массой тела 2500-4000 г. При этом с низкой массой тела рождаются порядка 6 %. Родились в срок 38-40 недель беременности $86,1 \pm 0,6$ %; менее 38 недель $11,2 \pm 0,6$ % и более 40 недель $2,8 \pm 0$ %. За анализируемый период

доля крупновесных детей с увеличением возраста матери от самой молодой группы до 30-34 лет растет, в более старших возрастных группах процент крупновесных детей снижается. Снижение доли новорожденных с весом 2500-2999 г от молодой группы рожениц 15-19 лет, где процент $20,6 \pm 0,6$ %, к возрасту 30-34 года ($12,2 \pm 0,9$ %): $z = 6,0$, $p < 0,001$, статистически значимо. Среди маловесных детей встречаются родившиеся в срок 39-40 недель: таких новорожденных 5,6 % в группе детей с массой 1500-1999 г, и 27,5 % — в группе от 2 до 2,5 кг. Причины рождения маловесных детей могут быть социальные, связанные с нерациональным, а нередко и просто недостаточным питанием женщины в период беременности, не соблюдение здорового образа жизни, наличия вредных привычек (алкоголь, курение и др.). Подтверждено статистически значимое различие по половому признаку новорожденных — процент рожденных мальчиков превышает процент девочек в среднем на 4 %, при этом мальчики по массе тела крупнее девочек.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Серов, В.Н. Пути снижения акушерской патологии /В.Н. Серов //Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 8-12.
2. Чеченин, Г.И. Среда обитания, состояние здоровья населения г. Новокузнецка в 2006-2007 гг.: коллективная монография /под ред. Г.И. Чеченина. — Новокузнецк: Изд-во МОУ ДПО ИПК, 2008. — 376 с.
3. Дефицит питания при беременности — проблема переходного периода: первые результаты мониторинга /А.А. Чеченина, Г.И. Чеченин, В.С. Горин и др. //Сборник трудов, посвященный 70-летию юбилею муниципальной клинической больницы № 5 г. Новокузнецка /под ред. Г.И. Чеченина. — Новокузнецк, 2000. — С. 95-97.
4. Чеченина, А.А. Снижение массы тела беременных как манифестация маловесного (и/или) нездорового плода. Результаты мониторинга /А.А. Чеченина //Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение в здравоохранении и охране окружающей среды — 2000: Сб. тр. VIII Междунар. форума. — М., 2000.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТ БЕРЕМЕННОСТЕЙ С АБОРТИВНЫМ ИСХОДОМ (НА ПРИМЕРЕ Г. НОВОКУЗНЕЦКА ЗА 2004-2007 ГГ.)

Вопросы изучения причин репродуктивных потерь и сохранения репродуктивного потенциала являются крайне важными при сложившейся демографической ситуации в нашей стране. Беременности с абортными исходами являются основными прямыми репродуктивными потерями. Город Новокузнецк — типичный представитель крупных промышленных городов Сибири с проблемной экологической обстановкой, где демографическая ситуация остается напряженной. Поэтому любое исследование, позволяющее выявить причины неблагополучия, провести их анализ с последующей разработкой превентивных мероприятий по снижению репродуктивных потерь является актуальным.

Цель исследования — изучение динамики абортных исходов беременности по возрастным группам женщин фертильного возраста, жительниц г. Новокузнецка с 2004 по 2007 гг. и информирование органов муниципальной власти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные по случаям прерывания беременностей, взяты из БД «Заболеваемость» и БД «Стационар» Кустового медицинского информационно-аналитического центра (КМИАЦ). БД «Заболеваемость» зарегистрирована в Научно-техническом центре «Информрегистр» Федерального агентства по информационным технологиям (регистрационные свидетельства: № 11044, № 11049).

БД «Заболеваемость» включает «паспортные» данные (ФИО, пол, дата рождения, место жительства и работы и др.) и данные больничного листка (кем выдан, период нахождения на б/л, вид оплаты б/л, исход заболевания, результат лечения и др.).

БД «Стационар» включает «паспортные» данные; дату поступления (место, сезон, время) и дату выписки больного; количество дней по заболеванию и до операции; код осложнения, основного и сопутствующего диагнозов и др.

В данной работе проведено исследование репродуктивных потерь от прерываний беремен-

ностей по возрастным группам женщин фертильного возраста, жительниц г. Новокузнецка. В период с 2004-2007 гг. по БД «Заболеваемость» и БД «Стационар» зарегистрировано 28820 случаев прерывания беременностей. Среднее число случаев беременностей с абортным исходом у жительниц г. Новокузнецка в году за рассматриваемый период времени составляет $7205 \pm 312,6$, где 312,6 — стандартное отклонение от среднего. При этом среднегодовое число женщин фертильного возраста в 2004-2007 годах в г. Новокузнецке составило $163248 \pm 850,7$.

На рисунке 1 представлено ежегодное количество беременностей с абортным исходом за рассматриваемый промежуток времени.

Из данных, представленных на рисунке 1, следует, что, несмотря на произошедшие позитивные изменения, в 2007 году уровень репродуктивных потерь значительно выше, чем в 2004-2005 гг.

Анализ динамики абортных исходов беременностей по возрастным группам женщин фертильного возраста показал, что наибольший среднегодовой относительный показатель приходится на группу женщин 25-29 лет: $7,5 \pm 0,47$ случаев прерывания беременности на 100 женщин данного возраста; в группе 20-24 лет: $7,1 \pm 0,18$; в группе 30-34 года: $6,4 \pm 0,22$, далее следует группа женщин 35-39 лет — $4,5 \pm 0,26$; в самой молодой группе 15-19 лет — $3,7 \pm 0,25$ абортных беременностей на 100 женщин.

Доля медицинских абортов среди всех зарегистрированных случаев прерываний беременности по возрастным группам женщин следующая: в самой старшей возрастной группе (45-49 лет) доля медицинских абортов за исследуемый период составляет $51,2 \pm 5,1\%$ (следует заметить, что эта

Рисунок 1
Общее количество беременностей с абортным исходом
за 2004-2007 гг.





группа самая малочисленная: прерываний беременности у женщин возраста 45-49 лет регистрировалось от 28 до 35 случаев в год). Наибольший процент медицинских абортот отмечен в самой молодой возрастной группе 15-19 лет — $71,4 \pm 1,8 \%$, в остальных возрастных группах доля медицинских абортот среди всех зарегистрированных случаев прерываний беременности составляет 57-65 %. Представленные данные дают основание сделать вывод о мало эффективной просветительской работе, прежде всего, среди молодежи.

Более подробный анализ случаев прерываний беременности представлен в таблице 1. Данные «разбиты» по возрастным группам женщин. Относительный показатель в таблице означает число абортивных исходов беременностей на 100 жительниц г. Новокузнецка соответствующего возраста.

Независимо от возраста женщин, структура беременностей с абортивным исходом остается неизменной: первое ранговое место занимают медицинские абортот $2,67 \pm 0,16 \%$; второе — внематочная беременность $0,58 \pm 0,11 \%$; третье — самопроизвольный аборт $0,34 \pm 0,05 \%$, четвертое — аборт неуточненный $0,28 \pm 0,03 \%$. Другими словами, 27 женщинам репродуктивного возраста из тысячи ежегодно делают медицинские абортот, у шести из тысячи возникает внематочная беременность, у 3-4 женщин из тысячи происходят

«выкидыши». В группах наиболее продуктивного возраста (20-34 года) потери значимо выше: более 40 женщинам из 1000 данного возраста ежегодно делают медицинские абортот, у 10-15 из 1000 возникает внематочная беременность, у 5-7 женщин из тысячи — самопроизвольный аборт. Особо следует отметить, что в возрастной группе 15-19 лет среди всех причин медицинский абортот занимают 68,9-73 %. При этом, по сравнению 2004 годом, наблюдается рост доли абортот, коэффициент наглядности составляет 103,2-105,0. Это еще раз подтверждает необходимость активизации профилактического направления среди подростков.

В таблице 1 приведен средний процент (от всех женщин фертильного возраста по г. Новокузнецку) со стандартным отклонением наиболее распространенных причин прерывания беременностей по возрастным группам за период 2004-2007 гг. Как уже было отмечено ранее, процент медицинских абортот в 2006 году больше, чем в другие рассматриваемые годы. При этом самый высокий процент наблюдается в возрастных группах 20-34 лет.

Анализ соответствия случаев прерывания беременностей по возрастным группам женщин репродуктивного возраста числу родов в тех же группах женщин г. Новокузнецка приведен в таблице 2.

Таблица 1
Доля наиболее распространенных причин прерывания беременностей на 100 женщин фертильного возраста г. Новокузнецка (%)

Возраст (лет)	Медицинские абортот	Внематочная (эктопическая) беременность	Самопроизвольный аборт (выкидыш)	Аборт неуточненный
15-19	$2,64 \pm 0,18$	$0,12 \pm 0,03$	$0,26 \pm 0,07$	$0,28 \pm 0,03$
20-24	$4,34 \pm 0,26$	$0,76 \pm 0,12$	$0,64 \pm 0,06$	$0,43 \pm 0,07$
25-29	$4,28 \pm 0,33$	$1,19 \pm 0,23$	$0,59 \pm 0,13$	$0,47 \pm 0,08$
30-34	$3,71 \pm 0,15$	$1,08 \pm 0,20$	$0,46 \pm 0,10$	$0,35 \pm 0,03$
35-39	$2,60 \pm 0,22$	$0,77 \pm 0,15$	$0,28 \pm 0,08$	$0,27 \pm 0,09$
40-44	$0,97 \pm 0,12$	$0,19 \pm 0,08$	$0,08 \pm 0,03$	$0,11 \pm 0,03$
45-49	$0,07 \pm 0,01$	$0,01 \pm 0,00$	$0,01 \pm 0,01$	$0,02 \pm 0,01$
Итого:	$2,67 \pm 0,16$	$0,58 \pm 0,11$	$0,34 \pm 0,05$	$0,28 \pm 0,03$

Таблица 2
Соотношение числа абортивных исходов (АИ) беременностей и родов по возрастным группам женщин г. Новокузнецка

Возрастные группы	2006 год			2007 год		
	Число АИ	Число родов	Число АИ на 1 роды	Число АИ	Число родов	Число АИ на 1 роды
15-19 лет	898	524	1,7	750	443	1,7
20-24 года	1958	1935	1,0	1874	1947	1,0
25-29 лет	1952	1747	1,1	1880	1892	1,0
30-34 года	1484	923	1,6	1524	1143	1,3
35-39 лет	890	325	2,7	931	428	2,2
40-44 года	374	41	9,1	324	58	5,6
45-49 лет	35	2	17,5	35	2	17,5
Всего:	7591	5497	1,4	7318	5913	1,2

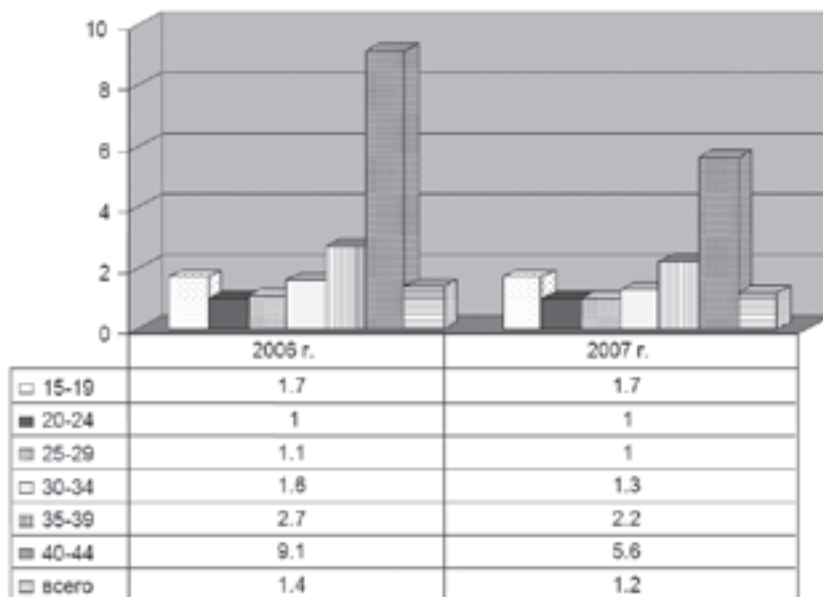
Как следует из таблицы 2, по всем возрастным группам число абортивных исходов превышает число родов. В самой молодой группе 15-19 лет на 10 родов приходится 17 случаев прерывания беременности, как в 2006, так и в 2007 году. В группах наиболее продуктивного возраста 20-29 лет на одни роды приходится по одному (или чуть более) абортивному исходу. После 30 лет показатель значимо увеличивается: $1,5 \pm 0,21$ в группе 30-34 года, $2,5 \pm 0,35$ в группе 35-39 лет, $7,4 \pm 2,48$ в группе 40-44 года. В самой старшей возрастной группе 45-49 лет в 17,5 раз больше случаев прерывания беременности, чем родов, но поскольку в этой группе родилось всего по 2 ребенка в 2006 и 2007 годах, из графического анализа (рис. 2) эта группа исключена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всего в период с 2004-2007 гг. по БД «Заболеваемость» и БД «Стационар» КМИАЦ г. Новокузнецка зарегистрировано 28820 случаев беременностей с абортивным исходом, то есть репродуктивные потери г. Новокузнецка от прерываний беременности за данный период составили почти 30 тыс. человек. Среднегодовое число абортивных исходов беременностей у жительниц г. Новокузнецка в 2004-2007 годах составляет $7205 \pm 312,6$, где $312,6$ — стандартное отклонение от среднего. При этом среднегодовое число женщин фертильного возраста за рассматриваемый период времени в г. Новокузнецке $163248 \pm 850,7$. В период с 2004-2007 гг. из всех женщин фертильного возраста г. Новокузнецка $4,4 \pm 0,2$ % прерывали беременность. При этом в 2006 году зарегистрирован самый большой их процент — $4,6$ %. Наибольший среднегодовой относительный показатель абортивных исходов беременности приходится на группу женщин 25-29 лет — $7,5 \pm 0,47$ на 100 женщин данного возраста; в группе 20-24 лет — $7,1 \pm 0,18$; в группе 30-34 года — $6,4 \pm 0,22$. Далее следует группа женщин 35-39 лет — $4,5 \pm 0,26$; в самой молодой группе 15-19 лет — $3,7 \pm 0,25$ случаев прерывания беременности на 100 женщин. Ежегодно делают меди-

цинские аборты 27 женщин репродуктивного возраста из тысячи, у шести из тысячи возникает внематочная беременность, у 3-4 женщин из тысячи происходят «выкидыши». В группах наиболее продуктивного возраста (20-34 года) потери значимо выше: более 40 женщин из 1000 данного возраста ежегодно делают медицинские аборты, у 10-15 из 1000 возникает внематочная беременность, у 5-7 женщин из тысячи — самопроизвольный аборт. В структуре всех абортивных исходов беременности на долю медицинских абортов за 2004-2007 гг. приходится от $51,2 \pm 5,1$ % в возрастной группе 45-49 лет, до $71,4 \pm 1,78$ % в самой молодой возрастной группе 15-19 лет. В остальных возрастных группах доля медицинских абортов среди всех зарегистрированных случаев прерывания беременности составляет 57-65 %. По всем возрастным группам женщин ре-

Рисунок 2
Число абортивных исходов беременностей на одни роды по возрастным группам в 2006 и 2007 гг.



продуктивного возраста число случаев прерывания беременности превышает число родов. В молодой группе (15-19 лет) на 10 родов приходится 17 абортивных исходов беременности, как в 2006, так и в 2007 году. В группах наиболее продуктивного возраста 20-29 лет на одни роды приходится по одному (или чуть более) прерыванию беременности. После 30 лет показатель значимо увеличивается: $1,5 \pm 0,21$ в группе 30-34 года; $2,5 \pm 0,35$ в группе 35-39 лет; $7,4 \pm 2,48$ случаев прерывания беременности на одни роды в группе 40-44 года.

ПОДОНИНА Н.М., РУДЕНКО Ю.П., УТКИН Е.В., ПРОКОПЬЕВА А.А.
*МУЗ Городская клиническая больница №2,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

В работе представлены результаты проведенного микробиологического исследования 47 случаев гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза. Констатируется преобладание в составе микробных ассоциаций условно-патогенной микрофлоры.

Ключевые слова: гнойные воспалительные заболевания органов малого таза, этиологические особенности

PODONINA N.M., RUDENKO YU.P., UTKIN E.V., PROKOPJEVA A.A.
*Urban clinical hospital № 2,
The Kemerovo state medical academy,
Kemerovo*

AETIOLOGICAL FEATURES OF MODERN PURULENT PELVIC INFLAMMATORY DISEASES

In work the results of the carried out microbiological research 47 cases of purulent pelvic inflammatory diseases are submitted. The prevalence in structure of microbiotic associations conditionally-pathogenicity of microorganisms is ascertained.

Key words: purulent pelvic inflammatory diseases, aetiological features

За последние годы в нашей стране и за рубежом отмечается значительный рост числа воспалительных заболеваний придатков матки [1, 6]. В России воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) составляют 60-65 % в структуре гинекологической заболеваемости, причем у 4-15 % женщин имеют место гнойные воспалительные заболевания придатков матки, требующие проведения оперативного лечения [3]. Указанную патологию в настоящее время относят к смешанным полимикробным инфекциям [4, 5], а ведущим фактором развития ВЗОМТ в большинстве случаев считаются ассоциации анаэробно-аэробной микрофлоры [6]. Каждое новое десятилетие вносит существенные коррективы во многие установившиеся представления о причинных факторах и, соответственно, о принципах рациональной антибактериальной терапии.

Цель исследования — установить этиологическую структуру современных гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза на региональном уровне (в городе Кемерово).

Материалом для микробиологического исследования являлось отделяемое цервикального канала и влагалища женщин с гнойными ВЗОМТ, получавших стационарное лечение в отделении гинекологии МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово. Было обследовано 47 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст составил $28,3 \pm 2,0$ лет.

Микробиологическое исследование включало определение качественного и количественного состава микрофлоры цервикального канала.

Материал забирали стерильным пластиковым аппликатором транспортной системы Venturi Transsistem Copan (Италия), содержащей и среду Amies, для сбора и транспортировки материала с целью исследования на аэробные и анаэробные микроорганизмы. Параллельно из отделяемого цервикального канала и влагалища готовились нативные препараты, микроскопия которых проводилась с целью возможного выявления этиологического агента. Тампон с материалом отмывали в бульоне Шеддлера и дальнейшее исследование с целью обнаружения аэробной и анаэробной микрофлоры проводили количественно — методом серийных разведений — с использованием элективных питательных сред, часть из которых культивировали в условиях анаэробно-аэробии с использованием газогенерирующих пакетов. Количественное содержание выделяемых микроорганизмов определяли как среднюю концентрацию колониеобразующих единиц — КОЕ в 1 мл отделяемого. Идентификацию микрофлоры проводили путем изучения морфологических культуральных, биохимических свойств с использованием для анаэробов тест-систем ANAEROTest-23 (MIKROLA-test Чехия).

Было проведено обследование 47 больных с гнойными формами ВЗОМТ. При поступлении в стационар все они жаловались на боли различной интенсивности в нижних отделах живота и на общую слабость. Средняя температура тела составила $37,3 \pm 3,0^\circ\text{C}$. По результатам объективного исследования у 4 женщин были диагности-

рованы гнойные tuboовариальные образования, у 4 — гнойный сальпингит и пельвиоперитонит, у 18 — обострение хронического метроэндометрита и двухстороннего аднексита и у 25 — гнойный сальпингит.

Обращает внимание, что большинство (22) из пациенток обследованной группы использовали барьерные методы контрацепции и только 4 женщины применяли внутриматочные контрацептивы (ВМК).

При проведении микробиологического исследования наиболее часто в составе микробных ассоциаций присутствовали стафилококки (27): в том числе коагулазоотрицательные — *S. capitis*, *S. epidermidis*, *S. cohnii*, *S. xylois*, *S. simulans* в 24 случаях и в 3 — коагулазоположительные — *S. hyicus*. Помимо этого, в 14 исследованиях была определена *Gardnerella vaginalis*, в 13 — *Enterococcus faecalis*, в 12 — *Candida albicans*, в 7 — *E. coli*, в 6 — *Corynebacterium*, в 3 — *Актиномицеты*, в 2 — *Citobacter diversus*, в 2 — *Bacteroides* и в 1 — *Mobiluncus*. Только лишь в двух случаях из 47 при проведении микробиологического исследования были обнаружены трихомонады. Следует отметить, что в большинстве случаев заболевание развилось на фоне дисбиотических состояний (бактериального вагиноза или вагинального кандидоза), что может служить косвенным свидетельством локального иммунодефицита и снижения колонизационной резистентности половой системы [1].

Следует констатировать, что наиболее частыми возбудителями современных гнойных воспалительных процессов органов малого таза являются условно-патогенные микроорганизмы. Именно такие заболевания отличаются затяжным рецидивирующим течением и в большинстве случаев длительное время протекают стерто. При этом длительная персистенция бактериального агента в очаге воспаления способствует снижению иммунологической реактивности макроорганизма [2]. В таких случаях воспаление вызывает выраженную реакцию тканей, сопровождающуюся повреждением эпителия, деструкцией и диспазией [6]. При выраженном процессе, в условиях снижения иммунитета при микст-инфекции, развиваются кровоизлияния, повреждаются гладкомышечные слои, прилегающие к пораженной слизистой оболочке, образуется грануляционная ткань. Все это играет существенную роль в формировании tuboовариальных гнойных образований. В определенной степени это связано с

ростом иммунодефицитных состояний на фоне ухудшения экологической обстановки, частых стрессов, фармакологического бума с бесконтрольным применением лекарственных средств, в первую очередь антибиотиков. Дисбиоз влагалища и аналогичные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, психо-эмоциональные нарушения, формирование иммунодефицитных состояний не позволяют обеспечить формирование адекватных компенсаторно-приспособительных реакций у большинства подобных больных.

Стертое клиническое течение заболевания приводит к запоздалой обращаемости больных к врачу, и, соответственно запоздалой госпитализации и терапии. Отсюда становится понятным высокий процент диагностических ошибок и рост числа запущенных форм гнойного воспаления.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, в настоящее время наблюдается существенная тенденция к увеличению деструктивных форм ВЗОМТ, при этом в генезе гнойных форм преобладают микробные ассоциации с преобладанием условно-патогенных микроорганизмов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воспалительные заболевания матки и придатков: патогенез, клинко-морфологическая характеристика, лечение /Б.И. Медведев, В.Л. Коваленко, Э.А. Казачкова, Е.Л. Казачков. — Челябинск, 2001. — 280 с.
2. Константинова, О.Д. Микробиологические подходы к диагностике и лечению воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии /О.Д. Константинова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Оренбург, 2004. — 46 с.
3. Краснопольский, В.И. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: патогенез, диагностика и лечебная тактика /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7, № 5. — С. 76-81.
4. Тихомиров, А.Л. Современная рациональная фармакотерапия воспалительных заболеваний женских половых органов /А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания //Лечебное дело. — 2007. — № 1. — С. 46-51.
5. Haggerty, C.L. Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease /C.L. Haggerty, R.B. Ness //Expert. Rev. Infect. Ther. — 2006. — Vol. 4, N 2. — P. 235-247.
6. Pelvic inflammatory disease /Edited by R.L. Sweet, H.C. Wiesenfeld. — London and New York: Taylor & Francis, 2006. — 174 p.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНУ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

У 27 обследованных беременных с миомой матки, находившихся на лечении по поводу угрозы прерывания беременности, снижен уровень пролактина, что свидетельствует о дисфункции гипофиза. Причиной дисфункции гипофиза, гипоталамуса у беременных с миомой матки является их хроническая гипоксия, как следствие длительного повышенного внутричерепного давления и нарушения кровообращения головного мозга легкой степени.

Ключевые слова: беременность, угроза прерывания, миома матки.

RADUTNY V. N.
Bashkirian State Medical University,
Ufa

NEW SIGHT AT THE CAUSE OF THE MISCARRIAGE THREAT OF THE WOMEN WITH HYSTEROMYOMA

Twenty-seven pregnant women with hysteromyoma being in hospital because of the miscarriage threat have a low level of prolactin that evidences about hypophysis dysfunction. The cause of hypophysis and hypothalamus dysfunction of the pregnant women with hysteromyoma is their chronic hypoxia being the result of prolonged intracranial hypertension and low-degree disturbance of cerebral circulation.

Key words: pregnancy, miscarriage, hysteromyoma.

Миома матки — одна из самых распространенных доброкачественных опухолей матки у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время миома матки при беременности нередкая патология. Это связано с увеличением числа первородящих старшего возраста, некоторыми успехами консервативного лечения этой патологии, ограничением радикальных оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста, а также возможностью индуцирования беременности на фоне уже имеющейся миомы матки. У женщин с миомой матки наиболее часто возникает угроза преждевременного прерывания беременности в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, быстрый рост опухоли, нарушение питания в миоматозном узле. Несмотря на значительные успехи акушерско-гинекологической науки, проблема снижения акушерских осложнений, перинатальной заболеваемости и смертности остается актуальной по сей день, особенно для беременных с миомой матки.

Цель исследования — изучить причины возникновения осложнений в течение первой половины беременности, их особенность у беременных с миомой матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 27 беременных, из них у 6 миоматозные узлы выявлены при ульт-

развуковом сканировании в сроки беременности 11-13 недель, остальные знали о наличии миомы матки до наступления беременности. В анамнезе у 4 консервативная миомэктомия и беременность наступила через 1,5-3 года после операции и лечения гормонами с целью коррекции менструального цикла. Возраст обследованных был от 24 до 38 лет. Первобеременных было 7, повторнобеременных — 20. Повторнородящих — 4 (в возрасте 34-38 лет). Все женщины находились на лечении в гинекологическом отделении с угрозой прерывания беременности. В анамнезе у 20 повторнобеременных медицинские аборт у 11, а у 9 — самопроизвольные выкидыши при малых сроках беременности (у 4 — дважды). При обследовании этих супружеских пар у генетиков патологии не выявлено, зато диагностированы миоматозные узлы различной локализации в стенке матки.

Наиболее интересными были сведения анамнестические у беременных по особенностям течения беременности у их матерей. Наиболее характерными особенностями было присоединение позднего гестоза, с досрочным родоразрешением ввиду его тяжести, хронической фетоплацентарной недостаточности, сопровождавшейся хронической гипоксией, гипотрофией плода, асфиксией плода в родах ввиду тугого обвития пуповины вокруг шеи, быстрые или стремительные роды, неоднократная госпитализация ввиду угрозы прерывания беременности, и другие осложнения во время беременности и родах. У 8 беременных



в возрасте 5-15 лет имела место травма головы при падении во время гололедицы, автоаварий и подобных ситуациях. Все они жаловались на головные боли, особенно при перемене погоды, умственных напряжениях, стрессах. Обследование у неврологов подтвердило наличие у них симптомов внутричерепной гипертензии (у сохранивших рентгено снимки черепа в боковой проекции имелось усиление сосудистого рисунка, пальцевые вдавления и гиперостоз). Тем, кто уже находился на лечении, делалась реоэнцефалография. У всех имелось затруднение венозного оттока, указывающее на внутричерепную гипертензию. Другой особенностью было низкое среднее артериальное давление, полагаем, что это тоже один из симптомов повышенного внутричерепного давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наличие, таким образом, у всех обследованных беременных с миомой матки, внутричерепной гипертензии, подтверждает наличие дисфункции гипофиза и гипоталамуса [2]. Одним из показателей нарушения функции гипофиза служит снижение секреции пролактина в результате хронической гипоксии и нарушения кровообращения головного мозга легкой степени. Снижение уровня пролактина, выявленное исследователями [1] у беременных с миомой матки в какой-то степени объясняет возникновение клиники угрозы прерывания беременности у наших обследованных, подтвержденное измерением базальной температуры тела (до 12 недель) и гипертономусом матки при ультразвуковом сканировании. Беременность удалось сохранить 25 женщинам. У 2 женщин произошел выкидыш, причиной послужили миоматозные узлы, значительно деформирующие полость матки. При гистологическом

исследовании плаценты имелись очаги некроза ворсин и явления децидуита. В первом триместре беременным назначалась гормональная коррекция (хорионический гонадотропин, дюфастон), под контролем базальной температуры тела. Во втором триместре назначались спазмолитик (сульфат магния) и токолитики (партусистен, гинипрал).

Нормализация кровотока в головном мозгу проводилась назначением кавинтона.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, имеющаяся дисфункция гипофиза, гипоталамуса у беременных с миомой матки вероятно, является одной из причин как угрозы прерывания, так и невынашивания беременности. Следовательно, женщинам с миомой матки при планировании беременности следует предварительно провести полноценные курсы лечения по нормализации имеющегося хронического нарушения кровообращения головного мозга легкой степени, дисфункции гипофиза и гипоталамуса, как следствия их хронической гипоксии в результате повышенного внутричерепного давления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Наурызбаева, Б.У. Гормональное обеспечение системы мать-плацента-плод у беременных с миомой матки /Б.У. Наурызбаева, Т.Г. Кравцова, А.М. Мошеева //Роль новых перинатальных технологий в снижении репродуктивных потерь: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Екатеринбург, 2001. – С. 216-218.
2. Радутный, В.Н. Новый взгляд на этиопатогенез миомы матки /В.Н. Радутный // Современные аспекты этиопатогенеза и лечения миомы матки: Матер. науч.-практ. конф. – Томск, 2009. – С. 13-18.



РАДУТНЫЙ В.Н., ХАРИСОВА Г.А., ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л.
*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

В статье представлены результаты исхода беременности у 30 женщин при гемолитической болезни плода и новорожденного в результате резус-сенсibilизации, методы диагностики и лечения.

Ключевые слова: беременность, резус-сенсibilизация, гемолитическая болезнь.

RADUTNY V.N., KHARISOVA G.A., KHAIRULLINA F.L.
*Bashkirian state medical university,
Ufa*

Pregnancy and delivery termination with haemolytic disease of the fetus and newborn as the result of rhesus-sensitization

The article represents the results of pregnancy termination of 30 women with haemolytic disease of the fetus and newborn as the result of rhesus-sensitization, methods of diagnostics and treatment.

Key words: pregnancy, rhesus-sensitization, haemolytic disease.

За последние годы значительно увеличилось число беременных женщин с осложнениями в виде угрозы прерывания беременности (особенно в первом триместре), маловодия, многоводия, позднего гестоза, хронической фетоплацентарной недостаточности, сопровождающейся нередко хронической гипоксией плода, а это особенно чревато для женщин с резус-отрицательной кровью, так как во всех этих случаях возникает, как правило, нарушение целостности ворсин хориона и эритроциты плода проникают в кровотоки матери, вызывая иммунизацию. Образующиеся антитела, проникая в кровь плода, вызывают гемолиз эритроцитов с образованием токсичного непрямого билирубина, так возникает гемолитическая болезнь у плода, в последующем новорожденного. Опасность гемолитической болезни плода заключается в токсичности образующегося непрямого билирубина, поражающего ядра клеток головного мозга — вплоть до развития ядерной желтухи. В случае неоказания высококвалифицированной медицинской помощи беременной и новорожденному последствия для плода-новорожденного могут быть крайне неблагоприятными, вплоть до перинатальных потерь.

Цель исследования — изучить исходы беременности у женщин с гемолитической болезнью плода и новорожденных с резус-сенсibilизацией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ течения и исхода беременности у 30 беременных при возникновении гемо-

литической болезни плода и новорожденного. В возрасте до 25 лет было 11 беременных, от 26 до 30 лет — 13, от 31 до 35 лет и от 36 до 40 лет — по 3. Данная беременность была повторной у 8 женщин, третьей и четвертой — у 9, пятой и более — у 2. Роды вторыми были у 18 беременных, третьими — у 8, четвертыми — у 2, пятыми — у 2 женщин.

К моменту наступления данной беременности женщины имели в анамнезе целый ряд экстрагенитальных заболеваний, таких как анемия различной степени тяжести (у 22), хронический пиелонефрит (у 11), ожирение I и II степени (у 5, а у одной росто-весовой показатель был равен даже 50,5, то есть имело место ожирение IV степени), варикозная болезнь (у 3), гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, гепатит А, пролапс митрального клапана (по 1 случаю). В анамнезе из гинекологических заболеваний имели место воспалительные заболевания матки и придатков — у 4, бактериальный вагиноз — у 4 и миома матки — у 1 беременной. Рубец на матке имели 2 беременных, одна из них была оперирована трижды ввиду нарастания тяжести гемолитической болезни плода, но спасти новорожденных не удавалось. Настоящая беременность была четвертой по счету и вновь предстояла операция, уже четвертая.

Течение беременности осложнялось наиболее часто угрозой прерывания, особенно в первом триместре (у 17), некоторые из них (9) госпитализировались по поводу угрозы за период беременности от двух до пяти раз. За время беременности хроническая гипоксия плода наблюдалась

у 11 женщин, хроническая фетоплацентарная недостаточность — у 9, многоводие — у 4, маловодие — у 2, поздний гестоз — у 2, внутриутробная задержка развития плода — у 1.

Диагностику возможного развития гемолитической болезни у плода проводили на основании подробного сбора анамнестических данных о течении предыдущих беременностей, случаев мертворождения, самопроизвольных выкидышей, рождения детей с гемолитической болезнью. При взятии на учет по беременности у всех определялся титр антител к резус-фактору ежемесячно, чаще лишь при появлении клинических симптомов внутриутробного страдания плода и(или) характера кривых титра антител (стабильность титра, постепенное нарастание титра, зигзагообразная кривая титра). Наряду с оценкой характера кривых титра антител в настоящее время придавалось нами изучению состояния плода с помощью ультразвукового исследования. Общеизвестно увеличение толщины плаценты при появлении гемолитической болезни плода, увеличение окружности живота, печени, селезенки в результате гемолиза эритроцитов. Осложнение беременности в виде маловодия или многоводия может служить косвенным показателем гемолитической болезни плода. При сроках беременности в 30 недель и более нами проводилась кардиотокография. Учитывалась частота сердечных сокращений плода в минуту, частота и амплитуда осцилляций, наличие акцелераций и децелераций. При выявлении гемолитической болезни плода плазмозитоз проведен 6 беременным, каждой по 3 раза. В двух случаях делался кордоцентез с последующим анализом крови на группу, резус-принадлежность, содержание билирубина, гемоглобина и гематокрита. Снижение гемоглобина и гематокрита у плода подтверждало наличие и указывало на тяжесть гемолитической болезни плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Беременность завершена до 32 недель в 3 случаях, в 33-35 недель — в 7 случаях, в 36-37 недель — в 7, в 38 недель и более — в 13 случаях. Роды произошли через естественные родовые пути у 15 беременных, операцией кесарева сечения — так же у 15, по показаниям, преимущественно со стороны плода. Кесарево сечение сделано 2 беременным при сроке беременности в 30-32 недели, 6 — при сроке 33-35 недель, 4 — в 36-37 недель, 3 — при беременности в 38-40 недель. Масса плодов до 1500 г была у 2 женщин, от 2000 до 2500 г — у 5, от 2500 до 3000 г — у 7, от 3001 до 3500 г — у 11, свыше 3500 г — у 5. У 29 новорожденных имела место гемолитическая болезнь желтушной формы, из них у 20 — тяже-

лое течение, у 6 — средней тяжести, у 3 — легкое течение. У одной новорожденной девочки имела место отечная формы гемолитической болезни. Диагноз был установлен еще до родоразрешения, реанимационные мероприятия начаты сразу после рождения, но оказались неэффективными и через 50 минут констатирована остановка сердца. За время беременности и после родоразрешения титр («полных») антител к резус-фактору имел следующие максимальные цифры: 1 : 2 — у 1; 1 : 4 — у 1; 1 : 8 — у 1; 1 : 16 — у 3; 1 : 32 — у 2; 1 : 64 — у 2; 1 : 128 — у 3; 1 : 256 — у 8; 1 : 512 — у 7 и максимальный титр 1 : 1024 — у 2. Анализируя можно сказать, что титр антител к резус-фактору не всегда соответствовал тяжести течения гемолитической болезни. Низкие титры антител были у 4 беременных, но дети у них родились с тяжелой желтушной формой гемолитической болезни и у 3 — при высоких титрах (1 : 64 — 1 : 128) дети имели легкое течение желтушной формы. Всем новорожденным с гемолитической болезнью с первых же часов проводилась фототерапия (количество сеансов зависело от состояния новорожденного), инфузионная терапия (10 % раствор глюкозы, плазма), но ввиду тяжести желтушной формы в 16 случаях пришлось прибегнуть к заменному переливанию крови. Новорожденные выписаны домой со значительным улучшением состояния под наблюдение участкового педиатра, за исключением 6 детей, переведенных на второй этап выхаживания вследствие продолжающегося гемолиза, что привело к поздней анемии, требующей продолжения лечения в условиях отделения патологии новорожденных. Во всех случаях проводилось гистологическое исследование плаценты, позволившее в дальнейшем проанализировать возможные ошибки при ведении беременности, родов. Результаты исследования выявили склерозирование ворсин хориона различной степени выраженности, а так же такие изменения, как старые инфаркты, кальцинаты, дистрофия ворсин, афункциональные зоны, подбололочные кровоизлияния, децидуит.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, при резус-сенсibilизации беременной значительно страдает плод, в последующем новорожденный, которому оказывается значительная высококвалифицированная медицинская помощь. Чтобы избежать рождения детей с тяжелой гемолитической болезнью, необходимо все усилия прикладывать на предупреждение аборт у женщин с резус-отрицательной кровью и внедрять рекомендуемое антенатальное введение иммуноглобулина антирезус в 28 и 34 недели беременности.

ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

Для оценки рациональности некоторых скрининговых методов диагностики при диспансеризации беременных проведен анализ основных показателей работы женской консультации. На основе 250 наблюдений показано, что обследование всех беременных на перинатальные инфекции и сывороточные маркеры представляется излишним. Формирование групп риска, составление индивидуального плана обследования, проведение индивидуально подобранной прегравидарной подготовки и терапии в ранние сроки беременности позволяют получить благоприятные перинатальные исходы пациенткам с репродуктивной и соматической дисфункцией.

Ключевые слова: диспансеризация, беременность, скрининг-диагностика.

REMNEVA O.V., YAVORSKAYA S.D., LUCHNIKOVA E.V., FADEEVA N.I.
*Altai State Medical University,
Barnaul*

DISCUSSABLE QUESTIONS ABOUT CLINICAL EXAMINATION OF PREGNANT WOMEN

To value rationality of some scrining diagnostic methods under clinical examination of pregnant women analysis of the main indices of women consultation working was held. On the basis of 250 observations there was showed that the check-up of all pregnant women about perinatal infections and serum markers was unnecessary. Forming of risk groups, making individual check-up plan, conducting individual selected preparation before pregnancy and therapy at the beginning of pregnancy can help to get good perinatal results to the patients with reproductional and somatical diseases.

Key words: clinical examination, pregnancy, scrining-diagnostics.

Диспансеризация беременных, как комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, играет определяющую роль в формировании основных показателей родовспоможения. Качество медицинской помощи беременным в соответствии с установленными медико-экономическими стандартами становится чрезвычайно актуальным в предупреждении материнской и перинатальной смертности. Разработка методик оценки качества медицинской помощи — одна из важных задач, непосредственно связанных с политикой развития российского здравоохранения. Сегодня ни бюджет, ни органы медицинского страхования, ни частные лица не хотят нести весьма значительные расходы на оплату медицинской помощи низкого качества [4].

Согласно регламентирующим документам, обследование беременных проводится в женских консультациях и включает минимальный перечень клинических и лабораторных исследований [2]. Этот перечень исходит из возможностей женских консультаций и не всегда отвечает современным требованиям пре- и перинатальной охраны здоровья матери и ребенка. В значительной части случаев наблюдается полипрагмазия. В ряде публикаций Радзинского В.Е. и Костина И.Н. [3] указано, что акушерская агрессия неавяз-

чиво начинается с женской консультации. Речь идет о многочисленных УЗИ, КТГ при наличии физиологического течения беременности. Стало повсеместным стремление врача выявить наличие любой инфекции, восстановить эубиоз влагалища, назначая при этом неадекватное, а подчас и вредное лечение. В США эти исследования проводят в 6 раз реже, чем в России, по той причине, что они дороги и мало информативны. С целью «избавиться от стремления лечить анализы» с 2007 года в США было запрещено бактериоскопическое обследование без жалоб. С другой стороны, прогрессирующая частота выявления у беременных экстрагенитальных заболеваний, являющихся основным фоном формирования плацентарной недостаточности, как главной причины перинатальных потерь и заболеваемости новорожденных, требует проведения дополнительных дорогостоящих методов обследования, не включенных в федеральные стандарты, а, следовательно, не обеспеченных бюджетом.

В целом не вызывает сомнений и очевидная значимость биохимических маркеров в диагностике врожденных пороков развития плода. Так, в работе Концеба Л.Н. [1] были определены достоверные различия по уровням альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина (ХГЧ). Однако повышенный уровень АФП и ХГЧ отме-

чался не только в группе детей с пороками развития (38,5 % и 32,2 %), но и у здоровых плодов (9,5 % и 18,2 %, соответственно).

Все вышеизложенное привело нас к необходимости проведения оценки рациональности диспансеризации беременных согласно приказу МЗ РФ № 50 и региональным отраслевым стандартам.

Работа выполнена на базе хозрасчетного Клинико-диагностического центра Алтайского государственного медицинского университета (КДЦ АГМУ), где проводится диспансеризация беременных сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии, имеющими большой опыт работы в практическом здравоохранении и знающими обо всех новейших научных достижениях по своей специальности. В условиях центра пациенты обследуются на самом современном уровне и получают консультации ведущих профессоров университета. Лечение беременных и их родоразрешение проводятся на клинических базах кафедры. В обязательный план диспансеризации входит проведение школы молодой матери, которую ведут психологи, акушеры-гинекологи, педиатры. Методы обследования, предусмотренные приказом МЗ РФ № 50 [2], проводятся беременным в полном объеме. Однако часто возникает необходимость в дополнительных исследованиях, выполняемых по показаниям.

Диспансерное наблюдение беременных на коммерческой основе позволяет оценить возможную минимальную и максимальную его цену при сохранении качества в каждом конкретном случае. Параклиническое обследование, как правило, составляет не менее 2/3 всей суммы оплаты за период наблюдения. Этот факт явился поводом для оценки необходимости проведения ряда обследований как скрининга.

Объектом для такой оценки послужили 250 пациенток с завершенной беременностью, диспансеризация которых проводилась в КДЦ АГМУ. Юных первородящих среди них не было. Пациентки старше 30 лет составляли около одной четверти от всех беременных. Акушерский анамнез был отягощен у половины женщин, главным образом, за счет невынашивания беременности ранних сроков. В 8 % случаев на учете состояли женщины, леченные по поводу бесплодия, в том числе и методами вспомогательных репродуктивных технологий.

Отмечена высокая соматическая отягощенность беременных за счет всех нозологий, особенно нейроциркуляторной дистонии (43,2 % и 40,8 % по городу Барнаулу), патологии щитовидной железы (20,4 % и 7,9 %), болезней желудочно-кишечного тракта (12,8 % и 2,4 %) и мочевыводящих путей (12,4 % и 9,7 %).

Все беременные были обследованы согласно директивным документам на внутриутробные ин-

фекции. Хламидийная инфекция выявлялась в 15,2 % случаев, микоплазмы — в 2,5 % случаев. Обследование беременных на вирусные инфекции не выявило фактов для пересмотра стратегии и тактики ведения беременности. Носительство вирусов простого герпеса у беременных имело место в 100 % случаев, цитомегаловируса — в 98,6 % случаев. Ни в одном случае не обнаружено маркеров острого или обострения хронического процесса. Вирусы простого герпеса обнаружены методом ПЦР в цервикальном канале беременных только в 1,3 % случаев.

Обследование всех беременных на биохимические маркеры врожденной и наследственной патологии плода в сроки 16-20 недель дало следующие результаты. Уровни эстриола были повышены у трети пациенток, ХГЧ — в 12,1 %. Уровни АФП были снижены в 1,3 % случаев, ХГЧ — в 2,7 %. У этих женщин дети родились без врожденных пороков развития. Но полученные результаты скринингового теста, с одной стороны, вызвали в семье, ожидающей ребенка, психо-эмоциональный стресс, с другой стороны, послужили поводом для дополнительных затрат — обследованию в медико-генетической консультации. У всех женщин с установленными пороками развития плода, наоборот, биохимические маркеры исходно отмечались в пределах нормы. Принимая во внимание тот факт, что в структуре врожденных аномалий развития плода пороки сердца занимают первое место, метод ЭХО-кардиографии плода проводится в нашей консультации всем беременным. Все эмбриопатии (2,4 %) были диагностированы в 20-22 недели беременности методами УЗИ и ЭХО-кардиографии плода. С диагностированным пороком родился один новорожденный, мать которого отказалась от прерывания беременности (умер в 9 мес.).

В течение последних полутора лет пациентки из группы высокого риска по развитию тромбоэмболических осложнений (отягощенный наследственный анамнез, невынашивание ранних сроков, синдром потери плода, гестоз и/или ЗВУР в прошлых беременностях и др.) на прегравидарном этапе и в ранние сроки беременности обследуются на приобретенные или генетические дефекты системы гемостаза. Гиперагрегационный синдром различной степени выраженности был выявлен в 61 % случаев. ДНК-полиморфизм по генам, predisposing к тромбофилиям, обследованные пациентки имели в 26,6 % случаев. У каждой второй из них это были мультигенные формы. Всем этим женщинам, начиная с прегестационного этапа и во время беременности, согласно рекомендациям гемостазиолога, проводилось лечение, которое позволило пациенткам с тромбофилиями, ранее имевшими репродуктивные и перинатальные потери, родить здоровых детей.



Анализ течения беременности у пациенток клиники показал, что угроза прерывания беременности в первом триместре имела место у каждой третьей женщины. Проведение патогенетически обоснованной профилактики первичной плацентарной недостаточности позволило снизить частоту угрозы более поздних сроков до 14,5 % случаев, а преждевременные роды — до 1,5 % случаев (средний популяционный показатель 4 %). Гестозы второй половины беременности легкой степени диагностированы в 20,7 % случаев, средней степени — в 1,6 % случаев. Имели место два случая тяжелого гестоза: один, обусловленный генетической отягощенностью семьи мужа по эклампсии, у повторнородящей 35 лет; второй — у первородящей в 27 недель с тяжелой симптоматической почечной гипертензией (беременность была прервана малым кесаревым сечением). Анемия легкой степени была диагностирована в третьем триместре беременности у каждой четвертой женщины.

Частота кесаревых сечений составила 19,2 % (средний городской показатель 23,9 %), причем в структуре преобладали плановые операции (соотношение 4 : 1).

Характеристика новорожденных 250 обследованных пациенток за период 2005-2008 годы представлена в таблице.

маркеры представляется излишним, поскольку оно не только не дает нужной информации для практических шагов врача акушера-гинеколога, но и приводит к неоправданным денежным затратам и психотравме семьи, ожидающей ребенка. Обследование на внутриутробные инфекции показано на этапе прегравидарной подготовки и при наличии клинических проявлений во время беременности.

2. В программу диспансеризации следует внести ЭХО-кардиографию плода как метод обязательного обследования в 20-22 недели, поскольку врожденные пороки сердца занимают лидирующее место в структуре эмбриопатий, а среди диагностированных пороков — первое место.
3. При формировании группы риска по возможным акушерским и перинатальным осложнениям и составлении индивидуального плана диспансеризации беременной необходимо учитывать не только акушерско-гинекологический и соматический анамнезы, но и наследственную отягощенность.
4. Проведение индивидуально подобранной прегравидарной подготовки и терапии в ранние сроки беременности позволяет не только благополучно доносить беременность и родить здорового ребенка, но и сократить расходы на необоснованные обследования.

Таблица
Морфо-функциональная характеристика новорожденных детей, абс. (%)

Параметры	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год
Оценка по шкале Апгар:				
- 8-10 баллов	42 (76,3)	40 (65,6)	35 (74,5)	60 (82,1)
- 6-7 баллов	10 (18,2)	18 (29,5)	10 (21,3)	13 (17,8)
- 5 и менее	3 (5,7)	3 (4,9)	2 (4,2)	3 (4,1)
Морфофункциональная незрелость	3 (5,7)	3 (4,9)	5 (10,6)	2 (2,7)
Крупный плод	1 (1,8)	3 (4,9)	5 (10,6)	7 (9,6)
Гипотрофия 1 степени	-	2 (3,2)	2 (4,2)	1 (1,4)
Переведены на 2 этап	3 (5,5)	6 (9,8)	4 (8,5)	11 (15,0)

Перинатальные потери за отчетный период составили 4 д: один случай антенатальной гибели плода — преждевременная отслойка плаценты у пациентки с тяжелым гестозом в стационаре в 32 недели гестации.

Таким образом, несмотря на достоверно более высокую, чем в городской популяции, отягощенность пациенток клиники нарушениями репродуктивной функции, перинатальными потерями, соматическими заболеваниями, проведение диспансеризации по индивидуальной программе привело к благополучному завершению беременности у большинства наблюдавшихся женщин.

ВЫВОДЫ:

1. Скрининговое обследование всех беременных на внутриутробные инфекции и сывороточные

ЛИТЕРАТУРА:

1. Концеба, Л.Н. Оптимизация пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода с учетом особенностей воздействия антенатальных повреждающих факторов /Л.Н. Концеба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Барнаул, 2005. — 22 с.
2. Приказ МЗ РФ № 50 от 10.02.03. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях». — 119 с.
3. Радзинский, В.Е. Безопасное акушерство /В.Е. Радзинский, И.Н. Костин //Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 12-16.
4. Рыбальченко, И.Е. Использование медико-экономических стандартов в оценке качества высокотехнологичных медицинских услуг /И.Е. Рыбальченко, И.С. Фигурин //Экономика и управление. — 2008. — № 4(36). — С. 65-70.

КЕФАЛОГЕМАТОМЫ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Проведено ретроспективное сравнительное исследование 100 случаев рождения детей с кефалогематомой и 100 случаев рождения здоровых детей. На основании сравнительного анализа и статистической обработки полученных результатов выделены основные факторы, способствующие формированию кефалогематом у новорожденных. Выявлена различная роль повреждающих факторов при первых и повторных родах. При первых родах формированию кефалогематомы способствуют макросомия, патология пуповины и морфофункциональные особенности плода. При повторных родах ведущую роль играют макросомия, осложненное течение 2 периода родов, конституциональные особенности роженицы.

Ключевые слова: кефалогематома, макросомия, осложненные роды.

SAFRONOVA L.E., BRUHINA E.V.

*Uralsky medical posgraduate academy,
Chelyabinsk*

CEPHALHEMATOMA. THE MODERN ATTITUDE TO THE PROBLEM

Retrospective comparative investigation has been done for 100 cases newborns with cephalhematoma and 100 cases healthy newborn. On the base of the comparative analysis and statistic working up of the obtained results there have been chosen the main factors leading to the formation of cephalhematoma. Different role of harmful factors have been revealed in para 1 and in para 2. Macrosomia, pathology of umbilical cord and morphological characteristics of newborn lead to the formation of cephalhematoma in para 1. Macrosomia, complicated deliver of a pregnant woman play the main role in para 2.

Key words: cephalhematoma, macrosomia, complicated deliver.

Кефалогематома является одним из проявлений повреждения головки плода в родах. Зачастую о качестве оказываемой акушерской помощи в стационаре судят по частоте кефалогематом у новорожденных. По данным различных авторов, это осложнение формируется у 0,2-2,5 % новорожденных. Само по себе перинатальное кровоизлияние не приводит к перинатальной смертности. Однако возникающие осложнения могут ухудшать течение раннего неонатального периода и приводить к отдаленным последствиям. По мнению Ратнера В.В., «роль кефалогематом нередко недооценивается, так как они часто встречаются и находятся вне черепа». Кефалогематома может быть одним из косвенных признаков родовой травмы ЦНС. Зачастую у детей с сформировавшимся субпериостальным кровоизлиянием выявляются признаки повреждения шейного отдела позвоночника. Ведущей причиной появления кефалогематом традиционно считаются осложненное течение родов и травматичные акушерские пособия. Проведена взаимосвязь возникновения поднадкостничного кровоизлияния с применением вакуум-экстракции плода, акушерских щипцов. Однако небольшая частота этих методов родоразрешения в нашей стране не объясняет частоту кефалогематом у новорожденных. Роль других травмирующих факторов не

выяснена. Их изучение позволит глубже изучить механизмы, приводящие к формированию кефалогематом у новорожденных.

Цель исследования — выявить факторы риска формирования кефалогематом и степень их значимости у новорожденных первородящих и повторнородящих женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование 200 диспансерных карт беременных женщин, историй родов и карт новорожденных, за период 2003-2006 гг. Все роды прошли в Родильном доме Городской клинической больницы № 3, которая является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования.

Для выявления механизма возникновения данного осложнения были сформированы 4 исследуемые группы. Первая группа включала 73 случая рождения детей с кефалогематомой у первородящих женщин. Во вторую группу входили 73 случая рождения здоровых детей при первых родах. Третья группа — 27 случаев рождения детей с кефалогематомой у повторнородящих женщин. В четвертую — 27 случаев рождения здоровых детей при повторных родах. Все исследуемые случаи отвечали следующему требованию: беремен-

ности завершились своевременными родами через естественные родовые пути, дети родились в головном предлежании. К критериям исключения относились ситуации: оперативные роды (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода); преждевременные роды; запоздалые роды; неправильное положение плода.

Для выявления факторов риска развития субпериостального кровоизлияния у новорожденных был проведен сравнительный анализ антенатальных, интранатальных и плодовых факторов, способствующих возникновению данной патологии. Сравнение проводилось в 1-й и 2-й группах для выявления механизмов формирования кровоизлияния у новорожденных первородящих женщин и в 3-й и 4-й — для оценки факторов риска при повторных родах. Анте- и интранатальные факторы риска оценивались на основании данных диспансерной карты беременной и истории родов. Данные о состоянии здоровья новорожденных были получены из карт наблюдения за детьми. При сравнительном анализе групп первородящих женщин выявлено, что возрастной состав исследуемых групп был идентичным. При анализе социального статуса пациенток выявлено, что матери новорожденных с кефалогематомами чаще относились к группе служащих (38,3 %) и домохозяек (35,6 %). Беременные с рабочими специальностями, наоборот, преобладали во 2-й группе (12,3 % и 21,9 %, соответственно). При оценке конституциональных особенностей беременных 1 и 2 групп было выявлено статистически значимое различие: у матерей новорожденных с кефалогематомой зарегистрирован более низкий ИМТ, чем у пациенток, родивших здоровых детей. При наружной пельвиометрии в исследуемых группах не было выявлено различий в частоте встречаемости анатомически узкого таза.

Исследование диспансерных карт наблюдения за беременными женщинами позволило провести сравнительный анализ соматической патологии и осложнений беременности в исследуемых группах, однако достоверных различий выявлено не было. Для описания характера родового процесса были проанализированы общая продолжительность родов, средняя продолжительность родов по периодам, скорости раскрытия шейки матки в латентной и активной фазе 1 периода родов, продолжительность безводного периода. Для выявления особенностей течения родов проведен сравнительный анализ частоты аномалий родовой деятельности, частоты быстрых и стремительных родов, заднезатылочного предлежания плода в родах, сформировавшейся дистонии плечиков. Результаты исследования не выявили достоверных различий между анализируемыми группами. Родилось 73 ребенка в каждой исследуемой группе. В группе детей с кефалогематомами преобладали мальчики, их доля составила 58,9 % (девочек, со-

ответственно, 41,1 %), $p < 0,05$. У родившихся детей 1-й и 2-й групп были проанализированы средний вес, рост, а также средняя окружность груди и головы. Проведенное исследование выявило значимое различие весоростовых характеристик новорожденных 1-й и 2-й групп. Дети с кефалогематомой превосходили здоровых детей в весе ($3554,8 \pm 474$ г в 1-й группе и 3349 ± 326 г во 2-й), росте ($52,1 \pm 2$ см в 1-й группе и $50,7 \pm 3$ см во 2-й). Достоверная разница была выявлена в окружности головы и груди новорожденных. Учитывая значительную разницу весоростовых показателей, в исследуемых группах проанализирована частота рождения детей с крупной массой тела. Выявлено, что каждый пятый новорожденный (20,5 %) с кефалогематомой весил более 4 кг. В группе здоровых детей только 1 новорожденный (1,39 %) соответствовал таким параметрам. Таким образом, дети с кефалогематомой значительно превосходили здоровых новорожденных по физическим параметрам. Такая разница росто-весовых показателей сформировалась несмотря на то, что в 1-й группе 7 % детей родились с синдромом задержки развития, во 2-й группе дети с гипотрофией не встретились.

Морфофункциональные особенности новорожденного оказывают влияние на его адаптационные возможности и определяют течение неонатального периода. При проведении анализа морфофункциональной зрелости родившихся детей исследуемых групп выявлены следующие отличия: основная часть здоровых детей (91,7 %) родилась с признаками зрелости. При анализе морфофункциональных особенностей новорожденных с кефалогематомой обнаружено, что у них достоверно чаще выявлялись признаки либо незрелости (13,7 % против 2,7 % у здоровых), либо перезрелости (16,4 % против 5,2 %), $p < 0,05$.

Патология пуповины была у каждого второго новорожденного 1-й группы — 53,4 %. В большинстве случаев (50,4 %) в 1-й группе встречалось расположение петель пуповины вокруг шеи и туловища плода. Во 2-й группе случаи обвития пуповиной плода наблюдались значительно реже — 27 %, $p < 0,05$. Короткая пуповина встречалась с одинаковой частотой — 3 % в каждой группе.

Оценка по шкале Апгар характеризует состояние детей при рождении. Новорожденные 1-й группы имели более низкие оценки на первой и пятой минутах жизни. Средний балл у новорожденных с кефалогематомой составил $6,9 \pm 0,8$, в отличие от здоровых детей, у которых этот показатель равнялся $7,3 \pm 0,5$ баллам, $p < 0,05$. На 5 минуте отмечалась следующая динамика в состоянии новорожденных: средняя оценка по Апгар в 1-й группе повысилась до $7,1 \pm 0,8$ баллов, во 2-й — до $8,1 \pm 0,6$ баллов ($p < 0,05$).

Аналогичный сравнительный анализ был проведен в группе повторнородящих женщин. Воз-

растной состав был идентичный. Анализ социального статуса пациенток выявил, что количество домохозяек (44,4 % и 38,8 %) и служащих (37 % и 31,4 %) в обеих исследуемых группах был одинаковым ($p > 0,05$). Пациентки рабочих специальностей преобладали в 4-й группе (рождение здоровых детей) — 29,6 %, в третьей группе таких пациенток было только 11,1 % ($p < 0,05$).

При сравнении ИМТ обнаружено, что у матерей новорожденных с кефалогематомами он выше, чем у женщин, родивших здоровых детей (3-я группа — $23,9 \pm 3,4$; 4-я группа — $22,3 \pm 3,4$; $p < 0,05$).

Наружная пельвиометрия была проведена всем пациенткам исследуемых групп. Ни в одном случае не было выявлено анатомического сужения таза. Отсутствие случаев сужения таза в группе повторнородящих женщин, скорее всего, связано с менее пристальным вниманием со стороны акушера-гинеколога. «Успокаивающим» фактором служит рождение ребенка при предыдущих родах, особенно если его рождение прошло благополучно.

Анализ диспансерных книжек беременных женщин позволил провести сравнение соматической патологии и осложнений в течении беременности в обеих группах — достоверных отличий не выявлено.

При сравнительном анализе характера родового процесса в группе повторнородящих женщин выявлены отличия в течении 2 периода родов. У матерей новорожденных с кефалогематомой выявлена большая продолжительность 2 периода родов за счет увеличения потужного периода — в 3-й группе 2 период $31,6 \pm 10$ мин., в 4-й — $25,3 \pm 11$ мин., $p < 0,05$; потужной период — $12,2 \pm 3$ мин. и $8,7 \pm 1$ мин., соответственно, $p < 0,05$. Не выявлено различий в продолжительности безводного периода, частоте быстрых и стремительных родов, заднезатылочного предлежания плода.

Увеличение продолжительности 2 периода при рождении детей с кефалогематомой связано с формированием таких осложнений, как вторичная слабость родовой деятельности (3,7 %) и дистоция плечиков (14,8 %). В группе здоровых детей роды не осложнялись вторичной слабостью родовой деятельности, а дистоция плечиков сформировалась лишь у 1 пациентки (2,7 %). Разница в частоте формирования аномалий родовой деятельности и дистоции плечиков оказалась статистически достоверной.

Родилось по 27 детей в каждой исследуемой группе. Соотношение мальчиков и девочек между группами было одинаковым.

При сравнении морфометрических показателей новорожденных (роста, веса, окружности головки и груди) не было выявлено достоверных различий между группами. Однако при исследовании

частоты макросомии обнаружено, что 33,3 % новорожденных с кефалогематомой обладали массой тела свыше 4 кг. В группе здоровых детей только 11,1 % имели подобные параметры. Таким образом, при формировании субпериостального кровоизлияния макросомия встречалась в 3 раза чаще ($p < 0,05$).

Анализ морфофункциональных особенностей детей выявил, что у большинства новорожденных обеих групп характеристики соответствовали gestационному возрасту.

Патология пуповины встречалась с одинаковой частотой в исследуемых группах. После рождения всем детям производился подсчет баллов по шкале Апгар. Новорожденные с кефалогематомой отличались более низкой оценкой на 1-й минуте жизни по сравнению со здоровыми детьми: средняя оценка в 3-й группе $6,8 \pm 0,9$ баллов, по сравнению с $7,2 \pm 0,4$ баллами в 4-й группе ($p < 0,05$). Однако новорожденные 3-й группы обладали хорошими адаптационными возможностями, несмотря на более низкую первую оценку. На пятой минуте их состояние было сопоставимо со здоровыми новорожденными. У 74,5 % детей 3-й группы и 92,5 % 4-й общее состояние расценено как удовлетворительное. Соответственно, это проявилось и в одинаковой оценке по Апгар — $7,8 \pm 0,7$ и $8 \pm 0,4$ баллов (разница не достоверна, $p > 0,05$).

Таким образом, при сравнительном анализе течения беременности, родов и состояния родившихся детей выявлены факторы, способствующие формированию кефалогематомы у новорожденных. В группе первородящих и повторнородящих женщин наметились различия травмирующих воздействий. Для того чтобы выявить значимость того или иного фактора был проведен статистический анализ данных с вычислением коэффициента ассоциации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При первых родах среди причин, способствующих формированию кефалогематомы у новорожденных, наиболее значимой оказалась макросомия (к.а. 1). У крупных плодов предлежащая головка испытывает большее встречное сопротивление тканей родовых путей, конфигурация совершается в большем объеме. Усугубляющими механическую травму факторами могут стать анатомически узкий таз, задний вид затылочного предлежания, быстрый темп родов. Морфофункциональные особенности могут стать самостоятельным фактором, способствующим формированию кровоизлияния. Незрелость плода (к.а.0,69) оказалась одним из значимых факторов риска, который может служить и самостоятельной причиной возникновения кефалогематомы и потенцировать воздействие других факторов. Анатомические особенности сосудов, а также не до конца

сформированные механизмы гемодинамической регуляции повышают вероятность возникновения кровоизлияния.

Перезрелость плода (к.а. 0,54) оказалась значимым фактором риска. Более низкий коэффициент ассоциации говорит о том, что перезрелость редко является самостоятельным фактором, а скорее усугубляет воздействие других факторов. При этом состояние отмечается снижение способности головки плода к конфигурации, и она испытывает большее сопротивление родовых путей. Компрессия петель пуповины плода затрудняет циркуляцию артериальной и венозной крови. Коэффициент ассоциации у данного признака 0,53 указывает, с одной стороны, на его весомую роль в генезе формирования кровоизлияния, с другой, говорит о его потенцирующем влиянии на другие факторы. В родах при конфигурации головки происходит натяжение дубликатуры твердой мозговой оболочки головного мозга, что приводит к затруднению кровотока в крупных венозных коллекторах. В этой ситуации обвитие пуповиной усугубляет имеющиеся нарушения. В ситуациях, когда конфигурация совершается в большем объеме (рождение крупных плодов, при формировании тазоголовной диспропорции) эти нарушения кровообращения более выражены. Повреждающее воздействие циркуляторной гипоксии проявляется в условиях незрелости сосудистой стенки и гемодинамической регуляции мозгового кровообращения. Поэтому у детей с морфофункциональной незрелостью и нарушением расположения петель пуповины чаще формируются субпериостальные кровоизлияния.

У повторнородящих женщин выявлена тесная взаимосвязь между массой тела к концу беременности и вероятностью травматизма новорожденного (коэффициент ассоциации 0,8). Повреждение плода происходит, с одной стороны, в связи с осложненным течением родового процесса, которое часто формируется у женщин с алиментарным ожирением (вторичной слабостью родовой деятельности и слабостью потуг). С другой стороны, в этой группе беременных часто форми-

руются крупные размеры плода (коэффициент ассоциации 0,6). Нельзя исключить, что затрудненное рождение плода было обусловлено анатомическими особенностями таза. Но на основании истории родов это невозможно проанализировать. Скорее всего, у повторнородящих женщин происходит недооценка размеров таза. Подтверждением этому может служить высокая частота такого осложнения как дистоссия плечиков. В нашем исследовании в 14 % случаев рождение ребенка сопровождалось затрудненным выведением плечевого пояса. Следовательно, повторные роды сопровождаются длительным стоянием головки (из-за формирования вторичной слабости родовой деятельности), ее чрезмерной конфигурацией (вследствие крупных размеров), затрудненным течением потужного периода. Все это приводит к повышению риска механической травмы головки плода.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, к факторам риска возникновения кефалогематом новорожденных у первородящих женщин относятся состояния, способствующие механическому повреждению головки плода в родах — макросомия. Однако не менее важное значение имеет состояние здоровья ребенка. Морфофункциональные особенности, циркуляторная гипоксия усугубляют воздействие механических сил в родах. Подтверждением этому факту служит состояние детей после рождения. Сохраняющиеся признаки гипоксического повреждения указывают на то, что тяжесть состояния обусловлена не только воздействием острой интранальной гипоксии, но и нарушением адаптационных возможностей ребенка. Проведенное исследование показало, что для формирования кефалогематомы у повторнородящих женщин характерен механический характер воздействия. У новорожденных в этой группе не выявляются нарушения компенсаторных возможностей. Это факт может подтвердить высокая оценка по Апгар на 5-й минуте, по сравнению с этой же оценкой на первой минуте жизни.



СВЕРДЛОВА Е.С., ДИАНОВА Т.В., КУЛИНИЧ С.И.
*Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Кафедра акушерства и гинекологии,
г. Иркутск*

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

На основании изучения течения беременности и родов у 284 ВИЧ-инфицированных женщин выявлены наиболее частые осложнения беременности в зависимости от сроков инфицирования, сочетания с генитальными инфекциями, определена значимость полноценной химиопрофилактики и ВААРТ, а также плановых кесаревых сечений как способа профилактики инфицирования новорожденных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, роды.

SVERDLOVA E.S., DIANOVA T.V., KULINICH S.I.
The Faculty of the obstetrics and gynecology SEE APF (The state educational establishment of Additional post degree formation) ISI (Irkutsk state institute) of doctors Improvements, Irkutsk

IMPACT OF HIV INFECTION ON THE COURSE OF PREGNANCY AND LABOR

On the basis of studying the current of pregnancy and childbirth of 284 HIV-infected women they are revealed the most frequent complications of pregnancy depending on terms of infection, combinations with genital infection; the importance of valuable chemoprophylaxis and of highly active antiretrovirus therapies is certain, and the significance of a scheduled cesarean operation as way of preventive maintenance of new-born children infection is also definite.

Key words: HIV infection, pregnancy, labor.

Иркутская область по уровню пораженности населения ВИЧ-инфекцией занимает 6-е место в Российской Федерации и 1-е – в Сибирском Федеральном округе, удельный вес женщин – 47,3 %. Закономерно прослеживается половой путь передачи: 66 % для женщин фертильного возраста, что приводит, соответственно, к увеличению числа детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями. Вертикальный путь инфицирования за 6 месяцев 2008 года составил 3 %. Всего в Иркутской области в 2008 г. родилось 3437 новорожденных от ВИЧ-позитивных матерей, 248 детям (7,2 %) выставлен диагноз ВИЧ-инфекция, из них 186 детей получают ВААРТ. Наблюдение за ВИЧ-позитивными беременными осуществляется врачами женских консультаций совместно с центром анти-СПИД, сотрудники которого определяют сроки химиопрофилактики и показания к ВААРТ. Закономерен вопрос: какова вероятность инфицирования плода в ранние сроки беременности (до формирования плаценты) при наличии вiremии у матери? Существует ли зависимость между уровнем вирусной нагрузки и инфицированностью плода? Защищает ли кесарево сечение от заражения ребенка ВИЧ? К факторам, влияющим на передачу вируса иммунодефицита человека, относятся: титр вируса, травма, присутствие других вторичных инфекций, активность эпителиальных рецеп-

торов, интенсивность экспозиции; фаза инфекции [1]. Острая ВИЧ-инфекция может протекать под маской ОРВИ, а появление лимфаденопатии – связываться с респираторными или другими воспалительными процессами [2]. При одновременном сочетании первичных проявлений ВИЧ и раннего срока беременности повышается риск внутриутробного заражения плода, следовательно, впервые установленный диагноз ВИЧ-инфекции в раннем (до 12 недель) сроке беременности может служить медицинским показанием к прерыванию беременности [3].

Цель исследования – оценить течение беременности и родов у ВИЧ-позитивных женщин в зависимости от срока выявления ВИЧ: до или во время беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 250 историй родов и обменных карт ВИЧ-позитивных женщин, родивших в Городском перинатальном центре г. Иркутска в 2005-2006 гг., и проспективно оценено течение беременности и родов у 34 женщин, родивших в октябре-декабре 2008 гг. Лабораторная диагностика ВИЧ включала в себя серологические методы: ИФА; иммунный блоттинг (верификация АТ к различным вирусным белкам); методы качественного определения РНК

ВИЧ: ПЦР; методы количественного определения РНК ВИЧ: VIRAL LOAD («вирусная нагрузка»); экспресс-диагностику ВИЧ-инфекции (тест-полоски): Serodia HIV-1/2, Fujirebic Inc.; иммунологические методы: определение численности популяций CD4⁺ (Т-хелперы) и CD8⁺ (Т-супрессоры) лимфоцитов, их соотношения (иммунорегуляторный индекс). Диагностика других ИППП осуществлялась методами ПЦР, ИФА, использовались бактериологические и бактериостатические методы.

Химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ при беременности проводилась препаратами: Тимазид или Фосфазид, или Зидовудин по 0,2 г 3 раза в день. В родах использовался Ретровир внутривенно капельно до момента пережатия пуповины или Виамун 200 мг однократно. Новорожденные получали Зидовудин перорально в сиропе из расчета 0,002 г/кг каждые 6 часов в течение 6 недель. ВААРТ по схеме проводилась 2 или 3 препаратами:

- Никавир 0,2 × 3 раза в день (или Зидовудин) + Эпивир 0,15 × 2 раза в день + Калетра 2 капс. × 3 раза в день;
- Никавир 0,2 × 3 раза в день + Калетра 2 капс × 3 раза в день (или Тимазид 0,2 × 3 раза в день + Эпивир 0,15 Ч 2 раза в день).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

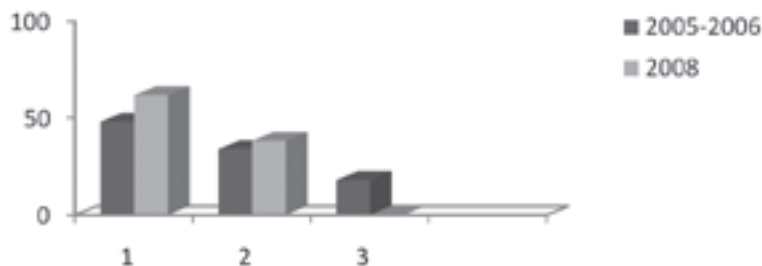
В 2005-2006 гг. диагноз ВИЧ-инфекции установлен до беременности у 120 женщин (48 %), во время беременности — у 85 (34 %) — «острый» ВИЧ, а у 45 (18 %) — только при поступлении в родильный дом (рис.). В женской консультации наблюдались 192 беременные (76,8 %), не посещали врача 58 (23,2 %). Первородящих было 145 (58 %). Половой путь передачи ВИЧ-инфекции установлен у 205 (82 %). Вирус гепатита В обнаружен у 37 беременных (14,8 %), С — у 48 (19,2 %). В 2008 г. диагноз ВИЧ-инфекции установлен до беременности у 21 (61,8 %), во время беременности — у 13 (38,2 %) — «острый» ВИЧ, 6 женщинам (17,6 %) при беременности выставлена 3 стадия ВИЧ-инфекции. В женской консультации наблюдались все беременные, чаще на учет вставали до 12 недель — 18 (53 %). Преобладали повторнородящие — 20 женщин (58,8 %). Половой путь передачи ВИЧ-инфекции установлен у 25 (73,5 %). Гепатит В обнаружен у 2 (5,9 %) и гепатит С — у 12 (35,3 %). Осложнения беременности у ВИЧ-позитивных женщин: угроза прерывания наблюдалась с ранних сроков гестации и составила 42 % в 2005-2006 гг. и 36 % в 2008 г., многоводие диагностировано у 11,6 %

и у 5,9 %, соответственно по годам, ЗВУР — у 21,2 % и 11,8 %, гипоксия плода — у 12,4 % и 5,9 % беременных. Анемия легкой степени диагностирована у 9 % беременных в 2005-2006 гг., а в 2008 г. у каждой второй беременной была анемия средней степени тяжести (47,1 %).

Рисунок

1 — до беременности; 2 — при данной беременности;
3 — при поступлении в родильный дом

Выявляемость ВИЧ-инфекции при беременности



Из общего числа (250) родов в 2005-2006 гг. в срок родоразрешились 209 (83,6 %), беременность закончилась преждевременными родами у 41 (16,4 %), кесарево сечение выполнено 70 роженицам (28 %). В 2008 г. в срок родоразрешились 27 (79,4 %), беременность закончилась преждевременными родами у 7 (20,6 %), кесарево сечение выполнено 15 женщинам (44,1 %). Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод у 45 рожениц (18 %) и у 8 (23,5 %), соответственно годам. Инструментальные вмешательства (амнио- и эпизиотомия) применялись у 81 роженицы (32,4 %) в 2005-2006 гг. и у 5 (14,7 %) в 2008 г., разрывы шейки матки и промежности имели место у 35 родильниц (14 %) и у 6 (31,6 %), соответственно.

К особенностям ведения беременности у ВИЧ-инфицированных женщин относится необходимость назначения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ, а в определенных ситуациях — назначение ВААРТ. В 2005-2006 гг. химиопрофилактика проведена 220 беременным, согласно стандартам только 130 (52 %), что связано с достаточно поздними сроками постановки на учет по беременности и поступлением в родильный дом в потужном периоде. Химиопрофилактику только в родах получили 90 женщин (36 %), а в 30 наблюдениях (12 %) профилактика вертикального пути передачи ВИЧ не проведена. В 2008 г. химиопрофилактика проведена 22 беременным (64,7 %) с 28 недель (63,6 %) согласно стандартам, во всех случаях полноценная. ВААРТ назначалась 12 беременным (35,3 %), чаще с 28 недель — 4 (33,3 %).

Сравнивая показатели по годам наблюдения, нужно отметить улучшение родовспоможения для

данной категории пациенток. Большой процент женщин с диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдался в женской консультации с раннего срока беременности (61,5 % в 2008 г. против 50 % в 2005-2006 гг.). В 2005-2006 гг. у 48 % диагноз ВИЧ поставлен до беременности, у 34 % — при данной беременности, а у 18 % — в родильном доме, т.е. 52 % ВИЧ-инфекции диагностировано при беременности. В 2008 году этот показатель снизился до 38 %, что связано, скорее всего, с увеличением количества повторных родов с 42 % в 2005-2006 гг. до 58,8 % в 2008 г. По-видимому, женщины не боятся рожать повторно, даже учитывая положительный ВИЧ-статус, так как ранее рожденные дети здоровы. Дополнительным стимулом для ранней постановки на учет по беременности является факт увеличения работающих ВИЧ-позитивных женщин (61,5 % в 2008 г. в сравнении с 50 % в 2005-2006 гг.). Оценить пути передачи ВИЧ-инфекции сложно, поскольку не всегда женщины признают факты употребления наркотиков в своей биографии, но, согласно консультированию, превалирует половой путь передачи, составляя в разные годы от 73 % до 82 %. Профилактические меры, направленные на предупреждение внутриутробного инфицирования детей ВИЧ-инфекцией, также претерпели существенные изменения. Так, в 2005-2006 гг. ни одна из женщин не получала ВААРТ, полноценная химиопрофилактика проведена только в 52 % случаев, тогда как в 2008 г. 47,6 % женщин получили ВААРТ. Три года назад отсутствовала тесная взаимосвязь между специалистами центра анти-СПИД и акушерами-гинекологами, не было возможности определения вирусной нагрузки, оценка течения ВИЧ-инфекции проводилась на основании клинических проявлений и, в некоторых случаях, иммунного статуса. В 2008 г. полноценную хи-

миопротекцию получили все ВИЧ-инфицированные беременные женщины в связи с ранней постановкой на учет и регулярным обследованием в центре анти-СПИД. По конечному исходу беременностей снизились показатели инфицирования новорожденных. В 2008 г. у беременных чаще диагностирован гепатит С — 35,3 % (в 2005-2006 гг. — 19,2 %), что косвенно свидетельствует об одновременном двойном инфицировании. По срокам заболевания при «острой» ВИЧ-инфекции у беременных в 2008 г. чаще встречается многоводие — 7,7 %, что, по-видимому, связано с дополнительным инфицированием другими ИППП, хотя в целом в предыдущие годы многоводие диагностировалось в два раза чаще (11,6 % против 5,9 %). Показатели ХФПН и ЗВУР несколько выше при «острой» ВИЧ — 15,4 % (в сравнении в длительной ВИЧ-инфекцией — 9,5 %). Анемия была наиболее частым осложнением беременности у ВИЧ-позитивных женщин в 2008 году, находясь в прямой зависимости от вирусной нагрузки, что может служить дополнительным показанием для назначения ВААРТ. По срокам родоразрешения, показателям ДИОВ не выявлена зависимость между длительностью, стадией ВИЧ-инфицирования и течению родов.

Показатель срочных родов в 2005-2006 гг. и в 2008 г. достоверно не отличался и составил 83,6 % и 79,4 %, соответственно. Однако женщины с установленным статусом ВИЧ до беременности чаще рожают преждевременно — 23,8 % (при «острой» ВИЧ — 15,4 %). Процент кесаревых сечений с 2005-2006 гг. увеличился практически в 2 раза (с 28 % до 44,1 %), но этого недостаточно, учитывая полученные нами данные о вирусной нагрузке, когда показанием для оперативного родоразрешения является количество РНК ВИЧ более 1000 копий/мл за 2 недели до родов (табл.).

Таблица
Иммунограмма, вирусная нагрузка и показатели гемоглобина при «острой» ВИЧ-инфекции у беременных

CD 3	CD 4	CD 8	ИРИ	Вирусная нагрузка копий/мл	Гемоглобин г/л	Хим. проф	ВААРТ
1,390	0,732	-	-	-	-	+	-
0,223	0,354	-	-	25.500	106	+	-
1,207	0,538	-	-	6.137	108	+	-
1,766	0,403	1,272	0,31	49.200	106	-	+
1,613	0,564	-	-	86.900	100	+	-
1,364	0,342	0,884	0,39	11.800	113	-	+
1,992	0,401	-	-	7.470	103	+	-
1,060	0,430	-	-	5.355	126	+	-
2,579	1,338	-	-	7.810	135	+	-
1,725	0,681	-	-	16.000	102	+	-
1,286	0,670	-	-	не обнар.	114	+	-
0,853	0,329	-	-	6.054	96	-	+



Во избежание инфицирования детей в родах в 2008 г. количество инструментальных вмешательств снизилось до 14,7 % (в 2005-2006 гг. — 32,4 %), но родовой травматизм, напротив, увеличился до 31,6 % (в 2005-2006 гг. — 14 %), вероятно, за счет большего количества сопутствующих урогенитальных инфекций.

ВЫВОДЫ:

Качество оказания медицинской помощи по ведению беременности и родов у ВИЧ-позитивных женщин г. Иркутска улучшилось, что привело к снижению числа инфицированных новорожденных за счет полноценной химиопрофилактики и ВААРТ, а также увеличения числа плановых кесаревых сечений при высокой вирусной нагрузке.

Вместе с тем, в случаях диагностики ВИЧ-инфекции при данной беременности с наличием вiremии возможно инфицирование плода на ранних сроках гестации, тогда проводимые в более

поздние сроки курсы специфической терапии не могут предотвратить внутриутробное заражение. Считаем, что стандартный протокол предгравидарной подготовки должен включать консультирование и обследование на ВИЧ, что позволит отсрочить беременность женщинам с «острым» периодом заболевания, тем самым избежать дополнительного риска инфицирования своего будущего ребенка.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение /В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, О.Г. Юрин — М.: ГЭОТАР-Мед, 2003. — 488 с.
2. Рахманова, А.Г. ВИЧ-инфекция /А.Г. Рахманова, Н.Н. Виноградова, А.А. Яковлев. — СПб.: Питер, 2004. — 696 с.
3. Свердлова, Е.С. Ведение беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин: пособие для врачей /Е.С. Свердлова, Т.В. Дианова, С.И. Кулинич. — Иркутск: РИО ИГИУВА, 2008. — 41 с.



ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН – ОДНА ИЗ НЕРЕШЕННЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА

Течение заболеваний позвоночника у беременных женщин является не изученной проблемой. В работе перечислены вопросы, требующие, по мнению авторов, решения в первую очередь. Важнейшей из них является разработка методов немедикаментозного лечения вертеброгенного болевого синдрома у женщин в период беременности.

Ключевые слова: неизученная проблема, заболевания позвоночника, беременные женщины.

SKRYABIN E.G., KUKARSKAYA I.I., RESHETNIKOVA Y.S.
*Tyumenskaya state medical academy,
Tyumen*

DISEASES OF THE SPINE BESIDE PREGNANT WOMEN – ONE OF THE UNDECIDED PROBLEMS MODERN OBSTETRICS

The current of the diseases of the spine beside expectant mothers is not studied by problem. In work are enumerated questions requiring, in the opinion of authors, decisions in the first place. The most important of them is a development of the methods treatments vertebral pain of the syndrome beside woman at period of pregnancy.

Key words: unexplored problem, diseases of the spine, pregnant women.

Перспективным направлением дальнейшего развития клинической медицины является интеграция различных медицинских специальностей. Именно на стыке дисциплин появляются новые возможности в достижении скорейшего результата лечения с более стойким и продолжительным эффектом проводимой терапии. В полной мере данное положение относится к различным заболеваниям позвоночника, способным оказывать влияние на органы и системы, рефлекторно связанные с патологическими позвоночно-двигательными сегментами. Наименее изученными, в плане формирования патологических вертебро-висцеральных симптомокомплексов, являются заболевания позвоночника у женщин и те последствия, к которым они могут привести в период вынашивания беременности.

Парадоксально, но факт — несмотря на значительную распространенность заболеваний позвоночника в популяции, в том числе и среди беременных женщин, они остаются вне внимания исследователей экстрагенитальной патологии. Так, в Тюменской области документально подтвержденными (в послеродовом периоде) заболеваниями позвоночника страдают 43 % беременных женщин. Патология представлена, в основном, диспластическими (аномалии развития, сколиотическая болезнь, спондилолизный спондилолистез) и дегенеративно-дистрофическими (остеохондроз, спондилез, спондилоартроз) заболеваниями, основными симптомами которых

являются болевой синдром, деформации, нарушение функции и формирование экстравертебральных проявлений в сочленениях таза.

Двенадцатилетний опыт оказания медицинской помощи беременным с различной ортопедической патологией позволяет нам сформулировать некоторые важнейшие проблемы требующие решения при лечении женщин, страдающих диспластическими и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, а также последствиями его травматических повреждений.

Актуальность проблемы патологии позвоночника у беременных обусловлена многими причинами, важнейшими из которых, на наш взгляд, являются: малочисленны и противоречивы сведения представленные в литературе о распространенности и характере заболеваний позвоночника в популяции беременных; отсутствует в литературе информация о частоте основных клинических симптомов заболеваний позвоночника и динамике их развития у женщин в период гестации; не изученными являются экстравертебральные проявления вертеброгенной патологии у беременных, в том числе в сочленениях таза, что чрезвычайно важно для прогнозирования, а значит и для предупреждения некоторых осложнений в родах; не разработаны вопросы дифференциальной диагностики основного проявления вертеброгенной патологии, доставляющего женщинам наибольшие страдания — болевой синдрома в пояснично-крестцовой области и боковых отделах живота



— характерного также и для некоторых осложнений беременности; требует незамедлительного решения разработку вопросов объективной диагностики заболеваний позвоночника у беременных, не оказывающая вредных воздействий на женщину и плод, так как традиционный метод выявления и подтверждения вертеброгенной патологии — рентгенография позвоночника — противопоказана женщинам в любом сроке гестации, из-за свойственных рентгеновским лучам эмбриотоксическому и тератогенному воздействиям на развивающийся плод; не решенной проблемой является лечение болевого синдрома в позвоночнике у женщин в период беременности. Традиционно проводимая медикаментозная терапия появления или обострения алгического синдрома при вертеброгенной патологии не может в полной мере использоваться у беременных, так как одни из основных средств в лечении — нестероидные противовоспалительные препараты — противопоказаны женщинам в период вынашивания беременности из-за свойственных им отрицательных воздействий на беременную и плод; не разработаны меры профилактики болевого синдрома в позвоночнике у беременных; совместными усили-

ями ортопедов-травматологов и акушеров-гинекологов должны решаться вопросы тактики ведения беременности и родов у женщин с наиболее тяжелой вертеброгенной патологией — остеохондрозом позвоночника с корешковой симптоматикой, тяжелыми степенями сколиоза, спондилолистезом, аномалиями развития пояснично-крестцовой области, состояниями после оперативных вмешательств на позвоночнике, а также при последствиях переломов костей таза и заболеваниях тазобедренных суставов.

Отчасти решение некоторых из указанных проблем отражено в изданных 10 методических рекомендациях и учебных пособиях для врачей. На устройства для безопасной диагностики заболеваний позвоночника и проведения немедикаментозного лечения болевого синдрома у беременных получено 7 авторских свидетельств и патентов на изобретения. Основные вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи беременным, страдающим заболеваниями позвоночника, включены в программу 144-часового учебного цикла для врачей «Актуальные вопросы вертебродологии плодов, новорожденных и беременных женщин».



ТРИШКИН А.Г., АРТЫМУК Н.В., НИКОЛАЕВА Л.Б.¹, КУБАСОВА Л.А.¹,
АЙНЕТДИНОВ Д.С., АЙНЕТДИНОВА Я.Н., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.²
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 2,
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница¹,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского²,
г. Кемерово*

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ

Установлена частота фетоплацентарной недостаточности и ее морфологических форм у женщин г. Кемерово. Среди обследуемых частота фетоплацентарной недостаточности составила 92,2 %, причем компенсированная форма наблюдалась в 68,6 %, субкомпенсированная в 23,6 % случаев. Учитывая частоту компенсированной фетоплацентарной недостаточности в популяции, следует предположить, что наличие компенсаторных реакций в плаценте необходимо рассматривать как вариант нормы, не влияющий на перинатальные исходы и не требующий активных вмешательств в гестационный процесс.

Ключевые слова: частота, фетоплацентарная недостаточность, перинатальные исходы

TRISHKIN A.G., ARTYMUК N.V., NIKOLAJEVA L.B.¹, KUBASOVA L.A.¹,
AYNETDINOV D.S., AYNЕTDINOVA J.N., VASJUTINSKAJA J.V.²
*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo regional clinical hospital¹,
The clinical hospital № 3 of M.A. Podgorbunsky²,
Kemerovo*

FREQUENCY AND STRUCTURE CHRONIC FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY IN THE POPULATION

Frequency fetoplacental insufficiency and its morphological forms at women Kemerovo is established. Among surveyed, frequency fetoplacental insufficiency has made 92,2 %, and the compensated form was observed in 68,6 %, subcompensated in 23,6 % of cases. Considering frequency compensated fetoplacental insufficiency in a population, it is necessary to assume, that presence compensated reactions in a placenta is necessary for considering as the variant of norm which is not influencing on perinatal outcomes and not demanding active interventions in gestational process.

Key words: frequency, fetoplacental insufficiency, perinatal outcomes.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) — синдром, обусловленный морфо-функциональными изменениями в плаценте, в основе которых лежат нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в системе мать-плацента-плод на молекулярном, клеточном, тканевом, органном и организменном уровнях [1, 2, 9, 11, 12]. Частота ФПН колеблется в широких пределах и зависит от основных причин ее возникновения. По данным различных авторов, частота хронической ФПН у женщин с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы составляет 34,4 %, с анемией — 32,2 %, с эндокринной патологией — 24 % [3, 4, 5, 6]. Достаточно высокой является частота ФПН у пациенток с невынашиванием беременности — 47,6-77,3 % [8], гестозами — до 66,3 %, перенашиванием беременности — до 36,3 %, вирусной и бактериальной инфекцией — 50-60 % [7, 10]. Отсутствие комплексного подхода к диагностике

ФПН приводит, с одной стороны, к гипердиагностике данной патологии и полипрогмазии при ее терапии, с другой — несвоевременной диагностике и коррекции ее субкомпенсированной формы. По данным Глуховца Б.И. (2004), верификация диагноза ФПН возможна только после родов с применением морфологических методов исследования последа.

В связи с вышеизложенным, учитывая значительное число публикаций, посвященное частоте ФПН в популяции, изучение данного вопроса является своевременным и актуальным.

Цель исследования — установить частоту фетоплацентарной недостаточности и ее морфологических форм у женщин г. Кемерово.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

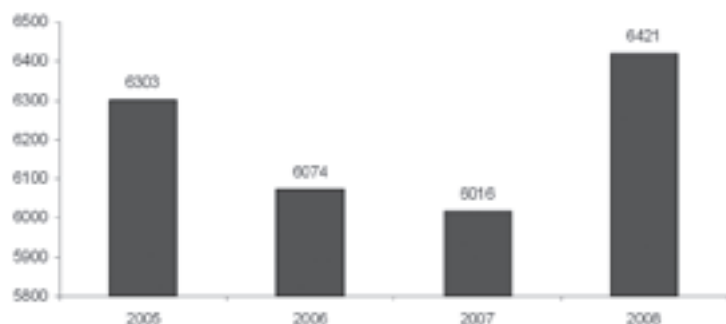
Изучены данные гистологического исследования последов у 14537 пациенток, родоразре-

шенных в период 2005-2008 гг. в родильных домах города Кемерово. В городе функционируют 4 родильных дома: Родильный дом МУЗ ГКБ № 3, ГУЗ КОКБ, МУЗ ГКБ № 2, МУЗ ДГКБ № 5. Для настоящего исследования выбраны 2 пилотных учреждения — МУЗ ГКБ № 3, ГУЗ КОКБ. Для установления частоты ФПН у женщин, родоразрешенных в г. Кемерово, по данным ежегодников ДОЗН проведен анализ количества родов за изучаемый период, сопоставлено процентное соотношение родов, прошедших в пилотных учреждениях, общему количеству родов, сопоставлены количество проведенных морфологических исследований.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ (ППП) «Statistica for Windows 6.0».

За отчетный период в г. Кемерово прошло 24814 родов. Наибольший пик рождений пришелся на 2005 г. (6303 родов) и 2008 г. (6421 род). Общее количество родов по годам за анализируемый период представлено на рисунке 1.

Рисунок 1
Количество родов в г. Кемерово



В пилотных учреждениях за анализируемый период зарегистрировано 16016 родов, что составило 64,5 % от всех родов в г. Кемерово. Коли-

чество родов в пилотных учреждениях за период 2005-2008 гг. представлено в таблице 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ отчетов по нозологическим единицам позволил выявить, что в структуре всей акушерской патологии ФПН диагностирована на основании клинико-инструментально-лабораторных методов в 100 % случаев. Проанализировано 14537 морфологических заключения, что составило 90,8 % от всех родов, прошедших в пилотных учреждениях (табл. 2).

В родильном доме ГУЗ КОКБ проанализировано 3950 морфологических заключений, что составило 75,3 % от всех родов. ФПН отсутствовала у 745 пациенток (18,9 %), ФПН выявлена у 3205 (81,1 %), причем компенсированная форма у 2916 (73,8 %), субкомпенсированная форма у 289 (7,3 %).

В родильном доме МУЗ ГКБ № 3 проанализировано 10587 морфологических заключений, что составило 98,2 % от всех родов за анализируемый период. ФПН отсутствовала у 393 пациенток (3,7 %), ФПН выявлена у 10194 (96,3 %), причем компенсированная форма у 7057 (66,7 %), субкомпенсированная форма у 3137 (29,6 %).

Необходимо отметить что в ГУЗ КОКБ по данным морфологического исследования плаценты отсутствие морфологических изменений и компенсированная форма ФПН диагностировались чаще, а субкомпенсированная ФПН — реже, чем в родильном доме МУЗ ГКБ № 3 ($p < 0,0001$).

Всего в двух пилотных учреждениях проанализировано 14537 морфологических заключений, что составило 90,8 % от всех родов за анализируемый период. ФПН отсутствовала у 1138 пациенток (7,8 %), ФПН выявлена у 13399 (92,2 %), причем компенсиро-

Таблица 1
Количество родов в пилотных учреждениях

Учреждение	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Всего
Родильный дом ГКБ №3	2504	2881	2393	2992	10770
Родильный дом ГУЗ КОКБ	1188	1225	1310	1523	5246
Итого	3692	4106	3703	4515	16016

Таблица 2
Количество проанализированных морфологических заключений в пилотных учреждениях

Учреждение	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Всего
Родильный дом ГКБ №3	2286	2969	2572	3060	10587
Родильный дом ГУЗ КОКБ	1134	451	957	1408	3950
Итого	3420	3120	3529	4468	14534

ванная форма у 9973 (68,6 %), субкомпенсированная форма у 3426 (23,6 %).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, среди обследуемых, частота фетоплацентарной недостаточности составила 92,2 %, причем компенсированная форма наблюдалась в 68,6 %, субкомпенсированная в 23,6 % случаев. В городе Кемерово у 1936 женщин, родивших за отчетный период, фетоплацентарная недостаточность отсутствовала, 17024 женщины имели компенсированную форму, а 5857 — субкомпенсированную.

Учитывая частоту компенсированной фетоплацентарной недостаточности в популяции, следует предположить, что наличие компенсаторных реакций в плаценте необходимо рассматривать как вариант нормы, не влияющий на перинатальные исходы и не требующий активных вмешательств в гестационный процесс.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бычков, В.И. Диагностика и лечение хронической фетоплацентарной недостаточности /В.И. Бычков //Акушерство и гинекология. — 1999. — № 6. — С. 3-6.
2. Владимирова, Н.Ю. Опыт комплексной диагностики и лечения плацентарной недостаточности /Н.Ю. Владимирова, И.А. Баглай //Мед. помощь. — 2004. — № 5. — С. 27-30.
3. Кулаков, В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция: руков. для врачей /В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник. — М., 2004. — 494 с.
4. Новый подход к коррекции железодефицитной анемии у женщин с очагами генитальной инфекции /З.Б. Хаятова, О.Г. Пекарев, Л.А. Шпагина, В.В. Кузьмина //Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — 2004. — Вып. 11. — С. 250-255.
5. Петрова, В.Н. Факторы риска развития фетоплацентарной недостаточности у беременных с эутиреоидным зобом /В.Н. Петрова, Н.К. Никифоровский //Здравоохранение. — 2005. — № 6. — С. 2-4.
6. Петрова, Е.В. Процессы внутриклеточного метаболизма при железодефицитных состояниях у беременных и возможность профилактики плацентарной недостаточности /Е.В. Петрова, О.А. Пересада, Л.А. Смирнова //Рецепт. — 2003. — № 4. — С. 100-104.
7. Серов, В.Н. Гестоз — болезнь адаптации /В.Н. Серов, Ю.И. Бородин, А.И. Бурухина. — Новосибирск, 2001. — 208 с.
8. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности /В.М. Сидельникова. — М.: Триада-Х, 2002. — 304 с.
9. Стрижаков, А.Н. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, акушерская тактика /А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, О.Р. Баев //Мать и дитя: Матер. V Рос. форума. — М., 2003. — С. 222-224.
10. Цхай, В.Б. Перинатальные аспекты хронической фетоплацентарной недостаточности при внутриутробном инфицировании /В.Б. Цхай: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Томск, 2000. — 305 с.
11. Benirschke, K. Pathology of the placenta /K. Benirschke, P. Kaufman. — New York: Springer-Verlag., 1991. — 685 p.
12. Gagnon, R. Placental insufficiency and its consequences /R. Gagnon //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2003. — Vol. 110, Suppl. 1. — P. 99-107.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИОТОН 1000 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБИНЕМИЕЙ

Проведен сравнительный анализ течения беременности и перинатальных исходов у 80 женщин, получавших гепаринопрофилактику препаратом Лиотон 1000 в связи с тромбинемией. Контрольную группу составили 12 женщин, имеющие нормативные значения РФМК и не получавшие гепаринопрофилактику. Проведение гепаринопрофилактики в третьем триместре у пациенток с тромбинемией приводит к достоверному снижению частоты клинической манифестации гестозов у матери, а со стороны плода - снижением перинатальных поражений ЦНС.

Ключевые слова: Лиотон 1000, гестоз, беременность, тромбинемия.

FADEEVA N.I., MOMOT A.P., AGARKOVA T.A.
*The Altai State Medical University,
The Chair of Obstetrics and Gynecology № 1,
Barnaul*

THE EFFICIENCY OF THE DRUG LIOTON 1000 FOR THE PROFYLAXIS OF COMPLICATIONS DURING PREGNANCY IN PATIENTS WITH THROMBINEMIA

The comparative analysis of pregnancy period and perinatal terminations in 80 women having heparin prophylaxis with the help of the drug Lioton 1000 because of thrombinemia was made. The screening group contained 12 women having normal soluble fibrin monomeric complexes (SFMC) and who didn't get heparin prophylaxis. Heparin prophylaxis in the third trimester in patients with thrombinemia leads to the significant reduction of frequency of clinical manifestation of gestosis in mother and the reduction of CNS (central nervous system) perinatal damages in foetus.

Key words: Lioton 1000, gestosis, pregnancy, thrombinemia.

По данным отечественных исследователей, материнская смертность от тромбоэмболических осложнений за последние 15 лет возросла с 0,23 до 2,7 на 100000 живорожденных и в структуре причин материнской смертности составляет 9,2 % (Шехтман М.М., 2008). Частота выявления тромбозов у беременных отмечается в 0,42 % случаев, у родильниц — в 3,5 % случаев (Макаров В.А., Кондратьева Т.Б., 1998, Сенчук А.Я., 2007).

Важными факторами риска тромбозов у беременных являются экстрагенитальные заболевания — ожирение II-III ст., сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек, анемия (Ковальчук Я.Н., Токова З.З., 1997). Самым распространенным осложнением беременности, на фоне которого возрастает риск тромбоэмболических осложнений, является гестоз II половины беременности (Шехтман М.М., 2008). Предрасполагающими факторами к развитию тромбозов и тромбоэмболий у беременных, особенно при наличии неблагоприятных условий, являются замедление скорости кровотока в венах ног в сочетании с физиологической гиперкоагуляцией. Риск тром-

бообразования нарастает по мере увеличения гестационного срока. Основным скрининговым маркером риска тромбофилических осложнений является уровень в крови РФМК.

Цель исследования — оценка эффективности применения препарата Лиотон 1000 у беременных с высоким уровнем РФМК (тромбинемией) для профилактики осложнений беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

80 беременных в сроки от 30 до 38 недель, имеющих тромбинемию (РФМК > 12 мг/100 мл) по результатам гемостазиологического исследования, были разделены на две группы: основная группа — 36 пациенток, получавших препарат Лиотон 1000 с целью профилактики осложнений беременности, и группа сравнения — 44 пациентки, которым гепаринопрофилактика не проводилась. Контрольную группу составили 12 беременных, уровень РФМК которых был < 12 мг/100.

Лиотон 1000 представляет собой гепарин-содержащий гель, в 1 грамме которого содержится 1000 МЕ высокоочищенного гепарина. Гелевая

матрица способствует быстрому проникновению и медленному высвобождению гепарина в под-кожной клетчатке. Тем самым, достигается длительное (в течение 12-24 ч) присутствие гепарина в циркулирующей крови. Гель наносился транс-дермально по 5 см в область подколенной ямки обеих ног три раза в день. Препарат разрешен к применению во время беременности.

Гемостазиологические исследования проведены исходно всем беременным, а пациенткам основной группы и группы сравнения в динамике. Определялись активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), фибриноген, активность АТ III, протромбиновый тест (ПТ), тромбиновый тест (ТТ), количество РФМК в плазме определяли орто-фенантролиновым тестом по А.П. Момот, В.А. Елыкомову (А.С. № 1371219, 1987, СССР). Части женщин проводилось обследование на наследственные дефекты генов системы гемостаза (FV Leiden, PAI-1, FGB, F2, F7 MTHFR).

Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием программ Microsoft Offis «Statistica» v 6.1., Exel-6.0. Достоверность различий между средними значениями отдельных показателей оценивали по критерию t Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенный клинический анализ возраста и семейного анамнеза не выявил достоверных различий в группах сравнения. В структуре экстрагенитальных заболеваний у пациенток основной и группы сравнения достоверно ($p < 0,05$) чаще выявлялись НЦД по гипертоническому типу, ожирение, анемия.

В анамнезе пациенток основной группы достоверно чаще, чем в группе сравнения, встречались самопроизвольные абортс раннего срока, в том числе и неразвивающиеся беременности (соответственно, 41,6 % и 11,4 %, $p < 0,01$).

При обследовании на наследственные дефекты генов системы гемостаза в основной группе достоверно чаще, чем в группе сравнения и контрольной, выявлялся ДНК-полиморфизм гена PAI-1 ($p < 0,05$).

Исходные показатели гемостаза в группе сравнения и основной не имели достоверных отличий.

Течение беременности у женщин, получавших Лиотон 1000, достоверно чаще осложнялось угрозой прерывания в I и II триместрах, чем у беременных группы сравнения ($p < 0,05$). У женщин, не получавших гепаринопрофилактику, достоверно чаще беременность осложнялась гестозом второй половины, по сравнению с основной и контрольной группами (соответственно 75 %, 41,7 % и 1 %, $p < 0,01$). Протеинурия (66-2000 мг/л) у пациенток с гестозами достоверно чаще вы-

являлась в группе сравнения, чем в основной ($p < 0,01$).

Дети, рожденные от женщин, не получавших гепаринопрофилактику, достоверно ($p < 0,05$) чаще имели перинатальное поражение в форме нарушения церебрального кровообращения, синдром внутречерепной гипертензии и клинику респираторного дистресс-синдрома. Они достоверно ($p < 0,01$) чаще переводились на второй этап лечения по сравнению с детьми, рожденными от пациенток контрольной и основной групп — 31,8 %, 22,2 % и 1 %, соответственно.

По данным гистологического исследования плаценты в группе сравнения достоверно ($p < 0,01$) чаще, чем в основной группе, выявлялись признаки хронической фето-плацентарной недостаточности — 45,5 %, 25 % и 13,1 %, соответственно

ВЫВОДЫ:

1. Соматическое здоровье пациенток с тромбемией достоверно чаще отягощено НЦД по гипертоническому типу, ожирением, анемией, по сравнению с женщинами контрольной группы.
2. Репродуктивное здоровье беременных основной группы достоверно чаще отягощено самопроизвольными абортс раннего срока, в том числе и неразвивающимися беременностями.
3. У пациенток основной группы достоверно чаще выявлялся ДНК-полиморфизм гена PAI-1, свидетельствующий о тромбофилическом состоянии.
4. Проведение гепаринопрофилактики препаратом Лиотон 1000 у пациенток с высоким уровнем РФМК (> 12 мг/100 мл) уменьшает частоту возникновения гестоза второй половины беременности.
5. Дети, рожденные от женщин, получавших гепаринопрофилактику препаратом Лиотон 1000, достоверно реже имели перинатальное поражение в форме нарушения церебрального кровообращения, синдром внутречерепной гипертензии и клинику респираторного дистресс-синдрома.
6. При гистологическом исследовании плацент признаки плацентарной недостаточности выявлялись достоверно реже в группе пациенток, получавших гепаринопрофилактику.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ковальчук, Я.Н. Материнская смертность от тромбэмболических осложнений и возможности ее профилактики /Я.Н. Ковальчук, З.З. Токова //Вестник акуш.-гин. — 1997. — № 2. — С. 23-27.
2. Макаров, В.А., Применение гепаринов в клинической практике /В.А. Макаров, Т.Б., Кондратьева //Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6, № 3. — С. 164-167.



-
3. Ройтман, Е.В. Антитромботические средства местного применения /Е.В. Ройтман //Consilium medicum. – 2007. – Том 9. № 7. – С. 106-107.
4. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. 4-е изд. /М.М. Шехтман. – М., Триада-Х, 2008. – С. 156-170; 413-425.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕМАТОГЕННЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

Проблема внутриутробной инфекции плода является одной из ведущих в акушерской практике в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка [1].

К настоящему времени выделена группа гематогенных инфекционных агентов, которые обладают особой предрасположенностью к гравидарной системе. Данные возбудители получили условное наименование «TORCH»-инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирусная инфекция, герпес-вирусная инфекция и другие). Представители этой группы инфекций имеют ряд общих признаков, касающихся морфогенеза и патогенеза, ближайших и отдаленных последствий для матери и плода [2].

Одним из ведущих проявлений внутриутробного инфицирования является развитие комплекса воспалительно-деструктивных изменений в плаценте, приводящих к развитию фетоплацентарной недостаточности. Выражается это в различных нарушениях маточного и плодово-плацентарного кровообращения, а также сосудистых изменениях в организме матери и плода. Патогенетические механизмы возникновения, развития и воздействия внутриутробной инфекции разнообразны и зависят от многих факторов: срока беременности, при котором происходит инфицирование; вида возбудителя, его вирулентности, массивности обсеменения; первичности или вторичности инфекционного процесса у беременной; степени распространенности и интенсивности воспалительного процесса; состояния организма матери, ее иммунологической толерантности [3].

В ранние сроки беременности вирусы размножаются более интенсивно в клетках, наделенных высоким уровнем метаболизма — в тканях развивающегося эмбриона. При этом вирусная нуклеиновая кислота может включаться в состав клеточного генома, передающего генетическую информацию в аппарат, воспроизводящий клеточный белок, что в конечном итоге приводит к гибели зародыша или нарушению процессов органогенеза и возникновению пороков развития. Инфицирование плода в более поздние сроки не приводит к формированию грубых дефектов развития, однако в этих случаях может произойти нарушение функциональных механизмов диф-

ференцировки клеток и тканей органов. У таких детей после рождения обнаруживаются признаки незрелости органов, снижение сопротивляемости и жизнеспособности, отставание в умственном и физическом развитии [4, 5].

В настоящее время одной из ведущих причин недонашивания ребенка может явиться вирусная инфекция у матери. У недоношенных детей пороки развития встречаются в 6-10 раз чаще, чем у доношенных; количество нервно-психических заболеваний и частота умственной отсталости достигают 50 %, значительно выше смертность [6].

Цель исследования — изучение особенностей течения беременности и исходов родов у женщин с гематогенным инфицированием плодного яйца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 133 беременные женщины с гематогенным инфицированием плодного яйца и 133 плода в сроке беременности 34-41 неделя (основная группа). Группу сравнения составили 103 беременных и 103 плода в сроке беременности 34-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений.

Всем беременным проведено стандартное клиническое обследование. Ультразвуковое исследование (УЗИ) фетоплацентарного комплекса проводили при помощи сканеров, работающих в реальном масштабе времени по принципу серой шкалы. Работа выполнялась на аппарате «Пантера-2002-ADI». Ультразвуковое исследование фетоплацентарного комплекса в III триместре беременности включало проведение ультразвуковой фетометрии, плацентометрии, оценку количества околоплодных вод, пренатальную диагностику задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП), диагностику врожденных пороков развития плода.

Ультразвуковая фетометрия предусматривала измерение следующих параметров плода: определение бипариетального размера головки плода (БПР); определение среднего диаметра грудной клетки плода (ДГ); определение среднего диаметра живота плода (ДЖ); определение длины бедренной кости плода (ДБ). На основании ультразвуковой фетометрии, при помощи специальной компьютерной программы, входящей в комплекс

программного обеспечения аппарата «Пантера-2002-ADI», устанавливали гестационный срок, соответствие ультразвуковых фетометрических параметров исследуемого плода предполагаемому сроку беременности, ЗВРП с определением степени ее тяжести, расчет предполагаемой массы и длины плода. Особое внимание при проведении УЗИ уделялось характеру двигательной активности и тону плода, оценивалось количество дыхательных движений.

Ультразвуковая плацентометрия включала в себя определение локализации плаценты, измерение ее толщины, установление степени зрелости ворсин плаценты, оценку ее структурных изменений. Учитывая специфику настоящего исследования, регистрировали аномалии количества околоплодных вод, наличие гиперэхогенных включений, амниотических тяжей. В обязательном порядке регистрировалось наличие инфекционных фетопатий (вентрикуломегалия, расширение чашечно-лоханочной системы, патологическое расширение петель кишечника, гепатомегалия).

Доплерометрическое исследование кровотока в системе «мать — плацента — плод» проводилось при помощи аппарата «Пантера-2002-ADI». По стандартной методике, с применением цветного картирования, производился качественный анализ кривых скоростей кровотока посредством определения индекса резистентности в маточных артериях, артериях пуповины. Оценка степени тяжести нарушений маточно-плацентарного и плодового кровотока производилась по классификации М.В. Медведева, в которой выделены три степени тяжести: IА степень — нарушение маточно-плацентарного кровотока (МПК) при сохранении фетоплацентарного кровотока (ФПК), IБ — нарушение ФПК при сохранении МПК; II степень — одностороннее нарушение МПК и ФПК, не достигающее критических значений; III степень — критическое нарушение ФПК при сохраненном или нарушенном МПК критическое нарушение плодового кровотока, характеризующееся нулевым или ретроградным диастолическим компонентом в артерии пуповины.

Проведенные ультразвуковые исследования оценивали, исходя из стадийности течения инфекционного процесса, при внутриутробном инфицировании эхографические маркеры делили на 3 группы [7]. К ультразвуковым маркерам амнионита отнесены многоводие, маловодие, гиперэхогенные включения в околоплодных водах, амниотические тяжи. К ультразвуковым маркерам плацентита отнесены увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационной нормой, расширение межворсинчатого пространства, формирование псевдокист. К эхографическим маркерам инфекционного поражения плода отнесены пиелоэктазия, вентрикуломегалия, гепатомегалия, кардиомегалия с гидроперикардом, появление

линейных гиперэхогенных включений перивентрикулярных зон головного мозга плода.

Патологические доплерометрические показатели, также как и оценка дыхательной и двигательной активности, расценивались как системные нарушения в состоянии плода. На основании комплексной оценки функционального состояния системы «мать — плацента — плод» прогнозировалась степень перинатальных инфекционных осложнений у новорожденного: чем больше эхографических маркеров внутриутробного инфицирования плода встречалось, тем выше вероятность рождения ребенка с признаками внутриутробного инфицирования, что в итоге являлось одним из критериев включения в основную группу.

Проводился забор пуповинной крови для проведения гемостазииограммы, биохимического профиля, ИФА, ПЦР. На основании оценки комплекса проведенных исследований проводилась оценка степени распространения инфекционного процесса.

Патологоанатомическое исследование плаценты проводилось по стандартной методике в патологоанатомическом бюро г. Прокопьевска.

Критериями включения в основную группу были обнаружение воспалительных изменений в последе при гистологическом исследовании, а также положительные результаты лабораторных исследований (ПЦР-диагностика и ИФА сыворотки крови на ЦМВ, ВПГ, ВИЧ, грипп, хламидии, токсоплазмы), проведенные в динамике в третьем триместре беременности и в процессе родов. Отрицательные результаты явились основанием для включения пациенток в группу сравнения.

Обследование новорожденных проводилось неонатологами по общепринятой методике. После рождения проводилась оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах, антропометрическое исследование, оценка неврологического статуса новорожденного, забор крови из пуповины для проведения лабораторных исследований.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст беременных составил в основной группе $29,3 \pm 5,7$ лет, в группе сравнения — $21,4 \pm 4,42$ ($p > 0,05$). В возрасте старше 30 лет в основной группе было 19 женщин (14,3 %), в группе сравнения — 9 (6,79 %), $p > 0,05$. Юные первородящие составили 17 (12,8 %) в основной и 7 (6,8 %) в группе сравнения, $p > 0,05$.

Каждая третья женщина основной группы ждала ребенка в незарегистрированном браке — 39 (29,3 %), что отличалось от показателей группы сравнения — 9 (8,7 %), $p < 0,005$. В основной группе было 23 (17,3 %) одино-

ких женщин, в группе сравнения — 5 (4,9 %), $p < 0,005$.

Среди женщин основной группы курящих было 28 (21,1 %), в группе сравнения — 5 (4,8 %), $p < 0,05$.

Распространенность соматической патологии у женщин с гематогенным инфицированием плодного яйца (на 100 женщин) составила: респираторные заболевания — 23,3; заболевания мочевыводящей системы — 15,8; заболевания ЖКТ — 9,7; патология щитовидной железы — 7,5; нарушения обменных процессов — 5,3; патология сердечно-сосудистой системы — 3,75.

В группе сравнения наблюдалась следующая распространенность соматической патологии: респираторные заболевания — 18,4; заболевания мочевыводящей системы — 12,6; нарушения обменных процессов — 4,9; патология щитовидной железы — 4,9; заболевания ЖКТ — 4,9; патология сердечно-сосудистой системы — 1,9.

Статистически значимо чаще в основной группе встречались респираторные заболевания — 23,3 на 100 против 18,4 на 100 в группе сравнения ($p < 0,05$) и патология ЖКТ — 9,7 и 4,9 на 100, соответственно ($p < 0,05$).

Анализ менструальной функции, гинекологического анамнеза не выявил статистически значимых различий в группах.

Моноинфекции в основной группе выявлены в 54 случаях: ВИЧ — 21 (38,9 %), грипп — 15 (27,8 %), хламидии — 8 (14,8 %), ВПГ — 7 (12,97 %), единичные случаи ЦМВ — 2 (3,8 %) и токсоплазмоз — 1 (1,9 %). Смешанные инфекции имели место у 74 пациенток, причем наблюдалось большое количество сочетаний инфекционных агентов, наиболее часто встречалось сочетание ЦМВ, ВПГ и токсоплазмоза — у 5 (6,3 %); ЦМВ, ВПГ, токсоплазмоза и хламидиоза — у 4 (5 %); ВПГ, хламидиоза, токсоплазмоза — у 9 (11,4 %); ЦМВ, хламидиоза и токсоплазмоза — у 7 (8,9 %) и другие.

При анализе течения беременности выявлено, что самыми распространенными осложнениями были угрожающий выкидыш (в основной группе 48,1 на 100 женщин, в группе сравнения — 51,5; угрожающие преждевременные роды (соответственно, 23,3 и 28,2 на 100); третье место занимают анемии (20,3 в основной группе и 16,5 на 100 в группе сравнения). Данные показатели статистически значимых различий не имели, $p > 0,05$.

По данным ультразвуковой биометрии, в сроке 36-40 недель в основной группе соответствовал сроку гестации только каждый шестой плод — 25 (18,8 %), в группе сравнения — 98 (95,1 %), $p < 0,05$.

Задержка внутриутробного развития первой степени в основной группе отмечалась у 23 плодов (17,3 %), второй и третьей степени — у 98 (73,7 %). В группе сравнения задержка

внутриутробного развития первой степени имела место у 5 (4,9 %), второй и третьей степени не зафиксирована, $p < 0,05$.

При проведении ультразвукового исследования в основной группе отмечалось снижение двигательной активности плода в 93 случаях исследования (69,9 %) против 21 (15,8 %) в группе сравнения, $p < 0,05$; отсутствие двигательной активности плода наблюдалось у 21 плода (15,8 %) основной группы, в группе сравнения подобных нарушений не выявлено; снижение тонуса плода отмечено у 89 (66,9 %) основной группы и 6 (5,8 %) группы сравнения, $p < 0,05$; снижение количества дыхательных движений плода в минуту — у 97 (72,9 %) и 4 (3,8 %), соответственно. $P < 0,05$.

В основной группе при анализе характера и количества околоплодных вод в 29 случаях (21,8 %) выявлено маловодие и в 41 (30,6 %) — многоводие, в то время как в группе сравнения патологических изменений не было выявлено, $p < 0,05$. В основной группе в 61 случае (45,9 %) выявлено наличие гиперэхогенных включений в околоплодных водах, у 3 (2,3 %) — обнаружены амниотические тяжи. В группе сравнения подобных изменений не выявлено, $p < 0,05$.

При анализе результатов ультразвуковой плацентометрии структурные изменения выявлены в 124 случаях (93,2 %) в основной группе и лишь в 5 случаях (4,9 %) в группе контроля, $p < 0,05$. Структура изменений плаценты в основной группе представлена следующими патологическими изменениями: преждевременное созревание плаценты — 15 (12 %); незрелость — 12 (9,7 %); увеличение толщины плаценты — 5 (4 %); расширение межворсинчатых пространств — 3 (2,4 %); сочетание нескольких признаков — 89 (71,8 %). Плацента соответствовала сроку гестации у 9 женщин (6,8 %) основной группы и 98 (95,1 %) группы сравнения, $p < 0,05$.

По данным доплерометрии нарушения гемодинамики отмечались в 120 исследованиях (90,2 %) основной группы и в 8 (7,8 %) группы сравнения, $p < 0,05$. Заслуживает внимания тот факт, что в группе сравнения не были зафиксированы гемодинамические нарушения II и III степени, вместе с тем, в основной группе гемодинамические нарушения II степени зафиксированы в 77 случаях (57,9 %), а III степени — в 11 (8,3 %), $p < 0,05$.

Обращает внимание наличие инфекционных фетопатий в основной группе, которые в 21 случае (15,8 %) представлены расширением чашечно-лоханочной системы почек, в 67 (50,4 %) — патологическим расширением петель кишечника, в 5 (3,8 %) — гепатомегалией, в 1 (0,8 %) — вентрикуломегалией, $p < 0,05$.

У беременных с гематогенным инфицированием плодного яйца беременность заверши-

лась в срок у 96 (72,2 %), в группе сравнения – у 97 (94,2 %); преждевременными родами – у 32 женщин (24,1 %) и 5 (4,9%), соответственно, $p < 0,05$; запоздалыми – у 5 (3,8 %) и 1 (0,9 %), $p < 0,05$.

Слабость родовой деятельности наблюдалась в основной группе у 31 женщины (23,3 %) против 27 (26,2 %) в группе сравнения, $p > 0,05$, дискоординация родовой деятельности на фоне родового излития околоплодных вод при неготовых родовых путях – у 27 (20 %) и 15 (14,6 %), соответственно, $p < 0,05$, быстрые и стремительные роды – у 7 (5,3 %) и 7 (6,8 %), $p > 0,05$.

Операцией кесарево сечение в основной группе родоразрешены 41 пациентка (30,8 %), в группе сравнения – 25 (24,3 %), $p > 0,05$. Необходимо отметить, что в основной группе основными показаниями к оперативному родоразрешению были ухудшение состояния плода в первом периоде родов у 10 (24,4 %), аномалии родовой деятельности – у 26 (63,4 %). В группе сравнения преобладало плановое оперативное родоразрешение в связи с миопией высокой степени, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, декомпенсацией соматической патологии.

Все роды завершились рождением живых детей. В основной группе в умеренной асфиксии родились 31 ребенок (23,2 %), в тяжелой – 11 (8,3 %); в группе сравнения в умеренной асфиксии родились 3 детей (2,9 %); в тяжелой асфиксии случаев рождения детей не отмечено, $p < 0,05$.

Задержка внутриутробного развития разной степени выраженности составила в основной группе 115 случаев (86,5 %), в группе сравнения – 5 (4,9 %), $p < 0,05$.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии внутриутробных инфекций, в особенности вирусных и хламидийной, на течение беременности и развитие плода.

Преобладание в группе инфицированных беременных женщин с вредными привычками, проживающих в незарегистрированном браке или одиноких подтверждает существование проблемы эндемического распространения инфекций, передающихся половым путем, среди молодого поколения, во многом утратившего потребность стойких внутрисемейных отношений и моногамного брака.

В группе инфицированных женщин статистически значимо чаще отмечается задержка внутриутробного развития плода, более высокая частота патологии плаценты и околоплодных вод, раз-

личные гемодинамические нарушения в маточно-плацентарном круге кровообращения.

Инфицирование явилось причиной большей частоты преждевременных родов, а также родового излития околоплодных вод при неготовых родовых путях, что, соответственно, повысило процент аномалий родовой деятельности в этой группе женщин. Следствием этого явилась большая частота рождения детей с низкой оценкой по Апгар как при родах через естественные родовые пути, так и при оперативных родах. Причем одним из основных показаний к экстренному оперативному родоразрешению явилось ухудшение состояния плода во время первого периода родов. Возникло это в результате суб- и декомпенсации маточно-плодового кровотока при плацентарной недостаточности, формирующейся на протяжении беременности под влиянием различных инфекционных агентов.

Защита беременных женщин от воздействия вредных факторов и, в первую очередь, от вирусов будет способствовать снижению наследственных и инфекционных заболеваний, пороков развития у новорожденных детей, нервно-психических заболеваний и отставания в физическом развитии в более старшем возрасте.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Афанасьева, Н.В. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести /Н.В. Афанасьева, А.Н. Стрижаков //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3, № 2. – С. 7-13.
2. Глуховец, Б.И. Патология последа /Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. – СПб., 2003. – 380 с.
3. Милованов, А.П. Патология системы мать-плацента-плод: Руководство для врачей /А.П. Милованов. – М., 1999. – 447 с.
4. Козлова, В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: Руководство для врачей /Козлова В.И., Пухнер А.Ф. – М.: Триада-Х, 2003. – 440 с.
5. Тютюник, В.Л. Морфофункциональное состояние системы мать-плацента-плод при плацентарной недостаточности и инфекции /В.Л. Тютюник, В.А. Бурлев, З.С. Зайдиева //Акушерство и гинекология. – 2003. – № 2. – С. 11-16.
6. Стрижаков, А.Н. Системные нарушения гемодинамики при синдроме задержки роста плода как фактор риска гипоксически-ишемического поражения ЦНС и отклонений психомоторного развития детей /А.Н. Стрижаков, З.М. Мусаев, Т.Ф. Тимохина //Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 11-15.
7. Эхографические маркеры внутриутробной инфекции /Л.А. Никулин, Н.В. Бойко, А.В. Поморцев, М.Г. Кулагина. – М., 2007. – 400 с.



ЧАГАЙ Н.Б.

Ставропольский краевой клинический диагностический центр,
Центр планирования семьи и репродукции,
г. Ставрополь

ДИАГНОСТИКА НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ В ГРУППАХ РИСКА

Неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников (НК-ВДКН) является гиперандрогенным состоянием, наиболее часто «маскирующимся» под синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Более 90 % пациентов с ВДКН имеют дефект гена CYP21, что сопровождается дефицитом фермента 21-гидроксилазы и нарушением биосинтеза кортизола. Повышение концентрации 17-ОН-прогестерона (17-ОНР), находящегося выше ферментного блока в цепи стероидогенеза, обусловлено гиперактивацией адренокортикотропного гормона (АКТГ) по принципу отрицательной обратной связи. Также повышен синтез дегидроэпиандростерона, андростендиона, тестостерона, в образовании которых 21-гидроксилаза не участвует. По мнению большинства исследователей, диагноз 21-гидроксилазной недостаточности устанавливается на основании повышения 17-ОНР (либо базального, либо АКТГ-стимулированного) выше 10 нг/мл [1, 2, 3]. По данным многоцентрового исследования, как базальный, так и стимулированный 17-ОНР могут иметь широкий диапазон колебаний: базальный — от 0,3 нг/мл до 156,0 нг/мл (медиана 6,2 нг/мл); АКТГ-стимулированный — от 12,6 нг/мл до 185,2 нг/мл (медиана 44,7 нг/мл) [3].

Клинические проявления дефицита 21-гидроксилазы определяются не только тяжестью ферментного дефекта и уровнем андрогенов, но и чувствительностью к ним андрогеновых рецепторов. Гирсутизм с пубертатного возраста встречается у 50 % пациенток с НК-ВДКН, у взрослых его распространенность составляет 70 % [2]. До 21,8 % пациенток с гиперандрогенией на фоне НК-ВДКН имеют бесплодие. У 25,4 % больных с сохраненным овуляторным менструальным циклом случается ранняя потеря беременности вследствие нарушения процессов имплантации [3].

«Золотым стандартом» в диагностике НК-ВДКН принят короткий тест с АКТГ (синактен — соединение из первых 24 аминокислот, входящих в состав 39-аминокислотной цепи эндогенного АКТГ) в дозе 250 мкг. У здорового человека уровни АКТГ в 8-10 часов утра колеблются в пределах 10-60 пг/мл. Было доказано, что пиковый уровень кортизола достигается введением 1-24-АКТГ в дозе 5 мкг и 1 мкг. При применении 250 мкг 1-24-АКТГ в ходе стандартного теста наблюдается повышение пиковых концентраций этого гормона в сыворотке до 2000 пг/мл, что

значительно превосходит физиологические параметры [4]. Однако до настоящего времени низкодозированный тест с АКТГ не нашел применения в диагностике НК-ВДКН.

Цель исследования — изучить возможности проведения низкодозированного теста с синактеном-5 мкг для выявления неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На предмет НК-ВДКН обследованы 289 пациенток в возрасте от 16 до 35 лет (медиана 25 лет). 1 группу составили 138 пациенток с ановуляцией на фоне установленной ГА; 2 группу — 122 пациентки с ановуляторным менструальным циклом, но без клинических и гормональных признаков ГА; 3 группу — 29 пациенток с привычным невынашиванием беременности не установленного генеза (из них 7 пациенток с признаками гиперандрогении). Группу контроля составили 20 здоровых женщин репродуктивного возраста без гиперандрогении. Для дифференциальной диагностики НК-ВДКН на фоне дефицита 21-гидроксилазы был применен низкодозированный тест с использованием 1-24-АКТГ в дозе 5 мкг. Методика проведения низкодозированного и стандартного тестов с 1-24-АКТГ 5 мкг и 250 мкг:

- 1) определение базального 17-ОНР, ДГА-С и кортизола;
- 2) внутривенное введение 1-24-АКТГ 5 мкг или 250 мкг;
- 3) определение 17-ОНР, дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГА-С) и кортизола через 30 и 60 минут после стимуляции 1-24-АКТГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика ановуляции у пациенток 1-й и 2-й групп базировалась на сочетании данных об отклонении от нормы продолжительности менструального цикла (от 30 дней до аменореи, медиана 52 дня) и/или отрицательными результатами теста на овуляцию не менее чем в 5 циклах. В 1-й (у 100 %) и 3-й (у 24 %, n = 7) группах состояние гиперандрогении подтверждено данными клиники (гирсутизм не менее 8 баллов по шкале Ферримана-Галлвея обнаружен у 81,2 %, n = 112, акне — у 26,8 %, n = 37) и гормонального обследования (табл. 1) (норма для тестостерона — до 80 нг/дл, 17-ОНР — до 1,7 нг/мл, ДГА-С — до 430 мкг/дл).

Таблица 1

Уровень андрогенов у пациенток всех групп ($M \pm m$)

Группа	Т, нг/дл	ГСПГ, нмоль/л	ИСТ, %	17-ОНР, нг/мл	ДГЭА-С, мг/дл
I	84,7 ± 53,8 *	24,7 ± 18,3	6,8 ± 2,25*	2,79 ± 8,51	305,4 ± 125,4
II	54,9 ± 24,3	44,5 ± 20,1	3,2 ± 2,1	1,9 ± 0,98	261,6 ± 136,9
III	60,5 ± 13,7	36,2 ± 11,1	5,7 ± 1,4	2,01 ± 1,31	256,1 ± 115,9
Контроль	44,6 ± 21,24	29,5 ± 11,7	3,1 ± 2,14	1,89 ± 1,23	244,7 ± 111,67

Примечание: *р < 0,001 в сравнении с группой контроля.

Базальный 17-ОНР выше 10 нг/мл зарегистрирован у 1 больной (0,7 %) 1-й группы и не обнаружен в других группах. При проведении стимуляционного теста с синактеном-5 мкг 17-ОНР возрос в 4 раза и более и превысил отметку 14 нг/мл у 10 пациенток (3,4 %) – 7 женщин из 1-й группы, 2 – из 2-й, 1 – из 3-й.

Однако дифференциальная диагностика НК-ВДКН была продолжена у 44 пациенток, у которых в процессе проведения низкодозированного теста с синактеном-5 мкг базальный 17-ОНР превышал 2 нг/мл (1,8-3,8 нг/мл) и зарегистрировано повышение 17-ОНР в 3 раза и более (5,8-9,4 нг/мл). Сравнительная оценка прироста кортизола и андрогенов (17-ОНР и ДГЭА-С) на стимуляцию 1-24-АКТГ позволила выделить 2 типа реакции коры надпочечников: 25 пациенток (56,8 %) – нормэргический (увеличение кортизолемии не более чем в 3 раза) и 19 пациенток (43,2 %) – гиперэргический (кортизолемиа возросла в 3 раза и более) (табл. 2).

У 11 больных (44 %) с нормэргическим ответом на стимуляцию АКТГ (7 – из 1-й группы, 3 – из 2-й, 1 – из 3-й) зарегистрировано преимущественное повышение 17-ОНР в 4 раза и более. Для уточнения диагноза 20-ти из 25 пациенток с нормэргическим ответом на стимуляцию синактеном-5 мкг был проведен стандартный тест с 1-24-АКТГ-250 мкг.

Оказалось, что у больных, чей максимальный уровень 17-ОНР после нагрузки 1-24-АКТГ-5 мкг превысил 6,7 нг/мл (медиана 7,3 нг/мл), при проведении стандартного теста наблюдалось повышение 17-ОНР выше 14 нг/мл (медиана 17,9 нг/мл). Это позволило установить диагноз неклассического дефицита 21-гидроксилазы еще 4 пациенткам из 1-й группы и 1 – из 3-й. Во

2-й группе проведение стандартного теста с 1-24-АКТГ-250 мкг не выявило новых случаев НК-ВДКН.

К настоящему моменту молекулярно-генетическое исследование на предмет частых мутаций гена CYP21 проведено 14 пациенткам с нормэргическим ответом коры надпочечников и повышением 17-ОНР после стимуляции в 3 раза и более. Мутации и патология гена CYP21 выявлены у 3 пациенток, причем лишь у тех, чей уровень 17-ОНР превысил 6,7 нг/мл после стимуляции синактеном-5 мкг. У 1 больной диагностирована гомозиготная мутация V281L. У одной больной определен химерный ген – при наличии химерного гена функциональная активность гена наиболее часто блокирована (классическая форма) и иногда может быть частично подавлена (неклассическая форма). У 2 пациенток выявлено гетерозиготное носительство мутации V281L.

Всем 19 пациенткам с гиперэргическим ответом коры надпочечников на стимул 1-24-АКТГ (13 – из 1-й группы, 5 – из 2-й, 1 – из 3-й), исходя из адекватного (трех-, четырехкратного) повышения 17-ОНР, был исключен диагноз НК-ВДКН. Из них, 15 больным (10 – из 1-й группы и 5 – из 2-й), на основании данных дополнительных исследований (избыточная масса тела или ожирение, верхний тип распределения жировой клетчатки, гирсутизм, акне, увеличение объема и поликистозная трансформация яичников по данным эхографии), был установлен диагноз СПКЯ. Кроме того, были выявлены больные (4 в 1-й группе) с трех- и четырехкратным повышением кортизола при незначительном повышении 17-ОНР. Им также впоследствии был установлен диагноз СПКЯ.

Таблица 2

Типы реакции коры надпочечников на синактен-5 мкг ($M \pm m$)

Тип ответа на АКТГ	Кортизол базальн., нмоль/л	Кортизол после стимул. АКТГ, нмоль/л	17-ОНР базальн., нг/мл	17-ОНР после стимул. АКТГ, нг/мл	ДГЭА-С базальн., мг/дл	ДГЭА-С после стимул. АКТГ, мг/дл
Нормэргический	382,1 ± 80,1	605,9 ± 105,6	2,9 ± 0,8	7,4 ± 2,4	322,5 ± 112,5	430 ± 101,9
Гиперэргический	314,8 ± 123,8	988,5 ± 147,7*	2,1 ± 0,5	6,7 ± 3,2**	430,7 ± 226,8	516,9 ± 113

Примечание: *р < 0,001 в сравнении со стимулированным кортизолом нормэргического типа;

**р > 0,05 в сравнении с базальным 17-ОНР нормэргического типа.

Итак, на основании проведения низкодозированного теста с синактеном-5 мкг диагноз НК-ВДКН был сразу исключен 79,9 % больных ($n = 231$), поскольку 17-ОНР от базального значения (медиана 1,6 нг/мл) возрос не более чем в 2,9 раза, не превысив 6,2 нг/мл (медиана 2,8 нг/мл).

Всего диагноз НК-ВДКН с дефицитом 21-гидроксилазы был установлен 16 пациенткам (5,5 %) – 12 в 1-й группе (8,7 %), 2 во 2-й (1,6 %), 2 в 3-й (6,9 %). Из них, 1 женщине (6,3 %) – на основании базального уровня 17-ОНР, 10 (62,5 %) – по результатам низкодозированного теста с синактеном-5 мкг, 4 (25 %) – по результатам стандартного теста с синактеном-250 мкг.

По окончании дифференциальной диагностики НК-ВДКН, с учетом данных эхографии, диагноз СПКЯ был установлен 94 больным из 1-й группы и 46 женщинам из 2-й группы.

В литературе существуют данные о том, что низкодозированный тест с 1-24-АКТГ (1 мкг) вполне точен в диагностике дефицита 21-гидроксилазы [5]. Однако Unlühizarci K. et al. [6] убеждены, что низкодозированный тест с 1-24-АКТГ не может заменить стандартный тест во всех клинических ситуациях.

В нашей работе было доказано, что у большей части больных с НК-ВДКН кора надпочечников обладает достаточной чувствительностью к дозе 1-24-АКТГ-5 мкг. Однако у определенной группы пациенток с НК-ВДКН ответ стероидов на синактен может иметь дозозависимый характер. Возможно, недостаток стимуляции малой дозой 1-24-АКТГ объясняется адаптацией ткани гиперплазированного надпочечника к большему стимулу со стороны гипофиза.

ВЫВОДЫ:

Низкодозированный тест с 1-24-АКТГ-5 мкг является безопасным и достаточно чувстви-

тельным методом диагностики НК-ВДКН при массовом обследовании всех пациенток с синдромом ГА, а также с привычным невынашиванием беременности. Для больных с нормэргической реакцией коры надпочечников на стимул и более чем трехкратным повышением 17-ОНР, низкодозированный тест с 1-24-АКТГ-5 мкг, возможно, является лишь первым этапом дифференциальной диагностики НК-ВДКН. Для уточнения диагноза таким больным требуется проведение либо стандартного теста с 1-24-АКТГ-250 мкг, либо молекулярно-генетического исследования на предмет мутаций гена CYP21. Среди пациенток с клинически и гормонально подтвержденной ГА, распространенность НК-ВДКН наивысшая, а наиболее характерным симптомом является гирсутизм.

ЛИТЕРАТУРА:

1. New, M.I. Nonclassical 21-Hydroxylase Deficiency /New M.I. //J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2006. – V. 91(11). – P. 4205-4214.
2. Moran, C. Nonclassic adrenal hyperplasia /Moran C. //Fertil. Steril. – 2006. – Jul, 86. – P. Suppl 1:S3.
3. Reproductive Outcome of Women with 21-Hydroxylase-Deficient Nonclassic Adrenal Hyperplasia /Moran C., Azziz R., Weintrob N. et al. //J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2006. – V. 91(9). – P. 3451-3456.
4. Дедов, И.И. Недостаточность надпочечников /Дедов И.И., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. – М.: Знание, 2002. – С. 203-218.
5. Adrenocorticotropin stimulation test in congenital adrenal hyperplasia: comparison between standard and low dose test /Panamonta O., Thinkhamrop B., Kirdpon W. et al. //J. Med. Assoc. Thai. – 2003. – Jul, 86(7). – P. 634-640.
6. The value of low dose (1 microg) ACTH stimulation test in the investigation of non-classic adrenal hyperplasia due to 11beta-hydroxylase deficiency /Unlühizarci K., Keleştimur F., Güven M. et al. //Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. – 2002. – Nov, 110(8). – P. 381-385.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

В статье представлены результаты ретроспективного исследования 100 первородящих женщин старше 30 лет и 100 – моложе 30 лет. Изучены особенности течения беременности, исходы родов, состояние здоровья новорожденных в обеих группах. Особое внимание уделялось соматическому здоровью женщин, социальному анамнезу и показателям физического и психомоторного развития новорожденных. Полученные данные позволили сделать выводы и дать сравнительную характеристику первородящих старшего репродуктивного возраста и матерям, не достигшим 30-летнего возраста.

The paper presents the results of retrospective examination 100 primiparas over 30 and 100 – under 30. We have studied course of pregnancy peculiarities, labor outcome, health state of newborns in the both groups. A special attention was paid to somatic health of primiparas, social anamnesis and results of physical and psychomotor development of the newborns. The results allowed us to make conclusions and comparative characteristics of women of advanced maternal age and women under 30 years old.

Во второй половине XX столетия отчетливо проявилась тенденция к увеличению продолжительности жизни населения. Также изменились позиции жизненных приоритетов: в России увеличилось число женщин, которые хотят сначала получить достойное образование, сделать карьеру, а только потом выполнить свою репродуктивную функцию.

В общей численности женского населения Российской Федерации (76,3 млн. человек) женщины репродуктивного возраста (15-49 лет) составляют 51 % (38,9 млн.), из них женщины старшего репродуктивного возраста – 42,2 % (16,4 млн.). Удельный вес детей, рожденных женщинами старше 35 лет, составляет только 7 % [2, 4].

Возраст женщины оказывает существенное влияние на течение беременности, родов, состояние плода. Известно, что беременность и роды у женщин данной возрастной группы чаще осложняются гестозом, невынашиванием, плацентарной недостаточностью, травмами родовых путей [2, 5].

С точки зрения современной медицины, «поздними родами» считаются первые роды в возрасте старше 30 лет.

Данная ситуация с позиций классического акушерства не является оптимальной.

Цель работы — изучить особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных от первородящих женщин старше 30 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации у 100 первородящих жен-

щин старшего репродуктивного возраста (основная группа) и 100 женщин, не достигших 30 лет (группа сравнения), за 2004-2007 гг.: индивидуальные карты беременных и родильниц, диспансерные карты беременных, истории родов, карты новорожденных детей. Применены статистические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основной группе по возрасту женщины были распределены следующим образом: 30-35 лет – 88 %, 36-40 лет – 9 %, старше 40 лет – 3 %. Средний возраст женщин старшего репродуктивного возраста составил $32,5 \pm 2,3$ года ($p = 0,32$). Большинство женщин основной группы социально благополучны: работающие женщины – 80 %, состоящие в зарегистрированном браке – 57 %. Доля одиноких матерей составила 6 %. В группе сравнения половина женщин безработные, около трети не состоят в браке, а доля одиноких составляет 10 %. Клинико-анамнестические данные женщин в основной группе показали, что соматически здоровых пациенток не было. У трети женщин (35 %) анамнез отягощен хронической патологией ЖКТ, у 25 % патологией мочевыделительной системы, у 24 % патологией дыхательной системы, у 20 % заболеваниями сердечно-сосудистой системы и у 20 % эндокринной патологией. В группе сравнения соматически здоровые женщины встретились более чем в трети случаев (38 %). Наиболее часто имели место заболевания нейроэндокринной системы (32 %), мочевыделительной (30 %), сердечно-сосудистой (29 %) и у 21 % - заболевания ЖКТ. У всех женщин

старшего репродуктивного возраста акушерско-гинекологический анамнез был отягощен. Наиболее часто встречались пролиферативные процессы матки (21 %), эрозия шейки матки (20 %), ВЗОМТ (17 %) и первичное бесплодие (11 %). В группе сравнения у трети пациенток (31 %) гинекологические заболевания отсутствовали. Более половины женщин (68 %) являлись носителями хронических инфекций (ВПГ, ЦМВ, токсоплазмоз, уреаплазмоз). ВЗОМТ встретились в 63 % случаев. Возраст начала половой жизни в обеих группах в половине случаев был отмечен в $19,4 \pm 2,4$ лет ($p = 0,32$). Однако, старше 21 года в половую жизнь женщины основной группы вступили в 40 % случаев, что практически равно началу половой жизни в группе сравнения в возрасте $15,2 \pm 1,8$ лет ($p = 0,32$). При изучении методов контрацепции, используемых женщинами обеих групп, получены результаты: в основной группе 41 % пациенток отрицают использование какого-либо метода контрацепции. Барьерный метод предпочитают 46 % женщин, КОК — 25 %, ВМК — 20 % и химический метод — 17 %. В группе сравнения более половины женщин (60 %) не используют контрацепцию. Барьерным методом пользуются 57 % пациенток, КОК — 30 %, ВМК — 6 %, химическим методом — 7 %. У пациенток старшего репродуктивного возраста предыдущие беременности были прерваны медицинскими абортными в 57 % случаев, выкидыши составили 14 % и 4 % на ранних и поздних сроках беременности, соответственно, замершая беременность встретилась в 3 % случаев, внематочная беременность — в 7 %. В группе сравнения прерывание беременности отмечено в 3 раза реже. Анализ настоящей беременности показал: будущие мамы основной группы с заботой о здоровье малыша и своем здоровье в 75 % встали на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности, до 20 недель — 21 %, после 20 недель — 4 % беременных. В группе сравнения половина женщин (53 %) встали на учет до 12 недель, треть (30 %) начали наблюдаться к 20 неделе, 7 % встали на учет после 30 недель беременности и около 8 % пациенток не наблюдались в женской консультации. К наиболее часто встречающимся особенностям течения беременности первородящих старшего репродуктивного возраста относятся: угроза прерывания беременности по триместрам: 46 %, 38 %, 14 %, соответственно; ХФПН, ХГП во втором и третьем триместрах имели место в 29 % и 53 %; острую вирусную инфекцию перенесли 10 % беременных в первом триместре; беременность осложнилась гестозом в 9 % во втором триместре и в 34 % в третьем; гестационной анемией страдали женщины в 1 %, 11 % и 12 % случаев, соответственно по триместрам беременности; без особенностей беременность протекала в 19 % случаев. В группе сравнения: угроза прерывания бе-

ременности наблюдалась в 26 %, 26 % и 23 %, соответственно по триместрам; ХФПН, ХГП имели место в 11 % и 43 % случаев во втором и третьем триместрах, соответственно; острую вирусную инфекцию в течение беременности перенесли 3 % женщин; беременность осложнилась гестозом в 6 % во втором триместре и 36 % в третьем; гестационной анемией страдали пациентки в 7 %, 22 %, 22 %, соответственно триместрам беременности; без особенностей беременность протекала в 30 %. В основной группе в 99 % случаев беременность была доношенной. Роды через естественные родовые пути были в 58 % случаев, одни роды закончились наложением выходных акушерских щипцов (1,7 %). Доля быстрых родов составила 3 %.

В группе сравнения срочные роды были в 88 % случаев, преждевременные — в 8 % и запоздалые роды — в 4 %. Родоразрешение через естественные родовые пути составило 76 %, из них быстрых родов — 32 %, стремительных — 5 %. Выходные акушерские щипцы наложены в 4 случаях (5 %).

У трети женщин обеих групп родовой период осложнился ранним излитием околоплодных вод.

Патология родовой деятельности у женщин старшего репродуктивного возраста встречалась чаще, чем в группе сравнения. Так, в 12 % случаев была вторичная слабость и в 9 % — дискоординация родовой деятельности. В группе сравнения первичная слабость — в 3 %, вторичная слабость — в 8 %, дискоординация родовой деятельности — в 6 %.

Из факторов, ослабляющих сократительную деятельность матки в родах, обращает на себя внимание большая частота встречаемости ригидности шейки матки. Одни авторы связывают это с избыточным содержанием фиброзной и рубцовой ткани после абортов, другие — с расстройством координации сокращения различных отделов мускулатуры матки, ее гипертонусом или спастическим сокращением циркулярных волокон шейки матки вследствие нарушения нервно — мышечного аппарата или недостаточности эстрогенов. Также среди причин возникновения слабости родовой деятельности выделяют повреждения нервно — мышечного аппарата матки в результате искусственного прерывания беременности и перенесенных воспалительных процессов, что приводит к недостаточной возбудимости нервно — мышечного аппарата матки [2].

Патологическая кровопотеря отмечена у 40 % женщин старшего репродуктивного возраста, тогда как в группе сравнения в 16 %.

Следует отметить высокую частоту (67 %) проведенных эпизио- и перинеотомий у женщин старшего репродуктивного возраста, в группе сравнения их доля составила 52 %, что



можно объяснить процентом стремительных и быстрых родов. Этим же объясняется материнский травматизм — разрывы влагалища и шейки матки в группе сравнения — 20 % и 30 %, соответственно.

Субинволюция матки у женщин старшего репродуктивного возраста составила 27 %, в группе сравнения — 35 %. Инструментальное выскабливание в группе сравнения проведено в 9 раз чаще, чем в основной группе, что, вероятно, связано с ОАГА.

Изучение анализа крови перед выпиской показало, что коррекцию анемии препаратами железа необходимо провести 15 % женщин старшего репродуктивного возраста, в группе сравнения 47 %. Данную разницу показателя крови можно объяснить социальной дезадаптацией женщин группы сравнения.

Большинство детей от матерей обеих групп родилось с нормальными показателями физического и психомоторного развития. Средний вес и средняя длина детей основной группы составила $3445,7 \pm 480,8$ г ($p \leq 0,005$) и $48,5 \pm 2,5$ см ($p \leq 0,005$), а в группе сравнения $3278,4 \pm 467,3$ г ($p \leq 0,005$) и $52,3 \pm 3,3$ см ($p \leq 0,05$). В обеих группах с гипотрофией родились дети в четверти (25 %) случаев и в 8 % — крупный плод. В состоянии асфиксии родились 46 % новорожденных, а в группе сравнения более половины (69 %), что связано с быстрыми и стремительными родами.

Детский травматизм встретился в 3 % случаев в обеих группах. Врожденные пороки развития у детей в основной группе встретились в 1 % случаев, тогда как в группе сравнения в 11 % (патология сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата). Диагноз гипоксически-ишемического поражения головного мозга выставлен неврологом в 100 % случаев.

Среди предполагаемых рисков, выставленных новорожденным, были: риск развития патологии ЦНС (100 %), риск реализации ВУИ (100 %) в обеих группах, развития тугоухости в 63 % в основной группе и в 100 % в группе сравнения, развития ГБН в 30 % в основной группе и в 16 % в группе сравнения, риск развития пневмопатий в 11 % в обеих группах.

Один ребенок из основной группы был выписан с диагнозом «Здоров», у остальных детей ведущими диагнозами были ранее выставленные неврологом. Все дети находились на грудном

вскармливании, в палатах совместного пребывания матери и ребенка.

ВЫВОДЫ:

Пациентки старшего репродуктивного возраста относятся к группе высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений. Беременные старшего репродуктивного возраста подходят более ответственно к исходу беременности. Женщины старшего репродуктивного возраста социально адаптированы к рождению ребенка, имеют постоянное место работы и состоят в браке. Женщины старшего репродуктивного возраста имели как соматическую, так и гинекологическую патологию, что создает риск для реализации детородной функции. Большинство женщин старшего репродуктивного возраста имеют неблагоприятный исход первой беременности. У женщин старшего репродуктивного возраста оперативное родоразрешение было в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. Аномалии родовой деятельности в контрольной группе встречались чаще. Патологическая кровопотеря у женщин старшего репродуктивного возраста отмечалась чаще. Угроза прерывания беременности у женщин старшего репродуктивного возраста встречалась в 2 раза чаще. У женщин старшего репродуктивного возраста внутриутробные страдания плода отмечены в 2 раза чаще, чем в группе сравнения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баев, О.Р. Аномалии родовой деятельности у первородящих женщин старше 30 лет /О.Р. Баев, В.С. Белоусова //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — Т. 4, № 1. — С. 5-10.
2. Гусева, Е.В. Особенности материнской смертности женщин старшего репродуктивного возраста в Российской Федерации /Е.В. Гусева, О.С. Филиппов //Проблемы репродуктологии-2009: III Междунар. конгр. по репродуктивной медицине.
3. Клинико-нейрофизиологические аспекты оценки тяжести перинатального поражения ЦНС у новорожденных /М.Г. Дягтерева, Т.А. Строгонова, С.О. Рогаткин и др. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — Т. 4, № 1. — С. 57-66.
4. Кулаков, В.И. Руководство по климаксу: Руководство для врачей /Кулаков В.И., Сметник В.П. — М.: Мед. информ. агентство, 2001. — 685 с.
5. Особенности репродуктивной функции женщин после 40 лет /В.Е. Радзинский, И.О. Шугинин, И.И. Ткачева и др. //Тезисы докладов. — Екатеринбург, 1994.



ЯКОВЛЕВА Н.В.

*Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»,
г. Ленинск-Кузнецкий, Россия*

ЗНАЧЕНИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Целью исследования явилась оценка эффективности различных видов оперативных вмешательств в лечении женщин с внематочной беременностью. Мы проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 176 женщин, прооперированных по поводу внематочной беременности. Органосохраняющий подход в лечении пациенток с ВБ позволяет сохранить маточную трубу как орган и способствует наступлению беременности у 32,9 % пациенток. Проведение реконструктивно-пластических операций у пациенток со стенозом или обструкцией маточной трубы после перенесенной внематочной беременности восстанавливает репродуктивную функцию у 58,8 % женщин.

Ключевые слова: внематочная беременность, лапароскопия, реконструктивно-пластические операции.

YAKOVLEVA N.V.

*Federal state medical prophylactic institution
«Scientific clinical center of miners' health protection»,
Leninsk-Kuznetsky, Russia*

VALUE OF THE ORGAN-CONSERVING APPROACH IN THE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH ECTOPIC PREGNANCY

The aim of study was increasing efficacy of reconstructive plastic operations for fallopian tubes by means of differential using of the modern surgical techniques in treatment of women with ectopic pregnancy. We analyzed the results of examination and surgical treatment of 176 women who underwent operation on the occasion of ectopic pregnancy. The modern surgical techniques allow saving reproductive function in 32,9 % of women with ectopic pregnancy. In uterine tubes patency impairment after organ-saving operations it's possible to perform reconstructive plastic operations at the second stage that favors the reproductive function restoration in 58,8 % of women.

Key words: ectopic pregnancy, laparoscopy, reconstructive plastic operations.

Внематочная беременность (ВБ) — одно из наиболее часто встречающихся острых гинекологических заболеваний, которое до настоящего времени продолжает представлять опасность для жизни пациенток. В последнее десятилетие отмечается тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности в 2-3 раза. Распространенность эктопической беременности в индустриально развитых странах составляет в среднем 12-14 на 1000 беременностей. В России эта патология занимает 5-6 место в ряду причин материнской смертности [7]. Данная патология представляет собой не только непосредственную опасность для жизни больной, но и чревата неблагоприятными отдаленными последствиями, связанными с нарушениями репродуктивного здоровья [2]. До сих пор во многих гинекологических стационарах при оперативном лечении по поводу внематочной беременности используются радикальные операции и лапаротомный доступ. По данным многих исследователей, у 70-80 % женщин после таких операций возникает беспло-

дие [3]. Однако мнения по поводу оперативного лечения пациенток с внематочной беременностью противоречивы. J. Wozniac. (2004) в своих исследованиях указывает на более высокую частоту повторной эктопической беременности при проведении сальпинготомии, чем после проведения удаления маточных труб [9]. Поэтому изучение эффективности существующих методов лечения внематочной беременности и разработка новых подходов остается актуальной задачей.

Цель исследования — оценка эффективности различных видов оперативных вмешательств в лечении женщин с внематочной беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты различных видов хирургического лечения с использованием эндоскопических методик у 176 женщин, в возрасте от 18 до 40 лет, оперированных нами по поводу внематочной беременности. Всем больным с подозрением на внематочную беременность было

проведено комплексное обследование, которое позволило в первые сутки поставить правильный диагноз и провести оперативное вмешательство. Алгоритм обследования пациенток с подозрением на внематочную беременность состоял из сбора анамнеза, бимануального исследования, трансвагинального ультразвукового сканирования, определения β -хорионического гонадотропина, лапароскопии. Операцию выполняли с использованием лапароскопического оборудования фирмы «Карл Шторц». Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По анамнестическим данным установлено, что у 153 пациенток (86,9 %) были воспалительные заболевания половых органов, искусственные аборты — у 94 (52%). Почти половина женщин (45,4 %) ранее перенесла оперативные вмешательства на органах малого таза. При этом большинство из них (53 чел.) были прооперированы по поводу внематочной беременности с удалением маточной трубы лапаротомным доступом. У 9 пациенток внематочная беременность наступила после проведения реконструктивно-пластических операций на маточных трубах по поводу бесплодия.

С типичной клиникой внематочной беременности поступили лишь 28 больных (16%). Такая яркая клиника наблюдалась в случаях, когда внематочная беременность прерывалась по типу разрыва трубы. Остальные больные поступили со стертой клиникой либо на стадии прогрессирования ВБ (44 %), либо на стадии прерывания ВБ по типу трубного аборта (46 %).

Исследование на хорионический гонадотропин проводилось всем пациенткам с внематочной беременностью. Наибольшей информативностью обладало исследование на хорионический гонадотропин с последующим ультразвуковым сканированием матки и придатков.

После проведения 3-х этапов обследования правильный диагноз был установлен у 134 пациенток (76 %), поступивших с подозрением на ВБ.

Использование лапароскопии позволило сократить время дифференциальной диагностики, в 100 % поставить правильный диагноз, визуально оценить патологические процессы в полости малого таза и осуществить оперативное вмешательство. При лапароскопическом обследовании проводили оценку нескольких факторов, влияющих на выбор органосохраняющего метода лечения: нарушенная или прогрессирующая беременность, гестационный срок, локализация плодного яйца, величина кровопотери, наличие сопутствующей гинекологической патологии.

При ревизии органов брюшной полости обнаружено, что внематочная беременность в 95 слу-

чаях (53,9%) локализовалась в ампулярном отделе трубы, в 9 (5,1 %) — в интерстициальном отделе, в 70 (39,7 %) — в истмико-ампулярном отделе трубы, у 2 пациенток (1,1 %) обнаружена брюшная беременность. У 1/3 женщин имела место прогрессирующая трубная беременность, у остальных больных определена нарушенная внематочная беременность, которая у 71 пациентки прервалась по типу трубного аборта, у 28 — по типу разрыва маточной трубы. Объем кровопролития в брюшную полость составлял от 150 до 1500 мл. Диаметр маточной трубы в области плодместилища колебался от 2 до 10 см. Половина женщин поступила в стационар на поздних сроках гестации, когда наблюдались выраженные изменения со стороны маточной трубы, что препятствовало выполнению органосохраняющих операций.

Радикальные операции лапароскопическим доступом с удалением маточной трубы проводили у 70 пациенток (39,8 %). Показаниями для удаления маточной трубы явились: большой срок ВБ, разрыв маточной трубы с массивным внутрибрюшным кровотечением и незаинтересованность женщины в сохранении детородной функции.

Органосохраняющие операции выполнены у 106 пациенток (60,2 %), причем у 40 из них на единственной маточной трубе. Характер операции зависел от локализации плодного яйца и размера плодместилища. Наиболее часто (у 84 пациенток) применяли сальпинготомию. При большом сроке беременности, когда из-за значительного изменения трубы трудно провести гемостаз после удаления плодного яйца из плодместилища, мы осуществляли частичную резекцию маточной трубы. После резекции ампулярного отдела маточной трубы мы проводили формирование стомы с фиксацией вывернутой маточной трубы к серозной оболочке швами для предотвращения окклюзии. При эктопической беременности в истмическом отделе маточной трубы после удаления плодного яйца проводили коагуляцию кровоточащих сосудов, что часто приводило к стенозу или непроходимости маточной трубы. Восстановление проходимости маточной трубы проводили на втором этапе через 3-6 мес. после операции.

При имплантации в нижней трети ампулярного отдела трубы проводилось осторожное выдвигание плодного яйца без рассечения стенки маточной трубы. Это наиболее благоприятный в плане дальнейшего прогноза вид оперативного вмешательства. Но использование данной методики оказалось возможным лишь у больных при небольшом сроке беременности.

Обязательно во время проведения операции по поводу внематочной беременности оценивали состояние второй маточной трубы, осуществляли выявление и коррекцию сопутствующей гинекологической патологии. У 102 женщин (57,9 %)



были выполнены сочетанные оперативные вмешательства: реконструктивно-пластические операции на второй маточной трубе — у 36 женщин (20,5 %), коагуляция эндометриоидных гетеротопий — у 18 (10,2 %), удаление кист яичника — у 35 (19,9 %), удаление миоматозных узлов — у 9 (5,1 %). У 4 пациенток отмечалось нагноение прервавшейся внематочной беременности большого срока с формированием абсцесса позади-маточного углубления с выраженным спаечным процессом. У большинства пациенток (61,9 %) проводилось рассечение и удаление спаек в полости малого таза и брюшной полости различной степени выраженности и восстановление нормальных анатомических взаимоотношений маточных труб с соседними органами. Это являлось профилактикой наступления повторной внематочной беременности. Лапароскопические операции проходили практически бескровно, благодаря использованию электроэнергии для рассечения тканей и гемостаза. Завершали операцию промыванием брюшной полости от сгустков крови большим количеством физиологического раствора. Дренажи не использовали из-за возможного возникновения спаек. Осложнений в процессе оперативного вмешательства не наблюдалось. Послеоперационный период протекал благоприятно: применения наркотических анальгетиков и стимуляции кишечника не требовалось.

По данным гистологического исследования удаленных во время операций маточных труб воспалительные изменения были выявлены в 45 случаях (64,2 %), причем у 10 пациенток выявлен гнойный воспалительный процесс. В связи с этим, в послеоперационном периоде больным с ВБ проводилась ранняя реабилитационная терапия, которая включала антибактериальную и противовоспалительную терапии, физиолечение.

Отдаленные результаты после оперативного лечения ВБ лапароскопическим доступом оценивали по данным гистеросальпингографии и лапароскопии. Проверка проходимости оперированных маточных труб проведена у 42 женщин. Нормальная проходимость наблюдалась у 30 женщин (71,4 %), стеноз и обструкция маточной трубы определена у 12. Маточная беременность наступила у 58 пациенток (32,9 %), повторно внематочная беременность — у 17 (9,6 %). У 12 женщин с нарушением проходимости единственной маточной трубы на втором этапе осуществляли реконструктивно-пластические операции (трубный анастомоз, сальпингостомия). После реконструктивных оперативных вмешательств маточная беременность наступила у 7 пациенток. Некоторыми авторами обсуждается целесообразность проведения органосохраняющих операций при ВБ в плане возникновения повторной эктопической беременности в оперированной

маточной трубе [2, 9]. По данным J. Wozniac с соавт., после сальпинготомии частота внематочных беременностей была незначительно выше, чем после сальпингэктомии. Причем следующая эктопическая беременность чаще локализовалась в той же маточной трубе. После сальпингэктомии эктопическая беременность обнаруживалась в противоположной трубе или в брюшной полости. В связи с этим авторы считают, что сальпингэктомия является более эффективным методом профилактики наступления последующей эктопической беременности [8]. Однако, результаты других авторов [3, 5] свидетельствуют о том, что выполнение органосохраняющих операций не увеличивало частоту внематочных беременностей. По нашим данным, после лапароскопических органосохраняющих операций повторная внематочная беременность диагностирована у 9,6 % женщин, из них на той же трубе (оперированной) — у 7, на противоположной трубе — у 10. Наоборот после радикальных операций, выполненных лапаротомным доступом, повторная внематочная беременность наступила у 47 % пациенток на противоположной маточной трубе. Возможно, это связано с послеоперационным спаечным процессом, который был нами выявлен у 100 % пациенток после сальпингэктомии лапаротомным доступом. Кроме того, у большинства пациенток при повторной внематочной беременности на противоположной трубе были выявлены воспалительные изменения и перитубарный спаечный процесс. После лапароскопических операций спаечный процесс наблюдался у 60 % больных, но 1-2 степени выраженности. Наши данные согласуются с результатами Л.В. Адамян с соавт., которая указывает, что после лапаротомии частота спайкообразования была значительно выше, чем после лапароскопического вмешательства [1]. Из 58 пациенток, поступивших к нам с повторной внематочной беременностью, 40 женщинам не проводилась реабилитация и проверка проходимости маточных труб перед планированием повторной беременности. Все это говорит в пользу того, что для профилактики повторной внематочной беременности во время оперативного вмешательства необходимо использовать лапароскопический доступ, проводить удаление спаек и восстанавливать проходимость маточных труб [6, 8]. Остается дискуссионным вопрос о целесообразности наложения швов на маточную трубу после проведения сальпинготомии. И.Д. Евтушенко, С.В. Рыбников (2006) указывают на очень высокий процент восстановления проходимости маточных труб после проведения сальпинготомии и сальпингографии: 90,9 % по сравнению с сальпинготомией и коагуляцией 68,4 % [5]. Хотя другими авторами [1,8] приводятся данные о возникновении стеноза в месте наложения швов на маточную трубу. В наших

наблюдениях при наложении швов на маточную трубу после удаления плодного яйца отмечалось сужение маточной трубы на контрольных рентгенограммах. Возможно, это связано с тем, что разные авторы приводят данные по использованию органосохраняющих операций с наложением швов при различных сроках беременности. По нашим наблюдениям, использовать швы для остановки кровотечения из ложа плодместилища не всегда возможно. С целью гемостаза после удаления плодного яйца лучшие результаты нами получены при использовании микробиопляра и суржигеля, что согласуется с данными других авторов [1].

ВЫВОДЫ:

Таким образом, большое значение для эффективного лечения пациенток с ВБ имеет правильная диагностика на ранних стадиях эктопической беременности, с использованием современных инструментальных и эндоскопических методов, что создает условия для выполнения органосохраняющих операций.

Органосохраняющий подход в лечении пациенток с ВБ является оправданным, так как позволяет сохранить маточную трубу как орган и способствует наступлению беременности у 58 пациенток (32,9 %). Проведение реконструктивно-пластических операций у пациенток со стенозом или обструкцией маточной трубы после перенесенной внематочной беременности восстанавливает репродуктивную функцию у 58,8 % женщин.

Применение малоинвазивных оперативных вмешательств у пациенток с внематочной беременностью позволяет повысить качество лечения больных путем снижения травматичности и продолжительности операции, профилактики спаечного процесса, обеспечения ранней физической реабилитации, психологического комфорта пациенток.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней /Адамьян Л.В., Зурабиани З.Р., Козаченко А.В., Данилов А.Ю. /под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамьян. – М., 2000. – С. 533-556.
2. Востриков, В.В. Дифференцированный подход к лечению больных с внематочной беременностью /В.В. Востриков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 1999.
3. Давыдов. Внематочная беременность. – М., 2000.
4. Эффективность различных методов исследования в комплексной диагностике внематочной беременности /Затонских Л.В., Штыров С.В., Бреусенко В.Г., Евсеев А.А. //Эндоскопия в гинекологии. – М., 1999. – С. 249-253.
5. Евтушенко, И.Д. Комплексное применение эндоскопических реконструктивно-пластических операций и методов экстракорпоральной гемокоррекции у женщин с прогрессирующей трубной беременностью /Евтушенко И.Д., Рыбников С.В. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5, №3. – С. 39-42.
6. Кулаков, В.И., Эндоскопия в гинекологии: Руководство для врачей /Кулаков В.И., Адамьян Л.В. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
7. Кулаков, В.И. Гинекология: национальное руководство /Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с. – (Серия «Национальные руководства»).
8. Marana, R. Adhesions and infertility // Pelvic surgery: adhesion formation and prevention /Marana R., Rizzi M., Muzzi L. /Eds: G.S. diZerega, A.H. DeCherney, R.C. Dunn et al. – Springer-Verlag, New York Inc. – 1997. – P. 126 - 135.
9. Wozniac, J. Влияние лапароскопической сальпингэктомии и сальпинготомии на последующую частоту возникновения эктопической беременности /Wozniac J. //Акушерство и гинекология, - 2004. – № 3. – С. 61.

ОГЛАВЛЕНИЕ

УШАКОВА Г.А., ЕЛГИНА С.И., ЗАХАРОВ И.С. 50 ЛЕТ СЛУЖИМ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ, СТУДЕНТАМ И ВРАЧАМ.....	КУЛАВСКИЙ В.А., ГОЛЕСHEВА Ю.М., КУЛАВСКИЙ Е.В. ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ГИСТЕРЭКТОМИЮ.....
3	37
БЕЛОКРИНИЦКАЯ Н.И., БЕЛОКРИНИЦКАЯ Т.Е., СУТУРИНА Л.В. ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕРТИЛЬНОСТИ, ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВУШЕК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	КУЛАВСКИЙ В.А., ГОЛЕСHEВА Ю.М., КУЛАВСКИЙ Е.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....
9	41
БРЮХИНА Е.В., ОКРАИНСКАЯ О.А., УСОЛЬЦЕВА Е.Н. ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ.....	КУРЧЕШВИЛИ В.И., КИСЕЛЕВ А.Г., АБРАМЧЕНКО В.В., КИНТРАЯ П.Я. БАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНТРАНАТАЛЬНУЮ ОПИОДНУЮ ДЕПРЕССИЮ.....
13	46
ЕЛГИНА С.И. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ГОНАДОТРОПНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМОЙ И ПЛАЦЕНТОЙ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	ЛУКИНА Н.А., ЧЕРНЯЕВА В.И., ГОРЦУЕВА О.А. МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ФАРМАКОТЕРАПИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.....
16	49
ЗАРУБИНА О.Б., ЗАХАРОВ И.С., ОРЛОВА Е.Н., КАРСАЕВА В.В., НОСКОВА В.А., ПЕРЕДЕЛКИНА В.Н., КАРЕЛИНА О.Б., АЙНЕТДИНОВ Д.С. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЛЕБРАНДА.....	МИНКИН Р.И., ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л., МИНКИНА Э.Р., ВДОВИНА Т.Р. НИЗКАЯ ПЛАЦЕНТАЦИЯ – АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ.....
19	52
ЗЕЛЕНИНА Е.М., УШАКОВА Г.А., АРТЫМУК Н.В., ТРИШКИН А.Г. АБОРТ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	МУНТЯН А.Б., КОЛОМИЕЦ Л.А., БОЧКАРЕВА Н.В. МОЖНО ЛИ РАССМАТРИВАТЬ МИОМУ МАТКИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ?.....
22	55
КАРТУЗОВА И.М., ЗАХАРОВ И.С., ГУСАИМОВА М.Ю., БУДАРИНА М.А., КОНОШЕНКО И.П. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В СТРУКТУРЕ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	НАСЫРОВА С.Ф., ВДОВИНА Т.Р. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ.....
25	57
КИСЕЛЕВ А.Г., АБРАМЧЕНКО В.В., КУРЧЕШВИЛИ В.И., КИНТРАЯ П.Я. БЛОКАДА ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ НАЛОКСОНОМ В РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	НИКОЛАЕВА Л.Б., ТРИШКИН А.Г. СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН.....
27	60
КИСЕЛЕВ А.Г., КУРЧЕШВИЛИ В.И., АБРАМЧЕНКО В.В., КИНТРАЯ П.Я. ЭНДОГЕННАЯ ОПИОИДНАЯ СИСТЕМА ПЛОДА В НОРМЕ И ПРИ ГИПОКСИИ.....	ОРЕХОВА Е.Н., ЖИЛИНА Н.М., ЧЕЧЕНИНА А.А., ЧЕЧЕНИН Г.И., ГРИГОРЬЕВ Ю.А. РОСТО-ВЕСОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОВОРОЖДЕННЫХ Г. НОВОКУЗНЕЦКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ВОЗРАСТА МАТЕРИ.....
29	64
КОНДРАТЬЕВА Т.А., АРТЫМУК Н.В. ¹ , ВЛАСОВА В.В. ВЛИЯНИЕ ПОЛОСТНОЙ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ ЯИЧНИКОВ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ.....	ОРЕХОВА Е.Н., ЖИЛИНА Н.М., ЧЕЧЕНИНА А.А., ЧЕЧЕНИН Г.И., ГРИГОРЬЕВ Ю.А. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТ БЕРЕМЕННОСТЕЙ С АБОРТНЫМ ИСХОДОМ
32	68
КУЛАВСКИЙ В.А., ГИТИНОВА Х.Х., РАДУТНЫЙ В.Н., ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л. ИСХОД НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....	ПОДОНИНА Н.М., РУДЕНКО Ю.П., УТКИН Е.В., ПРОКОПЬЕВА А.А. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....
34	71



РАДУТНЫЙ В.Н. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНУ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ.....	73	ТРИШКИН А.Г., АРТЫМУК Н.В., НИКОЛАЕВА Л.Б., КУБАСОВА Л.А., АЙНЕТДИНОВ Д.С., АЙНЕТДИНОВА Я.Н., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В. ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ.....	90
РАДУТНЫЙ В.Н., ХАРИСОВА Г.А., ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л. ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ.....	75	ФАДЕЕВА Н.И., МОМОТ А.П., АГАРКОВА Т.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИОТОН 1000 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБИНЕМИЕЙ.....	93
РЕМНЕВА О.В., ЯВОРСКАЯ С.Д., ЛУЧНИКОВА Е.В., ФАДЕЕВА Н.И. ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ.....	77	ФАНАСКОВ С.В., ГРЕБНЕВА И.С., НОВИКОВА О.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕМАТОГЕННЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ПЛОДНОГО ЯЙЦА.....	96
САФРОНОВА Л.Е., БРЮХИНА Е.В. КЕФАЛОГЕМАТОМЫ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ.....	80	ЧАГАЙ Н.Б. ДИАГНОСТИКА НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ В ГРУППАХ РИСКА.....	100
СВЕРДЛОВА Е.С., ДИАНОВА Т.В., КУЛИНИЧ С.И. ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....	84	ЧЕРНЯЕВА В.И., РОЖНЕВА Л.А., ЧАПЛЫГИНА Н.А., ГОРЦУЕВА О.А., БИКМЕТОВА Е.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	103
СКРЯБИН Е.Г., КУКАРСКАЯ И.И., РЕШЕТНИКОВА Ю.С. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН – ОДНА ИЗ НЕРЕШЕННЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА.....	88	ЯКОВЛЕВА Н.В. ЗНАЧЕНИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....	106

