

**ВЕСТНИК
СМОЛЕНСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ**

4

1920-2006



СМОЛЕНСК 2006

Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2006, № 4

Редакторы выпуска: Л.А. Деев, А.Н. Иванян

Главный редактор В.Г. ПЛЕШКОВ

Редакционная коллегия:

Р.С. Богачев, М.Н. Гомончук, Е.И., А.Н. Иванян, С.А. Касумьян, Л.В. Козлова,
С.Б. Козлов, В.А. Милягин, О.В. Молотков, С.С. Никулина, В.А. Правдивцев,
А.С. Соловьев, Н.Ф. Фаращук.

Регистрационный номер Вестника СГМА ЭЛ № 77-6238 от 17.04.2002

Адрес редакции:

214019, РФ, Смоленск, Крупской, 28 Тел. (0812) 550275.

Факс: (4812) 520151, e-mail: adm@sgma.info

© СГМА, 2006

РАЗДЕЛ – I

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

УДК 617.7 (092)

К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ РОССИИ, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА ПОПОВА МИХАИЛА ЗАХАРОВИЧА.

Л. А. Деев

Смоленская государственная медицинская академия

В октябре 2006 года исполняется 110 лет со дня рождения Заслуженного деятеля науки России, доктора медицинских наук, профессора Попова Михаила Захаровича.

Профессор Попов Михаил Захарович родился 19.10.1896 г. в станице Раздорская на Дону, Ростовской области. Подробных данных о раннем периоде его жизни сохранилось мало, но известно, что М.З. Попов в 1921 г. закончил медицинский факультет Донского университета. О его неординарных способностях свидетельствует то, что после окончания университета он был зачислен в клиническую ординатуру глазной клиники университета, затем работал ассистентом и заведовал глазным отделением. Летом 1925 г. Михаил Захарович возглавил отряд Донского областного отдела здравоохранения по оказанию врачебной помощи жителям Куцевского и Старолинского районов Кубани. Через год он уже руководил отрядом Наркомздрава СССР по изучению профессиональных факторов, вызывающих заболевания органа зрения, на промышленных предприятиях Златоуста (Южный Урал). Большая занятость не помешала молодому врачу заниматься наукой. Написанная им в 1928 году монография «Экспериментальные материалы к патогенезу застойного соска» получила премию Наркомздрава СССР.

М.З Попов сформулировал ритмикоцеребральную теорию патогенеза застойного соска. Без защиты кандидатской диссертации ему присваивается звание кандидата медицинских наук.

Летом 1935 и 1936 гг. Михаил Захарович вместе с группой студентов Омского медицинского института отправляется на Крайний Север для оказания медицинской помощи населению Ханты - Мансийского национального округа.

8 сентября 1936 г. Поповым Михаилом Захаровичем защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук (при Казанском медицинском институте), а в ноябре 1936 года он избирается на должность заведующего кафедрой Смоленского медицинского института, которую возглавлял до 1972 года.

В 1937 г. профессор М.З. Попов организовал Смоленское общество офтальмологов и руководил им до 1978 г. (с перерывом в годы ВОВ).

13 марта 1937 года приказом по Народному комиссариату здравоохранения РСФСР М.З. Попову присуждена ученая степень доктора медицинских наук.

29 апреля 1938 г. решением Высшей аттестационной комиссии М.З.Попову присвоено ученое звание профессора по кафедре «глазные болезни».

Большое внимание в своей работе М.З. Попов уделял клинической работе. Клиника глазных болезней располагалась на базе Областной клинической больницы и занимала 2 этажа отдельного здания с 80 штатными койками. В начале Великой Отечественной войны большая часть врачебного и среднего медицинского персонала, в том числе и профессор Попов М.З., были призваны в ряды Советской Армии.

С августа 1941 года М.З. Попов служил в действующей армии, прошел по дорогам войны с советскими войсками и встретил Победу в мае 1945 года в Кёнигсберге. Демобилизован из армии в октябре 1945 года в звании подполковника медицинской службы и в должности главного офтальмолога 3-го Белорусского фронта. За боевые заслуги Михаил Захарович был награжден орденами Отечественной войны 1 и 2 степени, медалями «За взятие Кенигсберга» и «За победу над Германией»



М.З.Попов.1945 г.

В ноябре 1945 г. Михаил Захарович вернулся в Смоленск и вновь возглавил кафедру глазных болезней Смоленского медицинского института. Город лежал в руинах. Все учебные корпуса и медицинские учреждения были разрушены. Пришлось восстанавливать заново учебную и материальную базу, научную и методическую работу.

9 марта 1946 года профессору Попову М.З. был вручен аттестат профессора.

Профессор Попов М.З. включается в работу, восстанавливает клиническую базу, готовит научные кадры. В ноябре 1945 года на кафедру ассистентом приходит Л.С. Берггрюн, которая под руководством М.З. Попова в марте 1950 года защищает кандидатскую диссертацию и в августе

1951 года переходит работать ассистентом на кафедру гистологии. На ее место с сентября 1951 года ассистентом избирается З.А. Есаулова, которая в 1954 г. защитила кандидатскую диссертацию (научный руководитель - профессор М.З. Попов). По мере восстановления института расширяется и штатный состав кафедры. В 1956 г. на должность ассистента кафедры приходит участник ВОВ Б.Т. Бакеренков, который в 1955 под руководством М.З. Попова защитил кандидатскую диссертацию. В январе 1959 года под руководством По-

пова М.З. диссертацию защищает Н.М. Яснецова, а в 1964 г. она была избрана ассистентом кафедры. В декабре 1965 года в штат кафедры вводится М.П. Хряпченкова, так же защитившая кандидатскую диссертацию под руководством М.З. Попова. В своей научной работе большое внимание М.З. Попов уделяет изучению биохимических компонентов крови при глаукоме, разработке рефлекторной теории патогенеза глаукомы. Большой интерес офтальмологической общественности вызвал доклад по этой проблеме, сделанный профессором Поповым М.З. на XXXVII съезде польских офтальмологов в сентябре 1960 года.



Сотрудники кафедры. 1950 г. В центре профессор М.З.Попов

В это время Михаил Захарович много оперирует, внедряет передовые технологии, которые являлись «пионерскими» для уровня офтальмохирургии того времени. Круг его научных интересов связан с проблемами патологии зрительного нерва, глаукомы, травмы органа зрения, лечения и профилактики глазных заболеваний. За большой вклад в развитие отечественной офтальмологии, подготовку научных кадров и в связи с 70-летием 17 января 1966 г. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР М.З. Попову присвоено почетное звание Заслуженного деятеля науки РСФСР.

Несмотря на солидный возраст, Михаил Захарович продолжает активно работать. Результатом работы стала защита трёх докторских (Берггрюн Л.С., 1968; Яснецов В.С., 1968; Яснецова Н.М., 1971) и двух кандидатских (Борейко Т.Г., 1970; Веткина Э.М., 1970) диссертаций.



М.З.Попов. 1966 г.



Профессор М.З.Попов в операционной

За время своей научно-практической деятельности М.З. Попов опубликовал 95 научных работ. Им была подготовлена большая плеяда ординаторов, интернов, молодых научных кадров. М.З.Попов был прекрасным лектором и педагогом для многих тысяч студентов Смоленского медицинского института. С 1 сентября 1972 года Михаил Захарович переведен на должность консультанта кафедры. В октябре 1972 года М.З. Попов был награжден орденом Трудового Красного Знамени.

4 февраля 1975 года после тяжелой продолжительной болезни М.З. Попов скончался.

Михаил Захарович был человеком необыкновенно обаятельным, скромным, доброжелательным. Светлую память о М.З.Попове, ученом, педагоге и отзывчивом враче, навсегда сохранят его ученики.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ АТРОФИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ

А.И. Березников, А.Ю. Брежнев, М.А. Романова.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. Особенности локализации очага поражения определяют не только характер клинической картины и тяжесть патологии, но и ограничивают возможности различных способов лечения (4).

Однако в современных классификациях частичной атрофии зрительного нерва (ЧАЗН) локализация очага поражения выражается лишь определениями «восходящая» (после интрабульбарного неврита) и «нисходящая» (другие причины) (2).

Наличие в настоящее время большого количества методик лечения, использующих электро-, магнито-, лазерстимуляцию в сочетании с различными лекарственными препаратами открывают широкие возможности выбора оригинальной методики воздействия с учетом не только этиопатогенеза, но и локализации первичного очага поражения.

Цель работы. Определить эффективность разработанных на кафедре методик относительно первичного поражения прехиазмальной и ретрохиазмальной части зрительного пути.

Материалы и методы. Из пациентов с ЧАЗН, находившихся на стационарном лечении в ОГУЗ «Больница микрохирургии глаза», были сформированы 2 группы. В первую вошли 27 пациентов (27 глаз) с поражениями прехиазмальной части зрительного пути, из них 15 пациентов с ЧАЗН воспалительного генеза (после ретробульбарного неврита) и 12 пациентов с ЧАЗН после острого и хронического нарушения кровообращения в сосудах зрительного нерва. Вторую группу составили 20 пациентов (40 глаз) с поражениями ретрохиазмальной части зрительного пути, из них 8 человек перенесли арахноидит, 12 – нарушение мозгового кровообращения. Всем пациентам проводился обычный комплекс обследования – определение остроты и поля зрения (статически и динамически) при поступлении и выписке, КЧСМ, офтальмоскопия, биомикроскопия, рентгенография черепа, в случае ретрохиазмального поражения – компьютерная томография, консультация невролога и т.д. Одним из критериев ретрохиазмального поражения, помимо анамнестических данных и данных КТ, служили бинокулярное нарушение функций и симметричность изменений поля зрения. Были применены две методики лечения: у 12 пациентов первой и у 11 пациентов второй группы использовался метод прямой электрофармакостимуляции, разработанный на кафедре (3). Пациентам в ретробульбарное простран-

ство устанавливался катетер, через него 4 раза в день вводились дексаметазон, эмоксипин, трентал, пирацетам, через 20 минут после введения пирацетама проводилась прямая электростимуляция игольчатым платино-иридиевым электродом, вводимым через катетер. Вторая методика лечения была представлена транскраниальной лазеротерапией с использованием низкоэнергетического лазерного излучения с длиной волны 0,89 нм. Излучатель устанавливался в точках проекции зрительного пути и коркового отдела зрительного анализатора (1). Общее лечение включало внутримышечное введение пирацетама, внутривенное введение трентала, эуфиллина. Данное лечение получали 15 пациентов первой и 9 пациентов второй группы.

Результаты. Среди пациентов первой группы, пролеченных методом прямой электрофармакостимуляции, улучшение отмечено у 9 человек (75%), при использовании транскраниальной лазерстимуляции – в 7 случаях (47%). Среди пациентов второй группы улучшение на фоне прямой электрофармакостимуляции составило 55% (12 глаз), после курса низкоинтенсивной лазеротерапии – 72% (13 глаз). Случаев ухудшения при обоих методах лечения не наблюдалось.

Выводы. Эффективность лечения ЧАЗН зависит не только от этиопатогенеза, но и от локализации первичного очага поражения.

У пациентов с прехиазмальной патологией зрительного пути более эффективной является методика прямой электрофармакостимуляции. При ретрохиазмальной локализации процесса наилучший эффект достигается при применении транскраниальной лазеротерапии в сочетании с парентеральным введением ноотропов, реолитиков и сосудорасширяющих препаратов.

Литература

1. Брежнев А.Ю. Транскраниальная лазеротерапия частичной атрофии зрительного нерва. Автореф. дис канд. мед. наук. – М., 2003.
2. Голод Н.М. Атрофия зрительного нервы: Автореф. дис канд. мед наук. Львов, 1985.
3. Кроль Д.С., Березникв А.И. и др. Способ лечения атрофии зрительного нерва: Патент 2008859 РФ
4. Шигина И.А. Клинико-экспериментальное обоснование системы лечебных мероприятий при атрофии зрительного нерва: Автореф. дис. д-ра мед наук. – М., 2005.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕЛИОРАЦИИ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО ПРОСТРАНСТВА В СОЧЕТАНИИ С ЭЛЕКТРОМАГНИТОСТИМУЛЯЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

А.И.Березников, П.К.Микаелян

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. Использование электростимуляции в лечении частичных атрофий зрительного нерва (ЧАЗН) значительно расширило возможности реабилитации этих пациентов (1,4). Однако проведение прямой электростимуляции сопровождается болевыми ощущениями при каждой процедуре, что, в связи с психоэмоциональными особенностями детей дошкольного возраста, резко затрудняет ее проведение. Методика непрямой электростимуляции оказывает менее продолжительный и менее выраженный эффект (2,3).

Цель работы. Разработать методику лечения ЧАЗН у детей достаточно эффективную и не вызывающую болевых ощущений при проведении манипуляции.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 3 группы пациентов с ЧАЗН, находившихся на лечении в Курской областной клинической больнице микрохирургии глаза (КОКБМГ). Всем пациентам проводился стандартный комплекс обследования, включающий визометрию, периметрию, рефрактометрию, определение КЧСМ, офтальмоскопию, рентгенографию черепа, в ряде случаев компьютерную томографию.

Первую группу составляли 8 детей (12 глаз), которым по разработанной на кафедре методике была произведена операция катетеризация ретробульбарного пространства с введением 4 раза в день в катетер сосудорасширяющих препаратов, 1 раз пирацетама и через 20 минут после введения пирацетама прямой электростимуляции игольчатым электродом, устанавливаемым через тот же катетер, экспозицией 10 минут.

Вторую группу составили 18 детей (11 глаз), которым проводилась методика электромагнитостимуляции аппаратом «Фосфен», введение 1 раз в день сосудорасширяющих препаратов под кожу виска и внутримышечное введение пирацетама.

В третью группу вошли 12 детей (18 глаз) с ЧАЗН, которым под масочным наркозом были поставлены катетеры в ретробульбарное пространство с последующим 4-разовым введением лекарственных препаратов. Также этим пациентам через 20 минут после введения ретробульбарно пирацетама проводили электромагнитостимуляцию аппаратом «Фосфен» в течение 10 минут.

Курс лечения во всех группах составлял 12 дней.

Результаты. Достоверное повышение остроты зрения в первой группе наблюдалось в 6 случаях (50%), во второй группе в 2 случаях (18%), в третьей

группе в 8 (44%). Достоверное расширение поля зрения наблюдалось в первой группе в 10 случаях (83%), во второй – в 6 (54%), в третьей группе - в 15 (83%). Снижения остроты зрения и сужения поля зрения не наблюдалось. Отмечалось самопроизвольное удаление катетера в первой группе в 4 случаях, в третьей группе в 1 случае.

Выводы. Сравнивая результаты лечения, следует отметить, что наилучший эффект отмечался при проведении длительной мелиорации ретробульбарного пространства с прямой электростимуляцией. Однако этот метод связан с болевыми ощущениями при воздействии электрического тока, что приводит к негативным действиям со стороны пациента, в частности к удалению катетера. Повторная катетеризация возможна, но нежелательна из-за повторного наркоза и уже сформировавшегося негативного отношения пациента.

Применение длительной мелиорации ретробульбарного пространства в сочетании с электромагнитостимуляцией лишь незначительно отличается по эффективности, осложнений значительно меньше, не вызывает негативного настроения к лечению, что облегчает проведение повторных курсов.

Наихудшие результаты отмечены при проведении электромагнитостимуляции в сочетании с традиционным введением лекарственных препаратов.

В связи с этим мы считаем наиболее адекватным и рекомендуем для лечения ЧАЗН у детей метод длительной мелиорации ретробульбарного пространства в сочетании с чрескожной электромагнитостимуляцией аппаратом «Фосфен».

Литература.

1. Басинский С.Н., Михальский Э.А. Метод лечения частичных атрофий зрительного нерва, вызванных оптохиазмальным арахноидитом. // VII Съезд офтальмологов России: Тезисы докладов - М., 2000. - с 172.
2. Компанеев Е.Б., Петровский В.В. и др. Способ лечения частичной атрофии зрительных нервов: А. С.1531267 СССР.
3. Оглезнева О.К., Антропов Г.М. Эффективность электромагнитостимуляции при частичной атрофии зрительного нерва. // VII Съезд офтальмологов России : Тезисы докладов – М., 2000. – с.182.
4. Шандурина А.Н., Хилько А.В., Кузин В.С., Матвеев Ю.К. Способ восстановления проводимости зрительного нерва при его повреждениях: А.С.1044283 СССР // Открытия.- 1983- N36.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЛАУКОМАТОЗНОГО ПРОЦЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКИХ И ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОРГАНИЗМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МНОГОМЕРНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

А.И. Березников, М.Ю. Кириленко

Курский государственный медицинский университет

Курская областная клиническая больница микрохирургии глаза

Актуальность. Многообразие клинических проявлений первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), сложность патогенеза, трудность ранней диагностики и лечения, а также серьезность прогноза и медико-социальная значимость заболевания обуславливают актуальность этой проблемы в современной офтальмологии [1,5]. Диагностика глаукомы в своей основе базируется на оценке совокупностей симптомов, так как ни один из них не является строго специфичным, а существующие диагностические тесты недостаточно чувствительны [2]. Есть все основания относить глаукому к группе мультифакториальных заболеваний с пороговым эффектом, развивающихся при активации апоптоза, связанного с активацией проапоптотического гена и белковой перестройкой содержимого клеток. Эти первичные генетические эффекты носят сложный характер и определяют интенсивность возрастных изменений в организме, местную реакцию глаз на возрастные сдвиги и анатомические особенности дренажной области и диска зрительного нерва. Реализация программы генома определяется синтезом белков на рибосомах, следовательно, и функциональным состоянием рибосомных генов, обеспечивающих работу белоксинтезирующего аппарата клеток на молекулярном уровне. Дифференциально окрашенные серебром гены, которые были активны (транскрибировались) в предшествующей митозу интерфазе выраженные в условных единицах, могут рассматриваться как показатель, определяющий потенциальные возможности общей интенсивности синтеза белков клеткой [3,4,6]. Генетическая обусловленность функциональной активности белоксинтезирующего аппарата относится к категории менделирующих признаков, не изменяется на протяжении жизни индивидуума и может служить одним из критериев при анализе неспецифической биологической устойчивости организма в оценке динамики патологического процесса.

Цель. Выявление возможных взаимосвязей офтальмологических проявлений первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) и функциональной активности белоксинтезирующего аппарата организма в оценке прогноза течения заболевания.

Материал и методы. Материалом для настоящего исследования послужила выборка из 163 больных Курской областной офтальмологической клинической больницы, с диагнозом ПОУГ. Цитогенетические исследования проводились в лаборатории кафедры медицинской биологии и генетики Курского государственного медицинского университета по общепринятой методике у всех больных исследуемой выборки строго стандартно во всех случаях [6]. Статистическая обработка осуществлялась по стандартным методикам с помощью пакета прикладных программ. Для оценки сложного взаимодействия общих, клинко-офтальмологических и генетических характеристик использовались методы многомерной статистики: корреляционный и кластерные анализы. Дискриминантный анализ позволял получать линейную комбинацию исходных показателей, которая отражала максимально возможные различия между сравниваемыми группами.

Результаты. Большинство больных составили мужчины (58,90%). Основная часть пациентов представлена лицами в возрасте от 50 до 70 лет (56,26%) и старше 70 лет (37,65%). Из всех больных 72,22% не имели сведений о заболевании глаукомой у родственников первой степени родства, у 15,43% наследственность была отягощена по линии матери, у 6,79% – по линии отца. В 5,56% глаукомой страдали родные сестры и братья. Таким образом, не менее 28% больных имели наследственную отягощенность по глаукоме. Проведена оценка одной из популяционных характеристик – изоляция расстоянием, отражающая степень гомозиготизации популяции, из которой вышел больной. По месту рождения родителей преобладали выходцы из одной области (80,75%), из них односельчане - 4,35%, жители одного района - 39,75%. У 50,00% больных глаукома выявлена впервые при обращении или в течение 12 месяцев от начала клинических проявлений. Преобладающий возраст клинической регистрации манифеста заболевания находился в пределах 61-70 лет (46,01%) и старше 70 лет (24,54%). Временные различия в клиническом проявлении заболевания другого глаза в 73,91% не превышали 12 месяцев. Глаукома впервые выявлена чаще на левом глазу (42,94%), в 21,47% выявлено синхронное проявление заболевания обоих глаз. После общепринятого комплекса клинических исследований начальная стадия глаукомы установлена у 9,52% больных, развитая стадия диагностирована у 31,75% больных первичной открытоугольной глаукомой, в 42,46% случаев установлена далекозашедшая стадия, в 16,27% – терминальная стадия глаукоматозного процесса. В 41,04% уровень внутриглазного давления (ВГД) был умеренно повышенным, в 18,72% - высоким. Относительно большой процент (40,24%) условно нормального ВГД, вероятно, можно объяснить применением пациентами на догоспитальном этапе различных гипотензивных средств. В зависимости от функциональной активности рибосомных генов (ФАРГ) больные глаукомой были подразделены на 3 группы: 1 – больные с низкой ФАРГ (от 15,50 до 17,99), 2 – со средней ФАРГ (от 18,00 до 20,99), 3 – с высокой ФАРГ (от 21,00 до 25,00 условных баллов). Между группами был проведен сравнительный анализ по всем изучаемым характеристикам офтальмологического статуса больных. В рамках выделенных трех групп были построены корреляционные матрицы, отражающие характер взаимосвязей между изучаемыми

мыми признаками. Статистической значимости ($p < 0,05$) достигали 869 коэффициентов корреляции, которые в дальнейшем применялись к анализу. Анализ структуры корреляционных связей показал, что выборки больных с низкой, средней и высокой ФАРГ представляют собой разные статистические совокупности и существенно различаются между собой. Рассматривая глаукоматозный процесс, как интегральную совокупность установлено, что наибольшая мера их количественной интеграции характерна только для тех больных глаукомой, функциональная активность рибосомных генов которых является минимальной. С повышением дозы ФАРГ имеет место дезинтеграция этих связей, которая достигает максимального своего проявления у больных с высокой ФАРГ. Следовательно, функциональную активность рибосомных генов можно рассматривать как один из базовых механизмов, оказывающих модифицирующее влияние при глаукоме, и использовать этот генетический показатель в качестве константы для оценки динамики глаукоматозного процесса. Проведенный анализ позволил выявить в целом 46 офтальмологических показателей, вариабельность которых в различной степени, но на статистически значимом уровне согласовывалась с вариабельностью показателей функциональной активности рибосомных генов. С целью изучения изменчивости морфологических и функциональных показателей в динамике и в связи с цитогенетическим статусом проведен анализ по стадиям заболевания. Для каждой стадии глаукомы строились матрицы множественных корреляций, отражающие взаимосвязи показателей ФАРГ с показателями офтальмологического статуса, характеризующими глаукоматозный процесс. Использование линейно-дискриминантной функции позволило сравнить матрицы между собой. Начальные этапы глаукоматозного процесса характеризовались выраженной взаимосвязью между ФАРГ генома организма с дистрофическими проявлениями в переднем отрезке глазного яблока, изменениями в центральном и периферическом полях зрения, состоянием диска зрительного нерва. В продвинутых стадиях глаукомы определялось усиление вовлеченности функциональной активности рибосомных генов в ее клинические проявления. Результаты сравнительного анализа корреляционных матриц на различных стадиях глаукоматозного процесса статистически достоверны, корреляционные связи несут в себе особенности, обусловленные стадиями глаукоматозного процесса.

Выводы

1. Течение ПОУГ связано с функциональной активностью белоксинтезирующего аппарата организма.
2. ФАРГ может рассматриваться в качестве генетического маркера прогноза течения заболевания.
3. Низкая функциональная активность рибосомных генов у больных первичной открытоугольной глаукомой способствует утяжелению заболевания.

Литература.

1. Бунин А.Я. Метаболические факторы патогенеза первичной глаукомы // Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы: Материалы Всерос. научно-практ. конф. – М.; 1999. – с. 9-12.
2. Горбань А.Н., Россиев Д.А. Нейронные сети на персональном компьютере. - Новосибирск: Наука. – 1996. – 276 с.
3. Ляпунова Н.А., Еголина Н.А., Цветкова Т.Т., Вейко Н.Н., Кравец-Мандрон И.А., Громова Э.В., Косякова Н.В. Рибосомные гены в геноме человека: вклад в генетическую индивидуальность и фенотипическое проявление дозы гена // Вест. Рос. акад. мед. наук. – 2000, - №5.- С.- 19-23
4. Ляпунова Н.А., Кравец-Мандрон И.А., Цветкова Т.Г. Цитогенетика ядрышкообразующих районов (ЛОР) хромосом человека: выделение четырех морфофункциональных вариантов ЛОР, их межиндивидуальное и межхромосомное распределение // Генетика. – 1998, - №9, - с. 1248-1306.
5. Нестеров А.П., Алексеев Б.Н. Современные аспекты патогенеза глаукомной нейроретинопатии. // Съезд офтальмологов России, 7-й: тез. докл.- М.: изд. «Федоров» VII., ч.1. – 2000, - С.- 178.
6. Howell W.L. Denton T.E. Piamons L.R. Differential staining of the safellite of human acrocentric chromosomes // Experientia . – 1995 . vol. 31. – P.260.265.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭКССУДАТИВНОЙ РЕАКЦИИ И ФИБРОЗА ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ С ИНТРАОКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИЕЙ

А.Г. Белькова, Л.А. Деев

Смоленская государственная медицинская академия

Кафедра глазных болезней.

Одной из важных проблем в современной хирургии катаракты является проблема биосовместимости интраокулярной линзы (ИОЛ) с тканями глаза.

В связи с этим изучались биологические свойства различных видов искусственных хрусталиков, связанные с особенностями их поверхности [2, 5], с процессами биодеструкции [4, 9], а так же с характером тканевого ответа в месте имплантации как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном периодах [3].

С.Н.Федоров и Э.В.Егорова [6] выделяют 4 степени воспалительного ответа тканей глаза в раннем периоде после экстракции катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. По мнению авторов, степень реакции может зависеть от корректности, травматичности и длительности операции; проникновения внутрь глаза бактериальных агентов; иммунологического, гуморального и гемодинамического статуса глаза и организма в целом; химической стабильности и биологической инертности материала линзы. Л.Т.Архипова с соавторами [1] так же отмечает роль состояния иммунной системы в развитии ранней экссудативной реакции после экстракции сенильной катаракты с имплантацией ИОЛ.

Но всегда, даже после наименее травматичной операции, наблюдается временная воспалительная реакция как результат неизбежной хирургической травмы и повреждения барьера кровь-внутриглазная жидкость [7]. Кроме того, даже при тщательной аспирации хрусталиковых масс в процессе экстракапсулярной экстракции катаракты, остатки эпителиальных клеток и кортикальных волокон практически всегда присутствуют в экваториальной зоне капсулярной сумки. Оставленные клетки хрусталика частично поступают во внутриглазную жидкость, которая содержит медиаторы воспаления. По предположению O.Nishi [10], воспалительный ответ является стимулом, который вызывает пролиферацию и миграцию или псевдофиброзную метаплазию оставшихся эпителиальных клеток хрусталика.

Воспалительная реакция более выраженной степени в раннем послеоперационном периоде приводит к выпоту протеина в переднюю камеру глаза с формированием фибринозной мембраны на поверхности интраокулярной линзы и фиброза задней капсулы [10].

Исследования S.O.Hansen с соавторами *in vitro* [8] свидетельствуют о том, что контакт между задней капсулой и искусственным хрусталиком способствует фиброзу, поскольку при этом контакте клетки более склонны подвергаться метаплазии в миофибробластные формы, вызывающие капсулярные помутнения.

Целью нашего исследования было выявление факторов риска возникновения экссудативной реакции и фиброза задней капсулы у больных в послеоперационном периоде после экстракции катаракты с интраокулярной коррекцией.

М а т е р и а л и м е т о д ы . Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 74 пациентов, которым была произведена экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК) с имплантацией искусственного хрусталика модели Т-26 из полиметилметакрилата (ПММА) и RSP-1 из сополимера коллагена производства МНТК «Микрохирургия глаза» в клинике глазных болезней Смоленской медицинской академии. Подавляющее большинство больных – 67 (90,5%) - было прооперировано по поводу возрастной (сенильной) катаракты; 6 (8,1%) - по поводу осложненной катаракты (из них 3 - при первичной глаукоме, 2 - при диабетической ангиоретинопатии, 1 - после перенесенного увеита) и в 1 случае (1,4%) имплантация была произведена в афакичный глаз. В возрасте 41 – 55 лет было 15 пациентов (20,3%), 56 – 70 лет – 41 (55,4%), 71 – 84 года – 18 (24,3%). Среди них мужчин было 45 (60,8%), женщин – 29 (39,2%).

ЭЭК осуществлялась через роговичный разрез алмазным лезвием с последующей имплантацией искусственного хрусталика преимущественно в капсулярную сумку по традиционной методике.

Р е з у л ь т а т ы и о б с у ж д е н и е . При ретроспективном анализе историй болезни мы выявили у 6 из 74 пациентов (8,1%) ранние воспалительные послеоперационные осложнения в виде фибринозного иридоциклита с клеточной реакцией в передней камере глаза и образованием на передней поверхности интраокулярной линзы вначале отдельных нитей фибрина, а затем экссудативной мембраны и задних синехий. У 2 пациентов (2,7%) воспалительные осложнения были выявлены в более отдаленные сроки.

Симптомы фибринозного иридоциклита появлялись в период от 1 до 7 суток после операции, в среднем на 3-4 сутки, и купировались в среднем через 10 суток после стероидной и антибактериальной терапии. У 3 больных прелентальная мембрана рассосалась полностью, у 2 - частично и у 1 - практически не рассосалась, что привело к развитию фиброза задней капсулы в раннем послеоперационном периоде у 2 больных.

Анализируя истории болезни, мы выявили факторы, которые могли способствовать развитию воспалительной реакции. Так, у 1 из 6 пациентов экстракция катаракты с имплантацией искусственного хрусталика была проведена на фоне оперированной ранее первичной глаукомы. Две других пациентки страдали хроническими воспалительными заболеваниями бронхолегочной системы, причем у одной из них на 5 сутки послеоперационного периода появились симптомы острой респираторной инфекции, а на 7 сутки - фибринозный иридоциклит. Данным пациенткам хирургическое вмешательство было проведено в период ремиссии, после обследования и лечения у терапевта, причем

одна из них прошла курс пероральной антибактериальной терапии за 2-3 недели до операции (амоксциллин по 500мг 3 раза в сутки в течение 8 дней).

Кроме того, у больного, оперированного по поводу увеальной катаракты, на 24 сутки послеоперационного периода были выявлены ирит и центральный серозный хориоретинит. Обострение иридоциклита он перенес за год до хирургического вмешательства. В плане предоперационной подготовки получал индометацин перорально в дозе 25 мг 3 раза в сутки в течение 7 суток, прием препарата был продолжен и в послеоперационном периоде.

У пациентки, страдающей ревматизмом и хроническим бронхитом, через 4 месяца после операции был диагностирован вялотекущий передний увеит, сопровождающийся отложением преципитатов на эндотелии роговицы и на интраокулярной линзе и умеренной экссудацией в стекловидном теле. За 1-2 недели до хирургического вмешательства она получала внутримышечно диклофенак в дозе 75 мг 1 раз в сутки ежедневно № 6 инъекций.

При ретроспективном анализе у всех вышеперечисленных пациентов (т.е. в 10,8% случаев) отмечались умеренно выраженные изменения гемограммы до оперативного вмешательства. Так, у большинства наблюдался более высокий уровень лейкоцитов ($7,5 \pm 0,63 \cdot 10^9/\text{л}$) и лимфоцитов ($31,8 \pm 1,44\%$), у 3 пациентов - ускоренное СОЭ (более 14 мм/ч), у 1 - нейтрофиллез (75%) и еще у 1 - более высокий уровень моноцитов (10%).

Выводы

1. У пациентов с предшествующей патологией органа зрения (глаукома, увеит), а также с сопутствующими острыми и хроническими соматическими заболеваниями (болезни бронхолегочной системы, коллагенозы) выше вероятность возникновения послеоперационной экссудативной реакции на интраокулярную линзу и фиброза задней капсулы хрусталика, что позволяет отнести их к «группам риска» развития данных осложнений.
2. Формированию фиброза задней капсулы хрусталика в раннем послеоперационном периоде способствует наличие воспалительной реакции тканей глаза. При этом адсорбция протеина и клеточных компонентов на поверхности ИОЛ может предшествовать образованию прелентальной фибринозной мембраны и помутнений задней капсулы.
3. Прогнозирование вероятности возникновения экссудативной послеоперационной реакции на основании данных анамнеза и показателей гемограммы позволяет более тщательно готовить больных из «групп риска» к хирургическому вмешательству.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Л.Т., Леванова О.Г., Чупров А.Д., Зайцева Г.А. Клинико-иммунологические факторы прогнозирования ранней экссудативной реакции после экстракции сенильной катаракты с имплантацией эластичных интраокулярных линз // Вестн. офтальмол. – 1999. - Т. 115. - № 2. – С. - 25-27.
2. Копаев С.Ю. Оптимизация поверхности интраокулярных линз: Дис. ...канд. мед. наук. - М., 1991.

3. Перова Н.В. Особенности взаимодействия интраокулярных линз из различных полимерных материалов со средой глаза: Дис. ...канд. биол. наук. - М., 1994.
4. Ронкина Т.И., Пучков С.Г., Багров С.Н. Интраокулярные линзы при длительном пребывании в средах глаза. // Офтальмол. журн. – 1982. - № 5. - С. - 284.
5. Тупикова Т.А. Пассивация поверхности интраокулярных линз: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1992.
6. Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика. - М., 1992. – С. - 174-175.
7. Beasley A.M., Auffarth G.U., Von Recum A.F. Intraocular lens implants: a biocompatibility review. // J. of Investig. Surg. – 1996. – Vol. 9. - P. 399-413.
8. Hansen S.O., Solomon K.D., McKnight G.T. et al. Posterior capsulare opacification and intraocular lens decentration, I : comparison of various posterior chamber lens design implanted in the rabbit model. // J. Cataract. Refract. Surg. – 1988. – Vol. 14. - P. 605-613.
9. Lindstrom R.L., Mowbray S.L., Skelnik D.L. Neoclymium: JHC laserinteraction with intraocular lenses: an in vitro toxicity accay. // J. Am. Intraocul. Implant. Soc. – 1985. – Vol. I I. - P. 558-563.
10. Nishi O. Fibrinous membrane formation on the posterior chamber lens during the early postoperative period. // J. Cataract. Refract. Surg. – 1988. – Vol. 14. - P. 73-77.

ХАРАКТЕР И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОЖОГОВ ГЛАЗ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ОГУЗ «БОЛЬНИЦА МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА» ЗА 2001-2005 ГГ.)

А.Ю. Брежнев, В.И. Баранов, И.Н. Абросимова, И.О. Салькова

Кафедра глазных болезней Курского государственного медицинского университета

Актуальность. Ожоги глаз относятся к наиболее тяжелым поражениям органа зрения как по степени утраты зрительных функций, так и по характеру происходящих в тканях изменений (1). При ожогах тяжелых степеней значительная часть пострадавших становится инвалидами. Борьба с их последствиями трудна, требует сложных, часто повторных операций и далеко не всегда приводит к успеху (2,4). В этой связи изучение характера ожогов, выявление основных причин, оценка эффективности проводимого лечения и реабилитации пациентов, разработка действенных профилактических мероприятий представляется весьма актуальной.

Цель работы. Изучить структуру ожогов глаз в Курской области, их характер и эффективность лечения в период 2001-2005 гг.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ОГУЗ «Больница микрохирургии глаза» по поводу ожогов глаз различной этиологии в период 2001-2005 гг. При анализе полученных данных использовалась общепринятая классификация ожогов по Б.Л. Поляку. Эффективность лечения оценивалась по динамике зрительных функций, наличию осложнений. Статистическая обработка результатов проводилась по стандартным методикам.

Результаты. В период 2001-2005 гг. на стационарном лечении в ОГУЗ «Больница микрохирургии глаза» г. Курска с диагнозом «ожог глаз» находилось 60 пациентов (77 глаз). Среди них мужчин было 46 (77%), женщин 14 (23%). Возраст пациентов варьировал от 1,6 до 81 года. Дети составили около 10%, люди трудоспособного возраста – 83%, пенсионеры – 7%. Наибольшее количество госпитализированных проживало в Курском, Курчатовском, Щигровском и Октябрьском районах Курской области, наименьшее – в Фатежском, Советском и Поныровском районах.

Среди ожогов глаз у лиц трудоспособного возраста около трети составили производственные, на долю бытовых пришлось 43%, оставшуюся часть составили криминальные ожоги.

По характеру действовавшего вещества пациенты распределились следующим образом: с химическими ожогами – 85%, с термическими – 10%, с комбинированными термохимическими – 5%. Среди химических ожогов преобладали ожоги глаз кислотами (49%), на долю щелочных пришлось 29%,

встречались ожоги клеем (8%), спиртами (6%), электролитом (4%), в результате использования газовых баллончиков (4%).

Химические ожоги глаз первой степени встречались на 5 глазах (8%) (стационарное лечение больных обусловлено детским возрастом и характером вещества), второй степени – на 41 (65%), третьей – на 15 (24%), четвертой – на 2 (3%). Среди термических ожогов преобладали поражения второй степени – около 90%.

Первая медицинская помощь была оказана лишь 48 пострадавшим, остальные поступали в стационар, минуя районные лечебные учреждения, ограничиваясь оказанием само- и взаимопомощи. 3 пациента из анализируемой группы предварительно находились на стационарном лечении в других медицинских учреждениях области. 47% пациентов были госпитализированы в первые 6 часов после получения ожога, 15% - в первые сутки, 32% - на сроках более 1 суток после травмы.

Большинство пациентов получали курс консервативной терапии, включавший местное (при необходимости парентеральное) введение антибактериальных и антисептических препаратов, дезинтоксикационных, десенсибилизирующих средств, антиоксидантов, витаминов, средств, способствующих регенерации и улучшению трофики тканей глаза. Сочетание препаратов и интенсивность проводимой терапии определялась в зависимости от степени тяжести ожога и характера травмирующего агента.

У 8% пациентов с ожогами III-IV степени использовались хирургические методы лечения (парацентез роговой оболочки с промыванием передней камеры, кератопокрывание с блефарорафией, скарификация эпителия роговицы; в отдаленном периоде – пластика сводов и удаление грануляций). Отсутствие в этом перечне различных видов кератопластики, являющейся весьма эффективным методом лечения тяжелых ожогов, обусловлено недостатком донорского материала, что представляет собой серьезную проблему, требующую скорейшего разрешения.

В подавляющем большинстве случаев (88%) проводимая терапия показала высокую эффективность: удавалось добиться стабилизации процесса с последующим восстановлением тканей и улучшением зрительных функций. Эти показатели находились в прямой зависимости от сроков обращения пациента в клинику, полноты оказания доврачебных мероприятий и первой врачебной помощи. Средний показатель остроты зрения при поступлении составлял 0,26, при выписке – 0,63. Возникшие в результате тяжелых ожогов осложнения (формирование частичного или полного бельма роговицы, симблефарон, возникновение вторичной глаукомы, осложненной катаракты, грануляций конъюнктивы) наблюдались в 16% случаев и требовали дополнительной медикаментозной терапии или хирургических вмешательств.

Заключение. Полученные данные подтверждают тезис о серьезности вопросов профилактики и лечения ожогов глаз, высокой социальной значимости проблемы. Комплекс проводимых терапевтических мероприятий в сочетании с хирургическими вмешательствами позволяет добиться положительного эффекта в большинстве случаев. Следует обратить особое внимание на профилакти-

ческие мероприятия и возможность оказания доврачебной, первой врачебной и специализированной помощи в возможно более ранние сроки после получения ожога.

Литература.

1. Бирич Т.В. Ожоги глаз. – Минск: Беларусь, 1979. – 144 с.
2. Ожоги глаз как вид криминальной травмы: клиника, морфология, лечение, исходы по материалам МОКБ // Ожоги глаз и их последствия: Материалы науч.-практ. конф. – М., 1997. – С.5- 7.
3. Пучковская Н.А., Якименко С.А., Непомнящая В.М. Ожоги глаз. – М.: Медицина, 2001. – 272 с.
4. Сухина Л.А., Зорина М.Б., Смирнова А.Ф., Сухина И.В. Медицинская реабилитация пострадавших с ожогами глаз и их последствиями в условиях областного травматологического центра // Офтальмол. журнал.- 1994. – №2. – с.80-83.

ФОТОДИНАМИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КУЛЬТУРУ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ХРУСТАЛИКА КРОЛИКА

Ю.А. Белый, А.В. Терещенко, М.В. Федотова, П.Л. Володин, М.А. Плахотный, * Н.А. Онищенко, * М.Е. Крашенинников, * М.К. Хохлова

Калужский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росздрава»

**НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов, Москва*

Помутнение задней капсулы (фиброз, вторичная катаракта) является одной из актуальных проблем в офтальмохирургии. Несмотря на внедрение современных энергетических методов хирургии катаракты, частота ее развития составляет от 10 до 50% у взрослых [2,7] и до 93,2% у больных детского возраста [1].

Развитие вторичной катаракты обусловлено послеоперационной пролиферацией и распространением по поверхности задней капсулы сохранившегося субкапсулярного эпителия, клеток крови, пигмента и клеточного инфильтрата [4,5,11].

Одним из перспективных методов профилактики вторичной катаракты является интраоперационное применение фармакологических средств для очистки капсульного мешка [3,9,10,12]. Однако фармацевтические методы профилактики помутнения задней капсулы не нашли должного применения в клинике из-за недостаточной эффективности, невозможности применения точной дозировки, токсичности и других побочных отрицательных эффектов. В отдельных публикациях отмечается перспективность применения фотодинамической терапии для профилактики вторичной катаракты в эксперименте [6,8,10]. Однако эта проблема до настоящего времени остается недостаточно изученной.

Целью нашей работы явилось исследование влияния фотодинамического воздействия на культуру эпителиальных клеток хрусталика в эксперименте.

Материалы и методы. Эпителиальные клетки хрусталика получали следующим образом: капсулу хрусталика и кортикальные массы механически выделяли из энуклеированных глаз кроликов породы Шиншиллы и измельчали до мелких кусочков размером 1мм³ с последующей обработкой трипсином. Затем культуру клеток отмывали и выращивали в чашках при температуре 37°C, 5% CO₂, 95% влажности в CO₂ инкубаторе в течение 6 недель. В качестве ростовой среды использовали DMEM/Ham's F-12 (Sigma, USA), содержащий 20% фетальной сыворотки коров (HyClone, USA), 20 нг/мл эпидермального фактора роста (Sigma, USA), 0,4 мкМ инсулина и 50 мкг/мл гентамицина. Среду заменяли каждые 4 дня. При достижении 75% монослоя (6-я неделя культивирования) клетки тканевой культуры из расчета 1:3 были пересеяны на свежую культуру-

ральную поверхность. Морфология клеток соответствовала эпителиальному типу (черепаховый панцирь) с видимым присутствием фибробластоподобных клеток.

Для проведения эксперимента клетки были рассеяны в лунки 96-луночного культурального планшета в шахматном порядке через 1 лунку в концентрациях 7×10^3 и 14×10^3 клеток/лунку в 100 мкл культуральной среды. Через 2 суток среду отмыли физраствором, и в лунки внесли по 100 мкл раствора фотосенсибилизатора "Фотолон" (РУПП "Белмедпрепараты", г. Минск, Беларусь) в концентрациях 0,01, 0,05, 0,1 мг/мл, инкубировали в темноте в течение 10 минут при температуре 37°C , 5% CO_2 , 95% влажности в CO_2 инкубаторе (опытная группа). Облучение культуры клеток проводили с помощью световода с торической линзой (\varnothing 2мм) через отверстие в черном светонепроницаемом трафарете, соответствующее диаметру лунки, лазером "Ламеда" (ООО «ЭММИ», Москва), с длиной волны 662 нм. Облучение проводили с плотностью энергии 5, 10, 20, 30, 40, 50 Дж/см². Мощность выходного лазерного излучения измеряли на приборе ИМ-2 («Полупроводниковые приборы», С-Петербург). В качестве контроля использовали культуру клеток в двух исходных концентрациях – 7×10^3 и 14×10^3 , которую облучали теми же параметрами лазерного излучения, но без добавления фотосенсибилизатора (контроль 1), культуру без лазерного облучения с добавлением фотосенсибилизатора (контроль 2) и интактную культуру клеток (контроль 3). Оценку цитотоксического действия различных концентраций фотосенсибилизатора и доз лазерного излучения осуществляли путем измерения митохондриального дыхания живых клеток в культуре по методу, разработанному Т. Mosmann, 1983, А. Monks, 1988. Лунки с клетками 3 раза отмывали от реагента физраствором и вносили ростовую среду, культивировали 1 неделю и выявляли живые клетки по активности митохондриального дыхания.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного нами исследования было установлено, что оптическая плотность, характеризующая количество живых клеток в культуре, в контроле 1 и контроле 2 статистически не отличалась от количества интактных клеток в контроле 3. Во всех группах отмечалось выпадение кристаллов при обработке МТТ, свидетельствующие о наличие митохондриального дыхания. Эта закономерность сохранялась как при использовании концентрации клеток 7×10^3 , так и при концентрации 14×10^3 . Следовательно, изолированное воздействие различных концентраций фотосенсибилизатора и параметров лазерного излучения не вызывало цитотоксического воздействия.

В опытных группах, при сочетанном воздействии различных концентраций фотосенсибилизатора и доз лазерного излучения, отмечался фотодинамический эффект. Микроскопически все клетки в концентрациях 7×10^3 и 14×10^3 клеток/лунку оставались неизменными, однако в течение всего периода культивирования отсутствовали митохондриальное дыхание (отсутствие выпавших кристаллов при обработке МТТ) и митотическое деление. На основании чего можно предположить, что клетки находятся в апоптозе. Отсутствие лизиса клеток снижает вероятность активного воспаления в глазу, стимулирующего пролиферацию и образование фиброза задней капсулы.

Обращает внимание тот факт, что в выбранном диапазоне концентраций фотосенсибилизатора и параметров лазерного излучения наблюдался одинаковый и максимально выраженный цитотоксический эффект. Эти результаты позволили нам прийти к заключению, что для достижения цитотоксического эффекта, позволяющего ввести клетки в апоптотическое состояние, достаточно минимальной концентрации фотосенсибилизатора (0,01 мг/мл) и минимальной дозы лазерного излучения (5 Дж/см²).

Выводы

1. При культивировании тканевой культуры хрусталика в условиях *in vitro* образуется смешанная культура, участвующая в образовании помутнения задней капсулы, состоящая из эпителиальных и фибробластоподобных клеток.

2. На культуре клеток хрусталика отработаны минимальные параметры доз фотосенсибилизатора и плотности энергии лазерного излучения, позволяющих ввести клетки в апоптоз. Отсутствие лизиса погибших клеток снижает вероятность активного воспаления в глазу, стимулирующего пролиферацию и образование фиброза задней капсулы.

3. Проведенные исследования, показавшие эффективность фотодинамической терапии с препаратом «Фотолон» на культуре клеток хрусталика, позволяют нам перейти к изучению возможностей данного метода для профилактики помутнения задней капсулы на экспериментальных животных.

Литература

1. Зубарева Л.Н. Интраокулярная коррекция в хирургии катаракты у детей: Автореф. дис. ... д.м.н. – М., 1993. – 50 с.
2. Йошин И.Э., Егорова Э.В., Толчинская А.И. и др. Внутрикапсульное кольцо в профилактике осложненной хирургии катаракты // Вопросы офтальмологии. – Красноярск, 2001. – С. - 111.
3. Краснов М.М., Двали М.Л., Полуниин Г.С. и др. // Вест. офтальмол. – 1990. – Т. 106. - №5. – С. - 8-12.
4. Малюгин Б.Э. Медико-технологическая система хирургической реабилитации пациентов с катарактой на основе ультразвуковой факоэмульсификации и имплантации интраокулярной линзы. Автореф. дис. ... д.м.н. – М., 2002. – 48 с.
5. Многотомное руководство по глазным болезням. Т. 1, кн. 1. История офтальмологии, анатомия и физиология органа зрения, оптическая система глаза и рефракция / Ред. А.И. Богословский и др. – М., 1962. – С. 174.
6. Kang SW, Kang SJ, Kim HO, Nam ES, Lee JH, Koh HJ. Photodynamic therapy using verteporfin-induced minimal change nephrotic syndrome // Am J Ophthalmol. 2002 Dec; 134(6): 907-8.
7. Koppelhof JP, Vressen CF. The pathology of after cataract // Acta Ophthalmol. – 1992. – Suppl. – P. 13-24.
8. Melendez RF, Kumar N, Maswadi SM, Zaslou K, Glickmank RD. Photodynamic actions of indocyanine green and trypan blue on human lens epithelial cells in vitro // Am J Ophthalmol. 2005 Jul; 140(1): 132-4.
9. Nishi O, Nishi K, Mano C. Et al. The inhibition of lens epithelial cell migration by a discontinuous capsula bend created by a band-shaped circular loop or a capsula-banding ring // Ophthalmic Surg Lazerz 1998; 29; 119-125.

10. Vargas LG, Escobar-Gomez M, Apple DJ, Hoddinott DS, Schmidbauer JM. Pharmacologic prevention of posterior capsule opacification: in vitro effects of preservative-free lidocaine 1% on lens epithelial cells // *J Cataract Refract Surg*. 2003 Aug; 29(8):1585-92.
11. Von Salmann L. The lens epithelium in the pathogenesis of cataract; the XIII Edward Jackson Memorial lecture // *Am J Ophthalmol*. 1957 Aug; 44(2): 59-70.
12. Xie L, Sun J, Yao Z. Heparin drug delivery system for prevention of posterior capsular opacification in rabbit eyes // *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2003 Apr;241(4):309-13.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЁННОСТИ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»

А.И. Ерёменко, С.В. Янченко, Е.В. Варлашина, В.А. Шипилов

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней

Данные о распространённости синдрома «сухого глаза» (ССГ) варьируют в широких пределах - от 5,2% до 67% (1, 2, 3, 5, 6). Кроме этого, анализ *заболеваемости по обращаемости* для всей генеральной совокупности не возможен, в связи с отсутствием в МКБ-10 кода для регистрации ССГ, а информация о *госпитализированной заболеваемости и заболеваемости по данным медосмотров* отсутствует (показывают, соответственно, наиболее тяжёлые и наиболее ранние и бессимптомные формы болезни).

Цель. Провести популяционный мониторинг распространённости сухого глаза у жителей гор. Краснодара старше 18 лет.

Материалы и методы. Полнота данных о заболеваемости зависит от объёма и характера медицинской помощи, её доступности, качества и специализации. Изучение заболеваемости ССГ затруднено по ряду причин организационно-методического характера: 1) отсутствие кода для регистрации ССГ в МКБ-10; 2) недостаточная оснащённость и укомплектованность поликлинической службы; 3) отсутствие необходимого времени для обследования – норма поликлинического приёма составляет 7,5 минут на человека; 4) отсутствие осведомлённости врачей и населения; 5) «инертность» и стереотипы мышления.

В связи с тем, что изучение всей генеральной совокупности не представлялось возможным, исследование было выборочным. Всего было обследовано 850 человек от 18 до 82 лет, из них – 600 при первичном обращении за офтальмологической помощью, а 250 методом медосмотра. Учитывая, что средняя численность населения гор. Краснодара старше 18 лет составляет 594 247 человек (5), выборка была репрезентативной (метод бесповторного отбора). Всем наблюдавшимся проводились обще-офтальмологическое обследование, прицельная биомикроскопия слёзного мениска, определение функциональных проб Норна и Ширмера. Для оценки тяжести ССГ мы пользовались клинической классификацией В.В. Бржесского, Е.Е. Сомова (2002): лёгкий ксероз (микропризнаки ксероза, снижение стабильности прероговичной слёзной плёнки, гиперлакремия); ксероз средней степени (микропризнаки ксероза; снижение пробы Норна; проба Ширмера 5-10 мм); тяжёлый ксероз (макропризнаки ксероза; значительное снижение функциональных проб). Кроме этого, нами были дополнительно выделены две следующие категории: *здоровые* и *субклинический ксероз* (изменение функциональных тестов без наличия микропризнаков ССГ и «активных» жалоб). При выявлении ССГ рекомендовалась слёзозаместительная терапия – *гель Видисик*.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость по обращаемости среди лиц от 18 до 82 лет составила 647‰, распространённость субклинического ксероза - 133‰, распространённость здоровых лиц - 220‰. С увеличением возраста обследованных наблюдался рост заболеваемости: 18-30 лет – 227‰; 31-50 лет – 482‰; 51-70 лет – 775‰; старше 70 лет – 918‰. При этом распространённость субклинического ксероза до 50 лет увеличивается (от 167 до 232‰), а затем уменьшается (от 137 до 51‰) за счёт клинической манифестации ССГ. Лица с субклиническим ССГ образуют группу риска. Учитывая отсутствие у них субъективных проявлений СГ, необходимо активное выявление данной категории пациентов - проведение функциональных проб у всех обратившихся на офтальмологический приём, особенно у пациентов старше 50 лет. В *структуре заболеваемости* на долю первичного ССГ пришлось 4,9% (2). У остальных больных ССГ был вторичным и комбинированным, т.е. являлся следствием множественных факторов риска (3). Лёгкая степень тяжести ССГ была у 17,5% пациентов; средняя – у 71,9%; тяжёлая – у 6,9%. С возрастом отмечается уменьшение доли ССГ лёгкой степени и увеличение доли ССГ средней и тяжёлой степени. Раннее и активное выявление ССГ, по всей видимости, позволит упредить данную тенденцию. *Выраженные жалобы* отсутствовали у 21,5% больных СГ лёгкой и средней степени. Отсутствие жалоб у части из них было связано с низким общим культурным уровнем и «заниженной шкалой» уровня жизни (серьёзного беспокойства не вызывала даже необратимая потеря зрения одного или обоих глаз в связи с далекозашедшей глаукомой). У остальных отсутствие жалоб было связано с высоким порогом чувствительности. Таким образом, из «сферы внимания» офтальмолога может «выпадать» значительная доля больных ССГ, не предъявляющих выраженных жалоб. Необходимо отметить, что у 1/3 пациентов, страдающих ССГ, и предъявлявших активные жалобы, *правильный диагноз ранее не выставлялся*. Часть из них получала медикаментозную терапию по поводу хронического конъюнктивита, другим многократно проводилось бужирование слёзных путей (при их проходимости) в связи с наличием жалоб на слёзотечение. Правильная диагностика была затруднена в связи с отсутствием витальных красителей, отсутствием осведомлённости о проявлениях ССГ лёгкой степени и отсутствием навыков биомикроскопии слёзного мениска.

Госпитализированная заболеваемость составила 31‰. Подавляющее большинство пациентов были старше 50 лет; отмечалось преобладание женщин (75%). Показатели структуры: первичный ССГ диагностирован у 66,7% больных. У всех пациентов ССГ был тяжёлым.

Заболеваемость по данным медосмотров среди работающих лиц 18-65 лет составила 41,6%; доля здоровых лиц – 29,6%. Значительной была доля субклинического ксероза – 28,8%. Среди больных ССГ мужчин было 42,3%, женщин – 57,7%. Уровень заболеваемости зависел от рода профессиональной деятельности и наличия производственных факторов риска: офисные служащие – 52,8%; технические служащие и рабочие – 41,6%; медработники – 38,6%; работники транспорта – 52,8%. *Структура заболеваемости:* у всех обследованных ССГ был вторичным и комбинированным. Преобладал ССГ лёгкой степени

– 63,8%; у остальных был СГ средней степени тяжести – 35,2%; тяжёлого ССГ выявлено не было. У 1/3 больных с ССГ лёгкой степени правильный диагноз ранее выставлен не был. *Выраженных жалоб* не было у 1/3 пациентов с диагностированным ССГ. Помимо вероятных причин бессимптомного течения ССГ, приведенных выше, можно предположить у части обследованных диссиммуляцию, связанную с опасением потерять работу. Учитывая существенную распространённость ССГ среди различных профессиональных групп населения, значительную долю лиц с ранними, в том числе бессимптомными формами ССГ, а также, высокую распространённость субклинического ксероза, необходимо более активное выявление вышеперечисленных категорий лиц при профилактических осмотрах.

Эффективность слёзозаместительной терапии прослежена нами у 112 больных. При ССГ лёгкой и средней степени 2-4 - кратные инстилляции *Видисика* купировали жалобы на 3-4 сутки, а объективные проявления на 28-30 сутки у подавляющего числа больных. У пациентов с тяжёлым ССГ терапия была комплексной. Большинство наблюдавшихся отмечало уменьшение выраженности жалоб, объективных признаков ССГ и улучшение функциональных проб. Работающие лица и пожилые пациенты отмечали удобство лекарственной формы (малая частота инстилляций).

Выводы

1. Заболеваемость ССГ у жителей гор. Краснодара старше 18 лет составила: по обращаемости - 647‰; госпитализированная - 31‰; по данным медосмотров – 41,6‰.

2. Лица с субклиническим ксерозом (распространённость по обращаемости -133‰, по медосмотрам - 28,8‰) входят в группу риска клинической манифестации ССГ, за которой необходимо вести динамическое наблюдение.

3. У 1/5 больных ССГ не диагностируется (21,5%) в связи с отсутствием выраженных жалоб.

4. Отсутствие жалоб не всегда означает отсутствие ССГ, и может наблюдаться: у лиц с низким культурным уровнем; у больных ССГ с «заниженной шкалой» уровня жизни; у лиц трудоспособного возраста при диссиммуляции, из-за опасения потерять работу.

5. У 1/3 больных ССГ правильный диагноз не выставляется из-за отсутствия осведомлённости о клинике ССГ лёгкой степени, отсутствия в регионах витальных красителей, отсутствия навыков прицельной микроскопии слёзного мениска.

6. Необходимо более активное выявление лиц с бессимптомными и ранними клинически манифестированными формами ССГ при профилактических осмотрах с целью своевременного назначения слёзозаместительной терапии и дальнейшего динамического наблюдения.

7. Гель *Видисик* является высокоэффективным препаратом и удобной лекарственной формой для терапии всех форм ССГ, а также для профилактики клинической манифестации ССГ в группах риска, особенно при невозможности и (или) нежелательности частых инстилляций.

Литература

1. Бржесский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). Изд. 2-е. С-Пб, 2003.
2. Майчук Д.Ю. Клинические формы вторичного «сухого глаза»: патогенез, терапия и профилактика // Новые технологии в лечении заболеваний роговицы.- М., 2004.-С. 702-706.
3. Полуниин Г.С., Куренков В.В., Сафонова Т.Н., Полунина Е.Г. Новая клиническая классификация синдрома «сухого глаза». //Рефракционная хирургия и офтальмология.- 2003.- Т.3.- №3.- С. 53-56.
4. Шашель В.А. и соавт. Медико-экологический атлас Краснодарского края,- Краснодар: ГУП «Печатный двор Кубани», 2005.
5. External Disease and Cornea. Basic and clinical science course. AAO. San Francisco, 2000-2001.- P. 79-88.
6. Schirra E., Ruprecht K.W. Dry eye An update on epidemiology, diagnosis, therapy and new concepts. // Ophthalmology 2004; 101(1): 10-18.

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ, БЛОКАДЫ СИНОКАРОТИДНОЙ ЗОНЫ И ДЛИТЕЛЬНАЯ ВНУТРИКАРОТИДНАЯ ИНФУЗИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ ОПТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ

А.И. Ерёменко, С.В. Янченко, Л.А. Каленич, О.И. Лысенко

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней

За последние десятилетия были предложены новые способы лечебного, в том числе хирургического, воздействия при сосудистых ишемических поражениях зрительного нерва (3, 4, 7,9). Тем не менее, эффективность терапии острых сосудистых оптических нейропатий (ОСОН) и в настоящее время остаётся недостаточной (1,2,6,8).

Цель работы. Изучить клиническую эффективность лимфотропной терапии, блокад синокаротидной зоны и длительных внутрикаротидных инфузий лекарственных препаратов в лечении ОСОН.

Материалы и методы. В течение 15 лет нами было обследовано и пролечено 397 пациентов с ОСОН (520 глаз) в возрасте от 28 до 81 года. Этиологическими причинами развития ОСОН были: сочетание атеросклероза и гипертонической болезни (60,2%), сахарный диабет (28,2%) и височный артериит – болезнь Хортона (11,6%). Помимо традиционные методов офтальмоскопического и сосудистого обследования, с целью дифференциальной диагностики ОСОН с невритами зрительного нерва воспалительного или токсико-аллергического генеза нами были использованы термография и блокады синокаротидной зоны.

Все больные ОСОН были разделены на 6 групп в зависимости от проводимой терапии:

- больные 1-й группы (62 пациента – 107 глаз) получали обычную консервативную терапию;
- пациентам 2-й группы (29 больных - 48 глаз) проводилась традиционная консервативная терапия + лимфотропная терапия. Лимфотропную терапию проводили по модифицированной нами методике Н.Б. Шуруповой (2004 год). При этом в области сосцевидного отростка на 1 см ниже и назад, на стороне пораженного глаза подкожно вводили 0,5 мл трентала, 10 – 12 инъекций на курс.
- больные 3-й группы (215 человек – 274 глаза) получали обычную консервативную терапию + блокады синокаротидной зоны. Блокады синокаротидной зоны выполнялись на стороне поражённого глаза, вводилось 5,0 мл 2% лидокаина, 2% новокаина или 1% бензофуракаина, 10-12 инъекций на курс.
- пациенты 4-й группы (91 пациент – 91 глаз) получали длительные внутрикаротидные инфузии лекарственных препаратов через катетер, введённый в поверхностную височную артерию до уровня каротидной бифуркации.

Инфузию проводили со скоростью 14 – 16 капель в минуту, в течение 5 – 7 дней, круглосуточно. Если причиной ИОН были атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инфузата из расчёта на 24 часа: 1000,0 мл – 0,9% физраствора 15 000 ЕД гепарина, 300 мг трентала, 150,0 мл – 0,5% новокаина. При установлении диагноза «болезнь Хортона», в состав инфузата включали 60,0 мг преднизолона.

Результаты и обсуждение.

Эффективность традиционной терапии ОСОН. Улучшение после проведенной терапии отмечено в 41,4% наблюдений (44 глаза). Стабилизация зрительных функций была зафиксирована в 53,2% случаев (57 глаз). Ухудшение зрительных функций наблюдалось в 5,5% глаз. Среднее повышение остроты зрения после традиционной терапии составило $0,08 \pm 0,005$. Исследование периферических границ не указывает на существенное изменение периферических их границ и границ скотом. Также нами было отмечено достоверное, но незначительное повышение линейной скорости кровотока по глазничной артерии.

Эффективность лимфотропной терапии в сочетании с консервативной терапией. Положительная динамика зрительных функций отмечена в 50% наблюдений. Острота зрения повысилась на $0,17 \pm 0,06$. Суммарное поле зрения (по 8 меридианам) расширилось на $58,1^\circ \pm 11,5^\circ$. Отсутствие динамики зрительных функций было отмечено в 45,8% наблюдений и ухудшилась в 4,2% наблюдений.

Эффективность блокад синокаротидной зоны в сочетании с консервативной терапией. Острота зрения повысилась в 89,4% наблюдений (245 глаз), расширение поля зрения на $129,7^\circ \pm 12,7^\circ$ отмечено в 93,8% случаев (257 глаз). Повышение остроты зрения составило $0,25 \pm 0,06$. Также, после курса блокад синокаротидной зоны, отмечалось статистически достоверное улучшение исследовавшихся показателей гемодинамики глаза и мозга.

Эффективность длительной внутрикаротидной инфузионной терапии. Положительный эффект после проведенного лечения был зафиксирован у 96,7% больных (88 глаз), зрительные функции остались стабильными у 3,3% пациентов. Повышение остроты зрения составило $0,31 \pm 0,08$, суммарное расширение поля зрения – $178,5^\circ \pm 22,1^\circ$. Также у пациентов, получивших курс длительных внутрикаротидных инфузий, было отмечено улучшение гемодинамических показателей глаза и мозга. Достигнутый визуальный эффект сохранился в 64,8% наблюдений. По нашему мнению, более выраженный визуальный эффект обусловлен созданием высоких концентраций лекарственных препаратов в бассейне внутренней сонной артерии в течение 5-7 дней; длительным воздействием на синокаротидную рефлексогенную зону (устранением её патологической ирритации) и эффектом непрямого ревазуляризации за счёт перевязки дистального конца поверхностной височной артерии. В ходе инфузии возникли осложнения в виде частичного тромбирования катетера (2 больных), подкожная гематома после удаления катетера (1 пациент). Указанные осложнения не повлекли за собой расстройства здоровья больных и снижения зрительных функций.

Углублённый анализ результатов различных методов лечения ОСОН в ближайшие и отдалённые сроки наблюдения показал, что лимфотропная терапия, синокаротидные блокады и длительная внутрикаротидная инфузия лекарственных препаратов являются оптимальными способами лечебного воздействия, позволяющими достигнуть более высокого визуального результата.

Выводы

1. Апробирована в клинике система лечебных мероприятий при ОСОН.
2. Модифицированный нами способ терапии (лимфотропное введение препаратов) позволяет улучшить течение процесса и повысить зрительные функции у 50% пациентов, страдающих ОСОН, в то время как традиционная общепринятая терапия повышает их лишь у 41,4% больных.

3. Разработанные новые патогенетически обоснованные способы терапии (блокады синокаротидной зоны и длительная внутрикаротидная инфузия), позволяют улучшить зрительные функции у 89,4 – 96,7% больных ИОН.

Литература

1. Елисеева Т.О., Бишиле Н.А. Применение вазоактивных препаратов для лечения ишемических заболеваний зрительного нерва и сетчатки // Русс.мед.журн.- 2000.- Т.8, №1.- С.- 16-19
2. Кацнельсон Л.А., Лысенко В.С., Балишанская Т.И. Клинический атлас патологии глазного дна.- М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.- 128 с.
3. Линник Л.Ф. Современная концепция реабилитации больных с частичной атрофией зрительного нерва.- Сборник научных трудов VIII съезда офтальмологов России.- М.: Издательский центр МНТК «Микрохирургия глаза», 2005.- 764 с.
4. Avetisov S. et al. The significance of reconstructive surgery on carotid arteries for ocular ischemic syndrome management // 7 th Meeting of European neuro-ophthalmology society.- Abstracts.- Moscow, 2005.- P. 78
5. Avetisov S. et al. New opportunities of optic neuropathy treatment // 7 th Meeting of European neuro-ophthalmology society.- Abstracts.- Moscow, 2005.- P. 78
6. Hayreh S.S. Anterior ischemic optic neuropathy: trouble waiting to happen // Opth.- 2000.- Vol. 107, №1.- P. 407-409
7. Richard G. et al. Treatment of retinal arterial occlusion with local fibrinolysis using recombinant tissue plasminogen activator // Opth.- 1999.- Vol. 106, №4.- P. 768-773.
8. Tang W.M. et al. A study of surgical approaches to retinal vascular occlusions // Arch.Opth., 2000.- Vol.118, №1.- P. 138-143
9. Weber J. et al. Selectiv intra-arterial fibrinolysis // Stroke.- 1998.- Vol.29, №10.- P.2076-2079

ВТОРИЧНЫЙ СУХОЙ ГЛАЗ У НОСИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

А.И. Ерёменко, С.В. Селин, С.В. Янченко, С.С. Селин

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней

Мягкие контактные линзы (МКЛ) по данным многих авторов (1,2,3) часто являются причиной развития вторичного сухого глаза (ВСГ).

Цель работы. Выяснить влияние различных типов мягких контактных линз на клиническую манифестацию вторичного сухого глаза.

Материалы и методы. Было обследовано 50 человек в возрасте от 20 до 46 лет с явлениями непереносимости МКЛ за счёт развития гипосекреторного типа ВСГ. Мужчин было 15, женщин 35. Помимо традиционного офтальмологического обследования, проводились анкетирование, определение пробы Ширмера-1, пробы Норна, биомикроскопия слёзного мениска.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных отмечалось наличие выраженных субъективных проявлений ВСГ; снижение функциональных проб (тест Ширмера $11 \pm 1,2$ мм; проба Норна - $6 \pm 1,5$ сек); уменьшение высоты слёзного мениска с частичным его замещением складкой бульбарной конъюнктивы. «Вялая гиперемия» конъюнктивы выявлена – у 42% пациентов, расширение лимбальной сосудистой сети – у 38%. Макропризнаков ксероза не было.

Анкетирование позволило выявить следующие факторы риска ВСГ, бывшие до начала ношения МКЛ фоновыми:

1. *бытовые*: наличие кондиционера 94%, использование компьютера более 2 часов в день - 52%; курение - 48%; использование агрессивной косметики - 35%, автомобильный кондиционер - 34%; плавание в хлорированной воде - 22%, высокогорный туризм - 16%;

2. *производственные*: кондиционер 82%; длительное напряжение внимания вблизи - 72%; работа с мониторами – 54%; пыль – 36%;

3. *медикосоциальные*: пероральные контрацептивы - 42%; другие препараты, снижающие слёзопродукцию – 18%;

4. *«системные»*: ВСД 38%; шейный остеохондроз с субклиническими нарушениями кровообращения в вертебробазилярном и каротидном бассейнах – 38%; аллергозы – 32%.

У 80% пациентов МКЛ были *высокогидрофильными* (55% воды и выше), у 20% - *низкогидрофильными* (38% воды).

Опрос позволил установить, что увлажняющие капли не использовал никто из носителей *низкогидрофильных* МКЛ (100%); среди носителей *высокогидрофильных* МКЛ нарушали режим инстилляций увлажняющих капель 10% пациентов.

Отмечено, что среди пользователей ПК и лиц, длительно находящихся в кондиционированных помещениях, проявления ВСГ были более выраженными и приводили к невозможности использования МКЛ.

У носителей *высокогидрофильных* МКЛ проявления ВСГ наступали быстрее (через 2-3 часа после начала ношения), чем у носителей *низкогидрофильных* МКЛ (через 4-6 часов).

При осмотре установлено, что *высокогидрофильные* МКЛ при нарушении режима инстилляций увлажняющих капель были «подсушены» и при мигании травмировали ткани переднего отрезка глаза. *Низкогидрофильные* МКЛ, напротив, хорошо держали форму и выглядели менее дегидротированными.

Всем пациентам с развившимся ВСГ, было рекомендовано отменить ношение МКЛ, назначены инстилляци *Видисика* и *Корнерегеля* 4-5 раз в сутки. Проявления ВСГ были практически полностью купированы у всех пациентов в сроки 14-16 дней. К ношению МКЛ при своевременном использовании увлажняющих капель и применении препарата *Видисик* в качестве жидкого lubricанта (перед - и после ношения МКЛ) смогли вернуться все пациенты.

Выводы

1. С большой долей вероятности все типы МКЛ (высоко- и низко- гидрофильные) могут послужить причиной клинической манифестации ВСГ.
2. Значительная доля пациентов (88%) нарушает режим инстилляций увлажняющих капель.
3. Высокогидрофильные МКЛ быстрее и значительнее, чем низкогидрофильные, теряют воду при неблагоприятных условиях: нарушении режима инстилляций увлажняющих капель, воздействии потоков воздуха, воздействии высоких температур,- что приводит к деформации, инконгуэнтности МКЛ, и травматизации переднего отрезка глаза.
4. Возможен механизм дегидратации (высушивания) переднего отрезка глаза за счёт законов осмоса, МКЛ, потерявшей значительное количество воды.
5. У лиц, подверженных воздействию множественных фоновых факторов риска, *высокогидрофильные* МКЛ чаще, чем *низкогидрофильные*, инициируют клиническую манифестацию ВСГ.
6. Препарат *Видисик* позволил купировать проявления ВСГ у всех пациентов.
7. Соблюдение режима инстилляций увлажняющих капель и применение препарата *Видисик* в качестве lubricанта до и после использования МКЛ позволило всем пациентам вернуться к ношению МКЛ.
8. При действии множественных фоновых факторов риска, с целью упреждения клинической манифестации ВСГ, может быть рекомендован эпизодический режим ношения МКЛ при безупречном соблюдении режима инстилляций увлажняющих капель и использовании препарата *Видисик* в виде lubricанта.

Литература

1. Бржесский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). Изд. 2-е. С-Пб, 2003.

2. Майчук Д.Ю. Клинические формы вторичного «сухого глаза»: патогенез, терапия и профилактика // Новые технологии в лечении заболеваний роговицы.- М., 2004.-С.- 702-706.
3. Полунин Г.С., Куренков В.В., Сафонова Т.Н., Полунина Е.Г. Новая клиническая классификация синдрома «сухого глаза».- Рефракционная хирургия и офтальмология.- 2003.- Т.3.- №3.- С. 53-56.

НОВАЯ НЕПРОНИКАЮЩАЯ АНТИГЛАУКОМНАЯ ОПЕРАЦИЯ**Е.А.Ивенкова*****Ярославская государственная медицинская академия, кафедра глазных болезней***

Актуальность. Основная патогенетически ориентированная цель современной микрохирургии глаукомы заключается в восстановлении физиологически нормальной гидродинамики глаза [2, 3, 4]. Отсутствие фистулизирующего компонента, т.е. сохранение естественных преград избыточному оттоку внутриглазной жидкости, позволяет минимизировать процент интра- и послеоперационных осложнений (развития гифемы, цилиохориоидальной отслойки, выраженной гипотонии, имеющей катарактогенный эффект, увеитов) [1]. Малый объем хирургического вмешательства при непроникающих операциях значительно снижает процесс избыточного рубцевания в послеоперационном периоде.

Цель. Разработка новой антиглаукомной операции непроникающего типа, сочетающей в себе методики классической непроникающей глубокой склерэктомии (НГСЭ) и непроникающего циклодиализа. Данная операция названа нами непроникающий циклотрабекулодиализ с имплантацией экплантодренажа (положительное решение о выдаче патента №2004104619\14(005235) от 19.02.2004).

Материал и методы. НГСЭ была предложена С.Н.Федоровым и В.И.Козловым более 15 лет назад [5]. Она предполагает обнажение трабекулярной ткани и части десцеметовой мембраны в зоне операции. Сохраненный трабекулярный аппарат обеспечивает достаточное для предупреждения послеоперационной гипотонии сопротивление оттоку, а фильтрация камерной жидкости через переднюю часть трабекулы и десцеметову мембрану способствует гипотензивному эффекту вмешательства. Непроникающий циклодиализ (патент РФ № 2022539 на изобретение от 15.11.1994) [3] заключается в отслоении цилиарного тела и корнеосклеральной части трабекулы от склеральной шпоры с сохранением увеальной порции трабекулы. Непроникающий циклодиализ позволяет в большей степени активизировать увеосклеральный отток.

Техника операции. Начальные этапы операции соответствуют таковым при НГСЭ: отсепаровывается конъюнктива с 10 до 14ч, выкраивается поверхностный склеральный лоскут размером 5х5мм на ½ толщины склеры, затем - глубокий лоскут треугольной формы размером 4х4мм, который удаляется вместе с наружной стенкой шлеммова канала у своего основания. Далее тупо шпателем под основанием удаленного лоскута разрушается кольцевидная связка в области кольца Швальбе и отслаивается десцеметова мембрана на 1,0 мм в глубь роговицы с формированием кармана размером 3,5 на 1,0 мм, с зоны шлеммова канала удаляют юкстаканаликулярную ткань. Атравматичной режу-

щей иглой производят циклодиализ длиной 3,5мм, т.е. отслоение цилиарного тела от склеральной шпоры, причем циклодиализ осуществляется без проникновения в переднюю камеру за счет сохранения анатомической целостности увеальной части трабекулярной ткани. Основное отличие заключается в имплантации эксплантодренажа (полиамидная нить 4-0), его вводят под склеральную шпору в виде подковы, располагая ее вершину в области кармана десцеметовой мембраны на уровне кольца Швальбе, а свободные концы имплантата заправляются в супрацилиарное пространство, дилатируя таким образом последнее. Поверхностный лоскут укладывают на место, фиксируя его тремя узловыми швами. Тенонова капсула и конъюнктива фиксируются к лимбу двумя узловыми швами.

Основная идея данной операции – идея искусственно направленного потока – заключается не в простом формировании пути оттока жидкости из передней камеры в супрацилиарное пространство, а в создании дополнительного потока из сформированного в ходе операции кармана десцеметовой мембраны (т.н. супрадесцеметова пространства) в супрахориоидальное пространство, дилатированное ножками эксплантодренажа.

Результаты. Всего по данной методике выполнено 54 операции у больных с первичной открытоугольной глаукомой, в 48 случаях достигнут длительный гипотензивный эффект: 14 операций – у пациентов с 1 стадией заболевания, 16 – при 2 стадии, 18 – при 3-й; 18 женщин и 20 мужчин, всего 48 глаз. Средний возраст больных – 64 года. В трех случаях в раннем послеоперационном периоде была гифема, появление которой мы связываем с микрофорражем, она рассосалась на 3 – 5 сутки. Отдаленные сроки наблюдения – до двух лет. Для оценки результатов мы провели сравнительный анализ эффективности трех видов антиглаукомных операций. Было набрано три группы пациентов. Первая группа прооперирована по методике НГСЭ (29 глаз), вторая – по комбинированной методике НГСЭ с непроникающим циклодиализом без имплантации эксплантодренажа (32 глаза), третья – по вышеописанной методике. Средние сроки наблюдения – 18 мес. В первой группе средний уровень внутриглазного давления (P_0) – 16,72 мм при коэффициенте оттока 0,20, во второй группе P_0 – 14,35 мм, коэффициент оттока – 0,25, в третьей группе P_0 – 14,67 мм, коэффициент оттока – 0,28. Из представленных данных следует, что максимально низкий уровень внутриглазного давления отмечен у больных, прооперированных по нашей методике, P_0 на 2,05 мм ниже, чем у пациентов после операции НГСЭ. О выраженном улучшении оттока внутриглазной жидкости свидетельствует более высокое значение коэффициента оттока у пациентов третьей группы, оно на 0,08 выше, чем у больных первой группы наблюдения.

Выводы

1. Предложена новая антиглаукомная операция непроникающего типа, предназначенная для хирургического лечения открытоугольной глаукомы.
2. Дополнительная активация увеосклерального оттока камерной жидкости в ходе предложенной антиглаукомной операции позволяет нормализовать основные гидродинамические показатели в определенном периоде наблюдения.

Литература

1. Косенко С.М. Осложнения хирургического лечения открытоугольной глаукомы и их профилактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-1992.
2. Нестеров А.П. Первичная глаукома. - М.:Медицина, 1982.-288 с.
3. Ремизов М.С., Алексеев В.В., Косенко С.М. Способ хирургического лечения глаукомы. Патент РФ № 2022539 на изобретение от 15.11. 1994. – М., 1994.
4. Ремизов М.С., Алексеев В.В., Косенко С.М. Способ хирургического лечения открытоугольной глаукомы. Патент РФ № 2013085 на изобретение от 30.05. 1994. – М., 1994.
5. Федоров С.Н., Козлов В.И., Тимошкина Н.Т. и др. Непроницающая глубокая склерэктомия при открытоугольной глаукоме // Офтальмохирургия.-1989.-№ 3-4.-С.52-55.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ.

Г.В.Николаева ., Е.И. Сидоренко

Кафедра глазных болезней п/ф РГМУ, г. Москва, .

А.Губарева, Е.А.Семенова

Городская больница № 8, г. Москва

Современные методы реанимационной помощи и интенсивной терапии позволили увеличить выживаемость детей с экстремально низкой массой тела при рождении. Частота рождений недоношенных детей в нашей стране составляет более 6% ежегодно (в Москве – 10%). Именно эти дети в значительной мере пополняют контингент инвалидов с детства.

Ретинопатия недоношенных - тяжелая витреоретинальная патология глаз, развивающаяся преимущественно у глубоко недоношенных детей. Частота ретинопатии в данной группе детей колеблется от 6,9 до 43,9% . Это заболевание в настоящее время в России становится одной из наиболее часто встречающихся причин слепоты и слабовидения у детей и приводит к инвалидности в 20 – 40% случаев.

Цель. Изучить зависимость развития ретинопатии недоношенных от соматического состояния, состояния гемодинамики сетчатки, течения беременности у матерей глубоко недоношенных детей.

Материал и методы. Мы обследовали глубоко недоношенных детей в детских отделениях второго этапа выхаживания. Осмотр глазного дна проводился на сроке постконцептуального гестационного развития 30 - 32 недели, параллельно оценивались данные доплерографического обследования церебрального кровотока и нейросонография, данные осмотра невролога, соматическое состояние и ante- и интранатальный анамнез

Всего осмотрено 290 недоношенных детей.

Результаты. Выявлено, что 39,3% детей с глубокой степенью недоношенности имели массу тела при рождении менее 1000,0 г., 60,7% - от 1000,0 до 1500,0 г. Большинство из них (72,7%) родились на 25 -29 неделе гестации, только 27,3% - на 30 -32 неделе гестации.

У матерей этих детей беременность протекала с осложнениями, при этом у большинства осложняющие факторы сочетались. Среди них первое место по частоте (97%) занимают различной этиологии инфекционные заболевания: цитомегаловирусная инфекция (78%), хламидиоз, токсоплазмоз, вирус простого герпеса, хронический пиелонефрит. Причинная зависимость возбудителей этих заболеваний была подтверждена методом иммуноферментного анализа (ИФА). Соматические и эндокринные заболевания (анемия беременных, патология сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания и др.)

были выявлены у 75,7 % беременных. Токсикозы составили 63,6%, угроза прерывания имела место у 57,5% матерей. У всех женщин была диагностирована фетоплацентарная недостаточность, подтвержденная гистологическим исследованием плаценты.

Частота самопроизвольных родов составила 69,6%, путем кесарева сечения родились 33,5% недоношенных.

Все перечисленные факторы явились не только причиной преждевременного рождения детей, но и оказали неблагоприятное воздействие на состояние здоровья новорожденных. У всех детей этой группы был диагностирован респираторный дистресс-синдром I типа, 60% родились в асфиксии тяжелой степени, 58% нуждались в проведении ИВЛ, остальным осуществлялась оксигенотерапия различными методами (СДППД, назофарингиальные катетеры, подача кислорода в кувез). Клинически и УЗ - исследования у всех детей было диагностировано ишемически-гипоксическое или гипоксически-геморрагическое поражение головного мозга. Так, внутрижелудочковые кровоизлияния I – III степени были выявлены у 45,5% детей, перивентрикулярная лейкомаляция - у 27,3%, отек мозга у 33,3% детей. Отмечался высокий процент (45,5%) развития гидроцефального синдрома.

При офтальмоскопии глазного дна у недоношенных новорожденных отмечается следующая зависимость: чем меньше степень зрелости, тем чаще выявляется артериоспазм сетчатки. У родившихся со сроком гестации 25-27 недель артериоспазм выявлен в 82%, на сроке 28 -29 недель – 67%, 30 -32 недели - 54%. Признаки затруднения венозного оттока, т.е. полнокровие вен, свойственны более зрелым новорожденным. У родившихся на сроке гестации 26 -28 недель полнокровие вен отмечалось в 14% случаев, на сроке 30 -32 недели в 37% случаев. Преобладание артериоспазма сетчатки у глубоко недоношенных детей соответствует большей частоте развития РН в этой группе (72%).

Мы использовали в своих исследованиях наиболее часто употребляемый в неонатологии доплерографический показатель, достоверно отражающий степень резистентности стенок сосуда дистальнее места измерения – индекс резистентности, а именно - индекс резистентности передней мозговой артерии (IR пма).

При недоношенности 25 -26 недель IR пма в среднем составил $0,8 \pm 0,02$; при 28 неделях $0,78 \pm 0,03$; при 30 -31 неделях $0,74 \pm 0,02$; при недоношенности 32 недели $0,69 \pm 0,04$ (N 0,68 – 0,72).

При нормальном состоянии артерий сетчатки IR пма в среднем составил $0,67 \pm 0,02$; при артериоспазме $0,77 \pm 0,04$.

Накануне развития и на фоне активного течения ретинопатии недоношенных индекс резистентности передней мозговой артерии повышался и в среднем составил $0,84 \pm 0,02$, причем, чем с большей активностью протекал процесс, тем индекс был выше (до 0,9 – 1).

Выводы

На здоровье новорожденного существенное влияние оказывают здоровье матери и осложнения предшествующей беременности. Выявленные у недоно-

шенных детей патологические состояния в последующем могут существенно повлиять на процесс васкуляризации сетчатки и спровоцировать развитие ретинопатии недоношенных.

Степень ишемии сетчатки и риск развития РН тесно связаны со степенью ишемии ЦНС.

Наряду с незрелостью сетчатки ишемический компонент оказывает существенное влияние на развитие этого заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАЗЕРНОЙ ЭКСТРАКЦИИ И ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТ С ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Ражуан Якуб, В.Г. Копаева, Ю.В. Андреев

ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова
«Росздрава», г. Москва

Разработка эффективных методов хирургии катаракты является одной из актуальных проблем офтальмологии. Новые возможности открылись в результате разработки в ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова «Росздрава» и внедрения в клиническую практику технологии лазерной экстракции катаракты (ЛЭК), в том числе и в осложненных случаях, одним из которых является наличие псевдоэксфолиативного синдрома (ПЭС).

Депонирование псевдоэксфолиативного материала в структурах глаза приводит к слабому расширению зрачка, ослаблению цинновых связок, способствует подвывиху хрусталика различной степени выраженности, ухудшению тонографических показателей и развитию глаукомы.

По данным Американской ассоциации хирургии катаракты и рефракционной хирургии, около 86% операций удаления катаракты в США выполняется методом ультразвуковой факоэмульсификации (ФЭК) (Lerning, 1995).

Методика ФЭК основана на формировании бороздок ультразвуковым наконечником, что требует нажима на ядро хрусталика. Наконечник не только разрушает ядро, но и толкает его, вызывая тракции цинновой связки. При этой технике требуются частые ротации ядра, что дополнительно вызывает нагрузку на цинновы связки. Кроме того, ФЭК имеет свои ограничения как по мощности ультразвуковой энергии, так и по времени ее воздействия (Федоров С.Н. и соавт., 2000).

В сравнении с техникой ультразвуковой ФЭК лазерная методика отличается более щадящим общим воздействием на окружающие ткани, быстротой операции, отсутствием нажима на хрусталик и цинновы связки. Нет необходимости в механических манипуляциях в полости глаза, т.к. происходит самопроизвольный разлом ядра. Нет противопоказаний к проведению ЛЭК по возрасту пациентов и плотности ядра, а так же исходя из физических свойств лазерной энергии (Копаева В.Г. и соавт., 2002).

Однако ни в отечественной, ни в зарубежной научной литературе мы не нашли данных о сравнительных результатах течения раннего и отдаленного послеоперационных периодов, о функциональных результатах ФЭК и лазерной экстракции катаракты у больных с ПЭС.

Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой **цель** – на основе исследования клинических проявлений ПЭС провести сравнительный анализ результатов проведения лазерной экстракции и факоэмульсификации катаракты у данной категории больных.

Материалы и методы. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 27 пациентов (27 глаз), с осложненной катарактой и псевдоэксфолиативным синдромом. Им была выполнена лазерная экстракция катаракты. Вторую группу составили 14 пациентов (14 глаз), так же с псевдоэксфолиативным синдромом. Пациентам этой группы была выполнена ФЭК.

ЛЭК проводили при помощи Nd-YAG лазера с длиной волны 1,44 мкм, максимальной мощности 250 мДж в 1 импульсе при частоте 30 Гц на аппарате «Ракот 4» по стандартной бимануальной методике с формированием «кратера» или «чаши» при удалении ядра (Федоров С.Н. и соавт., 1999). ФЭК выполняли на аппарате «Milenium» фирмы «Bausch&Lomb» по стандартной методике. После удаления хрусталика и вымывания остатков хрусталиковых масс всем пациентам были имплантированы заднекамерные ИОЛ.

Возрастной и половой состав пациентов в обеих группах был примерно одинаковым.

Перед операцией и в различные сроки послеоперационного периода обследования пациентов проводили по аналогичным методикам. Они включали: визометрию, кератометрию, рефрактометрию, тонометрию, эхобиометрию, В – сканирование, ультразвуковую биомикроскопию (УБМ), электрофизиологические исследования и подсчет плотности клеток заднего эпителия роговицы (ПЭК) с целью выявления влияния использования метода удаления ядра хрусталика на состоянии эндотелиальных клеток после операции.

С помощью УБМ до операции оценивали место отложения эксфолиаций, состояние цинновых связок, а в послеоперационном периоде еще и положение ИОЛ в капсульном мешке, целостность хрусталиковой капсулы.

Около 2/3 пациентов обеих групп имели остроту зрения перед операцией 0,01 – 0,3, внутриглазное давление (ВГД) у подавляющего большинства больных в обеих группах было нормальным и составило 16,0 – 18,0 мм.рт.ст., при ультразвуковом сканировании деструкция стекловидного тела была обнаружена у 22 (81,5%) пациентов в группе ЛЭК и у 10 (71,5%) пациентов в группе ФЭК. Оболочки прилежали у всех пациентов обеих групп.

Период наблюдения составил от 3 до 18 месяцев.

Результаты. Обе группы были составлены из пациентов, у которых все оперативные вмешательства прошли без осложнений.

В раннем послеоперационном периоде в 5% глаз пациентов первой группы и в 3% глаз пациентов второй группы имели место локальный отек роговицы и слабые явления десцеметита в первые 2 – 3 дня после операции, во всех остальных случаях роговица оставалась прозрачной. Влага передней камеры так же оставалась прозрачной (табл. 1).

Таблица 1. Осложнения в ходе операции и в послеоперационном периоде

Метод, степень плотности ядра	Количество пациентов (чел.)	интра- и послеоперационные осложнения					
		разрыв задней капсулы хрусталика	разрыв цинновых связок	десцеметит	отек роговицы	тиндаль	реакция зрачка на свет
ЛЭК 1-2	11	-	-	-	-	-	хорошая

ФЭК 1-2	4	1	1	1	1	1	хорошая
ЛЭК 3-4	16	-	-	1	-	-	хорошая
ФЭК 3-4	10	2	3	2	2	3	вялая

ВГД перед операцией на глазах обеих групп не превышало 20 мм.рт.ст.. В послеоперационном периоде у большинства пациентов обеих групп внутриглазное давление было в пределах от 14 до 22 мм.рт.ст.. Лишь в 2 случаях (по 1 в каждой группе) было зафиксировано краткосрочное повышение ВГД до 28 мм.рт.ст.. У обоих пациентов оно нормализовалось без оперативных вмешательств к исходу первого месяца после операции (табл. 2).

Острота зрения у всех пациентов на 1 – 2 сутки после операции повысилась до 0,4 – 0,5, а через месяц после операции продолжала улучшаться и повысилась до 0,8 – 1,0. Потеря эндотелиальных клеток в первой группе исследования не превышала 6+/-2,2%, во второй группе 8+/-3,1% (P=0,05). Различия статистически достоверны (табл. 2).

Таблица 2. Послеоперационные результаты

Метод, степень плотности ядра	Количество пациентов (чел.)	Острота зрения	ВГД (мм.рт.ст.)	ПЭК (% потери)
ЛЭК 1-2	11	0,8-1,0	18	2,1+/-1,28
ФЭК 1-2	4	0,8-1,0	18	5,1+/-1,5
ЛЭК 3-4	16	0,8	20	6,2+/-2,2
ФЭК 3-4	10	0,8	22	8,0+/-3,1

По данным УБМ, положение ИОЛ во всех случаях было правильным, нарушения целостности хрусталиковой сумки и разрывов цинновых связок отмечено не было.

Анализ проведенного оперативного лечения и течения послеоперационного периода показал, что при ФЭК возникает большее количество осложнений, таких как разрыв капсульной сумки хрусталика, разрыв цинновых связок. В раннем послеоперационном периоде более выражены дисцементит, отек роговицы, подъем ВГД.

Выводы

1. Лазерная экстракция катаракты у пациентов с псевдоэксфолиативным синдромом является эффективным и безопасным методом лечения данной категории больных, позволяющая получить высокие функциональные результаты.
2. Сравнительный анализ результатов ЛЭК и ФЭК у больных с псевдоэксфолиативным синдромом указывает на преимущества ЛЭК по сравнению с ФЭК по ряду параметров у данной категории больных.

Литература

1. Копаева В.Г., Андреев Ю.В. Беликов А.В. Роль и значение лазерной экстракции катаракты в ряду других технологий экстракции катаракты // Тезисы докладов Российской научно-практической конференции « Новые лазерные технологии и офтальмологии ». -Калуга.-21-22Февраля.-2002. С.-7-9.

2. Копаева В.Г., Кишкина В.Я., Андреев Ю.В. Флюоресцентно-ангиографическая оценка микроциркуляции радужки при экстракции катаракты Nd:YAG-лазером с длиной 1,44мкм // Вестн.офтальмол. -2003.- №1.-С. - 26-30.
3. Толчинская А.И. Прогноз, профилактика и лечение осложненной артифакии в хирургии осложненных катаракт: - Автореф. дис. д-ра мед. наук. – 2002. – С. - 23-41.
4. Федоров С.Н., Копаева В.Г., Андреев Ю.В. Использование лазерной энергии при удалении катаракты. // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. научн. статей. М. – 2000. – С. – 167-174.
5. Федоров С.Н., Копаева В.Г., Андреев Ю.В. и др. Техника лазерной экстракции катаракты. // Офтальмохирургия. - 1999. - №1. – С. – 3-9.

ЛАЗИК ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ**М.Г. Колотов***Тамбовский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росздрава»*

Актуальность. Эффективные результаты ЛАЗИК не устранили до конца проблему осложнений, свойственных любому виду хирургического вмешательства. В последнее время произошло расширение показаний к фоторефракционным операциям. Некоторые относительные противопоказания могут постепенно быть переведены в разряд «нестандартных» ситуаций (ЛАЗИК при миопии молодого возраста, миопии с локальной врожденной катарактой, при оперированной или стабилизированной глаукоме, при неинсулиновой форме сахарного диабета, при предыдущих фоторефракционных операциях с исходом в субэпителиальную фиброплазию и т.п.). В этих случаях эффективность операции во многом зависит от правильной диагностики, тактики выполнения процедур и профилактики осложнений.

Цель работы. Оценка результатов ЛАЗИК и разработка диагностических и хирургических приемов при «нестандартных» ситуациях.

Материал и методы. Общее количество выполненных операций ЛАЗИК - 314, при миопии от 1,5 до 9,0 дптр ($-6,71 \pm 1,12$ дптр), в том числе по группам: при миопии молодого возраста (18-19 лет) - 159, при сахарном диабете второго типа - 11, при врожденной локальной катаракте - 24, при дистрофии заднего эпителия роговицы - 5, при первичной компенсированной глаукоме - 29, при сухой макулодистрофии - 6, при периферических дистрофиях сетчатки - 57, при остаточных явлениях субэпителиальной фиброплазии роговицы - 23. Для каждой группы пациентов проводили стандартные и дополнительные исследования, принятые при данной патологии. Операции ЛАЗИК выполнены на эксимерном лазере «Микроскан 2000» при соблюдении стандартной технологии.

Результаты. В целом по всем группам результаты соответствовали прогнозу рефракции ($\pm 1,0$ дптр - 89,7%) и остроте зрения (0,6 -1,0 в 91,2%). Однако стабильность клинической рефракции в группе молодых пациентов через 1 год после операции была несколько ниже (рост остаточной миопии $0,65 \pm 0,13$ дптр) при неизменности величины переднезадней оси глаза. Этот факт можно объяснить возможным смещением задней фокальной поверхности роговицы после частичной кератоабляции, что необходимо учитывать в расчетах операции. При сахарном диабете в тех случаях, когда эпителий роговицы окрашивался флюоресцеином при диагностическом предварительном исследовании, имела место последующая эпителиопатия, которая устранялась применением стероидных глазных капель. При врожденной локальной катаракте не было отмечено ее прогрессирования при сохранении остроты зрения. При первичной компенсированной глаукоме 1-2 А стадии не отметили

рованной глаукоме 1-2 А стадии не отметили изменений поля зрения и внутриглазного давления. При этом предварительно была выяснена интактная роль кратковременной компрессии вакуумным кольцом в клиническом эксперименте. При периферических дистрофиях сетчатки основное значение имела профилактическая или лечебная лазеркоагуляция. При задней эпителиопатии роговицы и дисперсии пигмента послеоперационный период отличался сохранением более длительного отека стромы, что объяснимо временной дисфункцией электролитного насоса и устранялось применением стероидных препаратов. Коррекция рефракции в случаях остаточных явлений субэпителиальной фиброплазии роговицы приводила к стабильному улучшению остроты зрения без коррекции, не до максимальных величин, при проведении повторной хирургии не ранее чем через 1,5 года после ФРК.

Заключение. Проведение ЛАЗИК в нестандартных ситуациях, иногда рассматриваемых как относительные противопоказания, требует специальных диагностических подходов, тактики и хирургических приемов, выполнение которых позволяет получить эффективный результат коррекции.

Литература

1. Корниловский И.М. Эксимерная хирургия при патологии роговицы. Дис. д-ра мед. наук. М., 1995.
2. Мэлони Р.К. Преоперационное обследование, интрооперационные и послеоперационные осложнения: Дискуссия / Eye World – 2001 -№1.- С.- 38-40.
3. Пекарский М.И., Эскина Э.Н. Патоморфологические аспекты воздействия эксимерного лазера на роговицу. //Рефракционная хирургия и офтальмология. -2002 – Т.1 - №2 - С. - 42-48.
4. Семенов А.Д. Лазеры в оптико-реконструктивной хирургии глаза. // Дис. д-ра мед. наук. – М., – 1994.
5. Trokel S.L., Srinivansan R., Breren B.A. Eximer laser surgery of cornea/ Am. J. of Ophtalmology, 96, p. 710-715.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЮКСТАКАНАЛИКУЛЯРНОЙ ТКАНИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

О.Н. Кулешова

Новосибирский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова Росздрава»

Особенностью ювенильной глаукомы является врожденный характер, позднее проявление (от 11 до 35 лет), отсутствие патологического увеличения глаза и инволюционного изменения структур передних отделов глаза, гипоплазии радужки, визуально определяемых выраженных аномалий развития структур дренажной зоны (2). В то же время у части больных имеет место позднее появление близорукости и долгое отсутствие клинических проявлений глаукомы (3). Некоторое время компенсаторное растяжение глаза предохраняет повреждение головки зрительного нерва повышенным внутриглазным давлением (1). Отсутствие видимых на глаз изменений трабекулярной сети и склерального синуса также затрудняет раннюю постановку диагноза ювенильной глаукомы.

Цель исследования. Изучить особенности морфогенеза юкстаканаликулярной ткани и склеры у больных ювенильной глаукомой.

Материалы и методы. В исследование было включено 10 пациентов (14 глаз) с I (3 глаза), II (8 глаз) и III (3 глаза) стадиями врожденной ювенильной глаукомы, в возрасте от 22 до 35 лет; средний возраст составил 29,3 года. Из них 4 мужчин, 6 женщин. Всем больным было выполнено полное офтальмологическое обследование. При гониоскопии обнаружены сходные изменения у всех обследуемых пациентов: цилиарное тело неравномерно прикрыто мелкими, узкими гониосинехиями, выявляются элементы гребенчатой связки, местами наблюдаются прикрепление радужки к задней трети трабекулярной сети, отсутствует пигментация структур. Всем больным была выполнена антиглаукоматозная операция – непроникающая глубокая склерэктомия с интрасклеральным дренированием и резекцией субконъюнктивальной ткани. Интраоперационно забраный материал (часть внутренних слоев склеры и юкстаканаликулярной ткани) подвергался биохимическому анализу. В качестве нормы были взяты аналогичные препараты здоровых доноров в возрасте от 27 до 32 лет, полученные на кафедре судебной медицины.

Структурно-функциональные исследования проводились после того, как ткани фиксировались в 10% растворе формалина. После депарафинирования срезы окрашивались гистологическими методами (гематоксилин-эозином по Ван Гизону и Маллори), гистохимическими методами (толуидиновым синим при разных значениях pH, альциановой синью, Хейл-реакцией, Шик-реакцией – окраска реактивом Шиффа, реакцией Грина). Ко всем реакциям ставились со-

ответствующие контроли. Окислительно-восстановительные ферменты определялись на креостатных срезах реакцией Нади и Нахласа. Щелочная и кислая фосфатазы выявлялись реакцией азосочетания. Для выделения протеогликанов (ПГ) измельченные образцы заливались раствором 4М с ингибиторами (0,1М аминоксеновая кислота; 0,05М ЭДТА; 0,01М N-этиленимид; 0,01М бензамидин хлористый, раствор был забуферен 0,05М ацетатом натрия) до конечной концентрации 2М, из расчета 10 мл раствора на 1г ткани; инкубировались 72 часа при температуре 4⁰С, далее раствор диализовали против 50mM Na-ацетатного буфера рН - 5,8 в течение 18 часов при температуре 4⁰С. Белки осаждали добавлением к образцам 100% ТХУ до конечной концентрации 5%, центрифугировали, затем раствор диализовали против 50mM Na-ацетатного буфера рН - 5,8 в течение 18 часов при температуре 4⁰С. ПГ осаждали тремя объемами 96% этанола с 4% К-ацетатом с последующим центрифугированием, осадки растворяли в деионизованной воде.

Гликозаминогликаны (ГАГ) из ткани выделялись раствором папаина в 0,2М Na-ацетатном буфере рН 5,8 с добавлением 0,01М ЭДТА и 0,01М цистеина в течение 18 ч при 60⁰С [Theocharis A.D. et al., 2001]. Белки осаждали 100% ТХУ до конечной концентрации 5%, раствор диализовали 18 ч при температуре 4⁰С против 50mM Na-ацетатного буфера рН 5,0. ГАГ осаждали тремя объемами 96⁰ этанола с 4% ацетатом калия, осадки растворяли в деионизованной воде.

Количество ГАГ определяли по присутствию гексуроновых кислот [Bitter T., Muir H.M., 1962] и сульфатированных ГАГ [Farndale R.W, Buttle D.J., Barrett A.J., 1986]. Результаты представлены в виде микрограммов относительно миллиграммов сухой ткани. В качестве стандарта использовали хондроитинсульфат С фирмы ICN.

Результаты и обсуждение. При проведении сравнительного анализа между группами получены следующие результаты. В норме содержание воды составило 48,10%, в то время как при патологии 28,00%. Определено, что содержание сухого вещества в норме составляло 51,90%, при патологии 72,00%.

Приведенные ниже результаты представлены в виде количества вещества в микрограммах чистого вещества на миллиграмм веса влажной ткани. В легкодоступном пуле протеогликанов (ПГ1) содержание сульфатированных гликозаминогликанов (S-ГАГ) в норме и патологии не отличалось и составило 0,319±0,29 и 0,286±0,026. В то же время получена разница в содержании урновых кислот (УК): в норме УК- было 0,203±0,012, при патологии 0,539±0,032.

В труднодоступном пуле гликозаминогликанов (ПГ2) получена разница в содержании S-ГАГ: в норме - 51,777±4,660, при патологии - 86,750±7,8075. При определении УК в норме - 151,652±9,100, при патологии 201,000±12,060. Также получены разные значения отношения S-ГАГ/УК. В легкодоступном пуле в норме оно составило 1,57, при патологии - 0,53. В труднодоступном пуле в норме - 0,34, при патологии - 0,43.

Биохимические исследования показали, что при патологии резко падает содержание воды и нарастает содержание сухих веществ. Параллельно падает содержание протеогликанов, осуществляющих диффузию метаболитов. Это так называемый легкодоступный пул ПГ1 (гиалуроновая кислота, хондроитинсульфаты), основной функцией которого является связывание воды. Морфологическими и биохимическими методами показано снижение содержания гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфатов и нарастание количества коллаген-связанных ПГ2. Это так называемые малые ПГ. Их можно назвать стромальными ПГ2, т.к. они связывают коллагеновые фибриллы и участвуют в фибрилlogenезе. Нарастание количества коллаген-связанных ПГ2 свидетельствует о фибротизации исследуемых структур, что согласуется с морфологическими данными.

При гистохимическом исследовании юкстаканаликулярной ткани обнаружено, что в норме трабекулярные структуры расположены параллельно друг другу. Между ними наблюдаются анастомозы. Сохранена эндотелиальная выстилка с интенсивной реакцией цитоплазмы на ГАГ. На поверхности трабекул и в цитоплазме эндотелия наблюдается альциан-позитивная реакция.

При второй стадии имеются участки сращивания, набухания и отсутствия эндотелия. Наблюдаются декомплексация трабекулярной сети, спавшиеся и расширенные межтрабекулярные пространства.

Выявляются утолщение и истончение трабекул, расширение щелей, участки отсутствия альциан-позитивной реакции. Полное отсутствие альциан-позитивной реакции свидетельствует о нарушении синтеза ГАГ. В других препаратах наблюдается нарушение архитектоники, хаотичное расположение трабекулярных структур.

При развитой стадии наблюдаются фрагментация коллагеновых волокон, гомогенизация, нарушение тинкториальных свойств, местами отсутствие эндотелиальной выстилки. При иммуно-гистохимической реакции на апоптоз выявлены апоптозные тельца, пикноз ядер.

Реакция метахромазии показала изменение структуры рыхлой соединительной ткани, что свидетельствует о синтезе сульфированных ГАГ пролиферирующими клетками.

При третьей далекозашедшей стадии обнаружены разволокнение и гомогенизация коллагеновых структур и резко положительная реакция на кислую фосфатазу, направленная на элиминацию апоптозных тел и дистрофически измененных волокнистых структур. Определяется неравномерное расположение фибробластов, видны поля пролиферации, в то же время встречаются бесклеточные поля, фиброз трабекулярных структур

Таким образом, в условиях нарушения метаболизма (нарушение синтеза ПГ), фибротизации прослоек рыхлой соединительной ткани и нарушения оттока водяной влаги формируются адаптационные перестройки тканевых структур.

Возникает вопрос: что является первичным? Структурные перестройки или нарушение синтеза метаболитов? Надо полагать, что нарушение синтеза ПГ является генетически обусловленным процессом врожденного характера. Фибротизация является адаптационным процессом в условиях нарушения ме-

таболизма. Вопрос о нарастании кислой фосфотазы может быть рассмотрен следующим образом: активация лизосом и, следовательно, лизосомальных ферментов как попытка, наряду с апоптозом, уменьшить популяцию клеток в неблагоприятных условиях метаболизма.

Заключение. Выявленные особенности структурно-функциональных изменений в дренажной зоне больных врожденной ювенильной глаукомой позволяют определить взаимосвязанные процессы на уровне метаболизма соединительной ткани и клинической симптоматики заболевания. Патология оттока внутриглазной жидкости имеет фибропластический генез.

При врожденной ювенильной глаукоме нарушение синтеза и конформации протеогликанов приводит к изменению композиции коллагеновых и эластических структур. Обнаружено соответствие этапов дезорганизации соединительно-тканых структур клиническим стадиям заболевания. Причиной функциональной неполноценности юкстаканаликулярной ткани являются структурные изменения, приводящие к ухудшению оттока внутриглазной жидкости, гипертензии и развитию симптомокомплекса ювенильной глаукомы.

Литература

1. Кондратенко Ю.Н., Сергиенко Н.М. Гипотеза патогенеза близорукости // Офтальмол. журнал. – 1988. – № 3 – С. - 138-143.
2. Краснов М.М., Мирзаянц М.Г., Сидоров Э.Г. Клинико-морфологическое обоснование современной патогенетически ориентированной хирургии простого гидрофтальма // Офтальмол.журн. – 1990. - №3. - С. - 148-153.
3. Лапочкин В.И., Свирина А.В. Диагностика, лечение и профилактика прогрессирующей близорукости. // В сб. «Актуальные вопросы клин.медицины» - М., 1996, С. - 111-116.

ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ФОТОРЕФРАКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ

В.А. Соколов, В.Ю. Азима, М.В. Савинкин

Медицинский офтальмологический центр «ОКО», Рязань

В последние годы рефракционная хирургия является бурно развивающейся отраслью офтальмологии. Известно две основные модификации лазерных операций: ФРК (фоторефракционная кератэктомия) и ЛАСИК (Laser in Situ Keratomileusis). При ФРК проводится поверхностная фотоабляция роговицы после скарификации эпителия, а при ЛАСИК - фотоабляция стромы роговицы под предварительно сформированным с помощью микрокератома лоскутом роговицы.

С июля 2005г. в Рязани функционирует центр лазерной коррекции зрения, в котором проводится модификация ФРК (ФАРЕК) (FAREK - fast recover excimer keratectomy), отличающаяся от классической ФРК тем, что в конце операции на роговицу одевается мягкая контактная линза. В послеоперационном периоде как при ФРК, так и при ЛАСИК предполагается длительная инстилляционная кортикостероидов: при ЛАСИК 2-3 месяца, при ФРК 3-6 месяцев. Назначение кортикостероидов необходимо, так как они регулируют рост эпителия роговицы.

Известно, что длительное применение кортикостероидов после фоторефракционных операций может привести к повышению ВГД (12,1% прооперированных больных) (1). Поэтому **целью нашей работы** было изучение изменения ВГД после рефракционных операций на фоне инстилляций кортикостероидов.

Объекты и методы исследования. Нами обследовано 167 человек с миопией различной степени после ФАРЕК. Больные прооперированы на установке «Олимп 2000» отечественного производства. Сроки наблюдения от 1 до 6 месяцев. Кортикостероиды (дексаметазон) назначались с 14- го дня после операции. Средний возраст больных составил 33,5 года. ВГД измерялось транспальпебральным тонометром ИГД-02 «ПРА».

Из названного количества пациентов ВГД повысилось до цифр от 26 до 30 мм.рт.ст. у 9 человек, что составило 5,4% от общего числа больных. В случае повышения ВГД дексаметазон менялся на пренаксид, который не вызывает повышения ВГД. При последнем наблюдении у всех больных с повышением ВГД давление снижалось до нормальных цифр. Было решено исследовать, зависит ли уровень повышения ВГД от степени миопии и возраста пациента.

Результаты исследования. ВГД поднялось на величину от 1,5 до 4 мм.рт.ст. на фоне применения кортикостероидов. Разница статистически достоверна. Данные исследования представлены в таблице 1.

Исследование зависимости повышения ВГД от возраста пациентов не выявило статистической достоверности. Исследование зависимости повышения ВГД от степени миопии также не показало статистической достоверности.

Таблица 1

	M±m (мм.рт.ст.)		Достоверность
	ВГД до операции	ВГД через месяц после опе-	
Миопия слабой степени	19,4±0,13	20,6±0,39	<i>p</i> <0,1
Миопия средней степени	20±0,34	21,5±0,43	<i>p</i> <0,1
Миопия высокой степени	19,0±0,31	23±0,4	<i>p</i> <0,1

Обсуждение. Известно, что после местного применения дексаметазона ВГД существенно повышается у 6% пациентов, в особенности у предрасположенных к этому пациентов с глаукомой или семейным анамнезом, отягощенным этим заболеванием (2). Причиной этого является нарушение оттока водянистой влаги, возможно, в результате отложения мукополисахаридов в трабекулярной сети. Степень повышения ВГД варьируется в зависимости от дозы и типа кортикостероидов. Обычно кортикостероиды с большей противовоспалительной активностью вызывают большее повышение ВГД. Например, препараты с более низкой биодоступностью в отношении внутриглазных структур и меньшей эффективностью вызывают меньшее повышение ВГД даже после более длительного курса, чем более активные кортикостероиды, такие как дексаметазон. Вне зависимости от используемого препарата, при снижении интенсивности или отмене терапии стероидами ВГД снижается в течение 2 недель, в некоторых случаях может понадобиться лечение местными препаратами, уменьшающими продукцию внутриглазной жидкости. Повышение ВГД, связанное с лечением стероидами, редко возникает ранее чем через 2 недели лечения (2). В случае повышения DUL у наших пациентов дексаметазон был заменен на пренаксид, что привело к нормализации офтальмотонуса.

Выводы

1. Применение кортикостероидов привело к повышению внутриглазного давления после 2 недельного применения у 5,4% больных.
2. Повышение давления не зависит ни от возраста, ни от степени миопии.
3. Замена дексаметазона на пренаксид привела к нормализации ВГД.

Литература

1. Амансахатов Ш.А., Дурдымамедов, Д. Мухамедкулиев, Г. Атаева. К вопросу офтальмогипертензии после ФРК. \VIII съезд офтальмологов России. М., 2005. – С. - 241.

2. Секреты офтальмологии / Джеймс Ф. Вэндер, Дженис А. Голт. – Пер. с англ.; Под общ. ред. Ю.С. Астахова – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. - 120-130.

ДВУХЭТАПНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПО МЕТОДУ СИДОРЕНКО-ЛОБАНОВОЙ

Е.И.Сидоренко ., Л.А. Дубовская., И.В.Лобанова

Кафедра глазных болезней п/ф РГМУ (Зав.каф. член-корр. РАМН, заслуженный деятель науки, заслуженный врач РФ, профессор Сидоренко Е.И., г.Москва

По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 42 мл. слепых и слабовидящих. Заболевания зрительного нерва являются одной из основных причин слепоты и слабовидения, особенно в детском возрасте. 2/3 из этих больных потеряли зрение в возрасте до 15 лет, а от 15 до 150 лет ослепли лишь 30 – 40 %. Т.е. основную группу ослепших от патологии зрительного нерва – 70 – 80% составляют дети.

Целью исследования был поиск более эффективных способов лечения больных с частичной атрофией зрительного нерва.

Материал и методы. Эффективность нашей методики мы проследили у 679 детей с ЧАЗН различного генеза в возрасте от 8 месяцев до 15 лет. Во всех случаях диагноз подтвержден электрофизиологическими исследованиями, в ряде случаев ФАГ, УЗИ, КТ и другими методами.

Результаты. Анализ отрицательных результатов после электростимуляции привел нас к выводу, что стимулировать можно функцию с сохраненными резервами, как ленивую лошадь, но в случаях с истощенной функцией стимуляция может привести к гибели ткани или функции (Сидоренко Е.И.).

На основании этой идеи была сформулирована рабочая концепция, которая с 1992 года разработана, апробирована и стала правилом в нашей клинике: прежде чем проводить стимулирующую терапию, необходимо устранить гипоксию, улучшить гемодинамику, трофику тканей, а затем стимулировать восстановленную функцию.

Эффективность лечения этой патологии изучена в 5 группах больных.

На лечение брали детей не менее чем через месяц после окончания процесса, вызвавшего частичную атрофию зрительного нерва. Проведенные предварительные офтальмологическое и неврологическое обследования позволили исключить наличие текущих заболеваний и опухолей глаза и ЦНС, наличие очагов эпиактивности с тенденцией к генерализации.

Наибольшую группу составили дети с врожденной ЧАЗН (85, 4%). Обращает на себя довольно позднее выявление врожденной ЧАЗН у детей. До 1 года ЧАЗН выявлено лишь в 7% случаев. В основном диагноз устанавливался в возрасте 2 – 4 лет.

376 из 644 детей наблюдались и лечились у невропатолога по поводу различных нарушений ЦНС. 221 пациент лечился ранее у офтальмо-

лога. В 77% случаев острота зрения была ниже 0,3: в 37,5% - 0,05 – 0,2: в 39,5% - ниже 0,05.

В первой группе больных (270 детей, 294 глаз) ЧАЗН лечилась традиционными средствами, вводимыми внутрь, внутримышечно, ретробульбарно. Лечение проводилось 1 – 2 раза в год с продолжительностью курса 1 – 2 месяца. Улучшение зрительных функций в этой группе больных отмечено в 43, 3%. Среднее повышение остроты зрения составило 0,08- 0,04. Таким образом, эффективность применяемой терапии невысокая, несмотря на широкий спектр медикаментозной терапии.

Во 2-й группе, состоящей из 516 больных, для повышения эффективности традиционной терапии использовался **инфразвук**.

Предварительные экспериментальные исследования с радиофармпрепаратами (РФП) на 40 кроликах показали, что мы переоцениваем эффективность ретробульбарных инъекций. При ретробульбарном введении лекарств отмечено малое их количество, попадающее в глаз – 11,68%. Концентрация РФП быстро снижается, и через 24 минуты в глазу нет следов радиофармпрепаратов.

Применение инфразвукового массажа в присасывающем режиме перед глазом способствует удержанию РФП в ретробульбарном пространстве и движению их во внутренние структуры глаза. Количество радиофармпрепаратов, попавших в глаз, повысился до 30%, причем в сосудистом тракте оно увеличилось в 5 раз. Таким образом, инфразвук улучшает фармакокинез в глазу, способствует сохранению лекарственного дено в орбите и усиливает в 2 – 5 раз эффективность ретробульбарных инъекций.

Клинические исследования на 516 больных подтвердили повышение эффективности медикаментозной терапии с помощью ИЗ при инъекционном введении лекарств.

В 3-й группе изучалась возможность повышения эффективности традиционного медикаментозного лечения с помощью ирригационной терапии, позволяющей через катетер подводить лекарство к зрительному нерву.

В ретробульбарное пространство устанавливается катетер, крепится к коже лейкопластырем. На конец катетера одевается резиновая пробочка, через которую сестра вводит медикаменты 5 – 6 – 8 раз в день. Процедура безболезненная, что очень важно в педиатрической офтальмологии. Кроме этого, как показали наши исследования, дробное введение одной и той же дозы лекарств повышает в 9 раз эффективность ретробульбарных инъекций.

Использование ирригационной терапии в клинике у 510 больных показало на повышение эффективности медикаментозной терапии. При этом отмечено улучшение зрительных функций в 67,4% случаев при введении медикаментов в ретробульбарное пространство и в 71,8% случаев при введении лекарств в тенонново пространство. Среднес повышение остроты зрения составило 0,04 – 0,2.

В 4 - ю группу вошли 217 детей (292 глаз), которым проводили чрескожную электростимуляцию зрительного нерва (Дубовская Л.А.).

Результаты клинических исследований свидетельствует о том, что примерно у 2/3 больных с ЧАЗН после ЭС зрительных нервов отмечается от-

четливое улучшение зрительных функций, причем у $\frac{1}{4}$ из них до полной нормализации. Среднее повышение остроты зрения составило $0,18 \pm 0,03$.

В 5 - ю группе больных для повышения эффективности лечения ЧАЗН нами разработан комплексный двухэтапный метод у 102 детей (102 глаз), который включает в себя на первом этапе - трофическую, а на втором – стимулирующую терапию. Исходя из этого, 1-й этап включал постановку ирригационной системы в теноново пространство с коллагеновой губкой, в которую вводят лекарства. Коллагеновая губка (лучше метураколом) используется при этом для обеспечения пролангированного действия лекарств. Затем она прорастает сосудами и соединительной тканью, улучшая трофику заднего отрезка глаза. После курса ирригационной трофической терапии, включающего 10 – 12 дней, сразу проводили в течение 10 дней чрескожную электростимуляцию. Повышение зрительных функций на $0,22 - 0,04$ наступило в 79% случаев.

При сочетании ирригационной терапии в теноново пространство с ЭС улучшение отмечено в 74,8%, при постановке ирригационной системы в ретробульбарное пространство – несколько ниже – 68,4%.

Итак, эффективность лечения в группах была различной. В 1-й группе улучшение отмечено в 43,4%, в 4-й (электростимуляция)- 62%, в 5-й (двухэтапное комплексное лечение) – в 72,7%, по ЗВП – в 79,3%.

Успешность лечения во всех группах зависела от исходной остроты зрения (т.е. от глубины повреждения): при остроте зрения ниже $0,05$ улучшение отмечено лишь в 14,8%, в 4-й – в 50,8%, в 5-й – в 67,5%.

У детей с относительно высокой остротой зрения ($0,3$ и выше) эффект был выше: в 1-й – в 56,2%, во 4-й – в 60%, в 5-й – в 79% случаев.

Таким образом, имеется возможность повышения эффективности лечения ЧАЗН как за счет использования инфразвука, так и подключения ирригационной терапии с подведением лекарств в теноново или ретробульбарное пространство на первом этапе для улучшения трофического и энергетического уровня нервной ткани перед ее стимуляцией.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 3-Й ПОРОГОВОЙ СТАДИИ И ЗАДНЕЙ АГРЕССИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

А.В. Терещенко, Ю.А. Белый, П.Л. Володин, М.С. Терещенкова, И.Г. Трифаненкова

Калужский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росздрава»

Ретинопатия недоношенных (РН) в настоящее время является одной из основных причин инвалидности по зрению у детей раннего возраста. Это тяжелое вазо-пролиферативное заболевание сетчатки недоношенных незрелых детей (2,4).

Низкая точность существующих способов прогноза развития РН и большая вариабельность ее течения делают актуальным поиск ранних информативных признаков возникновения и прогрессирования заболевания, а также необходимость совершенствования существующих методов лечения данной патологии (1,3,5,6).

Цель. Определить объективные диагностические маркеры прогрессирования и оценить эффективность транспупиллярной аргон-лазерной коагуляции сетчатки в лечении 3 –й пороговой стадии и задней агрессивной РН.

Материал и методы. В течение последних 3-х лет в Калужском филиале ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» обследовалось и наблюдалось 39 детей (68 глаз) с 3-й стадией активной РН, из них 25 младенцам (47 глаз) потребовалось проведение лазеркоагуляции сетчатки. Классическое течение РН было выявлено у 12 детей (21 глаз), при котором отмечено прогрессирование заболевания до 3-й пороговой стадии. Заболевание протекало с признаками «+»-болезни у 5 детей (10 глаз) с локализацией патологического процесса во 2-й зоне глазного дна. Особая форма РН выявлена у 8 детей (16 глаз)– это задняя агрессивная ретинопатия (AP-ROP (Aggressive Posterior ROP)), редкая, быстро прогрессирующая, тяжелая форма заболевания.

Все дети впервые были осмотрены через 3-4 недели после рождения. Гестационный срок обследованных детей составил от 25-ти до 33-х недель, а масса тела при рождении от 780 до 1600 граммов.

Всем детям с целью определения объективных критериев прогрессирования заболевания проводились цифровая ретиноскопия («RetCam-120» Massie Research Laboratories Inc., Dublin, CA) с морфометрией сосудов сетчатки и измерением величины угла между сосудистыми аркадами, а также оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной области (Optical Coherence Tomographer Stratus 3000, Carl Zeiss Meditec, протокол Fast Macular Thickness).

Обработка цифровых фотографий глазного дна проводилась с помощью программы ГИС «Карта 2000». Измеряли диаметр верхних и нижних темпоральных сосудов в границах окружности диаметром 6 мм с центром в ДЗН,

рассчитывали их извитость, измеряли величину угла между магистральными сосудами височных аркад.

Всем детям с 3-й пороговой стадией при классическом течении РН, с симптомами «+»-болезни не позднее 72 часов, а в случае AP-ROP сразу после постановки диагноза была выполнена транспупиллярная аргоновая лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки.

Пороговая стадия у детей с классическим ее течением, с признаками «+»-болезни была определена согласно Международной Классификации РН: выявлено распространение экстраретинальной пролиферации последовательно на 5 или суммарно на 8 часовых меридианах (7).

Техника операции. Транспупиллярная лазеркоагуляция сетчатки выполнялась под ингаляционным масочным наркозом под наблюдением анестезиолога в течение всей процедуры на аргоновом лазере «Coherent Radiation» («Novus-2000», США) с длиной волны лазерного излучения 514 нм. Использовалась педиатрическая 3- зеркальная линза Гольдмана. Параметры: мощность излучения варьировала от 100 до 250 мВт, длительность импульса 0.1-0.15 сек., диаметр пятна 350мкм. Лазеркоагуляты наносились по линии демаркационного вала и далее до зубчатой линии в «шахматном» порядке (на расстоянии одного диаметра лазеркоагулята друг от друга) на глазах с классическим течением РН и с признаками «+»- болезни; на расстоянии $\frac{1}{2}$ диаметра коагулята друг от друга в случае AP-ROP, количество коагулятов достигало 600-1110. Во всех случаях необходимый объем лазеркоагуляции выполнялся в течение одного сеанса.

Результаты. Комплексный мониторинг позволил определить различия в развитии пороговой стадии РН у детей с классическим ее течением, с признаками «+»-болезни и задней агрессивной РН.

Так, у младенцев с классическим течением РН (21 глаз) наблюдалась характерная последовательная смена стадий; у детей с признаками «+»-болезни (10 глаз) выявлялись прогрессирующее расширение вен и увеличение извитости артерий, ишемический отек сетчатки, большое количество артериовенозных шунтов на границе аваскулярной зоны; на 16 глазах с задней агрессивной РН наблюдалось резкое расширение и еще большее увеличение извитости центральных сосудов во всех 4-х квадрантах, определялись шунты по всей области сетчатки, а также массивные интра- и преретинальные геморрагии и экстраретинальная пролиферация в виде нежной ткани из новообразованных сосудов в области обманчиво невыраженного демаркационного вала, который был распространен по всей окружности сетчатки.

При анализе данных цифровой морфометрии до лечения было выявлено увеличение диаметра сосудов при прогрессировании процесса с 3-й допороговой стадии до 3-й пороговой: диаметр вен возрос с 113.13 ± 4.85 мкм до 135.65 ± 9.85 мкм, артерий - с 76.08 ± 4.38 мкм до 88.59 ± 3.79 мкм, соответственно (критерий ANOVA Крускала-Уоллиса и критерий Данна, $p < 0.05$). Также выявлено достоверное увеличение коэффициента извитости артерий при прогрессировании заболевания. На 3-й допороговой стадии он составлял 1.24 ± 0.07 , на 3-й пороговой – 1.29 ± 0.07 .

На глазах с симптомами «+»-болезни до лечения наблюдалось резкое расширение вен до 166.39 ± 5.8 мкм, а при AP-ROP – до $170,21 \pm 8,04$ мкм, коэффициент извитости артерий составил $1,45 \pm 0,10$.

При определении величины угла между магистральными сосудами височной аркады обнаружено выпрямление сосудов и уменьшение величины угла у 25 детей с 3-й пороговой стадией активной РН и AP-ROP (критерий ANOVA Крускала-Уоллиса $p < 0.01$). Среднее значение величины угла составило $122,85 \pm 16.21^\circ$.

При проведении ОКТ у младенцев выявлялся выраженный отек сетчатки в макулярной области с серозной отслойкой нейрорепителія (с классическим течением РН на 4-х глазах, с признаками «+»-болезни – на 8, с AP-ROP – на 16 глазах). Толщина сетчатки в центре фовеолы достигала в среднем 530 ± 5 мкм.

Вышеизложенные показатели свидетельствовали об увеличении активности процесса (прогрессировании заболевания) и явились объективными диагностическими критериями к проведению лазеркоагуляции.

После проведения ЛК общее состояние детей оставалось стабильным. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей.

При классическом течении РН после проведения транспупиллярной аргон-лазерной коагуляции сетчатки на 21 глазу (в 100% случаев) произошел регресс заболевания. На 10 глазах с симптомами «+»-болезни и на 12 глазах с задней агрессивной РН заболевание также подверглось регрессу, на 4 глазах с AP-ROP отмечено дальнейшее прогрессирование заболевания, потребовавшее проведение витреальной хирургии.

В результате мониторинга удалось проследить последовательность регресса различных признаков заболевания. В первую очередь, наблюдалось уплощение демаркационного вала, и уже на 7-10-й день после проведенного лечения вал практически не дифференцировался. Начиная со 2-3-й недели, отмечался регресс экстраретинальной пролиферации, и уже к 6-й неделе наблюдалось полное исчезновение экстраретинальной фиброваскулярной ткани (25 глаз), или на месте ее локализации определялись участки нежных преретинальных помутнений, не оказывающих тракционного воздействия на сетчатку (18 глаз).

После проведения ЛКС на 2-4-й неделе отмечалось исчезновение артерио-венозных шунтов, пре- и интратретинальных геморрагий.

Для оценки эффективности транспупиллярной аргон-ЛКС в течение всего периода наблюдения проводился мониторинг состояния сосудов заднего полюса глаза. При переходе РН из активной стадии в фазу регресса наряду с уменьшением проявлений заболевания на глазном дне после проведения транспупиллярной аргон-лазерной коагуляции отмечено достоверное уменьшение диаметра вен ($p < 0.05$). Так, среднее значение диаметра вен у 12 детей (21 глаз) с классическим течением РН после проведения лазеркоагуляции при переходе заболевания из активной стадии в фазу регресса уменьшилось до 102.87 ± 4.82 мкм в сроки до 6 недель. При оценке эффективности транспупиллярной аргон-ЛКС у 5 детей (10 глаз) с симптомами «+»-болезни и у 7 детей (12 глаз) с AP-ROP через 2.5 недели после лазеркоагуляции было отмечено уменьшение диаметра

вен до 121.32 ± 5.5 мкм, а при последующем мониторинге в срок до 9 недель наблюдалось уменьшение диаметра вен до 109.58 ± 3.2 мкм.

По данным ОКТ, в срок до 6 недель после проведения ЛКС лечения отек макулярной зоны полностью регрессировал. Показатели толщины сетчатки уменьшились до 135 ± 5 мкм с восстановлением характерного профиля фовеолы.

Выводы. Таким образом, разработана методика измерения диаметра и извитости сосудов заднего полюса глаза, а также величины угла между магистральными сосудами височной аркады, проведено прижизненное неинвазивное исследование морфометрии сетчатки.

Определены диагностические маркеры прогрессирования РН, а именно прогрессирующее расширение вен и повышение извитости артерий (увеличение диаметра вен до $135,65 \pm 9,85$ мкм и более, увеличение коэффициента извитости артерий свыше 1.29 ± 0.07), уменьшение величины угла между магистральными сосудами височной аркады (менее $122,85 \pm 16.21^\circ$), увеличение толщины сетчатки макулярной области (до 530 ± 5 мкм).

Вышеописанные диагностические критерии, по нашему мнению, являются объективным показанием к проведению ЛКС. Также их использование возможно с целью прогнозирования течения ретинопатии недоношенных.

Полученные нами результаты позволяют сделать вывод о высокой информативности используемых диагностических маркеров прогрессирования и эффективности прямой транспупиллярной аргон-лазерной коагуляции сетчатки в лечении 3-й пороговой стадии и задней агрессивной ретинопатии недоношенных.

Литература

1. Асташева И.Б., Сидоренко Е.И., Аксенова И.И. Лазеркоагуляция в лечении различных форм ретинопатии недоношенных // Вестн. офтальмол. – 2005. - №2. – С. 31-34.
2. Катаргина Л.А., Хватова А.В., Коголева Л.В. Проблемы и перспективы профилактического лечения ретинопатии недоношенных // Вестн. офтальмол. – 2005. - № 2. – С. 38-41.
3. Ревта А.М. Возможности диодной трансконъюнктивной лазеркоагуляции сетчатки в лечении пороговой стадии ретинопатии недоношенных // Современные возможности в диагностике и лечении витреоретинальной патологии: материалы научно-практической конф. - М., 2004. – С. 269-271.
4. Сайдашева Э.И. Факторы риска, прогнозирование, ранняя диагностика и профилактика ретинопатии: Автореф. дис. ... к.м.н. – М., 1998.
5. Axer-Siegel R., Snir M., Cotlear D. et al. Diode laser treatment of posterior retinopathy of prematurity // Br. J. Ophthalmol. 2000; 84; 1383-1386
6. McNamara J.A., Tasman W., Brown G.G. Lazer photocoagulation for stage 3+ retinopathy of prematurity // Ophthalmology. 1991; 98 (5): 576-80.
7. The committee for the classification Retinopathy of Prematurity: an international classification Retinopathy of Prematurity // Arch Ophthalmol. – 1984. – Vol. 102. – P. 1130-1134.

КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ЭНУКЛЕАЦИЙ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

А.А.Федотов., В.А.Соколов

ГУЗ Рязанская клиническая больница им. Семашко. Медицинский офтальмологический центр «ОКО». Рязань.

Актуальность. Несмотря на определенные достижения в лечении травм органа зрения, которые обусловлены появлением современных высокотехнологичных способов диагностики и обработки повреждений органа зрения, в среднем у 6% больных глазное яблоко удаляется в результате посттравматических изменений [1]. Периодический клинико-морфологический анализ ставит своей целью: оценить роль основных синдромов в причинах удаления глазного яблока при травмах глаза.

Материал и методы. Нами проанализированы 22 истории болезни больных после энуклеации с 2002 по 2005 год в связи с механической травмой глаза, включая патогистологические заключения об обнаруженных морфологических синдромах

Результаты. Удаление глазного яблока с постконтузионными изменениями проведено у 50% обследованных больных. У 7 больных на удалённых глазах ранее были выполнены хирургические вмешательства: 3 операции на хрусталике с ИОЛ, ГСЭ в связи со вторичной фактопической глаукомой и 3 ПХО. Из них в 2 случаях оперированы больные с повторными контузионными разрывами ранее травмированных слепых глаз. В том числе в 1 случае выполнена первичная энуклеация при поступлении пострадавшего с контузионным разрывом субатрофичного слепого глаза. В одном случае травма произошла на глазу с терминальной глаукомой и в одном - на оперированном ранее по поводу вторичной фактопической глаукомы. У одного пострадавшего выполнена первичная энуклеация в связи с травматическим размождением глазного яблока. Морфологические признаки субатрофии глазного яблока обнаружены в 4 случаях, явления увеита выявлены в 3 исследованиях и глаукоматозные изменения у 3 больных. Отслойка сетчатки сопровождала указанные синдромы в 4 случаях. Размеры энуклеированных глаз составили от 15 до 25 мм (в среднем 22 мм).

Проникающее ранение привело к развитию терминального состояния глаза у 8 больных (36%). В 2 случаях проникающее ранения сопровождалось внедрением инородного тела в полость глаза. Первичная энуклеация выполнена в 1 случае у пострадавшего с обширным проникающим ранением через 2 суток после получения травмы. У 2 больных энуклеация выполнена в связи с развитием гнойной язвы роговицы с перфорацией: у 1 пациента через 1,5 месяца после осколочного ранения и в 1 случае через 9 лет после травмы. Травматический вялотекущий увеит установлен у 3 больных. Давность травмы составила от 3 мес. до 30 лет. У 1 больного за 7 лет до энуклеации была выполнена реконструкция

п/к с имплантацией ИОЛ. В 2 случаях энуклеация была предпринята вследствие развития вторичной болящей глаукомы. Морфологические исследования удалённых глаз обнаружили травматическую офтальмопатию в 4 случаях, у 3 больных сопровождавшаяся субатрофией.

В 1 случае были глаукоматозные изменения. В случае свежей травмы установлены обширное проникающее ранение с гемофтальмом, в одном случае перфорация гнойной язвы роговицы и у одного больного подострый увеит с отслойкой сетчатки и корнеосклеральной шварттой. Размеры энуклеированных глаз составили от 12 до 27 мм (в среднем 20 мм).

В 3 случаях причиной энуклеации послужили последствия травм неуточнённого характера. Удаление глаза выполнено в сроки от 2 месяцев до 6 лет. Морфологические изменения обнаружили гнойную язву роговицы с эндофтальмитом, глаукоматозные изменения и увеит по 1 случаю соответственно. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение случаев энуклеации по срокам и морфологическим синдромам.

Выводы

1. Наиболее частой причиной энуклеации у больных с последствиями механических травм органа зрения являются контузии глазного яблока, которые сопровождаются субатрофией глазного яблока (в 36%), увеитом (в 27%) и вторичной глаукомой (в 27%), сопровождавшиеся отслойкой сетчатки в 36% случаев.
2. В указанной группе преобладают глаза с ранее выполненными реконструктивными и патогенетическими операциями (36%) и после ПХО - разрывов глаза (27%), что свидетельствует о тяжести первичной травмы.
3. Последствия проникающих ранений в структуре причин энуклеации состави-

Характер повреждения	Число случаев	Сроки энуклеации	Морфологический синдром			
			Субатрофия	Увеит	Глаукома	Отслойка сетчатки
Контузия	11	От 3 дней до 6 лет	4	3	3	4
Проникающее ранение.	6	От 2 дней до 30 лет	3	4	1	1
Проникающее ранение с внутриглазным инородным телом.	2					
Характер травмы не уточнён.	3	От 3 месяцев до 6 лет		1	1	

ли 36%. При этом у половины больных имелась перфорация роговицы и вторичная болящая глаукома, в 38% имел место увеит. Указанные посттравматиче-

ские изменения в 50% сопровождались травматической офтальмопатией и в 38% субатрофией глазного яблока.

4. В 60% случаев размеры удалённого глазного яблока превышали 18мм, что делает целесообразным изучение возможности применения модифицированных техник эвисцерации для формирования подвижной постэнуклеационной культи.

Литература

1. Ред. статья //Клиническая офтальмология.- 2004.- Т. 4, №3.- 2004.- С. - 93.

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ОФТАЛЬМОЛОГОВ РОССИИ.

Президент АДО, гл. редактор журнала «Российская педиатрическая офтальмология», член-корр. РАМН, заслуженный врач, заслуженный деятель науки РФ, профессор Сидоренко Е.И.,

Кафедра глазных болезней п/ф РГМУ, г. Москва

Российская детская офтальмология, благодаря усилиям наших учителей - советских офтальмологов, на 50 лет опережает мировую педиатрическую офтальмологию. Наша детская офтальмология имеет много оригинального, положительно отличающегося от мировой.

Имея много нового в организации детской офтальмологии, в методах исследования и лечения детей, следует нам активнее выходить на уровень международного общения!

Перед нами стоят следующие задачи:

- 1) Создать в Российской ассоциации детских офтальмологов широкое представительство всех регионов России,*
- 2) Войти в контакт с ассоциациями детских офтальмологов Украины, Белоруссии и стран СНГ.*
- 3) Установить контакт с ассоциациями Польской, Чешской, Словенской, Словацкой, Германской и других Европейских стран..*
- 4) Войти в состав Европейской ассоциации детских офтальмологов, добиться организации на базе нашей ассоциации Восточного филиала Европейского общества.*
- 5) Издавать бюллетень по детской офтальмологии, с отражением раз в 3 месяца новых достижений, фармакоинформацией, сообщений с мест, обменом опытом. Сегодня мы уже организовали наш печатный орган – журнал «Российская педиатрическая офтальмология».*
- 6) Ассоциация должна организовывать съезды в Смоленске, Москве, Сочи, Солнечногорске, Ставрополе, Казани, Оренбурге, Хабаровске и других городах нашей страны, Проводить конференции с международным участием, съезды Европейского общества в России.*
- 7) Планируем проводить 1-2-х недельные выездные теоретические семинары в регионы России с участием ведущих специалистов России.*
- 8) Проводить рабочие практические семинары по отработке методов исследования, техники операций, обмену опытом.*
- 9) Организовать заочную ординатуру по детской офтальмологии с 1-2-месячным пребыванием в ведущих клиниках России.*
- 11) Необходимо расширить работу в сайте ассоциации в Интернете!*
- 12) Издавать и распространять информацию по новой технике, по работе комитетов по новой технике, фармкомитета. Публиковать передо-*

вой опыт, оригинальные методы, научные разработки, методички по обследованию и лечению больных.

13) При ассоциации должны быть юрист ассоциации (отстаивающий интересы членов ассоциации), журналист (обеспечивающий интересы ассоциации в открытой печати).

10) Важной работой будет являться организация зарубежных стажировок в ведущих клиниках, обмен специалистами,

14) Международный отдел ассоциации детских офтальмологов должен осуществлять работу с зарубежными странами, Европейским и Мировым обществами детских офтальмологов, проводить обмен специалистами, зарубежные стажировки, выезды на съезды за границей (автобусы, визы, билеты). Постоянно работающий переводчик должен обеспечивать переводы статей членов ассоциации и публикации их за границей, облегчая контакты с зарубежными коллегами.

Необходимо создать региональные центры ассоциации: северо-западный, центральный, южный, Северной Сибири, Южной Сибири, Дальнего Востока, которые будут возглавлять вице-президенты ассоциации детских офтальмологов.

Приглашаем всех желающих вступить в ассоциацию присылать заявления на имя Сидоренко Е.И.: 117997 г. Москва, ул. Островитянова 1, кафедра глазных болезней п/ф РГМУ.

РАЗДЕЛ – II

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.11 – 089.87

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОВАРИОЭКТОМИИ

Р.Р.Абузяров., О.В. Анисимова., М.Г. Хлевнова

С целью выяснения частоты и показаний к овариоэктомии проведен анализ оперативных вмешательств в гинекологических отделениях областных больниц в Смоленской, Брянской, Калужской, Орловской областях в 2004 г.

За данный период выполнено 2574 операции, из них: изолированных операций на яичниках – 18,8%, сочетанных с удалением матки – 37,7%.

Основными показаниями к овариоэктомиям явились: опухоли и опухолевидные образования яичников, ГСЗ, нарушения кровоснабжения. Показания изменяются в зависимости от возраста: если в раннем и среднем репродуктивном периоде это опухоли и опухолевидные образования яичников, то в позднем репродуктивном периоде, как ни парадоксально, на первое место выходит миома матки, по поводу которой при тотальной или субтотальной гистерэктомии очень часто выполнялись субтотальные овариоэктомии.

Объем овариоэктомии находится в прямой зависимости от возраста. Наиболее часто тотальные овариоэктомии проводятся в позднем репродуктивном возрасте – 19% случаев, что в 6,6 раза больше, чем в раннем, и в 3,7 раза больше, чем в среднем репродуктивном возрасте. Субтотальные овариоэктомии производятся преимущественно в позднем репродуктивном возрасте – 55% случаев, что в 2 раза чаще, чем в раннем, и в 1,5 раза чаще, чем в среднем репродуктивном возрасте.

Радикальные операции на яичниках выполнены в 9%, субрадикальные – в 53%, а органосохраняющие только в 38% случаев.

Анализ гистологических заключений позволяет обосновать целесообразность овариоэктомиий. Гистологически оправданных (пограничные опухоли яичников, рак яичников, гибель яичниковой ткани при ишемии и гнойном расплавлении) оказалось всего 2,1%.

При изучении целесообразности овариоэктомиий по результатам гистологических исследований обращает на себя внимание высокий процент субтотальных овариоэктомиий – 47,61%, причём более чем в 50% в гистологической структуре преобладают функциональные изменения и доброкачественные процессы.

Высокая частота и радикальность при овариоэктомиях, а также последствия диктуют необходимость проведения реабилитационных мероприятий.

С целью изучения последствий овариоэктомий и особенностей реабилитации было проведено обследование 250 женщин, которые были включены в следующие группы: группа 1 – пациентки после субтотальной овариоэктомии; группа 2 – пациентки после тотальной овариоэктомии; группа 3 – пациентки после тотальной овариоэктомии, которым проводилась реабилитация препаратами для ЗГТ в непрерывном режиме; группа 4 – пациентки после субтотальной овариоэктомии которым, проводилась реабилитация КОК в прерывистом режиме.

При изучении сроков проявления и тяжести синдрома постовариоэктомии выявлено: у 100% женщин после тотальной овариоэктомии наблюдалась патологическая симптоматика, которая у 65% имела раннее начало и тяжелое течение, у 75% женщин после субтотальной овариоэктомии наблюдались отдельные патологические симптомы, которые имели отсроченное проявление и преимущественно легкое течение.

При клинико-лабораторном обследовании выявлено, что после овариоэктомии наблюдается:

- гипергонадотропное состояние, а у ряда больных тенденция к гиперпролактинемии;
- нарушение липидного обмена, снижение ЛПВП, повышение ЛПНП;
- склонность к гиперкоагуляции;
- нарастание массы тела;
- викарное увеличение яичника.

Оценку качества жизни проводили при помощи вопросника «Качество жизни женщин» Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. При этом оценивались следующие показатели: физическая активность, психическое состояние, социальное функционирование, ролевое функционирование, сексуальное функционирование, общая самооценка состояния здоровья и общая самооценка качества жизни.

Оценку ощущений проводили по 5- балльной системе. При этом больные отвечали на вопросник, исходя из следующих градаций: 1. незначительное, иногда; 2. незначительное, всегда; 3. средней степени; 4. повышенное; 5. сильное.

Исходные показатели физической активности во всех группах свидетельствовали о снижении физической активности, значительно не отличались и находились в пределах 1,8 – 2,6 балла

Только после тотальной овариоэктомии происходит ухудшение физической активности, проявляющееся в нарастании усталости, вялости, сонливости, ощущении недостатка энергии и снижения жизненного тонуса, неспособности выполнять значительные физические нагрузки. Назначение гормональной реабилитации женщинам после тотальной овариоэктомии позволяет улучшить их физическую активность.

Психическое состояние женщины после тотальной овариоэктомии проявляется в виде повышенной вероятности депрессивных состояний, нарастания тревожности, ощущения неудовлетворенности своей личной жизнью и чувства

эмоциональной нестабильности. После субтотальной овариоэктомии усиливается чувство рассеянности и невозможность концентрировать внимание.

Гормональная реабилитация позволяет коррегировать психические изменения, возникающие после овариоэктомии.

Только после тотальной овариоэктомии наблюдается изменение социального функционирования в виде усугубления конфликтов с родственниками, ограничения встреч с друзьями, нарастания нетерпимости к людям и прогрессирования желаний одиночества. Гормональная реабилитация позволяет улучшить социальную активность пациенток с синдромом постовариоэктомии.

Ролевая функция в жизнедеятельности женщины изменяется так же только после тотальной овариоэктомии. Усиливаются проблемы в трудовой деятельности, прогрессирует ограничение рабочего дня, наступает быстрая утомляемость после ведения домашнего хозяйства, изменяются отношения между супругами (половым партнером), изменяются отношения с детьми; страдает досуг. Гормональная терапия позволяет нормализовать большинство показателей ролевой функции, но не влияет на взаимоотношения с супругом.

При оценке сексуальной функции у пациенток как после тотальной, так и после субтотальной овариоэктомии выявлены следующие особенности: изменение сексуальной жизни, увеличение чувства дискомфорта во время полового акта; возрастание частоты уклонения от половых отношений; повышение чувства сексуальной неудовлетворенности; усугубление ощущения сексуальной непривлекательности. Гормональная реабилитация больных с синдромом постовариоэктомии позволяет корригировать сексуальные дисфункции.

Общая самооценка состояния здоровья показывает, что происходит смена ведущих симптомов: если до операции больных беспокоят боли внизу живота и расстройства стула, то после операции основные проблемы возникают во сне и при мочеиспускании, особенно у больных после тотальной гистерэктомии с придатками.

Закономерным является обобщающая оценка качества жизни пациентов исследуемых групп. В течение 2-3 после овариоэктомии во всех группах наблюдалось ухудшение показателей, однако, начиная с 6-го месяца наблюдения в группе больных с тотальной овариоэктомией прогрессировало ухудшение качества жизни, а в группах, получавших гормональную терапию, отмечалось улучшение и возврат показателя качества жизни к исходным значениям.

Исследования качества жизни у женщин с синдромом постовариоэктомии подтвердили эффективность данного подхода для изучения влияния заболевания на разнообразные стороны жизни пациента и расширяли представления об особенностях течения данного синдрома.

После тотальной овариоэктомии отмечается раннее начало и клинически выраженное течение СПОЭ, носящее стойкий характер и преимущественно тяжелое течение. После субтотальной овариоэктомии наблюдается субклиническое проявление СПОЭ с редуцированной симптоматикой, отсроченным клиническим проявлением, которое у 45 % больных носит транзиторный характер и преимущественно легкое течение.

Гормональная терапия у пациентов с СПОЭ улучшает качество жизни женщин, изменяет характер течения синдрома, после субтотальной овариоэк-

томии уменьшает патологическую симптоматику, препятствует викарному увеличению яичника, после тотальной овариэктомии смягчает тяжесть течения синдрома.

Литература

1. Адамян Л.В., Фролова О.Г., Аскольская С.И., Рябинкина И.Н. Использование критерия «качество жизни» для оценки эффективности медицинской помощи населению.// Вест. акуш. и гинек.- 1998.- №1.- С.- 30-33.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии.- М. : Медицинское информационное агентство, 1997.- С.- 175-194; С.- 603-650.
3. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Бескровный С.В. Заместительная гормональная терапия постовариоэктомического синдрома.// Журнал. акуш и жен. болезней.- 1999.- Вып 1.- Т. XLVIII.- с.7-11.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. –М.: Медицина, 1999. –310с.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.- СПб: Нева, 2000.- 248 с.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Т.Г. Аветисян., А.Н. Иванян., Н.Ю. Мелехова., Н.П. Ячменев

ГОУ ВПО «СГМА Росздрава»

Возникновение и развитие патологических состояний влагалищной части шейки матки – сложный и длительный процесс, многие стороны которого ещё недостаточно изучены. Патология шейки матки у женщин фертильного возраста составляет 15 - 25%. Надо отметить, что пик фоновых и предраковых заболеваний отмечается именно в этом возрасте.

В последние годы для лечения различных патологических состояний шейки матки, наряду с общепринятыми методами, широко применяются такие виды терапии как, криовоздействие, СО-2 - лазерная вапоризация, радиохирургическая фульгурация и электрохирургическое вмешательство.

Часто неоправданный радикализм при лечении гистофизиологических состояний шейки матки приводит к формированию различных патологических состояний (кератоз). Кроме этого, воздействие на шейку матки такого старого вида физического лечения как, электроконизация, порой может способствовать нарушению фертильности, патологии беременности, бесплодию. Общеизвестным является факт роста частоты невынашивания беременности и дискоординации шейки матки в родах у пациенток после электроконизации.

Целью нашего исследования явилось изучение репродуктивной функции у пациенток после оперативного лечения патологии шейки матки с применением различных методов.

Материалы и методы. Учитывая, что репродуктивная функция является важным показателем репродуктивного здоровья, функционального состояния репродуктивной системы, для изучения её нами было обследовано 200 женщин, которым проводилось лечение шейки матки. Пациентки были разделены на 4 репрезентативные группы. В I группу вошли 50 женщин, которым проводилось лечение методом электроконизации, во II группу вошли 50 женщин, которых лечили радиохирургическим методом, III группу составили 50 женщин после криовоздействия и IV группа- 50 женщин – с применением СО2-лазерной деструкции.. Показанием для различных видов оперативного лечения явились: ВПЧ - поражение шейки матки, CIN- различной степени тяжести, эктропион шейки матки в сочетании с её рубцовой деформацией. Средний возраст пациенток составил 25,1₋+0,1 год и по группам достоверно не отличался. Данные сравнивались с особенностями репродуктивного здоровья жителей города Смоленска и Смоленской области без патологии шейки матки по результатам отчетов Департамента здравоохранения.

Обследование проводилось путем анкетирования женщин с применением специально разработанного нами вопросника с последующим анализом основ-

ных показателей репродуктивной функции. Учитывались также послеоперационный период и рецидив заболевания после оперативного лечения шейки матки.

Основными показателями репродуктивной функции явились характер менструальной функции (болезненность и неприятные ощущения во время месячных, длительность менструальных выделений, объем менструальной кровопотери), особенности наступления и течения беременности, течение родов и послеродового периода.

При анализе показателей репродуктивной функции в группах сравнения мы выявили, что до проведения оперативного лечения на шейке матки характер менструальной функции, особенности наступления течения беременности, родов и послеродового периода достоверно не отличались среди пациенток всех групп. После оперативного лечения установлено, что у пациенток 1, 2 и 3 группы которым проводились соответственно электроконизация, радиохирургическая фульгурация и криодеструкция, отмечались достоверные изменения менструальной функции, какие не наблюдались у женщин 4 группы, после применения CO₂ – лазера. При анализе показателей менструальной функции в 1-й группе у 37(74%) пациенток отмечалось удлинение менструального кровотечения на 2-3 дня, обильности кровянистых выделений, во 2 и 3 группах соответственно – у 35(70%) и 32(64%) женщин. Менструации стали обильнее у 16(32%), 11(22%) и 7(14%) пациенток в 1, 2 и 3 группах. Укорочение менструального цикла в 1 группе отмечено у 5(10%), во 2 и 3 группах у 3(6%) и 2(5%) пациенток. Увеличение объема менструальной крови, удлинение менструальных выделений на 2,1+₋0,3 дня наблюдались после электроконизации, радиохирургического и криовоздействия, что, вероятно обусловлено рубцовой деформацией шейки матки, гематоцервиксом, по поводу чего у 7(14%), 3(6%) и 3(6%) пациенток из 1, 2 и 3 групп, проводилось соответствующее лечение. Отмечены также болевые и неприятные ощущения во время месячных у 15(30%), 7(14%) и 8(16%) женщин, что зависит от механического повреждения шейки матки и её рубцовых изменений. Все вышеуказанные изменения менструальной функции не отмечены у пациенток 4 группы, которым проводилась лечение методом CO₂ – лазерной деструкции.

При анализе наступления и течения беременности, родов и послеродового периода нами выявлено, что во всех группах беременность наступила самостоятельно, у 9(18%) пациенток из 1 группы, 7(14%) и 3(6%) – из 2 и 3 групп она закончилась самопроизвольным выкидышем, а в 4 -группе данной патологии не отмечено. Диагноз истмико - цервикальной недостаточности установлен у 6(12%), 3(6%) и 2(4%) женщин соответственно из первых 3-х групп, в связи с чем проведена соответствующая терапия. Угроза преждевременного прерывания беременности отмечалась у 35(70%) из 1, 32(64%) из 2, 33(66%) из 3 и у 5(10%) из 4 группы пациенток, которые получали сохраняющую терапию. Отмечено, так же преждевременное излитие околоплодных вод у 21(42%), 17(34%), 15(30%) и 7(14%) пациенток, соответственно из 4-х групп. Дистоция шейки матки, дискоординация родовой деятельности выявлены у 39(78%) женщин после электроконизации, у 33(66%) женщин после радиохирургической коррекции, у 22(44%)- после криолечения, что, по нашему мнению, связано с рубцовой деформацией шейки матки, стенозом или сращением цервикального

канала, по поводу чего роды закончились путем операции кесарево сечения. В 4 группе оперативное родоразрешение отмечено в 2-х случаях (4%), показанием которого служил клинический узкий таз. В первых 3-х группах наблюдались также разрывы шейки матки различной степени тяжести.

Диатермохирургические операции отличаются почти полной бескровностью, незначительной опасностью распространения инфекции.

Выздоровление после таких операций отмечается у 93 – 97% больных. Одним из недостатков этого лечения является трудно определяемая глубина воздействия. Преимуществом данного метода является возможность серийно-ступенчатого гистологического исследования удаленных тканей и выявление интраэпителиального рака.

Рецидив заболевания после криолечения встречался у 10 пациенток (20%), тогда как после лазерной вапоризации он встречался всего у 2 женщин (4%), что по нашему мнению, связано с меньшим повреждающим действием при адекватном применении, контролируемой глубиной деструкции. В послеоперационном периоде у пациенток первых трёх групп отмечались длительные лимфатические выделения, что не наблюдалось у пациенток после лазерной деструкции.

Важным достоинством криовоздействия являются безболезненность вмешательства ввиду быстрого разрушения чувствительных нервных окончаний, бескровность манипуляции. Но наряду с достоинствами, они также имеют ряд недостатков: неконтролируемая глубина деструкции, длительный отёк тканей, рубцовые деформации шейки матки, длительные сроки регенерации, при криотерапии, в частности, имеется риск недостаточного промораживания ткани, в результате чего не обеспечивается гибель всех патологически изменённых клеток, и, как следствие, возникновение рецидивов.

По нашему мнению, все вышеуказанные изменения репродуктивной функции в 1, 2 и 3 группах связаны с отсутствием контроля над объемом лечения.

Одним из наилучших методов лечения патологии шейки матки остаётся СО-2 лазерная вапоризация. Бесконтактное воздействие и возможность реального контроля за его глубиной, минимальное струпообразование и быстрая эпителизация – отличительные особенности лазер-коагуляции.

Выводы. Таким образом, для пациенток, которым проведены электроконизация, радиохирургическая фульгурация и криодеструкция шейки матки, характерно ухудшение репродуктивной функции, по сравнению с группой женщин, которым проведена лазерная вапоризация, и данными Департамента здравоохранения.

Литература

1. Багаудова А.И. Радиохирургическое лечение псевдоэрозии шейки матки: Автореф. дис...канд. мед. наук. – М., 1999.-23с.
2. Головина Л. И., Бохман Я.В. Лечение предопухолевых изменений шейки матки, обусловленных вирусом папилломы человека. // Материалы международной конференции «Актуальные вопросы лазерной медицины». – М.,- 1994.- С.180.

3. Заболевание шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) /Под ред. проф. В. Н. Прилепской.-2-е изд.- М.: МЕДпресс, 2000.- 170-200с.
4. Зуев В. М. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы с помощью СО-2 лазера: Автореф. дис....канд. мед. наук.- М., 1998.-25.
5. Краснопольский В. И. Применение радиохирургического прибора «Сургитрон» в амбулаторной гинекологической практике.//Сборник статей и отзывов по радиохирургии. Ellman int/ 1997.- С.- 4-6.
6. Кулаков В.И., Тохиян А.А. Проблемы злокачественных новообразований репродуктивной системы в практике гинеколога // Журн. акушер. и женск. болезней. – 2000.- С.- 9-12.
7. Лазеры в хирургии. /Под ред. О.К. Скобелкина. – М.: Медицина, 1989.- 256 с.
8. Мелехова Н.Ю. Лазерная вапоризация и эндогенные цитокины в комплексном лечении поражений шейки матки вирусом папилломы человека. Дис...д-ра мед. наук. М.-2005.- 297 с.
9. Прилепская В.Н., Карелов А.К. Клиническое использование прибора «Сургитрон». // Сборник статей и отзывов по радиохирургии. Ellman int. С. 27
10. Патология влагалища и шейки матки. \ \ Под ред. Чл. – корр РАМН, проф. В.И. Краснопольского.- М., Медицина.- 1999.- С. - 182-193.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА КОМПЛИВИТ «МАМА» У БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Г.А.Беденкова, Е.И.Мариновичева, М.П.Федянова

Смоленская государственная медицинская академия

Полноценное развитие ребенка и собственное здоровье женщины в значительной степени определяются рациональным питанием до и во время беременности. Массовые обследования, проводимые лабораторией витаминов и минеральных веществ Института питания РАМН, свидетельствуют о широком распространении скрытых форм витаминной недостаточности, так называемых полигиповитаминозов. При этих состояниях человек получает минимальные количества витаминов, достаточные, чтобы не развился тяжелый "клинический" гиповитаминоз, но совершенно недостаточные для полноценного, оптимального осуществления жизненных процессов [Кулаков В.И., 2004].

При беременности обмен минеральных веществ и витаминов значительно усложняется, так как возникает новая система – фетоплацентарный комплекс. И каждая часть этой сложной системы – внутриутробный плод, плацента, околоплодные оболочки и воды – принимает активное участие в этом процессе. При беременности и кормлении грудью потребность в витаминах и минеральных веществах возрастает в 2–4 раза. Увеличивают эту потребность также неблагоприятные экологические воздействия, курение, алкоголизм. Кроме того, повышается необходимость в витаминах и минералах при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печени, длительно протекающих болезнях, антибактериальной терапии и т.д.

Минеральные вещества (макро- и микроэлементы) в организме не синтезируются, а они необходимы для деятельности каждой клетки, поэтому являются незаменимыми факторами питания. Они входят в состав структурных элементов клетки и тканей тела, участвуют во многих процессах обмена между клетками и межклеточной жидкостью, активируют ряд ферментных систем, являются необходимыми составными частями всех биологических жидкостей и обеспечивают возможность нормальной жизнедеятельности всех клеток, тканей и органов плода. Именно витамины, минералы и микроэлементы способствуют нормальному функционированию материнского организма во время беременности и адекватному формированию плаценты и плода.

Общеизвестным является и тот факт, что использование витаминных препаратов приводит к снижению частоты развития врожденных пороков развития у плода, невынашивания, плацентарной недостаточности, гестационной анемии, снижает риск развития гестоза и других осложнений гестации.

Целесообразность использования витаминно-минеральных биологических комплексов не вызывает сомнений. Современные технологии создания

этих препаратов не допускают химического взаимодействия компонентов внутри таблетки. А строгий контроль фирмы-производителя и санитарно-эпидемиологический надзор государственных органов обеспечивают качество и чистоту этих композиций.

В последнее время наибольшее распространение в нашей стране получил витаминно-минеральный комплекс Компливит «Мама». В него входят 11 жизненно необходимых витаминов и 7 минералов. Фармакологические свойства препарата определяются свойствами витаминов и минералов, входящих в его состав. Препарат Компливит «Мама» обеспечивает восполнение витаминов и минеральных веществ в организме женщин в дородовой и послеродовой периоды.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности витаминного препарата Компливит «Мама» у беременных с фетоплацентарной недостаточностью.

Дизайн исследования

Под наблюдением находились 40 беременных, у которых гестационный процесс осложнился плацентарной недостаточностью. Пациентки были распределены на 2 группы:

группа 1 – 20 беременных, которые наряду с традиционным комплексным лечением фетоплацентарной недостаточности получали витаминно-минеральный комплекс Компливит «Мама» по 1 таблетке 1 раз в день продолжительностью от 5 до 7 недель в третьем триместре беременности (основная группа);

группа 2 - 20 женщин, получавшие терапию фетоплацентарной недостаточности (спазмолитики дезагреганты, антиоксиданты, инфузионные растворы, фолиевая кислота) без препарата Компливит «Мама» (группа сравнения).

Терапию проводили в сроки от 30-31 до 36-37 недель беременности. Повторное контрольное обследование пациенток проводили после окончания курса лечения, перед родами.

Возраст пациенток, вошедших в основную группу исследования, колебался от 18 до 42 лет, составив в среднем $25,9 \pm 2,59$ года. Контрольная группа представлена женщинами в возрасте от 17 до 40 лет, средний возраст составил $25,3 \pm 2,3$ года.

По возрасту, сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии, осложнениям беременности и основному диагнозу беременные контрольной и основной групп были репрезентативны. Первые роды предстояли 16 (80,0%) женщин основной группы и 14 (70,0%) группы сравнения. Число женщин, имевших аборт в анамнезе, составило соответственно 5 (25,0%) и 8 (30,0%). Наиболее частыми осложнениями в предыдущих беременностях и родах были самопроизвольный аборт (20%), угроза прерывания беременности (50%), гестоз (10%), гипотрофия плода (20%).

В обследование не включали женщин, имеющих тяжелые соматические и гинекологические заболевания. Экстрагенитальная патология, представленная хроническими воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы и дыхательных путей, выявлена примерно у трети беременных (у 6 – в основ-

ной и у 5- в группе сравнения), что свидетельствует о том, что у женщин беременность наступает на неблагоприятном преморбидном фоне. Наследственных заболеваний у пациенток обеих групп не отмечено.

Оценка эффективности проводилась на основании данных клинического осмотра, ультразвукового сканирования, исследования биофизического профиля плода, анализа кардиотокограмм. Всем беременным контрольной и основной группы производилось эхографическое исследование в динамике при помощи ультразвукового аппарата «Ultramark», работающего в режиме реального масштаба времени с использованием линейных и секторных датчиков частотой 5 МГц. При ультразвуковой фетометрии определялись следующие параметры: бипариетальный размер головки (БПР), диаметр грудной клетки и живота (ДГ, ДЖ), длина бедренной кости (ДБК), состояние внутренних органов плода, локализация плаценты, ее толщина и степень зрелости, объем и количество околоплодных вод. Диагностика степени и формы задержки внутриутробного роста плода осуществлялась согласно стандартам. Для определения внутриутробного состояния плода путем оценки его биофизического профиля (БФПП) использовали методику, предложенную А.М. Vintzileos и соавт. (1983). Дыхательные движения плода оценивали в продольном и поперечном сканировании туловища по характеру смещения грудной клетки и живота. Двигательную активность плода определяли на основании количества ее эпизодов и характера движений туловищем и конечностями. Тонус плода расценивали как способность разгибать конечности и позвоночник с последующим полным возвращением в исходное положение сгибания. При определении структуры плаценты учитывали степень ее зрелости на основании общепринятой классификации. Толщину плаценты измеряли в средней части, в месте впадения пуповины. Полученные результаты сравнивали с нормативными значениями. При оценке объема околоплодных вод выделяли маловодие, многоводие и нормальное количество околоплодных вод.

Кардиотокографические исследования проводились всем пациенткам при помощи аппаратов «Феталгард-2000» и «Team S 800» непрямым способом. При анализе кривых КТГ исследовались базальная частота сердечных сокращений на протяжении не менее 10 минут, вариабельность, кратковременные учащения (акцелерации) и урежения (децелерации) частоты сердечных сокращений. Оценка состояния плода проводилась согласно модифицированной шкале W.M.Fisher (1976).

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе первого исследования течения настоящей беременности (31-36 недель гестации) выявлена необходимость назначения комплексной терапии плацентарной недостаточности, что объясняется повышенными требованиями к материнскому организму и частым срывом компенсаторно-приспособительных реакций.

При интерпретации данных ультразвукового исследования мы исходили из того, что полученная информация является отражением состояния фетоплацентарной системы и ее компенсаторно-приспособительных реакций на момент

исследования. Фетометрические данные, структура плаценты и объем околоплодных вод определяются как “маркеры стабильности фетоплацентарной системы”, т.е. отражают степень стабильности, соответствия сроку беременности в процессе формирования и развития. По данным УЗИ, в III триместре внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП) была диагностирована у 7 (35%) женщин основной и у 6 (30%) – группы сравнения. Многоводие и маловодие при этом наблюдалось практически в одинаковом количестве случаев 9 (45%) и 8 (40%) - примерно у половины пациенток. Преждевременное созревание плаценты (опережение степени зрелости плаценты гестационного срока, изменение толщины) было выявлено у 40% женщин, причем в сочетании с ВЗРП у 11 (27,5%). Также ВЗРП без преждевременного созревания плаценты выявлено у 5 (12,5%) пациенток.

Согласно результатам эхографического исследования, при фетоплацентарной недостаточности чаще всего имели место нарушения со стороны дыхательных движений плода в виде укорочения эпизодов и нарушения формы дыхательных движений - у 14 (70%) основной группы и у 13 (65%) группы сравнения, двигательной активности (изолированные движения конечностями, уменьшение количества эпизодов двигательной активности) - у 12 (60%) и 11 (55%) соответственно. Происходящие изменения являются признаком возрастающей нагрузки на защитно-приспособительные механизмы и отражают угнетение их способности обеспечить адекватную защиту организма плода в ответ на гипоксию. Результаты биофизического профиля плода, соответствовавшие 7 баллам, мы получили у 65% беременных, что свидетельствовало о внутриутробном страдании плода. В контрольной группе эти показатели отмечены у 60% обследованных.

При анализе кардиотокограмм выявлено снижение адаптации плода у 18 (90%) беременных основной группы и у 17 (85%) – контрольной. При плацентарной недостаточности чаще всего патологическим образом изменяется вид акцелераций (многовершинные акцелерации или комплексы акцелерация - децелерация - акцелерация), а также отмечено нарастание количества и амплитуды децелераций. Полученные результаты свидетельствуют об угнетении реактивности сердечно-сосудистой системы плода.

При приеме витаминно-минерального комплекса Компливит «Мама» отмечалась положительная динамика со стороны фетоплацентарного комплекса у беременных основной группы. Так, задержка развития внутриутробного плода диагностировалась нами после лечения только у 2 (10%) пациенток основной группы, а в группе сравнения сохранялась у четверти (5-25%) беременных.

Нами отмечено, что нарушение образования и резорбции околоплодных вод при сроке гестации 38-39 недель выявлялось несколько чаще, чем при первом исследовании: в основной группе беременных осталось на прежнем уровне (45%), а в группе сравнения возросло в 1,5 раза и составило 60%.

Нормальное состояние плода (8-10 баллов), по данным биофизического профиля плода зарегистрировано нами более чем у половины беременных

(60%), принимавших витаминно-минеральный комплекс Компливит «Мама», и только у 45% пациенток группы сравнения.

При интерпретации кардиотокограмм после проведенного комплекса терапевтических мероприятий с использованием Компливит «Мама» количество женщин, у которых имелось снижение адаптации плода, уменьшилось на треть (12 – 60%), в то время как в группе сравнения отмечалась незначительная динамика – 75%.

Почти все беременные отметили хорошую переносимость витаминно-минерального комплекса Компливит «Мама». Побочные эффекты в виде крапивницы выявлены только у 2 (10%) пациенток.

Таким образом, применение витаминно-минерального комплекса Компливит «Мама» в комплексной терапии плацентарной недостаточности оказывает положительное действие на систему мать-плацента-плод. Учитывая хорошую переносимость, препарат можно рекомендовать практически всем пациенткам на протяжении беременности.

Литература

1. Козлова С.И. Периконцепционная профилактика врожденной патологии. Сборник материалов "Медико-генетическое консультирование в профилактике наследственных болезней". М., 1997.- С.-59-63.

2. Кулаков В.И. Комплексная пренатальная диагностика. \ \ Материалы VI Российского Форума "Мать и дитя" (Москва, 12-15 октября 2004 г.).С.- 3-6.

3. Кулаков В.И. Состояние акушерско-гинекологической помощи в современных условиях. \ \ Материалы VI Российского Форума "Мать и дитя" (Москва, 12-15 октября 2004 г.) С.- 6-7.

4. Профилактика врожденных пороков развития у плода и новорожденного (под ред. В.И. Краснопольского). М., 2001.

5. Czeizei AE. Periconceptional folic acid containing multivitamin supplementation. \ \ Eur J Obst Gynecol Reproduct Biol 1998; 78: 151-61.

6. Allen L. Biological Mechanisms That Might Underlie Iron's Effects on Fetal Growth and Preterm Birth. J Nutr 2001; 131:, 581S-9S.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИФЕПРИСТОНА ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МАЛОГО СРОКА

Г.А.Беденкова, Е.Б.Новикова

Смоленская государственная медицинская академия

В настоящее время аборт остается серьезной проблемой здравоохранения во многих странах мира, в том числе и в России. На долю связанных с абортом смертей приходится до 20%, то есть от 50000 – 60000 случаев материнской смерти, регистрируемой во всем мире. Гораздо больше женщин являются жертвами непосредственных или отдаленных последствий небезопасного аборта. В настоящее время искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин [Коновалов В.А., Курников, 2002; Мельник Т.Н., Серова О.Ф., Милованов А.П., 2001]. И поэтому стало естественным желание врачей и научных сотрудников разработать безопасный метод прерывания нежеланной беременности. Оптимальным в настоящее время считается медикаментозный аборт с использованием антипрогестагенного стероида мифепристона.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения мифепристона, применяемого в виде таблетированной однократной дозы в 600 мг (3 таблетки по 200 мг каждая), для терапевтического прерывания беременности раннего срока.

При проведении терапевтического аборта мы руководствовались Письмом МЗ РФ от 2 июля 2003 г. №2510/7213-03-32 «О применении мифепристона в акушерстве и гинекологии». Эффективность метода оценивалась по данным клинического обследования, гинекологического осмотра, ультразвукового исследования в динамике.

Под нашим наблюдением находились 80 женщин в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст – 32 ± 3 года). По данным гинекологического обследования и ультразвукового сканирования, гестационный срок составил в среднем 5,2 недели.

Из анамнестических данных нами установлено, что менструальный цикл у всех пациенток был регулярным, продолжительность цикла варьировала в диапазоне 22–33 дня (в среднем – 27 ± 2 дня), длительность менструации колебалась от 3 до 7 дней. У большинства (74 - 92,5%) обследованных менструации были умеренными, у 6 пациенток (7,5%) - обильными.

У 20 (25%) беременность была первой, 3 (3,75%) прерывали вторую беременность (первая закончилась искусственным абортом), подавляющее большинство имели в анамнезе роды или роды и аборт – 57 (71,25%).

У трети пациенток (29 из 80 – 36,2%) имелись те или иные заболевания половой сферы: хронический сальпингоофорит – 17 (21,2%), эрозия шейки матки – 10 (12,5%), 2 (2,5%) пациентки ранее перенесли послеродовой эндометрит.

С момента приема препарата кровяные выделения из половых путей появлялись через 24-48 часов и продолжались от 7 до 14 дней. Аборт протекал по типу менструалоподобной реакции. Количество теряемой крови у большинства женщин (76 – 95%) незначительно превышало объем обычной менструации. У 4 (5%) – интенсивность кровянистых выделений в первые 2 дня после приема мифепристона была больше, чем обычная менструация, что потребовало проведения дополнительной гемостатической терапии (викасол, дицинон, окситоцин).

Около половины женщин (38 - 47,5%) при проведении медикаментозного аборта не предъявляли никаких жалоб, примерно у трети - 24 (30%) отмечались умеренные абдоминальные боли, 4 (5%) обследованным потребовалось назначение обезболивающих препаратов, 5% пациенток отмечали общую слабость, 10 (12,5%) – предъявляли жалобы на тошноту.

По данным эхографии в динамике, у всех пациенток к моменту контрольного осмотра, который проводился через 7-10 дней, плодное яйцо в полости матки не определялось.

У 78 из 80 (97,5%) пациенток наблюдался полный выкидыш, остатки плодного яйца в полости матки были обнаружены у 2 (2,5%) исследуемых, в связи с чем было выполнено выскабливание полости матки.

Таким образом, мифепристон является эффективным, безопасным и перспективным лекарственным препаратом, применяемым с целью прерывания беременности раннего срока (до 42 дней аменореи) в амбулаторных условиях, под строгим контролем врача, с четким соблюдением показаний и противопоказаний.

Литература

1. Баринов СВ., Безнощенко Г.Б. Материнская смертность и нелегальные аборты // Ж. акуш. и женск. болезней. 2000. № 1.- С.- 79—80.
2. Коновалов В.А., Курников В.С. Медико-социальные аспекты проблемы регулирования рождаемости в современных условиях // Мат. IV Рос. форума. М., 2002. - С. - 43-44.
3. Кулавский В.А., Даутова Л.А. Меди ко-социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья // Мать и дитя: Мат. IV Рос. форума. М., 2002.- С. - 50-52.
4. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии // Акуш. и гин., 2002. - № 5.- С. 3—5.
5. Мельник Т.Н., Серова О.Ф., Милованов А.П. Современные технологии «безопасного аборта»//Мать и дитя: Мат. III Рос. форума, 2001.- С. - 259-260.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Т.В. Грибко., Дмали Мойз И., Л.С. Киракосян.,
С.С. Павлова

МЛПУ КБ №1, родильное отделение, Смоленская государственная медицинская академия

Представлены результаты особенностей течения адаптации новорожденных в ранний неонатальный период матерей с осложненным течением беременности на фоне различной соматической патологии и хронической фетоплацентарной недостаточности. Показано, что дети, испытавшие хроническую внутриутробную гипоксию, в периоде ранней адаптации имеют неврологические, гемодинамические расстройства и замедленное становление выделительной функции почек.

Течение гестационного процесса во многом зависит от состояния материнского организма. Последний зависит от многих факторов. Прежде всего, от состояния соматического здоровья женщины во время беременности, осложненной беременности и состояния репродуктивной системы. Актуальность проблемы обусловлена серьезными последствиями неблагоприятного влияния этих факторов на плод и новорожденного ребенка.

Цель исследования: выделить неблагоприятные факторы антенатального периода, определяющие нарушения адаптации новорожденных в ранний неонатальный период для прогнозирования дальнейшего лечения и наблюдения за ребенком на первом году жизни.

Обследовано 56 доношенных новорожденных с нарушениями адаптации в раннем неонатальном периоде (первая группа) и 15 новорожденных неонатальный период у которых протекал без отклонений от физиологического течения (вторая группа).

Группа детей, ранний неонатальный период у которых протекал без патологических отклонений, антенатально развивалась при физиологическом течении беременности. Соматическая патология матерей была представлена у двоих женщин вегето-сосудистой дистонией и у одной женщины хроническим пиелонефриом вне обострения.

Дети, имеющие отклонения в течении раннего неонатального периода, родились от соматически больных женщин, с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом, развивались при осложненном течении беременности.

Первое место среди соматической патологии у матерей первой группы занимала анемия легкой степени (76,5%), вегето-сосудистая дистония (38,3%), хронический и гестационный пиелонефрит (18,5%), патология сердечно-

сосудистой системы (16%), бронхиальная астма (5,9%), врожденные пороки развития сердца (3%), хроническая патология органов желудочно-кишечного тракта (3%). У каждой четвертой беременной первой группы имелось два и более соматических заболевания.

Наличие серьезной соматической патологии у женщин первой группы предполагало осложненное течение беременности. Так, угроза прерывания беременности наблюдалась у 76% женщин, преобладали женщины с угрозой до 16 недель. У каждой второй беременной вторая половина беременности осложнилась сочетанным гестозом на фоне серьезной соматической патологии и формированием хронической внутриутробной гипоксии и хронической фетоплацентарной недостаточности с нарушением кровотока в маточном и плацентарном звене (42%), а у четверых женщин (7,1%) было выявлено нарушение кровотока и в вене пуповины плода.

Спонтанные роды произошли у 55,3% женщин, способом планового кесарева сечения родоразрешились 54,7% беременных. Каждый третий новорожденный (19 детей) родился в асфиксии различной степени тяжести. Так, на первой минуте оценка по шкале Апгар 6-7 баллов была выставлена 10 (53%) новорожденным из числа родившихся в асфиксии, 4-5 баллов 6 детям (31,5%) и 3 балла 3 младенцам (15,7%). Необходимо отметить, что дети, рождавшиеся через естественные родовые пути, имели достоверно ($R < 0,01$) ниже оценку по шкале Апгар на первой минуте после рождения, что указывало на снижение адаптационных способностей плода в родах и быстрый спад их функциональной активности.

В состоянии средней тяжести родилось 57,1% новорожденных матерей с осложненным течением беременности и соматической патологией. Тяжесть состояния была обусловлена синдромом угнетения ЦНС у 25% младенцев, синдромом повышенной возбудимости у 17,1% и внутричерепной гипертензии у 15%. У подавляющего большинства новорожденных с синдромом угнетения ЦНС и внутричерепной гипертензией выявлялась бледность и сухость кожных покровов, положительный симптом «белого пятна», акроцианоз стоп и ладоней, снижение периферической температуры на конечностях.

Средние показатели пульса в первые сутки раннего неонатального периода у новорожденных первой группы составили $128,9 \pm 5,9$ уд/мин, в то время как у новорожденных второй группы этот показатель составил $144,0 \pm 7,5$ уд/мин.

Средние показатели артериального давления у новорожденных первой группы составили 52/28 мм рт. ст., во второй группе - 64/35 мм рт. ст.

Таким образом, младенцы второй группы, матери которых имели осложненное течение беременности и соматическую патологию, в периоде адаптации имели более низкие показатели пульса и артериального давления, которые сочетались с признаками нарушенной микроциркуляции в первые сутки после рождения. Данные гемодинамические расстройства не могли не сказаться на становлении выделительной функции почек у новорожденных первой группы. Так, первое мочеиспускание у новорожденных второй группы произошло в среднем через 3,5 часа, в то время как у детей первой группы через 7 часов 45 минут. Средний суточный диурез у здоровых новорожденных составил в среднем 68,7 мл (0,8 мл/кг/час), у новорожденных основной группы 44,3 мл (0,45 мл/кг/час).

Выявленные нарушения в периоде ранней адаптации новорожденных матерей с осложненным течением беременности и соматической патологией сви-

детельствуют, что внутриутробная хроническая гипоксия, сочетающаяся с фетоплацентарной недостаточностью, приводят к гипоксическому поражению ЦНС, гемодинамическим расстройствам и нарушению становления выделительной функции почек в первую неделю после рождения. Делают угрожаемыми этих младенцев по развитию отдаленных неврологических осложнений, изменениям центральной и региональной гемодинамики.

Литература

1. Основы перинатологии. Н.П.Шабалов.- С-Пб, -2002.
2. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение.\\ О.Н.Оржанова, Н.Г.Кошелева, - ООО «издательств Н-Л», 2001.
3. Современные лабораторные возможности в мониторинге беременности. Г.Н.Федоров, В.Н.Григорьева, Смоленск, 2002 г.
4. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей.- М.:РКИ Северопресс,2001.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ МАТЕРЕЙ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Т.В. Грибко ., Т.А. Густоварова ., О. Л. Щербакова ., Н.Г. Челомбитько

МЛПУ КБ №1, родильное отделение, Смоленская Государственная медицинская академия

Наиболее частым методом оперативного родоразрешения в современном акушерстве является кесарево сечение. В последние годы отмечается тенденция к увеличению этого метода родоразрешения. Традиционно, как правило, женщина, имеющая в анамнезе первое кесарево сечение, родоразрешается повторно оперативным путем в плановом порядке, до начала родовой деятельности, досрочно на 1-2 недели. В связи с этим возникают проблемы развития дисадаптационного синдрома у новорожденных, которые родились путем повторного абдоминального кесарева сечения.

Целью исследования явилось изучение особенностей ранней адаптации новорожденных матерей с рубцом на матке, роды у которых проходили через естественные родовые пути и путем планового абдоминального кесарева сечения.

Обследовано 16 пар мать-дитя, после родов через естественные родовые пути, но у женщин в анамнезе было кесарево сечение (первая группа) и 22 пары мать-дитя после операции кесарево сечение в плановом порядке, до начала родовой деятельности (вторая группа).

Обследованные женщины сопоставимы по возрасту, перенесенным и сопутствующим экстрагенитальным и гинекологическим заболеваниям, течению данной беременности.

Женщины первой группы родоразрешались в подавляющем большинстве при сроке беременности 40 недель, за исключением двух самостоятельных родов в 37 недель. Во второй группе большинство беременных (86%) родоразрешены путем планового кесарева сечения в 38 недель беременности и только 14% при сроке беременности 39-40 недель.

Продолжительность родов у женщин первой группы в среднем составила 5,5 часов + 28 минут. У каждой третьей женщины роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности и родостимуляцией окситоцином. Раннее излитие околоплодных вод произошло у 12,5% родильниц первой группы.

Родилось 16 живых доношенных детей, средней массой 3348,0 + 107,0 граммов от матерей первой группы. Все новорожденные на первой минуте были оценены по шкале Апгар 8,13 + 0,06 баллов, на пятой минуте 93,8% младенцев получили по шкале Апгар 9 баллов.

У женщин родоразрешенных оперативно в плановом порядке, так же родилось 22 живых доношенных новорожденных средней массой 3483,2 + 94,1 грамма. Оценка по шкале Апгар у детей этой группы была достоверно ниже на первой минуте ($R < 0,01$) и составила всего 7,8 + 0,08 балла. Оценка по шкале Апгар у каждого 4 ребенка второй группы имела монотонный характер, что

подтверждало нарушение самых ранних процессов адаптации младенцев после рождения.

На пятой минуте достоверных различий в оценке по шкале Апгар у новорожденных обеих групп мы не выявили. Однако дети второй группы, получившие более низкую оценку на первой минуте жизни, в 30% потребовали масочной ИВЛ, так как родились в состоянии вторичного апноэ.

В удовлетворительном состоянии родилось 81,3% новорожденных первой группы и только 66,6% во второй группе. В состоянии средней тяжести в 2,6 раза больше родилось детей, появившихся на свет путем абдоминального кесарева сечения до начала родовой деятельности. Тяжесть состояния этих детей была обусловлена признаками морфологической и функциональной незрелости (45,5%). В первой группе таких детей было всего 6,3%. С синдромом задержки фетальной жидкости родилось во второй группе 6 детей (27,2%), в первой группе таких детей нам не встретилось, за исключением двоих новорожденных, которым был выставлен диагноз ателектазы легких на фоне функциональной незрелости. Во второй группе таких детей было в три раза больше.

Пастозность лица, мягких тканей головы, стоп и голеней была выявлена у 18,7% новорожденных первой группы и у 72,7% новорожденных второй группы. Отечный синдром носил преходящий, кратковременный характер, ликвидировался самостоятельно на 3-4 сутки раннего неонатального периода.

Однако у каждого 4 ребенка второй группы отечный синдром был второй степени, носил более распространенный характер и ликвидировался только к концу раннего неонатального периода.

Неврологические расстройства гипоксического характера были выявлены у 12,5% новорожденных первой группы и у 27,2% детей второй группы. Во второй группе преобладал синдром умеренного угнетения ЦНС, что настораживало в плане сохранения неврологической симптоматики на первом месяце жизни. У одного ребенка первой группы при нейросонографии диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние первой степени. У двоих детей второй группы имелась кефалогематома теменной кости и перелом ключицы.

Физиологическая желтуха встречалась у новорожденных обеих обследованных групп. Однако в первой группе она диагностирована у 25% новорожденных, в то время как у детей второй группы желтушное окрашивание кожных покровов имело более чем у 50% новорожденных. В два раза чаще во второй группе новорожденных желтушное окрашивание кожных покровов имело более интенсивный характер, а показатели непрямого билирубина превышали 250 мкмоль/л на 4-е сутки жизни.

Убыль первоначальной массы тела у детей обеих групп не превышала физиологические пределы и составила 4,58% в первой группе и 4,74% во второй группе. Однако к моменту выписки из родильного дома 31,3% новорожденных первой группы восстановили свой первоначальный вес и только 16,6% детей второй группы выписаны домой с восстановленной массой тела.

Таким образом, при отсутствии противопоказаний, родоразрешение женщины с рубцом на матке через естественные родовые пути является методом выбора для профилактики дисадаптационного синдрома ее будущего младенца.

Литература

1. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комисарова Л.М. «Кесарево сечение» - М.: Триада-Х, 2004. – 320 с.

2. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты) // Дис. д-ра. мед. наук. – М., 1996. – 362 с.
2. Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J.A Guide to effective care in pregnancy and childbirth // Sweden, 1999.
3. Flamm B.L. Vaginal birth after cesarean // Best Practice a. Resarch Clin Obstet. Gynecol.- 2001. – Vol. 15. – N 1. – P. 81-92.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Т.А.Густоварова, Е.В. Болвачева, А.Н. Иванян, А.Е. Доросевич, И.А.Бехтерева, О.Л. Щербакова

Смоленская государственная медицинская академия

В связи с широким распространением абдоминального родоразрешения перед акушерами в настоящее время стоит проблема ведения последующих беременностей и родов у женщин с оперированной маткой.

Одним из путей уменьшения повторных кесаревых сечений и тем самым снижения общего количества кесарева сечения является ведение родов через естественные родовые пути.

Успех влагалищных родов обусловлен состоянием рубца.

Нами было проведено морфологическое исследование неизменного миометрия, взятого при выполнении планового кесарева сечения у 40 первородящих первобеременных женщин.

Показаниями для кесарева сечения явились: тазовое предлежание плода, миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, первородящие старше 35 лет.

У пациенток гинекологический анамнез не был отягощен, отсутствовали тяжелая экстрагенитальная патология и осложнения беременности.

При патоморфологическом исследовании были выявлены два варианта морфологического строения миометрия при доношенном сроке беременности. Использовали окраску: гематоксилин и эозин, по Ван Гизону, по Габу-Дыбану и моноклональные антитела (коллаген 4 типа, ламинин, фактор Виллибранта)

Первый вариант характеризовался тем, что гипертрофированные мышечные волокна располагались упорядочено, отсутствовали явления дистрофии в миоцитах, они были окружены тонкими соединительнотканными волокнами с адекватной васкуляризацией.

При втором варианте, который отмечался в каждом третьем наблюдении, определялись мышечные волокна с интенсивной гипертрофией в миоцитах, отмечены выраженные явления дистрофии 2-х типов: гиалиново-капельная и вакуольная. Грубые десмопластические изменения характеризовались не только выраженным периваскулярным склерозом в капиллярах и венулах, но и вокруг лейомиоцитов, создавая плотный соединительнотканый каркас, который был вокруг одиночных миоцитов и целых групп.

При 2-м варианте, в отличие от 1-го, в морфологическом строении, отмечена выраженная экспрессия коллагена 4-го типа на базальных мембранах и соединительно-тканых прослойках гладких мышечных и коллагеновых волок-

нах. Также при 2-м варианте отмечалась умеренно выраженная экспрессия ламинина в эндотелиальных клетках.

При 1-м варианте экспрессия коллагена была слабо выражена, ламинин в клетках отсутствовал.

Экспрессия фактора Виллибранта была умеренно выраженной во всех наблюдениях, что было расценено нами как реакция на повреждение тканей.

Таким образом, проведенное морфологическое исследование позволяет предположить, что у пациенток, исходно имеющих десмопластические изменения в строении миометрия, возможно формирование соединительнотканного рубца с выраженными процессами склероза и гиалиноза.

Нами также было проведено морфологическое исследование иссеченных рубцов на матке при выполнении повторного кесарева сечения у 80 пациенток. Рубец иссекался полностью, материал для исследования забирался из нескольких участков.

По результатам морфологической картины все пациентки были разделены на 2 группы (1,2).

В 1-ю группу вошли 49 (61,2%) пациенток, у которых в гистологических препаратах мышечные волокна имели типичное строение. Между пучками мышечных волокон - рыхлая соединительная ткань. Умеренная дистрофия мышечных волокон с явлениями периваскулярного склероза. Практически во всех наблюдениях мышечные волокна были окружены тонким соединительнотканым каркасом, где имелась гипертрофия миоцитов. В отдельных наблюдениях отмечались резкое утолщение соединительнотканного каркаса и атрофия мышечных волокон. В этой группе отмечалась умеренная или слабо выраженная экспрессия коллагена 4 типа и фактора Виллибранта и практически во всех случаях отсутствовала детекция ламинина.

Во вторую группу вошли 31 (38,8%) пациентки, у которых морфологически имелись признаки неполноценной регенерации рубца - преобладали процессы склероза и гиалиноза, с выраженной атрофией мышечных волокон. В 50% наблюдений были видны фрагменты шовного материала, вокруг выраженное разрастание соединительной ткани, лейкоцитарная инфильтрация, гигантские клетки типа инородных тел. В 5 случаях выявлен эндометриоз рубца. Экспрессия коллагена от умеренной до выраженной, ламинина от слабо выраженной до умеренной. Почти во всех наблюдениях отмечалась слабая детекция фактора Виллибранта.

Полученные данные морфологической несостоятельности рубца были сопоставлены с клиническими и экоскопическими признаками его несостоятельности.

При анализе гинекологического анамнеза, интра- и послеоперационных осложнений во второй группе у 53% женщин выявлены факторы риска формирования неполноценного рубца (ОАГА: выскабливание полости матки у 12 пациенток, из них у 10 был произведен медицинский аборт, у 2 РДВ - 2 по поводу полипа эндометрия, хронические воспалительные заболевания женских половых органов отмечались у 13; интраоперационные осложнения: кровотечение в 2 случаях, продление разреза на матке в 3 случаях; в послеоперационном пе-

риоде – эндометрит зафиксирован в 5 наблюдениях, раневая инфекция в 3-х). Можно предположить, что у части пациенток формирование неполноценного рубца было обусловлено имеющимися десмопластическими изменениями в миометрии. Информативность УЗИ - исследования составила 72%.

За период с 2004 по сентябрь 2006 года по родильному стационару КБ №1 г. Смоленска проведено 211 родов у женщин с рубцом на матке; из них путем повторного кесарева сечения – 155 (73,4%). Родоразрешены через естественные родовые пути 56 (26,5%). Однако, если провести анализ частоты родоразрешения через естественные родовые пути по годам, то четко прослеживается увеличение числа консервативных родов: в 2004г. всего с рубцом на матке - 94, повторное к/с 80 ерп- 14 (14,9%), в 2005, всего - 67, повторное к/с -45 ерп-22 (32,8%); за 9 месяцев 2006г. – всего 50, повторное к/с 30, ерп -20 (40%)

Критерием отбора пациенток для родов через естественные родовые пути служили:

1. Отсутствие абсолютных противопоказаний для родов через естественные родовые пути

2. Неосложненное течение послеоперационного периода после первого кесарева сечения.

3. Отсутствие клинических признаков несостоятельности рубца (боль, чувство жжения, болезненность при пальпации в области предполагаемого рубца на матке).

4. По данным УЗИ: (истончение рубца не более 3-4 мм, его однородность, васкуляризация).

5. Желание женщины.

Ведение родов через естественные родовые пути было запланировано у 72 пациенток. Из них у 25 была проведена их индукция и у 47 самопроизвольное начало. У 56 произошли влагалищные роды, у 16 закончились экстренным кесаревым сечением в связи с возникшими акушерскими осложнениями (аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции – 10, клинически узкий таз – 3, острая гипоксия плода – 1, клинические признаки несостоятельности рубца на матке -1).

Необходимо отметить, что аномалии родовой деятельности являлись наиболее частым осложнением при ведении родов у пациенток с рубцом на матке. При программированных родах данное осложнение встречалось более чем в 50%, при самопроизвольных родах - не более чем в 20%. Средняя продолжительность самопроизвольных родов в среднем составила 6 часов 40 минут, при программированных - 8 часов 30 минут.

Таким образом, наши данные согласуются с исследованиями, проведенными в МОНИАГ, о том, что самопроизвольное начало родовой деятельности является предпочтительным, чем программированные роды.

Во всех случаях проводили контрольное ручное обследование полости матки, кровопотеря в родах была физиологической в 95% случаев.

Таким образом, проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Морфологическое исследование миометрия при выполнении первого кесарева сечения позволяет прогнозировать вариант репаративной регенерации рубца в послеоперационном периоде.

2. По нашим данным, что согласуется с исследованиями целого ряда отечественных и иностранных ученых, более чем у 40% женщин с рубцом на матке возможны роды через естественные родовые пути.

3. Индукция родов у женщин с рубцом на матке значительно повышает риск аномалий родовой деятельности, что ведет к повторному кесареву сечению.

Литература

1. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Магилевская Е.В. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой // Журнал акушерства и женских болезней – 2003. – Т. LII. – Выпуск 1. – С.- 20-25.
2. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты) // Дис. д-ра. мед. наук. – М., 1996. – 362 с.
3. Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J.A Guide to effective care in pregnancy and childbirth // Sweden, 1999.
4. Flamm B.L. Vaginal birth after cesarean // Best Practice a. Resarch Clin Obstet. Gynecol.- 2001. – Vol. 15. – N 1. – P. 81-92.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА

А.М. Зеньков

Женская консультация № , г. Ростов

Организм женщины, приспособляясь к беременности, постепенно включает сложные механизмы адаптации с изменением функции всех без исключения систем. Искусственный аборт, даже при благоприятном течении операции и раннего послеоперационного периода, сопровождается внезапным срывом адаптации, организм женщины не успевает адекватным образом отреагировать на прерывание беременности [1, 10]. Из поврежденного эндометрия в центральную нервную систему поступает поток патологической импульсации, вызывающий возбуждение вегетативных центров гипоталамуса и развитие «гипоталамического стресса». Временные нарушения циклической продукции гипофизом ЛГ ведут к ановуляции и недостаточности желтого тела [2, 14].

Истинная частота поздних послеабортных осложнений точно неизвестна [1, 9]. Хотя традиционно считается, что наиболее частым осложнением искусственного аборта являются воспалительные заболевания половой системы (10-20%), эндокринные нарушения в системе репродукции, по данным литературы, встречаются у 40-70% пациенток, прервавших беременность [8, 12]. Вполне естественно, что оба осложнения, и воспалительного, и эндокринного характера, тесно связаны между собой, провоцируют и потенцируют друг друга. Кроме того, гормональная дисфункция проявляется через определенный интервал времени, поэтому не всегда можно четко проследить ее взаимосвязь с абортом.

Одним из факторов, определяющих вероятность развития осложнений, является методика прерывания беременности. Бесспорно, что в настоящее время медикаментозный аборт является относительно безопасной альтернативой традиционному хирургическому вмешательству. Однако высокая стоимость манипуляции делает этот метод прерывания малодоступным для широкого использования. Из методов хирургического прерывания предпочтительным являются миниаборты, проводимые методом вакуум-аспирации плодного яйца. Они практически не травмируют мышцу и базальный слой эндометрия, что снижает частоту послеабортных осложнений, особенно ранних. Известно, что у большинства женщин уже в ближайшие 1-2 месяца после аборта менструальный цикл восстанавливается, однако у 20-27% женщин имеются его нарушения [2, 11].

Учитывая негативное влияние аборта на репродуктивную функцию женщины и тот факт, что основная часть прервавших беременность женщин заинтересована в сохранении репродуктивной функции, необходимость проведения реабилитационных мероприятий не вызывает сомнений. Особенно остро стоит

вопрос о предупреждении повторных абортов, так как вероятность гормональных нарушений в этом случае возрастает в несколько раз. При выборе метода контрацепции в послеабортном периоде необходимо учитывать его возможное негативное влияние на репродуктивную функцию [5]. По данным Л.В.Ткаченко, А.Г. Раевского (2004), самые низкие показатели гинекологической заболеваемости были выявлены в группе женщин, использовавших после абортов гормональные контрацептивы. Протективный эффект ОК в данном случае заключается в их супрессивном влиянии на выработку гонадотропинов и обеспечении "покоя" для всей репродуктивной системы на время их приема [12, 13, 15].

Кроме влияния на репродукцию, при выборе методов контрацепции необходимо учитывать наличие экстрагенитальных заболеваний. Статистические данные свидетельствуют, что в популяции увеличивается число женщин с наличием соматических проблем, которые часто ограничивают возможность использования гормональной реабилитации.

Среди этих состояний нужно выделить ожирение, которым страдают около трети населения земного шара, и этот показатель неуклонно растет. Прогнозы экспертов ВОЗ предполагают, что к 2010 г частота его увеличится еще на 8% [6, 7, 16, 18]. Социальные слои населения с низким образовательным уровнем имеют больший риск ожирения как в целом в популяции. Возможно, отсутствие самоконтроля, недостаточная мотивация необходимости поддержания красивых с эстетической точки зрения и здоровых форм тела, недооценки риска развития осложнений ожирения и его последствий приводят к увеличению риска ожирения. Именно в этой группе показатели использования современных контрацептивов крайне низкие, и в качестве основного метода контроля рождаемости используется аборт [9, 15, 17].

Избыточное накопление жира и развитие сложных метаболических нарушений, инсулинрезистентность приводят к изменению секреции гонадотропного релизинг-гормона, гормонов передней доли гипофиза, половых стероидов, в частности андрогенов, гормонсвязывающего глобулина, что увеличивает риск развития нарушений менструальной функции [7]. Среди пациенток с ожирением, особенно у инсулинрезистентных, высока частота бесплодия. Однако в ряде случаев, особенно на фоне специфической терапии или некоторой потери массы тела, фертильность может восстанавливаться. Беременность бывает не всегда желанной, в связи с чем женщина прибегает к аборту, который усугубляет существующая гормональная дисфункция [3, 4]. В связи с этим профилактика гормональных нарушений у этих женщин особенно актуальна. Однако назначение гормональной контрацепции часто ограничено опасениями врачей и самих пациенток: как эти препараты повлияют на метаболизм при наличии дислипидемии, гиперинсулинемии, сердечно-сосудистой патологии, артериальной гипертензии, гиперкоагуляции и т.д. Так, если после проведения послеабортного консультирования КОК соглашаются принимать около трети пациенток, то среди женщин с избыточной массой тела - единицы [8, 19]. Отсутствие адекватной послеабортной реабилитации ведет к усугублению имеющихся гормональных и метаболических нарушений у пациенток с ожирением, прогрессированию соматических расстройств и репродуктивных проблем [4, 20, 21].

Таким образом, послепероральная реабилитация пациенток с избыточной массой тела и ожирением является весьма сложной и актуальной проблемой современной гинекологии. Разработка методов профилактики гормональных нарушений и адекватной контрацепции у этих пациенток будет способствовать сохранению не только репродуктивного, но и общесоматического здоровья.

Литература

1. Захаров С. Растет ли российская рождаемость. \ Планир. семьи. 2004.- № 1.- С.- 11-14.
2. Каримова Ф.Д. Профилактика осложнений искусственного аборта. \ Акуш. и гин. 2001.- № 2.- С.- 55-56.
3. Консультирование в связи с абортом (из руководства ВОЗ). \ Планир. семьи. 2004.- № 1.- С. - 30-32.
4. Мкртумян А.М. Почему и как следует осуществлять коррекцию массы тела женщины без ущерба ее репродуктивной функции. \ Гинекология. 2004.- № 6 (4).- С.- 164- 167.
5. Пестова Т.И., Брюхина Е.В., Пестов А.С., Гояннич О.И. Состояние здоровья женщин, "сверхдлительно" использовавших внутриматочную контрацепцию. \ Мат. V Росс. форума "Мать и дитя". 2003; С.- 416-417.
6. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Сумятина Л.В. Метаболические эффекты низкодозированного контрацептива Ярина у пациенток с нормальной массой тела и умеренным ожирением. \ Гинекология. 2005.- № 7 (3).- С.- 39-43.
7. Прилепская В.Н., Цаллагова Е.В. Проблема ожирения и здоровье женщины. \ Гинекология. 2005.- № 7 (4).- С.- 27-30.
8. Радзинский В.Е., Семятов С.М. Реабилитация репродуктивного здоровья после хирургического аборта. 2006.- № 8 (1).- С.- 17-22.
9. Савельева И.С. Критерии приемлемости использования низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов (2-я редакция ВОЗ). \ Гинекология. 2002.- № 4 (2).- С.- 5-7.
10. Сакевич В. Аборт или контрацепция: что выбирают российские женщины. \ Планир. семьи. 2004.- № 1.- С.- 27-30.
11. Серов В.Н. Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов \ РМЖ. 2004.- № 12 (1).- С.- 46-48.
12. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Оральные контрацептивы в сохранении и восстановлении репродуктивного здоровья. \ Гинекология. 2004.- № 6 (5).- С.- 4-8.
13. Шаповалова К.А., Тарасова М.А. Психологические особенности пациенток, влияющие на выбор и приемлемость метода контрацепции. \ Журн. Рос. общества акуш.-гин. 2006.- № 2.- С.- 26-28.
14. Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Рыскельдиева В.Т., Тургунбаева З.А. Гинекологическая заболеваемость и нарушение репродуктивной функции у женщин в зависимости от метода регуляции рождаемости. \ Гинекология. 2004.- № 6 (6).- С. - 29-32.
15. Burkman R, Schlesselman JJ, Zieman M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. \ Am J Obstet Gynecol. 2004 Apr;190(4 Suppl):S5-22.
16. Chuang CH, Chase GA, Bensyl DM, Weisman CS. Contraceptive use by diabetic and obese women. Womens Health Issues. 2005 Jul-Aug;15(4):167-73.

17. Dayal M, Barnhart KT. Noncontraceptive benefits and therapeutic uses of the oral contraceptive pill. *Semin Reprod Med* 2001; 19 (4): 295–303.
18. Grimes DA, Shields WC. Family planning for obese women: challenges and opportunities. *Contraception*. 2005 Jul;72(1):1-4.
19. Kaunitz AM. Noncontraceptive health benefits of oral contraceptives. *Rev Endocr Metab Disord* 2002; 3 (3): 277–83.
20. Kosasa TS, Nakayama RT. Noncontraceptive health benefits of the oral contraceptive pill. *Hawaii Med J* 1998; 57 (8): 591–2.
21. Murray P, Sucato G, Stradtman E, Kives S. Medical and other noncontraceptive uses of combined oral contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16 (4): 243–52.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У КУРЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ

И.В. Котикова., В.Н. Покусаева

Смоленская государственная медицинская академия

Неблагоприятное действие табакокурения на организм человека известно с давних времен. Сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, патология органов дыхания, психоэмоциональные нарушения и сексуальные расстройства – неполный перечень последствий этой пагубной привычки. Актуальность проблемы обусловлена широким распространением курения, особенно среди беременных. По данным ВОЗ (2004), курение среди молодежи и беременных женщин приняло характер эпидемии. Так, на момент установления беременности курят более половины пациенток (52-54%) в США, 43% - в Великобритании, 40% - в Австралии. Однако на протяжении всей беременности в США курят 20-30% всех беременных [4]. Парадоксально, что, осознавая все пагубное влияние табака на здоровье будущего ребенка, почти 90% женщин продолжают курить, и только 6% отказываются от этой привычки в различные сроки беременности, а 4% - перед родами. И хотя достоверных статистических данных о распространении курения среди беременных женщин в России нет, вероятно, ситуация аналогична мировым показателям.

В последние десятилетия накоплено большое количество информации о вредном влиянии курения на течение беременности и внутриутробный плод: увеличивается риск спонтанного аборта, преждевременных родов, перинатальной смертности, нарушений психомоторного развития ребенка.

Табачный дым оказывает непосредственное влияние на функцию дыхательной системы беременной, уменьшает поступление кислорода к плоду. Органы дыхания играют ключевую роль в биотрансформации компонентов табачного дыма. Практически все клеточные элементы респираторной системы под влиянием токсических компонентов табачного дыма активируются и участвуют в воспалительной реакции, ключевая роль в которой принадлежит нейтрофилам. Курение приводит к 10-кратному увеличению количества нейтрофилов в дистальных отделах респираторной системы, их миграции через межэндотелиальное пространство. В условиях массивного скопления нейтрофилов происходит разрушение структурных элементов альвеол, прикрепленных к терминальным бронхам, и формирование эмфиземы. Второй элемент патогенного воздействия нейтрофилов – это оксидативный стресс, выделение большого количества свободных радикалов, обладающих токсическим действием непосредственно на

ключевые структуры легких: соединительную ткань, липиды, ДНК, протеины, усиливающих синтез гликоконъюгатов слизи эпителиальными клетками, нарушающих функцию ресничек. Под влиянием табачного дыма нарушаются реологические свойства слизи (соотношения фракций гель/золь), снижается ее антибактериальный потенциал, создаются благоприятные условия для колонизации микрофлоры, способствующей развитию воспалительного процесса. В результате хронического воспаления происходит ремодулирование бронхов с увеличением подслизистого слоя (отек, отложение протеогликанов, коллагена), размеров и числа слизистых и бокаловидных клеток, бронхиальной микрососудистой сети, а также гипертрофии и гиперплазии мускулатуры воздухоносных путей.

Нарушение структуры дыхательных путей ведет к изменению их функции. Так, у курящих людей, как правило снижен объем форсированного выдоха за 1 секунду ($ОФВ_1$), причем отмечается быстрое снижение данного показателя по сравнению с бросившими курить и никогда не курившими людьми. Отмечается снижение ИТ (индекс Тифно = $ОФВ_1 / ЖЕЛ$) и МОС 75%, т.е. показателей, которые являются наиболее ранними спирометрическими индикаторами обструкции мелких дыхательных путей. Отдельные исследования показали, что постепенное снижение $ОФВ_1$ не приводит к развитию клинических проявлений обструктивной дыхательной недостаточности[2]. Однако у восприимчивых людей курение может вызвать необратимые обструктивные изменения. Даже в случае, если такой человек откажется от этой вредной привычки, $ОФВ_1$ постепенно вернется к нормальным значениям, но показатели легочной функции не восстанавливаются до первоначальных показателей. Считается, что именно повышенная восприимчивость к продуктам биотрансформации табачного дыма играет основную роль в увеличении смертности от развития хронических обструктивных заболеваний у курящих женщин по сравнению с мужчинами [1,3].

Целью нашего исследования явилось определение функции внешнего дыхания при доношенной беременности у курящих женщин. Для этого мы обследовали 60 пациенток: 20 небеременных некурящих женщин (контрольная группа); 20 некурящих беременных (группа 1) и 20 курящих беременных женщин (группа 2). Срок гестации на момент исследования 39 – 40 недель. Первородящие составили 78%, повторнородящие – 22%. Средний возраст женщин составил $26,4 \pm 5,3$ лет. Участие в исследовании было добровольным. Женщины на момент исследования не имели какой-либо акушерской и соматической патологии, обострения хронических заболеваний. Помимо общеклинического акушерского обследования, проводилась оценка функции внешнего дыхания. Исследование проводилось по стандартной методике на аппарате SPIROSIFT SP-5000, в положении сидя, спустя 10-15 минут пребывания в данном положении, что необходимо для стабилизации легочных функций. После статистической обработки данных мы получили результаты, представленные в таблице.

Таблица 1. Показатели функции внешнего дыхания во время беременности у некурящих и курящих женщин

показатель	Контрольная группа	Группа 1	Группа 2
ЖЕЛ	3,65 ± 0,42	4,13 ± 0,51*	3,94 ± 0,46**
ФЖЕЛ	3,60 ± 0,4	3,93 ± 0,56**	3,75 ± 0,47
ОФВ ₁	3,14 ± 0,36	3,42 ± 0,41** ^{xx}	3,13 ± 0,34
ИТ	83,67 ± 0,47	83,0 ± 4,7	79,7 ± 7,54**
ПОС	7,02 ± 0,5	6,3 ± 0,95**	6,16 ± 0,98*
МОС 25%	6,14 ± 0,3	6,02 ± 0,88	5,82 ± 1,02
МОС 50%	4,44 ± 0,24	4,66 ± 0,69 ^{xx}	3,98 ± 0,87**
МОС 75%	2,11 ± 0,14	2,11 ± 0,39 ^{xx}	1,79 ± 0,44*
СОС 25-75%	4,0 ± 0,18	4,09 ± 0,61 ^{xx}	3,51 ± 0,76*

* - $p > 0,01$; ** - $p > 0,05$ - разница достоверна при сравнении с контрольной группой.

^x - $p > 0,01$; ^{xx} - $p > 0,05$ - разница достоверна при сравнении пациенток 2 и 3 групп.

ЖЕЛ - жизненная емкость легких

ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких

ОФВ₁ - объем форсированного выдоха за 1 сек.

ИТ - индекс Тифно (ОФВ₁ / ЖЕЛ %)

ПОС - пиковая скорость форсированного выдоха

МОС 25%, 50%, 75% - максимальные скорости выдоха на уровне выдоха (25, 50, 75 % ФЖЕЛ)

СОС 25-75% - средняя объемная скорость выдоха на уровне выдоха (25-75 % ФЖЕЛ)

Полученные данные показывают, что во время беременности происходят определенные функциональные изменения дыхательной системы. Достоверно увеличиваются дыхательные объемы: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), связанные, на наш взгляд, с расширением грудной клетки во время беременности. В то же время отсутствие возможности сделать максимально быстрый выдох приводит к снижению пиковой скорости выдоха. Курящие беременные имеют обструктивные изменения бронхиального дерева, особенно выраженные в мелких и средних бронхах, что проявляется снижением индекса Тифно (ИТ), ОФВ₁, а также максимальной скорости выдоха. Нарушение газообмена в этой части бронхолегочного дерева способствует развитию патологии газообмена в легких и, как следствие, гипоксемии, являющейся по данным последних исследований, одним из ключевых звеньев в патогенезе гестозов и плацентарных нарушений.

Таким образом, курение вызывает нарушение функции внешнего дыхания у беременных. Последнее является фактором риска развития гестационных осложнений.

Литература

1. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Петрозаводск, 1997: (397).
2. Стручков П.В., Виницкая Р.С., Люкевич И.А. Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания. М., 1996: (72).
3. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. М., 2000: (487).
4. Amer. Journ. of Obst. and gyn. Kenneth F. Plett, Thomas W. Hale, Madhu Page-Sharp, Judith H. Kristensen, Rolland Kohan, L. Peter Hackett. Use of nicotine patches in breast-feeding mothers: Transfer of nicotine and cotinine into human milk. 2003; 74 (6): 76-78.

ПРООНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЦИТОКИН ИЛ – 4 В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ

А.Н. Иванян., Н.Ю. Мелехова., И.Г. Сухарева., Н.Л. Овсянкина., Л.И. Харитоновна., О.В. Благодыр

Смоленская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Проблемы диагностики и лечения патологических состояний шейки матки остаются актуальными для врачей гинекологов не только в нашей стране, но и за рубежом. Ежедневно практические врачи сталкиваются с различными формами этих заболеваний. Возросшее количество онкологических заболеваний шейки матки, сексуально – трансмиссивных инфекций, снижение возрастных критериев для данных заболеваний – всё это послужило причиной для того, чтобы ещё раз вернуться к исследованию патологических состояний шейки матки. Имевшая место ранее классификация патологических состояний шейки матки на предраковые и фоновые утратила свое значение. Причиной этого, по мнению Н.И.Кондрикова (2004г), является неправомерное отнесение к фону для развития рака шейки матки такой гистофизиологической нормы, как эктопия.

Однако рядом исследователей (Рудакова Е.Б., 2000) констатирован факт наличия осложненных физиологических эктопий, которые могут являться предшественниками развития плоскоклеточных интраэпителиальных поражений и в дальнейшем рака шейки матки.

В литературе имеется ряд сведений о значительных иммунологических сдвигах при развитии предраковых процессов в организме. Определена роль некоторых цитокинов в развитии неоплазий. По литературным данным имеется определенные количественные характеристики содержания некоторых проонкологических цитокинов и степени тяжести процесса. Авторами определена роль повышенного количества ИЛ-4 при онкопатологии некоторых органов. Именно поэтому мы посчитали целесообразным провести некоторую параллель между повышением содержания ИЛ-4 в сыворотке крови и клинической картиной у пациенток с различными патологическими процессами на шейке матки.

Наряду с расширенной кольпоскопией, цитологией и патоморфологией широкое применение нашли методы молекулярной диагностики (ПЦР, Digene test). Однако они не могут в полной мере оценить состояние противоопухолевого иммунитета в организме, что затрудняет проведение противовирусной терапии.

Цель нашего исследования: оценить проонкологический потенциал фоновых заболеваний и плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки у пациенток раннего репродуктивного возраста в зависимости от содержания ИЛ- 4.

В исследовании слепым рандомизированным методом были включены 116 пациенток женской консультации, обратившихся за медицинской помощью по различным поводам (кроме беременности). Обязательными критериями включения являлись отсутствие каких либо инфекционных заболеваний, хронических соматических заболеваний и отрицательные тесты на сексуально-трансмиссивные заболевания. Все женщины были раннего репродуктивного возраста и не имели в анамнезе родов. Данные гинекологического анамнеза, менструальной функции не отличались от таковых в популяции. Всем пациенткам в процессе общеклинического обследования проводился забор сыворотки и определение количественного содержания ИЛ-4. В зависимости от количественного содержания ИЛ – 4 в сыворотке крови, определяемого методом иммуноферментного анализа, все пациентки были разделены на три группы: с нормальным содержанием ИЛ – 4 (1 группа, 0-100 пг\мл), повышенным, но клинически не значимым количеством ИЛ – 4 (2 группа, 100-200 пг\мл) и клинически значимым содержанием ИЛ – 4 (более 200 пг\мл, 3 группа). В соответствии с этим пациентки, были нами разделены на 3 репрезентативные группы: 23 больных 1 –я группа, 10 больных-2-я группа, 83 больных 3-я группа.

Основными методами диагностики патологии шейки матки являлись расширенная кольпоскопия, патоморфологическое исследование биоптатов, цитологическое исследование мазков с шейки матки и соскобов цервикального канала, молекулярно-биологическое тестирование на ДНК ВПЧ с определением типа вируса папилломы человека, 42 пациенткам проведено определение косвенной вирусной нагрузки методом геномной амплификации. Обязательным являлась оценка состояния влагалищного биотопа.

При обследовании и интерпретации полученных данных по методу Кира В.Е (1997г) установлено, что у подавляющего большинства пациенток из 1-й группы состояние влагалищного биотопа было оценено как нормоценоз (67%). Воспалительный тип мазка имелся у 11% пациенток и дисбиотические изменения - у 22%. Во второй группе имелся сдвиг в сторону увеличения воспалительных реакций и дисбиоза, а в 3-й группе чаще всего имелись дисбиотические состояния влагалищного биотопа, со сдвигом в сторону анаэробной инфекции (бактериальный вагиноз).

Оценки клинической картины и предположительную форму патологии шейки матки можно установить при адекватном проведении расширенной кольпоскопии. По мнению некоторых авторов, имеется возможность по кольпоскопической картине предположить онкологический потенциал ВПЧ-поражения шейки матки.

Данные результатов кольпоскопического исследования представлены нами в таблице 1.

Таблица.1. Кольпоскопические картины у пациенток 3 групп

Кольпоскопическая картина	1 группа		2 группа		3 группа	
	n=23	%	n=10.	%	n=80	%
Эктопия ЦЭ	9	39,1	3	30	1	1,25
Уксусно-белый эпителий	1	4,3	1	10	11	13,8
Пунктация	1	4,3	1	10	10	12,5

Мозаика	1	4,3	1	10	38	47,5
Плоская кондилома	0		1	10	5	6,25
Остроконечная кондилома	0		1	10	6	7,5
Эктопия	13	56,2	2	20	12	15

Мы посчитали целесообразным проведение анализа результатов цитологического исследования мазков с шейки матки по системе Betethda. Учитывая мнение некоторых исследователей о низкой эффективности оценки состояния шейки матки только на основании цитологического исследования, мы проводили оценку результатов по общепринятой в мире классификации и, по нашему мнению, наиболее адаптированной для нашего исследования.

Так, подавляющее большинство пациенток 1 группы имели нормальную цитограмму (87%), только у 2 пациенток имелись Н-ППИ заключения, заключений В-ППИ в 1-й группе не было. Во 2-й группе у определенного большинства (60%) были нормальные заключения, В-ППИ имело 10% больных, а Н-ППИ 30%. В 3 группе у 54% имелись нормальные цитологические заключения, В-ППИ были у 12%, а Н-ППИ у 33% больных.

Мы посчитали целесообразным по показаниям проводить обследование пациенток с применением патоморфологического метода. Биопсия бралась по показаниям только у пациенток с патологией шейки матки. При анализе результатов морфологического исследования в зависимости от содержания ИЛ-4 нами установлено, что среди пациенток с повышенным и клинически значимым содержанием ИЛ-4 достоверно чаще встречались патоморфологические заключения, свидетельствующие о наличии плоскоклеточной интраэпителиальной патологии.

В 3-й группе преобладали гиперкератоз и паракератоз в 33% случаев в сочетании с акантозом многослойного плоского эпителия. Пролиферация клеток резервного эпителия и нарушение цитоархитектоники его достоверно чаще встречались в 3-й группе. Для 2 группы были характерны признаки эндоцервикоза в различной степени активности процессов пролиферации.

Общеизвестным является тот факт, что онкологические процессы на шейке матки возникают при непосредственном участии вируса папилломы человека. Мы провели тестирование всех пациенток на ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска. У положительных пациенток проводилось определение косвенной вирусной нагрузки с применением метода геномной амплификации.

Положительными на ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска оказались 8% пациенток 1-й группы, 30% пациенток 2-й группы и 89,5% пациенток из 3-й группы. Причем клинически значимой нагрузка была у подавляющего большинства инфицированных из 3 группы и большей части из 2 группы. Все пациентки из 1 группы имели клинически незначимую нагрузку, и эти случаи

были нами расценены как латентные формы папилломавирусной инфекции, не требующие лечения.

При проведении комплексной диагностики состояния шейки матки у женщин раннего репродуктивного возраста нами было выявлено, что среди пациенток с нормальным содержанием ИЛ – 4 в сыворотке крови наименьшим было количество патологических состояний шейки матки, чаще всего встречались физиологические эктопии, различные степени плоскоклеточной нормальной метаплазии или отсутствие какой либо патологии шейки матки. В группе с клинически незначимым увеличением содержания ИЛ – 4 преобладали кольпоскопические картины эктопии шейки матки больших размеров без признаков нормальной метаплазии. При обследовании данной категории больных на ДНК ВПЧ 1,72% были положительными. В третьей группе пациенток со значимым увеличением количества ИЛ - 4 подавляющее большинство было положительными на ДНК ВПЧ высокого онкологического риска со значимыми нагрузками, кольпоскопически и морфологически проявлявшееся атипическим эпителием, цервикальными эпителиальными неоплазиями различной степени тяжести.

Таким образом, количественное определение противовирусного и проопухолевого цитокина ИЛ – 4 может служить прогностическим признаком тяжести патологического процесса на шейке матки.

Литература

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. проф. В. Н. Прилепской.- 2-е изд.- М.: МЕДпресс, 2000. – 432 с.
2. Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Шкредова И.Н., Калоева З.В. Оптимизация комплексной терапии патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека // Гинекология. – 2003. – Том 5. - №5. – С.- 28 – 29.24.
3. Мелехова Н.Ю. Папилломавирусные поражения шейки матки у пациенток различного возраста: Дис... д-ра мед. наук.-М.-2005.-297 с.
4. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. – М.: Аэрограф-медиа, 2001.- 112 с.: ил.
5. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Бебнева Т.Н. Значение вируса папилломы человека в развитии диспластических процессов шейки матки // Гинекология. – 2000. – Том 2. - № 3. – С.- 80 – 82.
6. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция нижних отделов гениталий (клиника, диагностика и лечение): Дис. д-ра мед.наук. – М., - 2003. – 273 с.
7. Фролова И.И. Клинико–морфологические исследования дискератоза и неопластических изменений экзоцервикса при сопутствующей гинекологической патологии.// Автореф... дис. к.м.н. М., - 2002.
8. Berkhout R. J. M., Bouwes Bavinck J. N., ter Schegget J. Persistence of Human Papillomavirus DNA in Benign and (Pre)malignant Skin Lesions from Renal Transplant Recipients. \ J. Clin. Microbiol. 38: 2087-2096, 2000
9. Bosch F. X., Lorincz A., Munoz N., Meijer C. J. L. M., Shah K. V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer.\ J Clin Pathol 55: P.244-265, 2002.

10. Cubie H. A., Seagar A. L., Beattie G. J., Monaghan S., Williams. A longitudinal study of HPV detection and cervical pathology in HIV infected women. *Sex Transm Infect* 2000; 76: P.257-261.

11. Gross G.E. & Barrasso R. *Human Papilloma Virus Infection. A Clinical Atlas.*1997.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ

Е.А. Кушевская

Смоленская государственная медицинская академия

Диагностика пиелонефрита беременных основывается на особенностях клинической картины заболевания, а также результатах лабораторных и инструментальных исследований. Преобладание стертых клинических форм этого заболевания в настоящее время увеличивает ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (данных ультразвукового исследования почек, хромоцистоскопии и катетеризации мочеточников, клинического и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, а также посева мочи на флору и чувствительность выделенных штаммов к антибиотикам) в их диагностике (3, 25).

Следует отметить, что беременность является относительным противопоказанием для использования некоторых методов в связи с их возможным неблагоприятным воздействием на плод. К таким методам относятся рентгенологические (обзорная и экскреторная урография) и радионуклидные (ренография, сцинтиграфия) (2).

Клиническое исследование мочи занимает большое место в диагностике острого пиелонефрита беременных. При пиелонефрите могут выявляться пиурия, протеинурия, микрогематурия, бактериурия. При обнаружении патологических элементов в общем анализе мочи, собранном стандартным способом, для уточнения возможной локализации воспалительного процесса используют двухстаканную пробу (5, 6, 12).

Исследование осадка мочи по Нечипоренко свидетельствует об остром процессе при количестве лейкоцитов, превышающем $4 \cdot 10^3$ в 1 мл мочи (21), хотя Г.И. Назаренко и А.А. Кишкун (14) считают патологическим количество лейкоцитов более $2 \cdot 10^3$ в 1 мл. При выполнении анализа мочи по Зимницкому могут определяться гипоизостенурия и никтурия (в случае нарушения концентрационной способности почек) (18).

При интерпретации результатов исследования мочи следует помнить, что при обструктивных формах пиелонефрита изменений показателей анализов может и не быть, поэтому лабораторные показатели необходимо соотносить с клиническими данными и результатами других дополнительных методов исследования (4).

При остром инфекционно-воспалительном процессе в почке выявляются изменения почти всех показателей гемограммы, в первую очередь лейкоцитарной формулы. Увеличивается общее количество лейкоцитов, которое при далеко зашедшем воспалительном процессе может достигать $30,0-40,0 \cdot 10^9$ /л. Обращает на себя внимание сдвиг лейкоцитарной формулы крови в сторону повышения содержания палочкоядерных нейтрофильных лейкоцитов, которое

возрастает пропорционально тяжести инфекционно-воспалительного процесса в почке, в тяжелых случаях регистрируются миелоциты, метамиелоциты и даже юные формы. Эти показатели имеют несомненное практическое значение в выявлении острого гнойно-деструктивного пиелонефрита беременных (4, 8).

Одновременно с характерными изменениями лейкоцитарной формулы крови у беременных с гнойными формами острого пиелонефрита имеют место анемия и увеличение СОЭ. Анемия связана с уменьшением количества эритроцитов, основным местом синтеза которого являются почки (13, 18), и действием бактериального эндотоксина, которое приводит к повреждению мембран эритроцитов и гемолизу.

В биохимических анализах крови при пиелонефрите беременных выявляются нарушения белкового баланса в виде гипопроteinемии и диспротеинемии за счёт уменьшения содержания альбуминов и увеличения фракции глобулинов. Также может повышаться уровень мочевины и креатинина (20). Содержание креатинина и мочевины – очень чувствительный биохимический показатель, быстро реагирующий на развитие деструктивного воспалительного процесса в почечной ткани. Повышение уровня креатинина в крови пропорционально тяжести развивающегося гнойного процесса в почке и его септических осложнений. Так у беременных с двусторонним гнойно-деструктивным воспалительным процессом содержание креатинина и мочевины в крови может в 3-5 раз превышать нормальные величины (4).

Ультразвуковое исследование почек у беременных имеет ряд неоспоримых преимуществ, к которым следует отнести полную безвредность для матери и плода, неинвазивность метода, что позволяет применять его неоднократно, в динамике, для оценки эффективности проводимого лечения. Эхограммы визуализируют почечную паренхиму и чашечно-лоханочную систему, позволяют оценить степень расширения чашечно-лоханочной системы почек, диагностировать конкременты, выявить врожденные и приобретенные изменения (9, 11, 15, 16, 23).

При остром воспалительном процессе в большинстве случаев происходит увеличение поражённой почки в размерах и объёме (7, 28), может иметь место увеличение толщины паренхимы за счёт артериальной и венозной гиперемии, нарушение кортико-медуллярной дифференцировки (1, 17, 28).

У здоровых беременных диаметр наибольшей чашечки справа равен $1,1 \pm 0,01$ см, слева - $0,95 \pm 0,01$ см. При пиелонефрите этот показатель составляет соответственно $1,7 \pm 0,02$ и $1,6 \pm 0,05$ см. У большего числа беременных диаметр наибольшей чашечки превысил 1 см, что указывает на выраженную ретенцию чашечно-лоханочной системы почки (4, 24).

Благодаря ультразвуковому мониторинговому наблюдению стало возможным применение таких методов отведения мочи, как чрескожная пункционная нефростомия, установка самоудерживающегося катетера-стента в почечную лоханку и, наконец, своевременное определение показаний к оперативному лечению (4, 20, 23).

В последние два десятилетия в арсенале методов исследования почек, мочевого пузыря и других внутренних органов у беременных ультразвуко-

вое исследование заняло ведущее место, вытеснив экскреторную урографию. И только в крайне тяжелых ситуациях, по жизненным показаниям, а также, если предстоит неотложная операция по поводу острого гнойно-деструктивного пиелонефрита, врач вынужден выполнять рентгеноконтрастное исследование почек. (8).

Большое место в подтверждении диагноза отводится бактериологическому исследованию мочи. Наиболее распространенными методиками сбора мочи для бактериологического и клинического исследования являются взятие средней порции во время обычного мочеиспускания (этот метод предпочтительнее), а также получение мочи путем катетеризации мочевого пузыря (4).

Критерием инфицирования мочевых путей является рост более 10^5 колоний при посеве 1 мл мочи (т.е. более 10^5 КОЕ/мл), но у женщин, особенно беременных, с симптомами мочевой инфекции и лейкоцитурией выявление и меньшего числа колоний ($10^2 - 10^4$) бактерий, являющихся основными возбудителями этих заболеваний в 1 мл мочи, также имеет диагностическое значение [19, 26].

Иногда, даже при явной клинике пиелонефрита, возбудители не высеваются. Обычно это связано с наличием L-форм бактерий, число которых в последнее время значительно увеличилось в связи с широким применением антибактериальных препаратов (19).

Практика показала, что традиционная катетеризация мочеточника прочно заняла свое место в диагностике и лечении острого пиелонефрита беременных [20]. Традиционную катетеризацию мочеточника допустимо применять в комплексе начальных (до 1-3 сут) лечебно-диагностических мероприятий. При неэффективности проводимого лечения в течение указанного срока адекватными методами дренирования почки являются чрескожная пункционная нефростомия или установка катетера-стента (22, 27).

Цистоскопия позволяет оценить состояние слизистой оболочки мочевого пузыря и устьев мочеточников. При гнойном пиелонефрите из устьев мочеточника может выделяться мутная моча с примесью гноя (4).

Хромоцистоскопия позволяет оценить функцию почек, выявить нарушение оттока мочи из почки и определить сторону поражения. Задержка или полное отсутствие выделения индигокармина из устья мочеточника указывают на нарушение уродинамики верхних мочевых путей и необходимость лечебной катетеризации мочеточника. Проведение катетера по мочеточнику, как правило, подтверждает факт наличия уростаза в верхних отделах мочеточника и чашечно-лоханочной системы (4, 10).

Хромоцистоскопия при обследовании в стационаре беременных с почечной патологией является простым, но достаточно информативным диагностическим тестом, уточняющим показания к лечебной катетеризации мочеточника.

Таким образом, только комплексное исследование мочевой системы беременных, проведенное с учетом тяжести воспалительного процесса в почке и его осложнений, индивидуальных клинических особенностей болезни, обеспечивает своевременную диагностику и адекватное лечение острого пиелонефрита беременных.

Литература

1. Владимирцева И.Ф. Использование лечебной и диагностической техники в медицине.- Куйбышев, 1989. – С.- 33.
2. Волобуев А.И., Филатов В.И., Тураев Р.Н. Дозиметрическое обоснование использования радионуклидных методов в акушерстве // Мед. радиология.- 1987.- № 5.- С. - 38 - 45.
3. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. - М.: Русфарммед, 1996.- 140 с.
4. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М.: Медицина, 2004.– 215 с.
5. Елисеев О.М., Шехтман М.М. Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. - Ростов-на-Дону, 1997.- 639 с.
6. Журавлев В.Н., Ахметова Л.И., Сехин С.В. Правила сбора мочи для бактериологического исследования и интерпретация его результатов // Клиническая антимикробная терапия .- 1999. - № 1. – С. - 109 - 112.
7. Игнашин Н.С. Ультрасонография в диагностике и лечении урологических заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 98 с.
8. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – М.: Медицина, 1986. - 488 с.
9. Курбанов Д.Д. Комплексная клинико-эхографическая и функциональная оценка состояния почек при пиелонефрите беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1987.- 24 с.
10. Лопаткина О.Н. Рациональное ведение беременности, родов и послеродового периода при обструкции верхних мочевых путей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1991. – 23 с.
11. Малков Я.Ю., Мысяков В.Б. Эхографический динамический контроль мочевыводящей системы у беременных, больных острым пиелонефритом, и развития плода // Акуш и гин. – 1990. - № 2. – С. - 52 - 55.
12. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник.- М.: Медицина, 1987. – 365 с.
13. Молотков О.В., Ефременков С.В., Решедько В.В. Патофизиология в вопросах и ответах. – Смоленск: САУ.- 1999.- 618 с.
14. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
15. Орджоникидзе Н.В., Панов В.О. и др. Проблемы диагностики аномалий почек у беременных: Материалы V форума «Мать и Дитя».- М., 2003.-С.- 153–154.
16. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Под рук. В.И. Кулакова, В.Н. Серова, Ю. И. Барашнева.- М.: Триада – Х, 2001.- 246 с.
17. Петричко М.И., Глазун Л.О. Ультразвуковые критерии острого пиелонефрита //Дальневост. мед. журнал. – 1996.- № 1. – С. - 9 -12.
18. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству.- М.: МИА, 1997.- 440 с.

19. Сура В.В. Инфекции мочевых путей // *Клин. Фармакол. и терап.*- 1996.- Т.5, № 2.- С. 12 - 14.
20. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Пиелонефриты. – СПб: Питер, 1996. – 238 с.
21. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада-Х, 1999.- 816 с.
22. Delacas D., Karyotis I., Loumbakis R. et al. Ureteral drainage by double-J-catheters during pregnancy // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* – 2000.–Vol. 27, № 2. – P. 200 - 202.
23. Evans H.J., Wollin T.A. The management of urinary calculi in pregnancy // *Curr. Opin. Urol.* – 2001. – Vol. 11, № 3. – P. 379 - 384.
24. Fainaru O., Almog B., Gamzu R., Lessing J.B., Kupferminc M. The management of symptomatic hydronephrosis in pregnancy // *BJOG.* – 2002. – Vol. 109, № 9. – P. 1385 - 1387.
25. Heilberg I.P., Schor N. Diagnosis and clinical management of urinary tract infections. // *Rev.Assoc. Med. Bras.* – 2003. – Vol. 49, № 6. – P. 109 - 116.
26. Hooton T.M., Scholes D., Hughes J.P. et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women // *The New England Journal of Medicine.* – 1996. - Vol.15, № 8 – P. 468 - 474.
27. John H., Vondruska K., Susler T., Lauper U. Ureteral stent placement in hydronephrosis during pregnancy // *Urologe-A.* – 1999. –Vol. 38, № 6. – P. 486 - 489.
28. Nardo R., Iannicelli E., Leonardi D. et al. Echographic aspects of kidney diseases and comparisons with needle biopsy // *Ann. Ital. Med. Int.* – 1989. – Vol.4, № 3.- P. 207- 212.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ПСИХОФИЗИОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ

Н.И. Лазарева., Р.Р. Абузяров., А.Н. Иванян

Смоленская государственная медицинская академия

На психологический статус беременных большое влияние оказывают социально-психологические и индивидуально-психологические факторы. Задача изучения закономерных связей психических и соматических факторов в формировании психических состояний у беременных является крайне актуальной.

Беременным женщинам требуется своевременная психологическая помощь, так как неблагоприятный психоэмоциональный фон и повышенное нервно-психическое напряжение женщины могут негативно влиять на течение беременности, родов и здоровья ребенка.

В женской консультации № 4 г. Калуги с 1998 года ведется успешная работа по пренатальному воспитанию в рамках авторской программы психофизио-профилактической подготовки беременных женщин к родам («Школа материнства»). Сущность этой программы состоит в тесном сотрудничестве врача акушера-гинеколога с психологом и другими специалистами (педиатр, врач ЛФК, методист по арттерапии) с ранних сроков гестации до родоразрешения.

В исследовании участвовали 200 беременных женщин – все первородящие, возраст 20-24 года, соматически здоровые, акушерский анамнез не отягощен. Сравнение показателей психосоматического статуса в течение беременности проводилось в двух подгруппах: 100 женщин, составивших основную группу (участвующих в авторской программе), и 100 женщин, составивших контрольную группу (не участвующих в авторской программе).

Диагностика психосоматического статуса беременных проводилась с использованием опросника психологического компонента гестационной доминанты И.В.Добрякова и методики «САН» в адаптации А.Н. Курганского.

В результате исследования было установлено, что при угрозе прерывания беременности с большой частотой встречаются эйфорический и смешанный стили переживания беременности (опросник И.В.Добрякова). При использовании методики САН (в адаптации Курганского А.Н.) выявлены следующие психологические состояния беременных: сниженный фон настроения, умеренная сосредоточенность, умеренный уровень работоспособности, высокая степень напряженности. Все эти состояния требуют обязательной психологической помощи.

В основной группе у женщин, которые нуждаются в психологической коррекции, угроза прерывания беременности диагностирована в 11 случаях. 9 беременных получали лечение в условиях дневного стационара в женской консультации (токолитическая терапия совместно с психологической коррекцией), и только 2 беременным женщинам потребовалась госпитализация в отделение патологии. В контрольной группе у 19 женщин диагностирована данная патология, из которых 3 беременных получали лечение в условиях дневного стационара, а остальные 16 были госпитализированы в стационар.

У беременных основной группы, находившихся под наблюдением акушера и специалистов «Школы материнства», были отмечены сокращение сроков лечения (9 – 12 к/д), минимизация медикаментозного вмешательства, отсутствие рецидива заболевания и благоприятный исход беременности. В контрольной группе сроки лечения колебались от 18 до 21 дня с интенсивным медикаментозным лечением, рецидив угрозы наблюдался у 7 беременных, беременность прервалась у 2 женщин в сроке 16 – 17 недель, 20 – 21 неделя.

В процессе работы психолога с беременными женщинами к моменту родоразрешения (37-38 недель) в основной группе отмечен оптимальный стиль переживания беременности, напряженность скоррелировалась в умеренную степень, фон настроения нормализовался, сосредоточенность близка к умеренной, уровень работоспособности соответствовал изначальному (умеренный).

В «Школе материнства» проводятся занятия с ранних сроков гестации по грудному вскармливанию всеми специалистами авторской программы. Благодаря систематизированным занятиям у беременной формируется доминанта на грудное вскармливание, что способствует более длительной лактации. Благодаря введению статистической отчетности по грудному вскармливанию было выявлено, что женщины экспериментальной группы сохраняли грудное вскармливание до года жизни ребенка в 56%, а в контрольной группе – 24%, что соответствует среднестатистическим показателям.

Таким образом, наше исследование подтверждает распространенность психосоматических расстройств среди беременных, которые негативно влияют на течение и исход беременности. В связи с этим весьма актуален вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Поскольку ни одно из лекарственных средств при беременности не является полностью безвредным, мы считаем комплексную психофизиопрофилактическую подготовку к родам в рамках женской консультации одним из вариантов коррекции психосоматического статуса беременной, уменьшения перинатальных потерь и увеличения длительности грудного вскармливания.

Литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОИС, 2001. – 311.
2. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии.- М., 2002.- № 1.-С. - 59-68.
3. Добряков И.В. Психологические проблемы недоношенности // Преждевременные роды. Решение проблем лечения и реабилитации недоношенных детей: \ Материалы международной Российско-Американской конференции. Курган: АИНА, 2004. – С.- 7-10.
4. Каплун И.Б. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности: Автореф. дис...канд. псих. наук.- СПб.,1995.
5. Урусова О.А. Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам: Дис... канд. псих. наук. - Калуга, 2004.
6. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Инст-та психотерапии, 2002. –239с.

ИЗМЕНЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

О.В.Масютина

Смоленская государственная медицинская академия

Важную роль в развитии различных осложнений гестации и родов играет метаболический синдром. Учитывая широкое распространение ожирения в популяции в последнее время предметом углубленного изучения как в нашей стране, так и за рубежом стало выявление его связи с основными формами акушерской патологии. На фоне ожирения и при наличии метаболического синдрома у женщин довольно часто наблюдаются нарушения менструально-овариальной функции, бесплодие. В случае наступления беременности врачи сталкиваются с рядом осложнений: невынашивание и перенашивание, плацентарная недостаточность, гестозы. В процессе родов и послеродовом периоде нередко наблюдаются несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, дистоция плечиков при фетальной макросомии, кровотечения и другие патологические состояния (6,7).

Увеличение массы тела пациентки зависит не только от характера питания во время беременности, но и от исходных антропометрических показателей. Вопросу прибавки массы тела во время беременности посвящено много исследований. Данный показатель складывается из нескольких компонентов и связан с постепенным нарастанием массы плода, плаценты, беременной матки, молочных желез, с увеличением объема циркулирующей крови, амниотической и тканевой жидкости, а также с изменением ряда других показателей. Одним из основных биохимических составляющих прироста массы тела у беременных женщин является увеличение содержания жира в организме (2).

В то же время прибавка массы тела у пациенток с ожирением, с нашей точки зрения, в литературе освещена недостаточно. Рекомендуемые нормы прибавки – 7 - 8 кг (7). Однако не освещен вопрос о том, как влияет на течение и исходы беременности большая или меньшая прибавка. В связи с тем, что жировая ткань в организме беременной женщины является одним из компонентов обменно-эндокринных изменений, отмечаемых при беременности, представляет интерес динамика содержания жира на течение беременности и развитие плода (4,2).

Целью данного исследования явилось выяснение современных особенностей увеличения массы тела при беременности, характера распределения жировой клетчатки у женщин в зависимости от исходной массы и степени прибавки ее за беременность.

Для выяснения распространенности ожирения среди беременных г. Смоленска первоначально мы обследовали 67 беременных, наблюдавшихся в женских консультациях города Смоленска. В соответствии со стандартами обслед-

дования проводились тщательный сбор анамнеза, общеклиническое акушерское исследование, клиничко-лабораторные исследования.

Для оценки физического развития проводились следующие антропометрические исследования: измерение роста-весовых показателей, окружностей тела, измерение кожно-жировых складок методом калиперометрии. Для определения соотношения фактических энергозатрат организма определялся каллораж и состав пищи, учитывалась физическая активность пациенток. При сборе анамнеза дополнительно к общепринятой методике использовалось анкетирование с целью углубленного изучения наследственности и факторов риска предстоящей беременности.

В работе оценивалось изменение содержания жира в организме беременной при физиологическом течении беременности и у беременных с избыточной массой тела. В качестве метода косвенной оценки данного показателя измерялась толщина кожно-жировой складки.

При анкетировании учитывались наличие профессиональных вредностей, условия проживания, семейное положение, материальная обеспеченность, наследственность, физическая активность, характер питания. Качественный и количественный состав питания оценивался путем составления «пищевых карт», при помощи которых оценивалось питание в каждом триместре беременности и после родов.

Алиментарный характер избыточной массы тела устанавливали на основании сбора анамнеза, анкетирования, данных лабораторных методов исследования, в том числе определения уровня инсулина, лептина крови.

Результаты проведенного исследования показали, что среди беременных г. Смоленска более 40% имеют избыточную массу тела уже при постановке на диспансерный учет. Только у 38 (56,8%) пациенток индекс массы тела был в пределах 19-25, а у 29 (43,2%) он превышал 25.

Анализ анамнеза подтверждает данные литературы о том, что факторами риска развития избыточной массы тела являются малоподвижный образ жизни, нерациональное и несбалансированное питание, также важную роль играет наследственная предрасположенность. У всех беременных с избыточной массой тела была выявлена низкая физическая активность. Только 4 женщины (5,9%) до беременности регулярно занимались в спортивных секциях (фитнес, гимнастика).

Обнаружены значительные нарушения в режиме питания: 48 (71,64%) беременных питались нерегулярно, употребляли пищу в большем объеме, чем необходимо. Значительные изменения выявлены в сбалансированности пищевых рационов у беременных женщин с избыточным весом (снижение доли белково-содержащих продуктов и увеличение потребления легкоусвояемых углеводов и жирной пищи).

Оптимальное увеличение массы тела в течение за беременности составляет 10-12 килограмм (до 15,3) у женщин с исходно нормальной массой тела. Для беременных женщин с избыточным весом эта величина составляет 5-8 килограмм.

Проведенное у беременных женщин с изначально избыточной массой тела (29 пациенток) исследование выявило следующую закономерность. Прибавка массы менее 5 кг наблюдалась у 2 (6,8%) беременных, 5-10 кг – у 13 (44,8%). Нарушение пищевого режима привело к тому, что у половины пациенток с ожирением (14 - 48,2%) прибавка превысила физиологические нормы и составила более 12 кг.

Динамика массы тела у беременных женщин с ожирением представлена на графике. В первые недели гестации отмечается снижение массы тела со значительным ее нарастанием после 15-16 недель беременности. Пик прироста приходится на 21-22 неделю беременности, после чего кривая носит почти равномерный характер (300-350 грамм еженедельно). После 39-40 недели масса тела пациенток стабилизируется.



Рисунок. Прибавка массы тела во время беременности у пациенток с ожирением и рекомендуемая физиологическая прибавка веса.

Таким образом, проведенные исследования показали высокую распространенность ожирения и избыточной массы тела среди беременных г. Смоленска. Беременные с ожирением нередко нарушают режим питания, что приводит к патологической избыточной прибавке массы тела во время гестации. Со второй половины беременности прирост массы тела несколько снижается, что, вероятно, связано с усилением внимания врачей к патологической прибавке массы и рекомендациям по диете. В связи с этим целесообразно проводить более тщательное консультирование этих пациенток уже при первой явке в женскую консультацию, разъяснить пациенткам необходимость соблюдения режима питания, возможные последствия избыточного веса на течение беременности и развитие ребенка. Энергетическая ценность пищи в этой группе женщин должна соответствовать физиологическим потребностям и физической нагрузке.

Литература

1. Беюл Е.А. Ожирение. М.: Медицина, 1986: 156
2. Гинсбург М.М., Козутца Г.С. Ожирение – дисбаланс энергии или дисбаланс нутриентов? \ Проблемы эндокринологии.- №5: 47-50.

3. Голикова Т.П., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением. \ \ Вест.- 1999.- №2. – С.- 56-58.
4. Кононенко И.В., Суркова Е.В., Анциферов М.Б. Метаболический синдром с позиции эндокринолога: что мы знаем и что уже можем сделать. \ \ Проб. эндокрин.- 1999.- № 2, том 45. С.- 36-41.
5. Перова Н.В., Метельская В.А. Методы раннего выявления и коррекции метаболического синдрома. \ \ Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 2001.- № 1. – С.- 43-45.
6. Прилепская В.Н. Ожирение в практике акушера-гинеколога. \ \ Акушер. и гинек.- 2003.- № 5.- С.- 12-14.
7. Стрижова Н.В., Сиракянц И.К. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов при метаболическом синдроме у женщин с ожирением. \ \ Акушер. и гинек.- 2004.- № 6.- С.- 33-34.

ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ИСХОДНО НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

И.В.Нечаевская

Смоленская государственная медицинская академия

В последние годы в медицине все больше внимания уделяется профилактическому направлению, важнейшими аспектами которого являются пропаганда и соблюдение здорового образа жизни. Среди его составляющих основные позиции, без сомнения, занимают физическая активность и питание. Однако реалии сегодняшнего дня таковы, что подавляющее большинство живущих на земном шаре людей существуют в условиях гиподинамии и нерационального пищевого поведения. В результате длительного нарушения энергетического баланса, когда поступление энергии с пищей превышает энергетические затраты организма, развивается ожирение - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме (1).

Основными факторами, способствующими развитию избытка массы тела, помимо переедания, малоподвижного образа жизни, являются наследственность, факторы окружающей среды. Генетические особенности центральной регуляции пищевого поведения и жирового обмена, а также особенности нейромедиаторной регуляции различных отделов центральной нервной системы способствуют высокой частоте развития ожирения при наличии этой болезни у одного или обоих родителей. Определенную роль играют семейные и национальные традиции, экология, хронические стрессовые ситуации, которые, оказывая влияние на организм в целом, формируют особенности питания, предпочтение определенных видов пищи (1, 2).

Гестационный процесс – один из значимых индукторов накопления жировой ткани. Беременность, обладая «диабетогенными» свойствами, в некотором смысле, является моделью метаболического синдрома: при этом формируются инсулинрезистентность, изменяется углеводный и липидный обмен с повышением уровня жирных кислот, наряду с глюкозой участвующих в энергетическом обмене (3). При несоблюдении физиологических норм питания и двигательной активности беременная легко набирает «лишние» килограммы, не задумываясь о возможном неблагоприятном влиянии избыточной массы на свое здоровье и здоровье будущего малыша. Возникшие метаболические и обменно-эндокринные нарушения вызывают гипоталамо-гипофизарной дисфункцию, провоцируют развитие акушерских и перинатальных осложнений. Гестозы, невынашивание, несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, кровотечения, травмы мягких тканей родовых путей, макросомия плода, плацентарные нарушения и асфиксия новорожденного ведут к росту материнской и перинатальной заболеваемости (5, 6).

Осложненное течение беременности и родов увеличивает вероятность оперативных вмешательств. Например, при тяжелой степени ожирения абдоминальное родоразрешение проводится практически в 100% случаев, причем нередко с анестезиологическими и акушерскими проблемами (4).

Для пациенток с ожирением после родов характерно развитие гипогалактии, продолжительность кормления грудью у них гораздо короче, чем у женщин с нормальной массой тела. Кроме того, ожирение увеличивает риск развития опасных для жизни заболеваний, является серьезным косметическим дефектом, вызывающим психологический дискомфорт и состояние хронического стресса (6).

К сожалению, в практической деятельности акушера-гинеколога проблеме избыточной массы тела уделяется мало внимания, и нередко не учитываются возможности, которые появились в последние годы в лечении больных с сопутствующим ожирением. Эффективная работа врачей женских консультаций по профилактике избыточного накопления жира во время беременности с проведением консультирования пациенток по вопросам питания и физической активности позволит не только уменьшить вероятность развития многих осложнений гестации и родов, улучшить перинатальные исходы, но и предупредить дальнейшие проблемы со здоровьем женщины на протяжении ее жизни (4).

Учитывая важную роль гестационного процесса в развитии ожирения, мы изучили динамику прибавки массы тела у пациенток с исходно нормальным индексом массы тела (ИМТ= 19-25), а также выяснили преимущественную локализацию избыточных жировых отложений в зависимости от степени ее увеличения на протяжении беременности.

Нами было обследовано 36 беременных, находившихся на диспансерном наблюдении в женской консультации № 2 г. Смоленска. В ходе исследования в динамике (1 раз в каждом триместре), помимо рутинного клинико-лабораторного и акушерского обследования, проводилась калиперометрия (измерение толщины кожно-жировых складок в различных частях тела) и анкетирование с целью выяснения особенностей пищевого поведения и физической активности пациенток.

Около половины беременных (19 - 53%) имели суммарную прибавку массы тела в пределах физиологической нормы (8-15,3 кг), в среднем - $10,2 \pm 0,5$ кг. 17 пациенток (47%) к моменту родов имели избыточную прибавку более 15,3 кг, в среднем $17,5 \pm 0,3$ кг ($p < 0,05$).

При анализе динамики увеличения массы тела по триместрам беременности была замечена следующая закономерность: при физиологической прибавке прирост массы тела происходит практически равномерно на протяжении беременности. Следует отметить, что в норме процессы липосинтеза имеют двухфазный характер при беременности - прибавка жира в организме приостанавливается к 29 - 32 неделям беременности. Максимальное увеличение количества подкожного жира пришлось на конец 2 триместра (25-28 недель), последующее увеличение веса происходило в основном за счет роста плода. Измерение толщины кожных складок методом калиперометрии показало, что при патологической прибавке массы увеличение веса происходит неравномерно, пик прироста приходится на 32 - 35 недель.

Имеются различия и в распределении жировой ткани среди беременных женщин с нормальной и патологической прибавкой массы тела к родам. Среди пациенток с физиологической прибавкой наблюдается равномерное нарастание кожно-жировых складок, не превышающее средних величин. У женщин, беременность которых протекала на фоне избыточной прибавки, происходит перераспределение жира с преимущественной локализацией в области нижней части передней брюшной стенки, поясницы и бедер, что соответствует женскому типу распределения клетчатки, что, вероятно, связано с влиянием эстрогенов.

Таблица. Толщина кожно-жировых складок при физиологической и патологической прибавке массы тела

Кожно-жировые складки	I триместр беременности		2 триместр беременности		3 триместр беременности	
	Норм. прибавка	Патол. прибавка	Норм. прибавка	Патол. прибавка	Норм. прибавка	Патол. прибавка
Плечо спереди	10,1±0,2	10,5±0,2	11,7±0,2	11,8±0,3	11,8±0,2	11,9±0,3
Плечо сзади	19,0±0,3	18,6±0,3	20,0±0,2	19,5±0,3	20,2±0,3	19,4±0,2
Живот сверху	24,0±0,2	23,7±0,3	26,5±0,3	28,3±0,2	25,9±0,3	28,9±0,2
Живот снизу	21,0±0,3	21,3±0,3	25,3±0,2	26,7±0,3	24,9±0,2	27,2±0,3
Живот сбоку	32,5±0,2	34,2±0,3	33,5±0,1	36,7±0,3	33,6±0,2	38,1±0,1
Спина сверху	19,5±0,1	19,3±0,3	20,0±0,2	20,2±0,2	20,2±0,3	20,5±0,2
Спина снизу	29,0±0,3	27,6±0,2	29,5±0,2	31,2±0,3	29,7±0,2	33,6±0,1
Бедро сзади	38,5±0,3	39,0±0,2	39,0±0,2	42,0±0,2	39,0±0,3	43,0±0,3

Результаты анкетирования показали, что социально-гигиеническими факторами риска, способствующими накоплению избыточной массы тела, являются малоподвижный образ жизни (гиподинамия на работе и в быту), нерациональное, несбалансированное питание - у 22 человек (61%). Имеет место генетическая предрасположенность - у 6 (35,3%) беременных с патологической прибавкой массы тела один или оба родителя страдают ожирением, тогда как среди женщин с физиологическим изменением массы тела - только в 2-х (10,5%) наблюдениях. Низкая физическая активность и преобладание в рационе легкоусвояемых углеводов, жирной пищи со снижением доли белкосодержащих продуктов выявлены у всех беременных с избыточной прибавкой массы тела.

Таким образом, проведенное исследование показало, что значимая разница в увеличении жировой ткани у пациенток с нормальной и избыточной прибавкой массы тела происходит в 32-35 недель гестации. Это диктует необходимость проведения повторного консультирования по вопросам питания и физической активности в конце второго - начале третьего триместра. Особое внимание необходимо уделять беременным с отягощенной наследственностью (ожирение у родителей).

Литература

1. Беюл Е.А. Ожирение. М.: Медицина, 1986: 156.
2. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению. // Рус. Мед. журн.- 2001.- № 9 (2).- С.- 18-19.

3. Перова Н.В., Метельская В.А. Методы раннего выявления и коррекции метаболического синдрома. //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001.- № 1.- С.- 43-45.
4. Прилепская В.Н. Ожирение в практике акушера-гинеколога. // Акушер. и гинек.- 2003.- № 5.- С.- 12-14.
5. Стрижова Н.В., Сиракян И.К. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов при метаболическом синдроме у женщин с ожирением. // Акушер. и гинек.- 2004.- № 6.- С.- 33-34.
6. Чернуха Г.Е. Состояние фетоплацентарной системы у беременных с ожирением. Акушерство и гинекология. 1988.- № 10.- С.- 19-8.

ЗУБНАЯ ПАСТА «МЕХИДОЛ DENT» КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ГИНГИВИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Н. С. Орехова

МЛПУ «Клинический родильный дом», Смоленская государственная медицинская академия

Представлены результаты использования различных средств гигиены полости рта для профилактики воспалительных заболеваний пародонта у беременных. Показано, что зубная паста с мексидолом предупреждает развитие гингивита у беременных в 93,5% наблюдений.

Считается, что воспаление десны (гингивит) инициирует так называемая зубная бляшка, состоящая из множества микроорганизмов, плотно фиксированных на поверхности зуба, прилежащей к десне. Дальнейшее прогрессирование процесса приводит к реакции и глубжележащих тканей пародонтального комплекса (1) и системному влиянию очага воспаления на макроорганизм (8).

Многие акушеры и стоматологи полагают, что даже физиологически протекающая беременность на фоне минимального уровня профилактических мероприятий сопровождается увеличением интенсивности воспалительных заболеваний пародонта, достигая пика во II и III триместрах.

Особый интерес с точки зрения изыскания новых средств ухода за полостью рта у беременных представляет препарат оксиметилэтилпиридина сукцинат (мексидол). По применению этого препарата в пародонтологии имеются сообщения лишь отдельных авторов (2,3,4). Синтетический антигипоксант и антиоксидант мексидол оказывает влияние на основные звенья патогенеза различных заболеваний, связанных с процессами свободнорадикального окисления и кислородозависимыми патологическими состояниями. К ним относятся воспалительные заболевания, дистрофические процессы, состояния с нарушением метаболизма, а также синдромы, провоцируемые стрессорными факторами, возникающими в том числе и при беременности.

В связи с этим, целью настоящей работы явилось изучение эффективности зубной пасты, содержащей отечественный препарат мексидол, для профилактики гингивита у беременных.

Материал и методы. Общее число обследованных составило 64 беременных женщин, которые были распределены на две группы: исследуемую (n=31), которые применяли зубную пасту «Mexidol dent», и группу сравнения (контрольную - n=33), женщины которой использовали традиционные средства и способы ухода за полостью рта. Клиническое обследование беременных проводилось по общепринятой методике. Стоматологический статус оценивался состоянием десен, твердых тканей зубов и слизистой оболочки рта. Оценку эффективности профилактических мероприятий проводили по клиническому состоянию десен (возникновение гингивита) в динамике: до начала проведения

гигиенических мероприятий (при первичном осмотре полости рта стоматологом при сроках беременности от 10 до 23-х недель), через 1,3,5, 7 месяцев после проведения гигиенических мероприятий.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что соматически здоровыми в основной группе оказались 54,8% беременных, в группе сравнения – 60,6%. Физиологически протекающая беременность имела место у 35,5% женщин основной группы и у 21,2% группы сравнения. У остальных беременных обеих групп выявлены различные нарушения в течении беременности – анемия, гестоз, токсикоз, угроза прерывания.

Состояние десен у беременных обеих групп при первичном осмотре было нормальным, т.е. отсутствовали клинические признаки гингивита. Здоровыми десны оставались у беременных исследуемой группы и через 1, и через 3 месяца наблюдения. И лишь у двух беременных через 5 месяцев появились признаки хронического генерализованного катарального гингивита, которые можно было трактовать как легкую степень воспаления. Воспаление десны, несмотря на проводимые гигиенические мероприятия, у этих двух беременных сохранилось в течение 7 месяцев беременности. У остальных 29 беременных здоровое состояние десен зафиксировано и через 7 месяцев наблюдения (в том числе – через 2-8 недель после родов).

У беременных группы сравнения, как отмечалось выше, при первичном осмотре гингивита также выявлено не было. В последующем (на протяжении 22-36 недель беременности) лишь у 7 из них (21,2%) гингивит не развился; у 22 (66,7%) диагностирован хронический генерализованный катаральный гингивит; у 4 (12,1%) – гипертрофический (гиперпластический) гингивит.

Таким образом, зубная паста с мексидолом показала отчетливо выраженный профилактический в отношении возникновения гингивита эффект. Этот благоприятный эффект от применения зубной пасты, содержащей мексидол, как нам представляется, обусловлен целым рядом особенностей этого оригинального и высокоэффективного антиоксиданта и антигипоксанта: безопасностью, доступностью (она продается в аптеках), совместимостью с другими препаратами и средствами ухода за полостью рта, хорошей переносимостью беременными женщинами, отсутствием побочных явлений, антистрессорным действием, нейропротекторными и противовоспалительными свойствами.

Привлекательным в зубной пасте, содержащей мексидол, является тот факт, что, не имея в своем составе антибиотиков и антисептиков, как в большинстве аналогичных средствах гигиены, а также благодаря минимуму побочных эффектов мексидола, она вполне приемлема для регулярного применения в том числе и беременными женщинами с неограниченной продолжительностью курсов без риска возникновения резистентности микрофлоры полости рта и побочных эффектов.

Указанную зубную пасту можно рекомендовать как профилактическое средство, улучшающее состояние гигиены полости рта и предупреждающее воспаление десны (гингивит).

Важно отметить, что эффективность предупреждения воспалительных заболеваний пародонта возрастает при проведении стоматологом контролируемой гигиены полости рта и при отчетливой мотивации населения к проведению

профилактических мероприятий (5,6,7). Исходя из этого, одна из важнейших задач стоматологов, работающих с таким социально и демографически важным контингентом как беременные женщины, - повышение уровня медико-гигиенических знаний женщин и прежде всего – разъяснение им важного значения сохранения здоровья десен для достижения высокого уровня соматического здоровья, качества жизни беременной, снижения риска неблагоприятного исхода беременности, могущих стать основой стоматологического и соматического здоровья детей.

Все это свидетельствует о необходимости более углубленного изучения причин ухудшения стоматологического статуса женщин при беременности, а также разработки на базе проведенных исследований более эффективных мер профилактики заболеваний пародонта у этих женщин. Таким образом, целесообразность профилактических мероприятий у беременных не вызывает сомнений. Однако практические врачи-стоматологи этими вопросами фактически не занимаются, ограничиваясь зачастую лишь записью «полость рта санирована».

Следует отметить, что на сегодняшний день понятие «индивидуальная профилактика стоматологических заболеваний в период беременности» не отражает сути необходимых в данной ситуации мероприятий для поддержания стоматологического статуса женщины на должном уровне. Следовательно, весьма важным является назначение и проведение индивидуальных контролируемых и профессиональных лечебных и профилактических мероприятий.

Литература

1. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение.- М.: Мед. информ. агентство, 2004.- 320 с.
2. Тургенева Л.Б. Оксibuтират натрия и мексидол в комплексном лечении пародонтита // Сборник научных трудов, посвященный 80-летию кафедры фармакологии СГМА / Под ред. проф. В. Е. Новикова.- Смоленск. - 2001.- С.- 54-57.
3. Тургенева Л.Б., Новиков В.Е. Мексидол в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита // Психофармакология и биологическая наркология.- 2002.- №№ 3-4.- С.- 459-460.
4. Тургенева Л.Б., Новиков В.Е., Тихомирова Л.А. Клинический опыт применения мексидола в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита // Вестник Смоленской мед. акад.- 2003.- № 3.- С.- 47-48.
5. Улитовский С.Б. Зубные пасты.- СПб.: Человек, 2000.- 272 с.
6. Axelsson P., Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years // J. clin. periodont.- 1981.- № 8.- P. 239-248. 13
7. Christen A.G., Katz C.A. Understanding human motivation // In.: N. O. Harris, F. Garcia-Godoy, eds. Primary preventive dentistry. Appleton & Lange.- 1999.- P. 397-422. 14
8. Scanapieco F.A. Воспалительные заболевания пародонта (от гингивита до системных заболеваний) // Cathedra.- 2005.- 3(15).- С. 18-20. 10

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНЕГО СРОКА

**В.Н.Покусаева, Н.В.Литвинова, Е.И.Мариновичева,
Г.Э.Новикова**

*Смоленская государственная медицинская академия; МЛПУ
КБСМП; женская консультация поликлиники № 4*

Эктопическая беременность не является редким заболеванием. Частота в популяции составляет от 1:25 до 1:250, в среднем – 1-2 на 100 беременностей. Несмотря на использование современных технологий в диагностике и лечении, внематочная беременность остается одной из ведущих причин материнской смертности (до 13%) (6, 11). Научные исследования показывают, что в последние годы во всем мире произошло значительное увеличение числа внематочных беременностей. В США отмечается пятикратное увеличение инцидентов, а по данным английских исследователей, за период с 1980 по 1990 гг. произошло увеличение заболеваемости в 2 раза (12). Этому способствует ряд факторов. Прежде всего, распространенность воспалительных заболеваний малого таза, тесно связанных с ИППП, абортами, внутриматочной контрацепцией (10, 13, 14). Не менее значимой причиной эктопической беременности остаются гормональные нарушения, в частности гиперандрогения различного генеза. К сожалению, все чаще этиологическим фактором внематочной беременности становятся вмешательства, основной целью которых является улучшение репродуктивной функции: различные гинекологические операции, особенно реконструктивно-пластические, экстракорпоральное оплодотворение, стимуляция овуляции. Например, индукторы овуляции увеличивают риск внематочной беременности до 4,1-10% (до 30% при синдроме гиперстимуляции!). При проведении реконструктивных операций риск зависит от объема оперативного лечения: при рассечении перитубарных спаек в последующем эктопическая беременность наступает у 5-6%, а при неостомии - у каждой четвертой (5).

Трубный вариант – наиболее частая локализация плодного яйца вне матки. Формирование плодместилища затрагивает слизистую, мышечную и серозную оболочки трубы. Неспособность трубного эпителия трансформироваться в децидуальную ткань и разрушительное действие трофобласта приводят к прерыванию беременности. Продолжительность прогрессивного роста плодного яйца, механизм прерывания беременности, а следовательно, клинические проявления заболевания, зависят от локализации эмбриона. Наиболее рано беременность прерывается при истмической локализации (в 4-6 недель), при ампулярной – в 4-8 недель. Благодаря мощной мышечной оболочке и богатой васкуляризации этого отдела при интерстициальном варианте беременность может прогрессировать до 10-16 недель. В то же время усиление кровоснабжения ин-

терстициального отдела при беременности приводит к развитию массивного кровотечения с возможным летальным исходом (9, 15).

Прогрессирующая и, особенно, прервавшаяся внематочная беременность обычно сопровождается характерными клинико-анамнестическими данными, на основании которых диагноз может быть заподозрен примерно у 90% пациенток (4, 16). Однако у каждой десятой выраженная полиморфность клинической картины, особенно при «стертой» симптоматике, требует использования дополнительных современных методов диагностики, в первую очередь ультразвукового и иммунологического (3,8). Главным дифференциально-диагностическим критерием при наличии положительного теста на ХГЧ является визуализация плодного яйца: при его локализации в полости матки обычно диагностический поиск прекращается, так как достоверно устанавливается факт маточной беременности. Лапароскопическое исследование – «золотой стандарт» диагностики и лечения эктопической беременности - проводится уже на завершающем этапе, когда результаты других менее инвазивных методов исследования не позволяют установить клинический диагноз. Параллельно диагностической цели в этой ситуации достигается лечебная (1, 2, 7).

Однако, несмотря на то, что квалифицированное ультразвуковое исследование в сочетании с иммунологическими тестами в подавляющем большинстве случаев позволяет своевременно и достоверно установить диагноз как маточной, так и внематочной беременности, приводимое ниже описание клинического наблюдения интерстициальной беременности показывает, с какими трудностями и казуистическими ситуациями порой сталкиваются акушеры-гинекологи и врачи ультразвуковой диагностики.

Пациентка М., 21 года, в январе 2006 г. взята на диспансерный учет в женской консультации в 10 недель беременности. Соматический анамнез и менструальная функция без особенностей. В 14 лет произведена правосторонняя овариэктомия, резекция левого яичника по поводу кисты правого яичника. Операция осложнилась тромбоэмболией легочной артерии, по поводу чего пациентка находилась в реанимационном отделении. Половая жизнь в течение 4 лет, от беременностей не предохранялась. В течение двух последних лет проходила обследование по поводу бесплодия в клиниках г. Москвы и Смоленска (никаких медицинских документов, результатов обследования, проводимой терапии пациентка не представила). Со слов пациентки, гинекологом назначен утрожестан во вторую фазу менструального цикла, на фоне чего наступила данная первая беременность. При объективном обследовании в момент поступления патологических изменений со стороны гениталий и экстрагенитальных систем не выявлено. Учитывая данные анамнеза, продолжена терапия утрожестаном, назначен Магне-В₆.

При сроке гестации 12-13 недель появились ноющие боли в левой эпигастриальной области, при объективном исследовании - повышение тонуса матки. С диагнозом «угрожающий поздний выкидыш при беременности 12-13 недель» пациентка была госпитализирована в гинекологический стационар, где в течение 2 недель получала сохраняющую терапию, включавшую утрожестан, седативные средства, спазмолитики, поливитамины. В результате проведенного

лечения состояние пациентки улучшилось, симптомы угрозы прерывания беременности купированы. При ультразвуковом исследовании органов малого таза в 13 недель патологических изменений не было выявлено.

Дальнейшее наблюдение в женской консультации проводилось согласно принятым стандартам. Однократно в 21-22 недели отмечался рецидив угрозы невынашивания: чувство тяжести внизу живота, повышение тонуса матки. От предложенного стационарного лечения пациентка отказалась. Назначена токолитическая терапия гинипралом в амбулаторных условиях. На протяжении дальнейшего наблюдения отклонений в течении гестации не было. Заслуживает внимания тот факт, что при плановом скрининговом ультразвуковом исследовании в 24 недели гестации выявлена двурогая матка. Диагноз подтвержден при УЗИ в 27 недель беременности.

5 июня при очередном плановом посещении женской консультации никаких патологических отклонений в течении беременности не выявлено. В этот же день пациентка самостоятельно обратилась в кабинет пренатальной диагностики, где при ультразвуковом исследовании подтвержден диагноз «двурогая матка». Плод, фетометрические показатели которого соответствовали 31 недели гестации, визуализировался в левой матке.

Через несколько часов, в 4-25 час. 6 июня, беременная с жалобами на схваткообразные боли в правой подвздошной области, продолжающиеся 2 часа, доставлена машиной скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи. При осмотре дежурным хирургом данных за острые хирургические заболевания не выявлено. Пациентка переведена в акушерское отделение. При поступлении объективно состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Гемодинамических нарушений не выявлено: АД 110/70 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в мин., хорошего наполнения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не найдено. Симптом Пастернацкого сомнительный справа. Матка в нормотонусе, безболезненная, дно матки на середине между пупком и лоном. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. При вагинальном исследовании шейка матки укорочена до 1,5 см, цервикальный канал закрыт. Предлежащая головка плода подвижна над входом малого таза. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 140 ударов в минуту. В анализе крови: снижение гемоглобина до 84 г/л, эритроцитов – до 3,1 млн./мл, незначительная гипопропротеинемия до 63 г/л. В анализе мочи: следы белка, единичные гиалиновые цилиндры. С диагнозом «угрожающие преждевременные роды при беременности 31 нед. Двурогая матка. Почечная колика? Аппендицит? Анемия 2 ст.» пациентка госпитализирована в отделение. Получала спазмолитики внутримышечно, внутривенный токолиз гинипралом, ненаркотические анальгетики. Повторно консультирована хирургом через 6 часов после поступления. В момент осмотра хирургической патологии не выявлено, однако не исключалась спаечная болезнь. Состояние пациентки в динамике на протяжении суток без ухудшения, но сохраняются боли в животе больше справа. При УЗИ почек патологических изменений не выявлено, общий анализ мочи и анализ по Нечипоренко без патологических изменений. В анализе крови показатели гемоглобина колебались от 77 г/л вечером 6 июня до 99 г/л утром 7

(без инфузионно-трансфузионной терапии). Проводится сохраняющая терапия и динамическое наблюдение акушером и хирургом. Через сутки после поступления состояние пациентки внезапно ухудшилось, появились резкие спастические боли в животе. Положение пациентки вынужденное, тахикардия до 108 в минуту, одышка, АД 120/70 мм рт.ст. Живот вздут, напряжен, болезненный, положение плода и тонус матки практически определить невозможно из-за выраженного напряжения брюшной стенки. Сердцебиение плода ритмичное 136 ударов в минуту. В крови появился сдвиг лейкоцитарной формулы – палочкоядерные формы до 6%, сегментоядерные – 86%. В экстренном порядке пациентка консультирована сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики, заведующими акушерским и хирургическим отделениями, после чего с диагнозом «острый аппендицит? Спаечная кишечная непроходимость» пациентка переведена в хирургическое отделение в 9-00 и взята в операционную. По вскрытии брюшной полости обнаружено: 1,5 л темной крови, тело матки увеличено до 22-23 недель беременности, ротировано правым ребром кпереди. В области правого угла располагается плодоемкостильце размерами 40x45 см с разрывом около 1 см, активно кровоточащее. Правый яичник не обнаружен, слева придатки без особенностей. Операционный диагноз: беременность 31 неделя с локализацией плода в правом роге матки с разрывом плодоемкостильца, не исключается локализация беременности в интерстициальной части правой трубы. В операционную срочно приглашен профессор Н.К.Никифоровский. Решено произвести извлечение плода и высокую ампутацию матки. Плод массой 1500 г извлечен в состоянии тяжелой асфиксии, проведены успешные реанимационные мероприятия. В последующем новорожденный переведен в детское реанимационное отделение для продолжения лечения. Произведена высокая ампутация матки. Операционный препарат представлял матку обычной формы, по ее передней поверхности имелось плодоемкостильце (вероятно, в интерстициальной части трубы), плацента располагалась в этом плодоемкостильце с переходом на дно матки, заднюю стенку, отделение плаценты было невозможным ввиду ее приращения. Послеоперационный период протекал на фоне постгеморрагической анемии (общая кровопотеря около 2 л). Получала антибактериальную, противоанемическую терапию. При ультразвуковом исследовании на 7 сутки диагностирована гематома культи шейки матки. С 8 по 12 сутки продолжала терапию во 2 гинекологическом отделении БСМП. Выписана в удовлетворительном состоянии с нормальными клинико-лабораторными показателями. В настоящее время, через 4 месяца после операции, женщина и ее ребенок чувствуют себя удовлетворительно.

Патоморфологическое исследование удаленного материала. Макроскопически: образование 21x15x7 см, на поверхности вскрытый пузырь из плодных оболочек толщиной 0,5 см, красно-желтая поверхность, гладкая, в полости деформированная плацентарная ткань 12x7 см с фрагментом пуповины 20 см. Плодная поверхность гладкая, серая. По передней стенке образования линейный разрез 12 см и тело матки 8x6x6 см с полостью без элементов плода и хориона. Миометрий серо-желтый, толщиной 3 см, дряблый. При гистологиче-

ском исследовании признаков локализации плодного яйца в полости матки не найдено. Вращение ворсин хориона в наружные слои миометрия.

Заключительный диагноз: роды I преждевременные в 31 неделю гестации. Разрыв интрамуральной части правой беременной трубы. Декомпенсированный обратимый геморрагический шок. Постгеморрагическая анемия. Спаячный процесс в брюшной полости. Нижнесрединная лапаротомия. Извлечение плода, высокая ампутация матки с правой трубой. Рассечение спаек.

Данное наблюдение заслуживает внимания не только с точки зрения редкости клинического случая, к счастью, с благоприятным исходом, но и тактики ведения. Ретроспективно анализируя ситуацию, можно выявить определенные моменты, которые могли помочь вовремя заподозрить эктопическую беременность и провести хирургическое лечение на более благоприятном преморбидном фоне, до развития геморрагического шока. Прежде всего, обращают на себя внимание данные анамнеза: нет указаний на наличие анатомической аномалии матки. Пациентка неоднократно проводила ультразвуковые исследования, при гинекологической операции данных за двуругую матку не было. Не обнаружено изменений и при первом ультразвуковом исследовании. Вероятно, следовало найти информацию в архивной истории болезни о проведенной в гинекологическом стационаре операции. Ультразвуковое исследование, особенно первое в 13 недель беременности, при соблюдении всех методик (поиск не только плодного яйца, но и тщательный осмотр стенок матки, области придатков при трансабдоминальном и трансвагинальном сканировании) с большой долей вероятности могло способствовать установлению правильного диагноза. Таким образом, наличие клинических проявлений патологического течения беременности (симптомы угрозы прерывания, острой хирургической и почечной патологии и т.п.) у пациенток с характерными анамнестическими данными, впервые диагностированной при беременности аномалией половой системы, должны даже при поздних сроках гестации настораживать врачей в отношении возможной атипичной локализации плодного яйца.

Литература

1. Адамян Л. В., Зурабиани З. Р., Козаченко А. В., Данилов А. Ю. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Под редакцией В. И. Кулакова и Л. В. Адамян. - М.: Пантори, 2000
2. Давыдов А. И., Шахламова М. Н., Клиндухов И. А. Лапароскопическое лечение трубной беременности: показания, условия и противопоказания. // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и педиатрии. - Москва-Сургут, 2000. - С.- 162-165
3. Медведев М. В., Юдина Е. В. Дифференциальная ультразвуковая диагностика в акушерстве. М.: Видар, РАВУЗДПГ, 1997.- 340с.
4. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология: (Учебник). ГЭО-ТАР-МЕД, 2004, 480 с.
5. Стрижаков А. Н., Шахламова М. Н., Клиндухов И. А. Системный подход к диагностике и лечению трубной беременности. // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и педиатрии. - Москва-Сургут, 2001. - С.- 232-234

6. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Шахламова М. Н., Белоцерковцева Л. Д. Внематочная беременность. – М.: Медицина, 2000.
7. Шахламова М. Н., Гликман Е. В., Клиндухов И. А. Результаты лечения больных внематочной беременностью с патологической кровопотерей. \ \ Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и педиатрии.- Москва-Сургут, 2000, С.- 155-157
8. Шахламова М. Н., Давыдов А. И., Бахтияров К. Р., Баев О. Р., Клиндухов И. А. Клиническая оценка вариаций хорионического гонадотропина при внематочной беременности. \ \ Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и педиатрии.- Москва-Сургут, 2001, С.- 350-357
9. Gherman R. E., Stitely M., Larrimore C., Nevin K., Coppola A., Will ese D. Low-dose methotrexate treatment for interstitial pregnancy. \ \ J Reprod Med. 2000 Feb;45(2): 142-4.
10. Grimes D. A. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. \ \ Lancet 2000; 356: 9234: 1013-1019.
11. Hajenius P. J., Mol B. W. J., Bossuyt P. M. M., Ankum W. M., Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000.
12. Lehner R., Kucera E., Jirecek S., Egarter C., Husslein P. Ectopic pregnancy. \ \ Arch Gynecol Obstet. 2000 Feb;263(3):87-92.
13. Quentin R., Lansac J. Pelvic inflammatory disease: medical treatment. \ \ Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;92:2:189—192.
14. Rein D. B., Kessler W. J., Irwin K. L., Rabiee L. Direct medical cost of pelvic inflammatory disease and its sequelae: decreasing, but still substantial. \ \ Obstet Gynecol 2000; 95-3: 397-402.
15. Sagiv R., Golan A., Arbel-Alon S., Glezerman M. Three conservative approaches to treatment of interstitial pregnancy. \ \ J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2001 Feb;8(1):154-8.
16. Sowter M. C., Farquhar C. M., Petrie K. J., Gudex G. A randomised trial comparing single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured tubal pregnancy. \ \ BJOG. 2001 Feb;108(2):192-203.

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ

В.Н. Покусаева., И.М. Майорова ., А.М. Зеньков

*Смоленская государственная медицинская академия,
Департамент Смоленской области по здравоохранению*

Ухудшение демографической ситуации в России на протяжении последних десятилетий требует проведения как социальных, так и медицинских мероприятий, направленных на увеличение рождаемости, снижение показателей заболеваемости и смертности населения. Одно из основных направлений в решении этой проблемы - улучшение репродуктивного здоровья. Репродукция, в свою очередь, напрямую связана с регуляцией рождаемости, то есть предохранением от нежелательной беременности (контрацепция) или, в случае ее наступления, ее прерыванием (искусственный аборт).

Практика развитых европейских стран доказывает, что внедрение в широкую практику современных контрацептивных средств позволяет значительно уменьшить число абортов. Однако в России в силу различных причин экономического, медицинского, социального характера аборт до настоящего времени остается одним из основных методов регулирования рождаемости. Число незапланированных беременностей, большая часть из которых оказывается нежелательными, в нашей стране составляет до 66% (4, 13).

Число абортов, ежегодно производимых в мире, не имеет тенденции к уменьшению и составляет от 30 до 53 млн., то есть каждая четвертая беременность заканчивается искусственным абортом. В России ситуация выглядит следующим образом. Общее число абортов за последние 10-15 лет снизилось в 2 раза - с 4 млн. в 1990 г. до 1,5-2 млн. в 2004г. (3, 9 10, 12). Отмечается положительная динамика в изменении таких показателей, как число абортов на 1000 женщин детородного возраста (со 114 в 1990 г. до 49 в 2002 г.) и на 100 живорождений (с 205 до 139 соответственно). Однако этот прогресс не вселяет особого оптимизма. Во-первых, не все аборты регистрируются Госкомстатом, так как большинство негосударственных медицинских учреждений представляют данные, не всегда соответствующие действительности. Во-вторых, что более важно, доля абортов среди общего числа беременностей остается по-прежнему высокой и почти в 10 раз превышает таковую по сравнению с развитыми странами (соответственно 58,2 и 5,6-19) (8). 3 из 5 беременностей заканчиваются абортом. И хотя этот показатель ниже, чем в прошлые годы, но происходит это на фоне снижения числа родов, что, естественно, отрицательно сказывается на демографических показателях (11, 15). В-третьих, вклад аборта в структуру материнской смертности, несмотря на внедрение новых технологий, остается достаточно высоким (11, 17, 20, 23). Кроме того, до сих пор шадящие методи-

ки прерывания беременности используются сравнительно редко, их доля в общем числе абортот не превышает 25% (6, 19, 21). Еще один тревожный факт – каждая десятая прерывает первую беременность, и этот показатель не меняется на протяжении последних десятилетий. Беспокоит высокий показатель абортот среди детей и подростков – до 80% нее достигших совершеннолетия в случае наступления беременности прерывают ее, и на долю абортот в этой категории приходится до четверти всех производимых в стране абортот (6).

Вероятность искусственного абортот увеличивается с возрастом пациентки: до 20 лет к искусственному прерыванию беременности прибегали 10-15%, к 25 годам этот показатель увеличивается до 30%, а к 30 - до 80%. Особые опасения вызывает то, что часто женщины прибегают к искусственному абортот неоднократно. В среднем к концу репродуктивного периода на каждую женщину в конце XX века приходилось 3,6 абортот, а в последние годы - 2,3 (8, 22).

Реализация проекта «Укрепление комплексной системы охраны репродуктивного здоровья населения Смоленской области» в 2001-04 гг. позволила добиться положительных сдвигов. При сравнении показателей 2003 и 2005 гг. очевидно снижение числа абортот, как абсолютного (с 12241 до 11668), так и в пересчете на 1000 женщин фертильного возраста (с 41,9 до 38,8). Значительно уменьшился показатель числа абортот на 100 родов: в 2003 г. он составлял 141,6, а в 2005г. – 124,3. Однако нужно учесть, что приведенные статистические показатели могут отличаться от фактических, так как в них не учтены абортот, произведенные в негосударственных лечебных учреждениях. Кроме того, проблемой остаются абортот в возрастной группе до 14 лет, на долю которых приходится до 20%. К сожалению, медленными темпами растет доля медикаментозных абортот, точное число которых установить довольно сложно, так как большая их часть производится коммерческими учреждениями (5).

Касаясь вопроса последствий искусственного прерывания беременности, нужно отметить, что даже если оно производится в лечебном учреждении опытным врачом, имеется высокий риск развития различных осложнений. На их частоту влияют срок беременности, методика проведения абортот, соматическое здоровье и анамнез женщины. Заболеваемость при искусственном абортот, по литературным данным, составляет от 1,5 до 32,0%. Смертность колеблется от 1,2 до 4,1 на 100 000 абортот, составляя в структуре материнской смертности 25-50% (2, 3, 12, 17, 23).

Согласно принятой ВОЗ классификации все осложнения после искусственного прерывания беременности делят на ранние и поздние, или отдаленные. Ранние, в свою очередь, могут быть непосредственными, возникающими во время операции или в период выздоровления, и отсроченными, в течение первого месяца после вмешательства (2).

Непосредственно во время абортот осложнения возникают относительно редко: кровотечения - 1,5-4,3%, перфорация матки - до 0,2% (4, 12). Это, вероятно, связано с улучшением техники операции и оказываемого анестезиологического пособия. Помимо перечисленных, к ранним осложнениям относятся травма шейки матки, инфицирование органов малого таза, неполное удаление плодного яйца, тромбоэмболия, осложнения со стороны психического состоя-

ния и реакции на анестезию. Депрессивное состояние, вызванное стрессом в связи с оперативным вмешательством, наблюдается у каждой десятой пациентки. Некоторые авторы считают, что депрессия обусловлена обычно не абортom, а его септическими осложнениями или провокацией обострения существующего психического заболевания. Тем не менее психическая травма вследствие операции на половых органах может вызывать ряд эмоциональных нарушений с развитием психастении, навязчивых состояний (1). Увеличение возбудимости ЦНС в ближайшие месяцы после аборта способствует развитию или прогрессированию дистонии. Вероятность нарушений увеличивается при неадекватном обезболивании во время операции, наличии стрессовых ситуаций (недоброжелательность персонала, административная волокита, проблемы в семье) (4).

Отмечаемое в последнее время снижение количества послеабортных осложнений в результате внедрения в практику медикаментозных и мини-абортов, привело к тому, что часть женщин воспринимает данный метод прерывания беременности даже как альтернативу использованию контрацепции. В то же время частота отдаленных последствий, являющихся одной из основных причин нарушений репродуктивной функции, соматического здоровья и даже инвалидизации женщин, не имеют значимой тенденции к снижению и встречаются у 30-35% женщин. Каждая третья пациентка, страдающая гинекологическими заболеваниями, в прошлом перенесла искусственный аборт (7, 14, 16, 18).

Отсроченные осложнения аборта: повреждения и рубцовые изменения внутреннего зева и цервикального канала с формированием истмико-цервикальной недостаточности и невынашивания беременности; повреждение и дегенерация эндометрия, образование синехий в матке, приводящие к нарушению имплантации и возникновению аномалий развития плода; нарушение проходимости маточных труб с развитием бесплодия или внематочной беременности; изоиммунизация при резус-несовместимости; психогенные расстройства.

Наиболее частые осложнения искусственного аборта - воспалительные заболевания (до 20%) и гормональные нарушения (до 40% и более) (11, 17, 18). Следствием этих тесно взаимосвязанных между собой осложнений являются последующие нарушения менструального цикла, формирование спаечного процесса в малом тазу и внутриматочных синехий. По данным В.И. Кулакова (2002), более половины пациенток, страдающих бесплодием, имели в анамнезе аборт, тогда как в популяции этот показатель не превышает 6%. У 2,9-4,6% пациенток последующая беременность бывает внематочной (6, 7).

Большое влияние на частоту послеабортных осложнений оказывают методика и срок прерывания беременности. Так, после аборта, проводимого методом вакуум-аспирации при беременности малого срока, все осложнения встречаются значительно реже, чем после выскабливания слизистой матки (21). После абортов, произведенных во втором триместре, осложнения возникают в 3-5 раз чаще, чем в первом (3).

Резко возрастает вероятность осложнений по мере увеличения числа абортов в анамнезе: риск осложнений при наличии 1-2 абортов составляет 3-4%, 3 - до 18-20%, а при 6-7 абортах составляет все 100% (9). Повторные

аборты, каждый из которых сопровождается «гормональным ударом», приводят к накоплению возникающих изменений в эндокринной, иммунной, нервной и других системах ввиду внезапного нарушения процессов адаптации. В итоге формируются хронические эндокринные нарушения с развитием прогестерон-дефицитных состояний, способствующих нарушению механизмов регуляции клеточного роста и дифференциации, ухудшению иммунного статуса организма с развитием патоморфологических изменений в репродуктивных органах. Доказано увеличение риска развития дисгормональных заболеваний и рака молочных желез у женщин, имеющих в анамнезе три искусственных аборта и более. Повторные искусственные аборты могут явиться причиной последующего патологического течения климактерического периода (14).

Около трети женщин, в том числе 90% нерожавших, решившихся на прерывание беременности, в последующем желают иметь детей. В течение первых двух лет после аборта повторная беременность наступает у половины пациенток (10). Многие отечественные и зарубежные авторы считают, что беременность после искусственного аборта протекает более осложненно. Чаще, чем в популяции отмечается невынашиванием и недонашиванием, которое может быть обусловлено истмико-цервикальной недостаточностью в результате травмы при хирургическом вмешательстве, а также травмой базального слоя эндометрия и перешейка и шейки матки, образованием внутриматочных синехий, возникновением воспалительных процессов и эндокринных нарушений. Перенесенный искусственный аборт увеличивает вероятность самопроизвольных выкидышей в 2 раза, а преждевременных родов в 1,5-4 раза. В наибольшей степени отрицательное влияние искусственного аборта на состояние здоровья женщины выражено в течение первого года после операции, а также при проведении хирургического аборта путем кюретажа. Так, по данным ВОЗ (1980), преимущественное использование кюретажа увеличивает показатель невынашивания в 3 раза, в то время как влияния вакуум-аспирации на частоту прерывания беременности не отмечено. Кроме того, имеется зависимость частоты угрозы прерывания беременности от количества абортов в анамнезе. По их данным, частота досрочного прерывания беременности увеличивается при наличии в анамнезе 3 и более абортов (2, 4, 11, 14, 16, 19, 21, 24).

Небезразлично влияние аборта на частоту возникновения гестозов при последующих беременностях, что связывают с изменениями в гипоталамо-гипофизарной системе, тормозящими развитие приспособительных реакций при вновь возникшей желанной беременности. Частота и тяжесть гестозов прямо пропорциональна количеству абортов в анамнезе (14, 15).

Дистрофические изменения эндометрия и неполноценность гаметы при неполном созревании ооцита после искусственного аборта нередко приводят к патологической плацентации и формированию первичной плацентарной недостаточности. Гистологическое исследование плацент показало, что нарушение проницаемости соединительной ткани плаценты у женщин с абортами в анамнезе коррелирует с количеством абортов (2).

Предшествующие наступлению беременности гормональные нарушения, изменение структуры миометрия после перенесенных аборт являются предпосылкой для возникновения осложнений в родах. По сравнению с первобеременными течение родов у повторнобеременных первородящих осложняется в 2-2,5 раза чаще: возрастает вероятность развития аномалий родовой деятельности, разрывов матки, нарушения течения послеродового периода, увеличивается продолжительность родов. У женщин с 2 и более искусственными абортами осложнения встречаются чаще, чем у первородящих или имеющих в анамнезе только 1 аборт (16,20). Следствием этого является высокая частота оперативного родоразрешения, которое проводится в 2-3 раза чаще, чем у первобеременных (12).

Искусственное прерывание беременности способствует неблагоприятному течению послеродового периода, развитию послеродовых заболеваний общего и местного характера (4).

Результатом осложненного течения беременностей и родов, патологических изменений в плаценте при последующих беременностях является нарушение внутриутробного роста и развития плода, нарушению его адаптации в процессе родового акта и в постнатальном периоде.

Перинатальная смертность в группе первородящих с искусственными абортами в анамнезе в 1,5 раза выше, чем у первобеременных. Имеются данные о возрастании перинатальной и ранней неонатальной смертности с увеличением числа аборт в анамнезе. Так, при наличии одного аборта перинатальная смертность составляет 22,4‰, а при 2 и более - 36,2-53,6‰. Такая же тенденция имеется и для ранней неонатальной смертности. Из патологических состояний у новорожденных чаще других встречаются нарушения мозгового кровообращения различных степеней тяжести, кефалогематомы, недоношенность, неврит n. radialis, пневмония, переломы ключицы. Риск рождения детей с низкой массой тела возрастает в 2 раза, а с очень низкой (до 1000 г) - в 2-5 раз даже при наличии в анамнезе одного аборта. (2, 4, 6, 22, 23).

Таким образом, несмотря на определенные позитивные сдвиги в динамике общего числа аборт, искусственное прерывание беременности в Смоленской области, как и в целом по России, остается одним из основных методов регуляции рождаемости. Борьба с негативными последствиями аборт должна проводиться по нескольким направлениям. Во-первых, предупреждение нежеланной беременности путем внедрения эффективных доступных средств контрацепции. Во-вторых, внедрение новых технологий прерывания беременности с использованием медикаментозного и «мини»-аборта. В третьих, профилактика осложнений послеабортного периода и реабилитационные мероприятия с обеспечением контрацепции с целью профилактики повторных аборт.

Литература

1. Бакулева Л.П., Гатина Г.А., Кузьмина Т.И., Соловьева А.Д. Состояние вегетативной нервной системы после искусственного прерывания беременности в I триместре. // Акуш. и гин. 1990.- № 4.- С.- 60-64.

2. Каримова Ф.Д. Профилактика осложнений искусственного аборта. \\\n Акуш. и гин. 2001.- № 2.- С.- 55-56.
3. Кулаков В.И. Планирование семьи в Европе. 1996.- № 2.- С.- 15-8.
4. Ледина А.В., Кузмин А.А. Искусственный аборт и его последствия. \\\n РМЖ. - 1998.- № 6 (15).- С.- 34-37.
5. Отчеты департамента по здравоохранению Смоленской области за 2001-2005 гг.
6. Радзинский В.Е., Семятов С.М. Реабилитация репродуктивного здоровья после хирургического аборта. \\\n РМЖ.- 2006.- № 8 (1).- С.- 20-22.
7. Ревазова Ф.С. Контрацепция и сексуальное здоровье женщины. \\\n Гинекология. – 2005.- № 11 (5).- С.- 5-8.
8. Российский статистический ежегодник 2002: Стат. сб./ Госкомстат России. М., 2002.- С.- 246
9. Савельева И.С. Комбинированная оральная контрацепция как профилактика аборта и лечение его осложнений. \\\n Гинекология.- 2002.- № 4 (3).- С.- 107-11.
10. Сакевич В. Аборт или контрацепция: что выбирают российские женщины? \\\n Планирование семьи.- 2004.- № 1.- С.- 26-29.
11. Саччи И., Савельева И.С. Вопросы планирования семьи –неотъемлемый компонент улучшения репродуктивного здоровья женщин. Интегрированный подход проекта 'Мать и дитя'. \\\n Гинекология.- 2006.- № 5 (4).- С.- 19-22.
12. Серов В.Н., Пауков С.В. Оральная гормональная контрацепция.- М.: Триада-Х, 1998.
13. Тенденции изменения состояния репродуктивного здоровья женщин в Восточной Европе и Евразии (данные Population Reference Bureau, США, сентябрь 2003). \\\n Планирование семьи.- 2004.- № 1.- С.- 4-11.
14. Ткаченко Л.В. Факторы риска для возникновения нарушений репродуктивной функции. \\\n Журн. акуш. и женских бол. СПб.- 2000.- № 3.- С.- 36-9.
15. Ткаченко Л.В., Раевский А.Г. Основные пути профилактики абортов и их осложнений. \\\n Гинекология.- 2004.- № 6 (3).- С.- 41-44.
16. Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Рыскельдиева В.Т., Тургунбаева З.А. Гинекологическая заболеваемость и нарушение репродуктивной функции у женщин в зависимости от метода регуляции рождаемости. \\\n Гинекология.- 2004.- № 6 (6).- С.- 13-14.
17. Bullough C, Meda N, Makowiecka K, Ronsmans C, Achadi EL, Hussein J. Current strategies for the reduction of maternal mortality. \\\n BJOG. 2005; 112(9): 1180-8.
18. Charonis G, Larsson PG. Use of pH/whiff test or QuickVue Advanced pH and Amines test for the diagnosis of bacterial vaginosis and prevention of postabortion pelvic inflammatory disease. \\\n Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85(7): 837-43.
19. Flett GM, Templeton A. Surgical abortion. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002; 16 (2): 247-61.
20. Ganatra B, Johnston HB. Reducing abortion-related mortality in South Asia: a review of constraints and a road map for change. \\\n J Am Med Womens Assoc. 2002; 57 (3): 159-64.

21. Keder LM Best practices in surgical abortion. \ Am J Obstet Gynecol. 2003; 189 (2): 418-22.
22. Kero A, Lalos A Increased contraceptive use one year post-abortion.\ Hum Reprod. 2005; 20 (11): 3085-90.
23. Tsu VD. Appropriate technology to prevent maternal mortality: current research requirements. \ BJOG. 2005; 112 (9): 1213-8.
24. Varli IH, Lindelius A, Bergstrom M.Is preoperative vaginal cleansing necessary for control of infection after first trimester vacuum curettage? \ Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84 (7): 650-3.

МИОМЭКТОМИЯ КАК МЕТОД СОХРАНЕНИЯ И ВОССТА- НОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

**С.И. Коржуев, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова, Т.Г. Авети-
сян**

Смоленская государственная медицинская академия

Среди многочисленных проблем здравоохранения, которые возникли в России и в мире в целом за последние годы, наиболее остро звучат те, которые теснейшим образом связаны с воспроизводством населения. На фоне резкого снижения рождаемости, стремительного роста общей смертности населения, сокращения общей продолжительности жизни отмечается прогрессивное ухудшение качества здоровья женщин. Среди заболеваний репродуктивной системы высокий удельный вес занимает миома матки (1,2).

Современный подход к лечению больных репродуктивного возраста с миомой матки состоит в оперативном удалении миоматозных узлов или комбинации хирургического метода и гормонмодулирующей терапии (6). При подходе к выбору объема вмешательства у женщин детородного возраста, заинтересованных в сохранении или восстановлении репродуктивной функции, придерживаются принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии и прибегают к радикальным операциям только в тех случаях, когда все другие возможности как хирургического, так и медикаментозного лечения исчерпаны (4,5).

Несмотря на широкое распространение эндоскопических методов лечения в гинекологической практике, не утрачивает своей актуальности и классическая хирургия. Открытый абдоминальный и лапароскопический доступы не являются конкурирующими, а каждый из них имеет свои показания и преимущества (3,7,8).

Так, за последние 5 лет в отделении оперативной гинекологии МЛПУ КБ №1 выполнено 177 миомэктомий открытым лапаротомическим доступом.

Возраст больных колебался от 23 до 45 лет, причем из 177 пациенток 35 (19,77%) были в возрасте от 23 до 30 лет, 58 (32,77%) - от 31 до 35 лет, 84 (47,46%) в возрасте от 36 до 49 лет.

Беременности в анамнезе имели 70% женщин, причем только 53% из них имели детей, у остальных беременности закончились искусственным прерыванием или самопроизвольным выкидышем. Из 53 женщин, не имевших ранее беременности, 22,3% пациенток длительное время лечились от бесплодия, а остальные использовали надежные методы контрацепции.

Основной жалобой, предъявляемой пациентками до операции, был болевой синдром. Боли различной интенсивности встречались у 37,23%. Меноррагии выявлены у 29,34%. У 22,34% основной жалобой было отсутствие беременности в течение длительного времени (от 1 года до 9 лет). Нарушение

функции смежных органов (учащенное мочеиспускание, дисфункция прямой кишки) обнаружено у 17 % женщин.

Размеры матки перед операцией у 34,4% соответствовали 6 неделям беременности, у 46,8% - 7 - 8-неделям, у 6,3% - 9-10 неделям, в 12,5% случаев - до 14 - 16 недель. При этом у 28 (15,82%) пациенток диаметр удаленных узлов был до 30 мм, у 88 (49,72%) - до 40-60 мм, у 22 (12,43%) - до 70-80 мм, у 39 (22,03%) - до 100 мм. У 105 (59,32%) обследуемых удаляли одиночные миоматозные узлы, у остальных - множественные. Локализация узлов в области дна матки отмечалась у 12,5%, по передней и задней стенке у 62,6% и у 24,9% по всей поверхности матки. Удаление субсерозно расположенных узлов провели у 46,9% женщин. При интерстициально-субмукозной локализации у 21,9% больных имело место вскрытие полости матки. У 28,1% пациенток осуществлена перитонизация рубца на матке свободным лоскутом сальника. Разрез на матке у всех больных ушивался отдельными швами, преимущественно ареактивным синтетическим рассасывающимся шовным материалом. Попутная добровольная хирургическая стерилизация произведена у 40 пациенток (22,6%). Продолжительность операции в среднем составила 58 минут (разброс от 30 до 120 минут). Кровопотеря не превышала 800 мл (в среднем 255мл).

Течение послеоперационного периода у 111 (62,71%) больных было без особенностей, у 39 (22,03%) отмечалась анемия и у 27 (15,25%) сохранялся субфебрилитет более 6-7 дней. После операции все женщины получали гормональное лечение в течение минимум 6 месяцев.

Менструальная функция в течение первого года после операции восстановилась у 92% пациенток. Уменьшилось количество теряемой крови у 74,6%, 24,4% прооперированных женщин отмечали восстановление регулярного менструального цикла. Длительность менструации снизилась с $6,8 \pm 0,4$ дня до $5,6 \pm 0,3$ дня. Болевой синдром сохранялся лишь у 7% женщин, и, по-видимому, связан с выраженным спаечным процессом. Нарушений со стороны функций смежных органов в течение года после операции не наблюдалось.

Всего за 5 лет наблюдения беременность наступила у 78 из 177 пациенток (44%): через 1 год - у 19 (10,7%), через 2 года - у 41 (23,1%), через 3 года - у 18 (10%). У 62 (79,5%) из них беременность закончилась рождением живых детей, в 12 случаях произошли самопроизвольные выкидыши. В 4 случаях произведен медицинский аборт по желанию женщины.

Течение беременности у женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии характеризовалось высокой частотой угрозы прерывания, которая диагностировалась почти у всех беременных (90,4%) в I триместре беременности, у 2/3 (у 40 из 62) - во II, и у каждой третьей (у 19 из 62) на протяжении всей беременности. Фетоплацентарная недостаточность и внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 21 (33,9%), сопутствующая экстрагенитальная патология, которая требовала проведения лечебных мероприятий, у 17 (27,4%) беременных.

Состояние рубца на матке оценивали с учетом клинического, ультразвукового и доплерометрического исследований проведенных в 37-38 недель беременности. Во всех случаях данных за несостоятельность рубца выявлено не было. С учетом имеющейся сопутствующей соматической патологии, возраста женщины и длительного бесплодия в анамнезе у 42 беременных было проведено плановое абдоминальное родоразрешение. Во время операции у 7 пациенток было диагностировано истончение рубцовой ткани до 2-3 мм, во всех случаях на передней стенке матки. Роды через естественные родовые пути были запланированы у 20 пациенток, из них у 5 программированные. У 11 роды закончились через естественные родовые пути, у 9 была произведена экстренная операция кесарево сечение. Основными показаниями являлись аномалии родовой деятельности (6 пациенток). Послеродовый период у всех пациенток протекал без осложнений.

Таким образом, миомэктомия позволяет сохранить женщине специфические функции организма, в том числе репродуктивную.

Литература

1. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. // Вестник Рос. Ассоциац. Акуш.-гинеколог. - 1997.- № (3).- С.- 21-3.
2. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность. М., 2001; 344с.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Малоинвазивная хирургия в гинекологии. М.: Медицина, 2001.
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. и др. Поперечная надлобковая мини-лапаротомия: малоинвазивный метод хирургического лечения гинекологических больных. // Вопр. гинеколог. акуш. и перинат.- 2003.- № 2(5-6).- С.- 21-6.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. и др. Органосберегающее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки. // Вопр. гинеколог. акуш. и перинат.- 2003.- № 2(3).- С.- 5-9.
6. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). - М.: МИА, 2003; 255с.
7. Ткаченко Э.Р., Адамян Л.В., Киселев С.И. Удаление подслизистых и межмышечных миом с центрипитальным ростом узла: сравнительный анализ различных доступов миомэктомии (чревосечение, лапароскопия, гистероскопия). Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. -М., 2001; 108.
8. Malzoni M., Rotond M., Perone C., Labriola D. Fertility after laparoscopic myomectomy of large uterine myomas: operative technique and preliminary results. // Eur J Gynaecol Oncol 2003; 24(1): 79-82.

ОБЛАСТИ ЯДРЫШКОВЫХ ОРГАНИЗАТОРОВ В ВОРСИНАХ ХОРИОНА В НОРМЕ И ПРИ ПОЗДНЕМ ГЕСТОЗЕ**А.Ю. Криворучко***Ставропольский государственный аграрный университет, кафедра физиологии и хирургии, г. Ставрополь.*

Изучена активность областей ядрышковых организаторов (ОЯОР) и площадь ядер синцитиотрофобласта ворсин хориона, полученных из плацент здоровых женщин и больных поздним гестозом (ПГ). Обнаружено, что в плацентах здоровых женщин ОЯОР малого размера и округлой формы. Она расположена в центре ядра площадью 8.44 ± 0.14 мкм² и составляет 0.46 ± 0.01 мкм². При легкой форме ПГ площадь ядер синцитиотрофобласта увеличивается до 12.84 ± 0.20 мкм², они содержат одну-две ОЯОР, расположенных в центральной зоне, суммарной площадью 0.91 ± 0.02 мкм². У больных тяжелой формой ПГ количество ОЯОР также доходит до двух, они располагаются в центре или на противоположных сторонах ядра, имеют круглую или овальную форму. Суммарная площадь ОЯОР в этой группе 0.99 ± 0.03 мкм², площадь ядер составляет 12.02 ± 0.27 мкм². Увеличение площади ядер и ОЯОР у больных ПГ, по сравнению со здоровыми, указывает на выраженную активизацию белкового синтеза в синцитиотрофобласте ворсин хориона, связанную с процессами перестройки транспортных систем плаценты в условиях нарушения маточно-плацентарного кровообращения. Интенсивность этих процессов зависит от степени тяжести ПГ.

Ключевые слова: плацента, гипоксия, ядрышковые организаторы, гестоз.
Принятые сокращения: ОЯОР – области ядрышковых организаторов; ПГ – поздний гестоз.

Основной функцией плаценты является адекватное снабжение плода кислородом и питательными веществами на протяжении всей беременности. Обеспечивает эти функции комплекс транспортных белковых систем и ферментов, синтез которых непрерывно осуществляется в синцитиотрофобласте хориальных ворсин – основном месте обмена между матерью и плодом (Милованов, 1999). При нарушении маточно-плацентарного кровотока и возникающей гипоксии плаценты, являющихся главными причинами возникновения позднего гестоза (ПГ) (Caniggia et al., 2000), в ворсинах хориона наблюдаются структурные изменения, развитие которых напрямую связано с состоянием белкового обмена (Mayhew, 1998).

Активность синтеза белков во многом определяется количеством рибосомальной РНК, формирующей ядрышко и рибосомы шероховатого эндоплазматического ретикулума. Участки хромосом, на которых происходит образование рибосомальной РНК, выявляются в виде связывающих коллоидное серебро областей ядрышковых организаторов (ОЯОР), впервые описанных в 1931 году Е.

Heitz (Дубенская, Баженов, 1992). По количеству и размеру ОЯОР определяют состояние белково-синтезирующего аппарата (Devilee et al., 1988), что нашло достаточно широкое применение при диагностике состояний, связанных с нарушением пролиферации и дифференцировки клеток (Crocker, Skilbeck, 1987; Боташева, 2000).

Исследования активности ОЯОР в ткани плаценты крайне малочисленны и касаются только опухолевого заболевания хориона – хориоэпителиомы (Neudeck et al., 1997; Watanabe et al., 1998). Отсутствуют данные о состоянии ОЯОР в плаценте при доношенной беременности в норме и при плацентарной патологии. В связи с этим для количественной оценки белково-синтетической функции в плаценте нами была изучена активность ОЯОР в ядрах синцитиотрофобласта терминальных ворсин хориона здоровых женщин и больных ПГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДИКА. Для исключения сочетанных форм ПГ, на основании клинического обследования нами были выбраны 20 здоровых родильниц, 20 родильниц с легкой и 20 с тяжелой формой заболевания.

Диагноз легкой формы ПГ был выставлен при наличии у беременной отеков любой локализации, не исчезающих после 12-часового отдыха в горизонтальном положении; протеинурии 0,033 – 1,0 г/л в разовой пробе мочи, при повторном анализе в течение суток; повышения систолического и диастолического АД после 20 недель беременности более чем на 15 %, по сравнению с исходным до беременности. Тяжелую форму ПГ, соответствующую нефропатии III и преэклампсии, диагностировали при наличии, кроме клиники легкой формы, хотя бы одного из следующих признаков: устойчивого повышения систолического АД более 160 мм. рт. ст. или диастолического более 110 мм. рт. ст.; массивной протеинурии более 5 г за 24 часа; олигурии менее 500 мл/сут; неврологической симптоматики в виде головной боли, боли в эпигастральной области, нарушений зрения; синдрома задержки развития плода по данным ультразвуковой фетометрии (Абрамченко, Хугаева, 1992; Mroz, 1999). Критерием подбора клинических групп являлась оценка тяжести ПГ на момент родоразрешения в условиях, когда медикаментозная терапия или еще не проводилась, или была недостаточно эффективна и не приводила к улучшению состояния больных.

Объектом исследования служила плацента, полученная сразу после родов и во время операций кесарева сечения. После осмотра материнской поверхности плаценты в случайном порядке иссекали 3 неповрежденных котиледона. Каждый из них разделяли на две части и из места разреза с одной стороны вырезали кусочки сечением 5x5 мм через все слои плаценты, которые затем фиксировали в 10 % нейтральном формалине и заливали в парафиновые блоки. На ротационном микротоме приготавливали срезы толщиной 10 мкм. Срезы расправляли на поверхности теплой дистиллированной воды (не более 40°C) и наклеивали на химически чистые предметные стекла без применения белка.

Оценку параметров активности зон ядрышковых организаторов проводили в срезах после депарафинирования ксилолом и доведения до воды в батарее спиртов нисходящей концентрации с последующей импрегнацией азотнокис-

лым серебром, по модифицированной методике, описанной Туриловой с сотрудниками (1998).

Гистологическое строение срезов изучали с использованием полифункционального светового микроскопа ЛЮМАМ Р-8. С помощью собранной нами компьютерной микротелефотометрической приставки с каждого препарата выполняли по 10 цифровых снимков случайно выбранных полей зрения на увеличении 1000 раз. Морфометрические показатели, такие, как площадь ядер (10 измерений на каждом снимке), количество и площадь областей ядрышковых организаторов (в 10 ядрах на каждом снимке), определяли при использовании программы ВидеоТест Мастер 4.0 для Windows'95 производства АОЗТ «ИСТА», Россия, г. Санкт-Петербург, на IBM-совместимом компьютере согласно рекомендациям Автандилова (1996).

Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью двустороннего критерия Стьюдента в программе Primer of Biostatistics 4.03 для Windows'95 на IBM-совместимом компьютере. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Синцитиотрофобласт терминальных специализированных ворсин, полученных из плацент здоровых женщин, содержит ядра небольших размеров (таблица). Они имеют овальную или веретенообразную форму и включают одну, крайне редко две малого размера ОЯОР округлой формы, которые расположены в центральной области ядра. Площадь ОЯОР составляет 5,5 % от площади ядра.

При легкой форме ПГ площадь ядер синцитиотрофобласта в полтора раза больше, чем в терминальных ворсинах хориона здоровых женщин. Они содержат расположенные около центра ядра одну-две округлых ОЯОР, суммарная площадь которых в два раза больше, чем в группе здоровых женщин. Количество ядер, содержащих две области, достоверно больше, чем в синцитиотрофобласте плацент здоровых женщин на 34 %. Отношение площади ядра к площади ОЯОР у больных легкой формой ПГ уменьшено на 28 % по сравнению со здоровыми.

Таблица. Активность областей ядрышковых организаторов в синцитиотрофобласте терминальных ворсин

Показатель	Здоровые, M±m (n=2000)	Больные ПГ	
		Легкая, M±m (n=2000)	Тяжелая, M±m (n=2000)
Площадь ядер, мкм ²	8.44±0.14	12.84±0.20**	12.02±0.27**#
Количество ОЯОР	1.03±0.01	1.38±0.04**	1.30±0.04**
Площадь ОЯОР, мкм ²	0.46±0.01	0.91±0.02**	0.99±0.03**##
Отношение площади ядра к площади ОЯОР	18.4±0.32	14.33±0.29**	14.77±0.33**

Примечание: статистическая значимость различий с данными группы здоровых обозначена: ** – $p < 0,01$. Статистическая значимость различий с данными группы больных легкой формой ПГ обозначена: # – $p < 0,05$, ## – $p < 0,01$.

В плацентах больных тяжелой формой ПГ ядра синцитиотрофобласта имеют площадь, меньшую на 7 % , чем в ворсинах хориона больных легкой формой. В каждом ядре имеется не более двух ОЯОР, расположенных в центре или на противоположных сторонах ядра. Их суммарная площадь на 9 % больше, чем в группе больных легкой формой ПГ. Зоны могут иметь не только круглую, но и овальную форму. Количество ядер синцитиотрофобласта с двумя зонами достоверно не отличается от группы больных легкой формой ПГ. Отношение площади ядра к суммарной площади ОЯОР также достоверно не отличается от таковой у больных легкой формой ПГ.

ОБСУЖДЕНИЕ. Синцитиотрофобласт терминальных специализированных ворсин в плацентах здоровых женщин функционирует в оптимальных условиях, адекватно обеспечивая плод кислородом и питательными веществами. Об этом свидетельствует небольшой размер ядер овальной формы, содержащих одну, крайне редко две (не больше одного-двух на сотню ядер), ОЯОР правильной формы малого размера (Wachtler et al., 1986). Определение соотношения площади ядра к площади ОЯОР показывает, что она занимает самую меньшую часть ядра, по сравнению с плацентами в других группах обследованных. Таким образом, при нормально протекающей беременности интенсивность синтеза белка в синцитиотрофобласте находится на низком, но достаточном для полноценного функционирования плаценты, уровне.

При легкой форме ПГ, как правило, не наблюдается нарушений в развитии плода. Это свидетельствует о достаточности комплекса мероприятий, направленных на активацию трансплацентарного переноса для обеспечения основных функций плаценты в полном объеме. Однако анализ белково-синтетической функции синцитиотрофобласта позволяет отметить выраженную напряженность обеспечивающих ее систем, что подтверждается увеличением в полтора раза площади ядер синцитиотрофобласта и в два раза – ОЯОР. Также увеличивается количество ядер, содержащих две ОЯОР, они занимают большую площадь внутри ядра, по сравнению с плацентами здоровых женщин. Это указывает на то, что синтез рибосомальной РНК, и, соответственно, белка в синцитиотрофобласте значительно возрастает при развитии даже легкой формы ПГ.

Дальнейшее прогрессирование ПГ характеризуется все большим дисбалансом между потребностями плода и возможностями трансплацентарного переноса, что часто сопровождается нарушением роста и развития плода. При этом наблюдается предельное напряжение, а в ряде случаев (при патологии со стороны плода), и декомпенсация процессов, обеспечивающих активацию основных функций синцитиотрофобласта (Ramin, 1999). Площадь ядер синцития мало отличается от таковой у больных легкой формой ПГ, однако площадь ОЯОР увеличивается, что указывает на еще более интенсивный, по сравнению с легкой формой ПГ, синтез транспортных белков и ферментов.

Таким образом, у больных ПГ, по сравнению со здоровыми, регистрируется увеличение площади ядер и ОЯОР, что указывает на выраженную активизацию белкового синтеза в синцитиотрофобласте ворсин хориона в процессе перестройки транспортных систем плаценты при нарушении маточно-

плацентарного кровообращения. Интенсивность этих процессов зависит от степени тяжести ПГ.

Литература

1. Абрамченко В.В., Хугаева Ю.П. Поздний токсикоз беременных. Владикавказ. – 1992.- 268 с.
2. Автандилов Г.Г. Компьютерная микротелефотометрия в диагностической гистопатологии. М.; РМАПО.- 1996.- 256 с.
3. Боташева В.С. Показатели активности ядрышковых организаторов при патологии щитовидной железы. \ \ Архив патологии.- 2000.-№ 62.-С.- 21-24.
4. Дубенская Л.И., Баженов С.М. Белки, ассоциированные с зонами ядрышкового организатора: практическое применение в онкоморфологии и связь с биологическими особенностями опухоли. \ \ Архив патологии.- 1992.- № 54.- С.- 40-43.
5. Милованов А.П. 1999. Патология системы мать-плацента-плод: Руководство для врачей. -М.; Медицина, 448 с.
6. Турилова В.И., Смирнова Т.Д., Самойлович М.П., Сухих Т.Р. Функциональная морфология ядрышкообразующих районов хромосом и ядрышек в клетках линии множественной миеломы человека. I. Изменение морфологии и характера серебрения ядрышкообразующих районов хромосом клеточных линий RPMI 8226 и U 266, различающихся по степени дифференцировки, на протяжении 7 сут. после пересева клеток.\ \ Цитология.- 1998.- № 40.- С.- 536-547.
7. Caniggia I., Winter J., Lye S.J., Post M. Oxygen and placental development during the first trimester: implications for the pathophysiology of preeclampsia. \ \ Placenta. – 2000.-21: 25-30.
8. Crocker J., Skilbeck N. Nucleolar organiser region associated proteins in cutaneous melanotic lesions: a quantitative study. \ \ J. Clin. Pathol.- 1987.- 40: 885-889.
9. Devilee P., Thierry R.F., Kievits T. Detection of chromosome aneuploidy in interphase nuclei from human primary breast tumors using chromosome-specific repetitive DNA probes. \ \ Cancer Res.- 1988.- 48 : 5825-5830.
10. Mayhew T.M. Thinning of the intervacular layers of the human placenta is an adaptive response to passive diffusion in vivo and may help to predict the origin of fetal hypoxia. \ \ Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.- 1998.- 81: 101-109.
11. Mroz L.A. Hypertensive disorders of pregnancy. \ \ Anesth. Clin. North Am. – 1999.-17: 679-691.
12. Neudeck H., Unger M., Hufnagl P., Eiben B., Peters K., Kalla J., Graf R., Vogel M. Villous cytotrophoblast proliferating potential in complete and partial hydatidiform mole: diagnostic value of silver-stained nucleolar organizer region (AgNOR)-associated proteins.\ \ Gen. Diagn. Pathol.- 1997.-143: 179-184.
13. Ramin K.D. The prevention and management of eclampsia. \ \ Obstet. Gynecol. Clin. – 1999.-26: 489-503.

14. Watanabe M., Ghazizadeh M., Konishi H., Araki T. Interphase cytogenetic and AgNOR analyses of hydatidiform moles. \ J. Clin. Pathol.- 1998.-51: 438-443.
15. Wachtler F., Hopman A.H., Wiegant J. On the position of nucleolus organizer regions (NORs) in interphase nuclei. \ Exp. Cell. Res.- 1986.- 167: 227-240.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ О СРЕДСТВАХ И МЕТОДАХ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)

Е. В. Петрова, Н.С. Орехова, Л. М. Целов

***Смоленская государственная медицинская академия, МЛПУ
«Клинический родильный дом»***

Профилактика заболеваний – важное направление в медицине в целом и в стоматологии, в частности. Особое значение она приобретает в период беременности. Огромное количество средств и предметов гигиены вызывает у населения трудности при их выборе. Знания женщин о гигиене полости рта, как правило, неглубокие, часто их источником является лишь реклама. В свете изложенного возрастает значение информированности населения о современных подходах к уходу за полостью рта и качеству стоматологической помощи [1].

Поэтому изучение информированности пациенток, особенно беременных женщин, по этим вопросам является актуальным.

В задачи настоящего исследования входило: 1) выяснить критерии выбора беременными женщинами средств по уходу за полостью рта; 2) изучить информированность их о современных методах и средствах гигиены полости рта; 3) сопоставить уровень знаний женщин о профилактике основных стоматологических заболеваний с состоянием их зубов, десен и полости рта в целом.

Материал и методы. Проведены анкетирование и осмотр полости рта 136 беременных женщин в возрасте от 18 до 34 лет. Для проведения исследования была разработана специальная анкета. В ней беременным было предложено ответить на ряд вопросов, оценить состояние своих зубов и десен, указать, какими средствами ухода за полостью рта они предпочитают пользоваться, на чем основан их выбор; учитывали наличие соматических заболеваний, патологии беременности, вредных привычек. Исследование проводилось в стоматологическом кабинете женской консультации МЛПУ «Клинический родильный дом» и на кафедре терапевтической стоматологии СГМА. Для оценки результатов все анкетированные были разделены на 4 группы, в зависимости от возраста пациенток. Первую группу составили женщины в возрасте 18- 20 лет, вторую группу – 21-25-летние пациентки, третью – 26-30-летние и четвертую 30-34-летние беременные.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведенного исследования нами установлено, что женщины молодого возраста (1-я группа) предпочитают импортные зубные пасты (Colgate - 60%) и импортные зубные щетки. Свой выбор 90% респонденток этой группы делают, полагаясь только на свое мнение, учитывая красивый дизайн средств гигиены. Никто из беременных этой группы не следовал рекомендациям врача-стоматолога. Из других средств ухода за полостью рта наиболее часто (64%) используют зубочистки, жевательную резинку («Орбит»- 75%), флоссы (зубные нити) и ополаскиватели рта

практически никто из них не применяет; 90% респонденток этой группы чистят зубы 2 раза в день после еды вертикальным и круговыми движениями щетки; 25% пациенток оценивают состояние своих зубов и десен как хорошее, хотя при этом многие (60%) из беременных этой группы жалуются на кровоточивость десен; 50% беременных оценивают состояние своих десен как удовлетворительное. Кровоточивость десен у 82% женщин этой группы появилась только во время беременности. 25% респонденток этой группы посещают стоматолога 2 раза в год, остальные – по необходимости. По одному удаленному зубу имеют 27% пациенток этой группы.

Из лиц второй группы 30% опрошенных имеют высшее образование. Одна треть беременных женщин этой группы предпочитают отечественные зубные пасты («Жемчуг»), а 60% - импортные (Колгейт, Бленд-а-мед). Из данной группы 25% респонденток приобретали средства гигиены по совету стоматолога; 15% - ориентировались на рекламу, а 40% - выбирали зубные щетки сами; 90% представительниц этой группы чистят зубы 2 раза в день, 10% - 1 раз. В основном (70%) чистят зубы после еды, и лишь 30% - до еды. 60% опрошенных предпочитают проводить чистку зубов вертикальными движениями щетки, 30% - круговыми и 10% - считают, что методика чистки значения не имеет. Из дополнительных средств гигиены 60% лиц этой возрастной группы используют зубочисти, 15% - ополаскиватели рта и 65% - жевательную резинку (Дирол, Орбит). Кровоточивость десен отмечалась до беременности у 15% женщин; у 61% беременных она появилась во время беременности, в основном во второй ее половине. Состояние своих зубов и десен оценивают как хорошее 40% пациенток данной группы, 60% - как удовлетворительное. В этой группе 45% респонденток имеют 1-2 удаленных зуба. Представители этой возрастной группы чаще посещают врачей-стоматологов (2-3 раза в год - 40%, по необходимости – 50%), в том числе 6% лечились до беременности у пародонтолога, а 16% - у ортопед-стоматолога. Значительно больше у лиц этой группы и сопутствующих заболеваний (бронхиальная астма, болезни почек и сердечно-сосудистой системы), и патологии беременности (токсикоз, анемия, угроза прерывания).

70% анкетированных третьей группы (26-30 лет) предпочитают импортные средства по уходу за полостью рта. Представительницы этой группы также осведомлены о правилах гигиены полости рта (85% чистят зубы 2 раза в день, при этом круговым движениям щетки отдают предпочтение 20%, вертикальным - 60%). Из дополнительных средств гигиены чаще (40%) используют зубочисти, ополаскиватели и жевательные резинки (10%), флоссы не использует никто. 60% посещают стоматолога по необходимости (реже 1 раза в год), 35% - 2 раза в год. Отличным считают состояние своих зубов и десен только 3% опрошенных этой группы, удовлетворительным - 97%. Половина респонденток этой группы имеет по 1-3 удаленных зубов.

60% анкетированных четвертой группы (30-34 года) также предпочитают импортные средства по уходу за полостью рта, 40% - используют отечественные зубные пасты. Представительницы этой группы также осведомлены о правилах гигиены полости рта (80% чистят зубы 2 раза в день, при этом круговым движениям щетки отдают предпочтение 20%, вертикальным - 40% и 10% используют горизонтальные движения). Из дополнительных средств гигиены реже (27%), чем в других группах, используют зубочисти, а ополаскиватели и

жевательные резинки - чаще (95%), флоссы используют 25% лиц . 80% посещают стоматолога по необходимости (реже 1 раза в год), 15% - 2 раза в год. Хорошим считают состояние своих зубов и десен только 23 % опрошенных этой группы, удовлетворительным -50%. Кровоточивость десен отмечает 90% пациенток этой группы, у 60% из них она появилась во время беременности. 70% респонденток этой группы имеют от 1 до 6 удаленных зубов. У всех беременных этой группы имеется соматическая патология, у 30% женщин - по 2 заболевания.

Учитывая результаты проведенного исследования, можно сделать следующее заключение. Несмотря на то, что в России существуют программы профилактики стоматологических заболеваний, средства гигиены широко рекламируются (в том числе и в средствах массовой информации), знания у населения по этому вопросу не полные и не всегда верные, даже в молодом возрасте. Такие дополнительные средства гигиенического ухода за полостью рта, как флоссы и ополаскиватели используются не часто. У 60% женщин во время беременности ухудшается состояние десен и зубов.

Учитывая полученные данные, можно рекомендовать врачам-стоматологам, в том числе и врачам женских консультаций уделять больше внимания профилактике стоматологических заболеваний у этой социально и медицински значимой группы и начинать лечение стоматологических заболеваний на ранних стадиях их развития.

Литература

1. Бочковская О.О., Соловьева А.М. Изучение информированности о современных методах стоматологического лечения и индикаторов качества стоматологических услуг в общественном мнении (по данным анкетирования) // Клин. стоматология.- 2006.- № 2.- С. 68-72.

ВЛИЯНИЕ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ЛЕГКОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

В.Н. Петрова, Н.К. Никифоровский, Н.В. Болтаева, С.В. Петрова, Н.М. Отвагина, Л.Г. Перегонцева

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск

Наряду с многочисленными факторами, способствующими росту акушерских и перинатальных осложнений, большую роль играют заболевания щитовидной железы, обусловленные йодной недостаточностью (2,3,4,5,6,7). Недостаток йода приводит к росту распространенности йододефицитных заболеваний, занимающих в настоящее время первое место по территориальной экспансии (1). Экологический подход к выявлению влияния йодного дефицита на течение и исход беременности важен и для Смоленской области, территория которой имеет дефицит йода легкой степени. Изучение особенностей течения гестации, родов и перинатальных исходов, в зависимости от характера нарушений в тиреоидной системе матери и ребенка, возможности коррекции выявленной патологии, представляет большой научный и практический интерес. Исходя из этого, нами изучено течение родов и послеродового периода у 208 женщин с эутиреоидным зобом, проживающих в регионе природного йодного дефицита легкой степени (основная группа). Контрольная группа - 200 пациенток без заболеваний щитовидной железы.

Для оценки состояния тиреоидной системы выполнены: анкетирование, включавшее данные о проведении пациенткой массовой йодной профилактики; сбор анамнеза, осмотр, пальпация и ультразвуковое исследование щитовидной железы с определением ее размеров в соответствии с классификацией ВОЗ (2001); определение в сыворотке крови женщин уровней тиреотропного гормона (ТТГ 0,25-4,0 мМЕ/мл), свободных фракций тироксина (св.Т4 9,0-28 пмоль/л) и трийодтиронина (св.Т3 2,1-6,5 пмоль/л), антител к тиреоидной пероксидазе (анти-ТПО) методом иммуноферментного анализа. Полученные при исследовании результаты подвергались статистической обработке с использованием параметрических и непараметрических критериев. Рассчитывали параметры: M - средняя арифметическая, m - ошибка средней арифметической, Me - медиана. При сравнении двух однородных величин различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Средний возраст пациенток не имел достоверных отличий между группами, Me - 24,5 года. Социальный состав женщин с зобом достоверно не отличался от такового в контрольной группе.

Анализ данных информированности о необходимости проведения массовой профилактики йодного дефицита показал, что только 25% семей регулярно

использовали йодированную соль, в то время как для ликвидации йодного дефицита этот показатель должен быть не менее 90% (ВОЗ, 2001).

Результаты исследования состояния тиреоидной системы в третьем триместре гестации показали, что у 71 (34,1%) пациентки с эутиреоидным зобом на фоне нормального уровня ТТГ отмечался сниженный уровень св.Т4 (менее 9 пмоль/л), в контрольной группе - в 13 (6,5%) наблюдений.

Мы проанализировали течение послеродового периода у обследуемых пациенток (табл.).

Таблица. Течение послеродового периода у пациенток с эутиреоидным зобом

Течение	Основная группа n=208		Контрольная группа n=200	
	абс.	%	абс.	%
Нормальное	103	49,5*	127	63,5
Осложненное, в т.ч.: гиполактация субинволюция матки остатки плаценты	105	50,5	73	36,5
	65	31,3*	44	22,0
	34	16,3	27	13,5
	6	2,9	2	1,0

* - значимые отличия с контрольной группой, $p < 0,05$

Осложненным течение пуэрперия было чаще в группе женщин с зобом - у 105 (50,5%), чем в контрольной группе - у 73 (36,5%), ($p < 0,05$). Гиполактация отмечалась у каждой третьей родильницы с зобом - у 65 (31,3%), что в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе - у 44 (22,0%).

При анализе влияния гестационной гипотироксинемии на течение послеродового периода у пациенток с эутиреоидным зобом установлено, что неосложненное течение пуэрперия было только у 12 (16,9%) пациенток с уровнем св.Т4 менее 9 пмоль/л в период гестации. У остальных родильниц - 59 (83,0%) - отмечались различные осложнения: гиполактация - у каждой второй 37 (52,1%), субинволюция матки - у каждой третьей 20 (28,2%).

Таким образом, осложненное течение послеродового периода наблюдалось чаще у женщин с зобом и отличалось более высокой частотой гиполактации при гипотироксинемии в период беременности, что подтверждает участие тиреоидных гормонов в морфогенезе и функциональной дифференцировке эпителиальных клеток молочной железы, определяя тем самым лактопоэз. Поэтому всем пациенткам в комплекс мероприятий ведения гестации необходимо включать диагностику состояния тиреоидной системы с применением ультразвукового исследования щитовидной железы и лабораторного контроля ее функции по уровням ТТГ, св.Т4 в для выявления зоба и гипотироксинемии. Для улучшения акушерских исходов в регионе природного йодного дефицита необходимо

проводить йодную профилактику на прегравидарном этапе, в течение гестации и всего периода лактации.

Литература

1. Дедов И.И. Профилактика и лечение йододефицитных заболеваний в группах повышенного риска./ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Е.А. Трошина: Пособие для врачей.- М., 2004.- 55 с.
2. Зельцер М.Е. Мать и дитя в очаге йодного дефицита./ М.Е. Зельцер, Р.Б. Базарбекова - Алматы, 1999.- 184 с.
3. Касаткина Э.П. Диффузный нетоксический зоб// Пробл. эндокринологии.- 2001.- Т.47.- № 4.- С. 3-6.
4. Краснопольский В.И. Беременность и заболевания щитовидной железы, проблемы и перспективы./ Матер. IV Российского форума «Мать и дитя».- М.: Авиаиздат, 2002.- С. 343-345.
5. Логутова Л.С. Особенности течения беременности и исходы родов при гипотиреозе./ Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, Н.В. Шидловская./ Матер. 6-го Российского форума «Мать и дитя».- М., 2004.- С. 115-116.
6. Smith P.A. et al. Iodine status during pregnancy and the postpartum period: a prospective study//J. Endocrinol. Investig.- 1994.- Vol.17.- № 6.- P. 37.
7. Thyroid disease in pregnancy. ACOG practice bulletin American College of Obstetrics and Gynecology// Int. J. Gynaecol. Obstet.- 2002.- Vol. 79.- № 2.- P. 171-180.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РОДИЛЬНИЦ С ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

В.Н. Петрова, Н.В. Болтаева, Г.Н. Федоров, С.В. Петрова

Смоленской государственной медицинской академии Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики

Смоленская область отнесена к регионам с легким йодным дефицитом. В области проживает более полумиллиона женщин, из них половина фертильного возраста. Поэтому изучение у женщин, проживающих в условиях природного йодного дефицита, функционального состояния тиреоидной системы в период гестации и после родов представляет большой научный и практический интерес.

Материалы и методы. У 50 родильниц, не проводивших йодную профилактику (30 пациенток с эутиреоидным зобом и 20 пациенток с нормальным объемом и структурой щитовидной железы) на 5 сутки и через два месяца после родов собран анамнез, проведены клинический осмотр, пальпация и ультразвуковое исследование щитовидной железы с определением ее размеров в соответствии с классификацией ВОЗ (2001). Определены в сыворотке крови уровни тиреотропного гормона (ТТГ норма 0,25-4,0 мМЕ/мл), свободных фракций тироксина (св.Т4 норма 9,0-28,0 пмоль/л) и трийодтиронина (св.Т3 норма 2,1-6,5 пмоль/л), антител к тиреоидной пероксидазе (анти-ТПО) методом иммуноферментного анализа. Выполнен функциональный тест с тиреотропин-рилизинг гормоном (рифатироин) через два месяца после родов, при его проведении определяли концентрации ТТГ до и через 60 минут после внутривенного введения пациентке 200 мкг рифатироина. Нормальной реакцией считали повышение концентрации ТТГ на 1-20 мМЕ/мл через 20 минут после введения с последующим снижением до исходного уровня через 60 минут. Уровни ТТГ, св.Т4 и св.Т3 у родильниц на 5-е сутки пуэрперия

Гормон	Основная группа n=30	Контрольная группа n=20
ТТГ мМЕ/мл	2,1±0,2	1,9±0,2
св.Т4 пмоль/л	9,2±1,5*	12,3±0,8
св.Т3 пмоль/л	1,9±0,2	2,1±0,2

* - значимые отличия с контрольной группой, $p < 0,05$

При анализе результатов гормонального исследования на 5-е сутки послеродового периода установлено, что средний уровень св.Т4 у родильниц с зобом был достоверно ниже (9,2±1,5 пмоль/л), чем у женщин без зоба (12,3±0,8 пмоль/л), поскольку 11 (36,7%) пациенток с зобом имели уровень св.Т4 менее 9 пмоль/л. Уровни ТТГ и св.Т3 у всех обследованных родильниц были в пределах нормы (табл.1).

У 30 женщин с клинически эутиреоидным зобом, не получавших йодную профилактику в период беременности и лактации, через 2 месяца после родов для диагностики скрытого гипотиреоза проводился тест с ТРГ. До проведения функциональной пробы с ТРГ измерялись ТТГ, св.Т4 и св.Т3, уровни которых были в пределах нормативных значений, что свидетельствовало об эутиреоидном состоянии у обследованных родильниц с зобом, анти-ТПО не обнаружены. Результаты теста функции щитовидной железы показали, что до нагрузки уровень ТТГ был от 0,27 до 3,2 мМЕ/мл, в среднем $1,5 \pm 0,3$ мМЕ/мл. После нагрузки его уровень составил $12,03 \pm 2,0$ мМЕ/мл (от 0,8 до 36,5 мМЕ/мл), (табл. 2).

Таблица 2. Результаты теста с ТРГ у родильниц с эутиреоидным зобом

ТТГ мМЕ/мл до нагрузки	ТТГ мМЕ/мл после нагрузки	св.Т4 пмоль/л	св.Т3 пмоль/л
$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
$1,5 \pm 0,3$	$12,3 \pm 2,0$	$14,2 \pm 0,9$	$3,2 \pm 0,2$

Нормальный результат теста (ТТГ менее 4 мМЕ/мл) исключил дисфункцию щитовидной железы у 13 (43,3%) родильниц.

У 17 из 30 (56,7%) пациенток уровень ТТГ не вернулся к исходному значению через 60 мин после введения ТРГ. Увеличение концентрации ТТГ более 10 мМЕ/мл (в среднем $21,3 \pm 2,1$ мМЕ/мл), характерное для выраженного гипотиреоза, отмечалось в 8 (26,7%) наблюдениях. Уровень ТТГ 4 - 9 мМЕ/мл (в среднем $7,2 \pm 0,4$ мМЕ/мл) диагностировался у 9 (30,0%) родильниц, что характерно для пограничного и начинающегося гипотиреоза.

Таким образом, отклонения в результатах тестов функции щитовидной железы указывали на наличие скрытого гипотиреоза у каждой второй родильницы с эутиреоидным зобом, не проводивших йодную профилактику во время беременности и лактации. Поэтому всем пациенткам в комплекс мероприятий ведения гестации необходимо включать диагностику состояния тиреоидной системы с применением ультразвукового исследования щитовидной железы и лабораторного контроля ее функции по уровням ТТГ, св.Т4 в для выявления зоба и гипотироксинемии. Для улучшения функционального состояния тиреоидной системы, акушерских и перинатальных исходов у женщин, проживающих в регионе природного йодного дефицита, необходимо проводить йодную профилактику в течение гестации и всего периода лактации.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ИППП У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ГИНЕКОЛОГУ

П.В.Плешков

Смоленская государственная медицинская академия

В последние годы во всем мире отмечается рост инфекций передающихся половым путем (ИППП), среди подростков. В то же время изменяется клиника ИППП с склонностью к малосимптомному и асимптомному течению.

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 42 девочек - подростков 12-17 лет, обратившихся к гинекологу детской поликлиники. Лабораторная диагностика осуществлялась с помощью полимеразной цепной реакции с коммерческими наборами производства НПО «ДНК-Технология» (г.Москва) и последующей детекцией результатов на флюориметре «Джин». Выявлялись возбудители ИППП - хламидии, микоплазмы, гонококки и трихомонады.

Общие жалобы отмечали 9 обратившихся за врачебной помощью. У 6 было плохое самочувствие, у 5 – субфебрилитет, у 5 – дизурия, у 4 – выделения из половой щели.

Анамнестически у 15 (36%) выявлены инфекции урогенитального тракта (цистит), по поводу чего 14 получали антибиотики. Две пациентки (из 15) лечение получали неоднократно, более 2х раз. При гинекологическом осмотре у 40 девочек были выделения слизистого характера из влагалища, а у 2-х – гнойного. 12 пациенток страдали воспалительными и эрозивными изменениями в области шейки матки; у 9 из них обнаружены микоплазмы и Т-микоплазмы (уреаплазмы). Еще у 15 девочек также были обнаружены микоплазмы, но уже при отсутствии воспалительных явлений. Уреаплазмоз зафиксирован у 20%, уреаплазмоз и микоплазмоз - у 26,6% обратившихся к детскому гинекологу. В последнем случае отмечалась значительная резистентность к проводимой традиционной терапии.

Следует отметить, что большинство обратившихся подростков, т.е. 37 человек из 42, находились под наблюдением гинеколога по поводу различных воспалительных состояний. Аднексит наблюдался у 8, вульвовагинит - у 8, бактериальный вагиноз - у 2, эрозия шейки матки - у 6, мастопатия - у 13 девушек. У трех пациенток зафиксирована беременность. Только двое по результатам обследования были полностью здоровы. Из 7 девочек с отсутствием признаков половой жизни у 2-х выявлен уреаплазмоз. При сравнительном анализе оказалось, что мико- и уреаплазмоз сопровождается аднекситами – в 62,5%, вульвиты, вульвовагиниты – в 50%, эрозии шейки матки – в 43%, мастопатии – в 60% случаев.

Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть воспалительных процессов у девочек - подростков оказалась связанной с микоплазменной инфекцией.

Мастопатии, гормональная и иммунная дисфункции являются благоприятным фоном для развития микоплазмоза.

ОСОБЕННОСТИ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИФFUЗНЫХ ФОРМАХ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА

Е.В.Пятибратова, Г.Н.Федоров

Смоленская государственная медицинская академия

В последние годы отмечается стремительный и практически повсеместный рост распространенности заболеваний щитовидной железы, обусловленных йоддефицитом, в частности эндемического зоба (2,6,8). Репродуктивная система является одной из наиболее чувствительных в организме и тонко реагирует на разнообразные внешние воздействия, в том числе и на недостаток такого важного природного микроэлемента, как йод. Это обстоятельство объясняется тесной взаимосвязью между тиреоидной и гипофизарно-яичниковой системами и подтверждено частым развитием зоба в период максимальной потребности женского организма в йоде (пубертатный возраст, беременность, лактация, менопауза) (1,2,8). Особенно часто нарушения репродуктивной системы при йодном дефиците диагностируются у женщин фертильного возраста (3,5,7).

На сегодняшний день актуальным представляется изучение гонадотропной функции гипофиза и гормональной функции яичников при эндемическом зобе, поскольку это позволит на современном уровне осмыслить патогенетические механизмы многих нарушений женской репродуктивной системы в условиях йодного дефицита.

Основную группу составили 106 женщин 18-45 лет с диффузными формами увеличения щитовидной железы. Все они проживали в регионе, который, согласно исследованиям последних лет, может быть отнесен к йоддефицитным (4). Диагноз эндемического зоба ставился в тех случаях, когда объем щитовидной железы, по данным эхографии, превышал 18 см³.

Контрольная группа была представлена 46 практически здоровыми женщинами того же возраста, у которых не только отсутствовали в анамнезе, но и не выявлялись клинически какие-либо патологические изменения со стороны щитовидной железы.

Изучение состояния гипофизарно-тиреоидно-яичниковой системы проводилось по тестам функциональной диагностики, а также путем определения концентрации гормонов передней доли гипофиза (ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин), щитовидной железы (Т₃общ, Т₄св) и половых гормонов (эстрадиол, прогестерон) в сыворотке крови методом радиоиммунологического анализа.

При оценке уровней тиреоидных гормонов и ТТГ среди женщин основной и контрольной групп выявлено, что их концентрация у пациенток с увеличением щитовидной железы статистически достоверно различается с контролем, при этом содержание Т₃общ и Т₄св понижено, а уровень ТТГ повышен в сравнении со здоровыми (табл.1). Такая тенденция была расценена как свиде-

тельство скрытой гипофункции щитовидной железы у женщин с диффузными формами зоба, несмотря на то, что их подавляющая часть (81,1%) имела нормальные лабораторные значения тиреоидных гормонов и ТТГ.

Таблица 1. Сравнительный анализ уровней тиреоидных гормонов и ТТГ в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Гормоны	Основная группа	Контрольная группа
T_3 общ, нмоль/л	1,50±0,05*	2,21±0,05
T_4 св, нг/мл	10,16±0,73**	15,71±0,5
ТТГ, мМЕ/л	3,80±0,21**	1,66±0,06

Примечание: статистически достоверные различия с контролем: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

При исследовании динамики базальной температуры, измерявшейся в течение трёх месяцев у 84 пациенток с увеличением щитовидной железы, были выявлены нарушения менструальной функции, которые выражались в хронической ановуляции (31 женщина – 36,9%) и недостаточности лютеиновой фазы цикла (18 обследованных – 21,4%). Измерение базальной температуры у 16 пациенток контрольной группы во всех случаях показало нормальные результаты.

Другие тесты функциональной диагностики (феномен «зрачка», симптом натяжения шеечной слизи) обнаружили пониженную эстрогенную насыщенность организма у 76,7% обследованных с зобом, что в 4,1 раза превышало аналогичный показатель по контрольной группе.

По результатам проведенных в различные фазы менструального цикла гормональных исследований установлено, что в условиях недостаточности йода у женщин репродуктивного возраста встречаются два вида нарушений гонадотропной функции гипофиза в зависимости от уровня пролактина.

У 58 пациенток с диффузными формами эндемического зоба и нормопролактинемией (56,3%) имели место нарушения секреции ФСГ и ЛГ, тогда как у здоровых частота отклонений их концентрации от нормы составляла 15,2% (7 женщин). Согласно полученным результатам, нарушения гонадотропной функции гипофиза при эндемическом зобе и нормальном уровне пролактина заключаются в гиперпродукции ФСГ и/или ЛГ в фолликулярную и лютеиновую фазы цикла при одновременном снижении их концентрации в перiovуляторный период (табл. 2). Отсутствие необходимого пикового подъема уровней ЛГ и ФСГ перед овуляцией закономерно приводит к ее отсутствию.

Изменения гонадотропной функции гипофиза сочетались со снижением уровня половых гормонов (табл. 2).

Таблица 2. Средние значения концентрации гонадотропных и половых гормонов в сыворотке крови пациенток основной и контрольной групп в различные фазы менструального цикла ($M \pm m$)

Гонадотропные гормоны; фаза цикла	Основная группа	Контрольная группа
ФСГ (мМЕ/л):		
Фолликулярная	7,56±0,45*	6,02±0,27
Периовуляторная	7,07±0,28**	13,57±1,40
Лютеиновая	9,15±1,35*	5,52±0,32

ЛГ (мМЕ/л):		
Фолликулярная	10,87±1,25*	6,31±0,51
Периовульгарная	11,67±1,14*	17,05±1,78
Лютеиновая	12,99±1,38*	8,84±1,30
Эстрадиол (пмоль/л):		
Фолликулярная	62,4±8,25*	118,83±27,02
Периовульгарная	309,6±25,45**	880,7±120,4
Лютеиновая	63,4±8,98**	396,3±61,5
Прогестерон (нмоль/л):		
Фолликулярная	3,3±0,12*	5,0±0,55
Периовульгарная	5,6±0,51*	9,53±0,73
Лютеиновая	10,51±1,67***	35,21±4,38

Примечание: отмечены статистически достоверные различия с контролем:
* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.

Гиперпролактинемия у женщин детородного возраста с диффузными формами эндемического зоба была отмечена в 2,8% случаев и сопровождалась угнетением выработки ФСГ и ЛГ во все фазы менструального цикла, а также выраженным снижением уровней эстрадиола и прогестерона.

Таким образом, в патогенезе нарушений репродуктивной системы при диффузном эндемическом зобе ведущую роль играет дисбаланс выработки тиреоидных гормонов, который вовлекает в патологический процесс гипофизарно-яичниковую систему и проявляется нарушением выработки гонадотропинов в виде гипергонадизма и отсутствия пиковых подъемов ФСГ и ЛГ перед овуляцией при нормальном уровне пролактина и гипогонадизмом при гиперпролактинемии. В результате развивается недостаточность функции яичников с гипострогией, снижением концентрации прогестерона, ановуляцией и неполноценной лютеиновой фазой менструального цикла.

Литература

1. Болгова Т.А. Значение малообъемных форм заболеваний щитовидной железы в генезе нарушения становления репродуктивной функции у девушек, жительниц Алтайского края: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Барнаул. 1998. - 19 с.
2. Герасимов Г.А., Фадеев В.В., Свириденко Н.Ю. и др. Йоддефицитные заболевания в России. Простое решение сложной проблемы. - М.: Адамантъ, 2002. - 168 с.
3. Казанбиева Ф.М. Состояние репродуктивной системы у женщин с эндемическим зобом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1999. - 28 с.
4. Костюченкова Е.А., Крутилин В.Е., Авчинников А.В. и др. Экологогигиеническая оценка содержания природного йода в воде Смоленской области // Вестн. Смоленской медицинской академии. - 2000. №3. - С. 87-89.
5. Ходжамуратова Д.А. Состояние репродуктивной системы женщин при йоддефицитных заболеваниях: Дис. ... канд. мед. наук. Душанбе. 2000. - 151 с.
6. Delange F., de Benoist B., Pretell E. et al. Iodine deficiency in the world, where do we stand at the turn of the century? // Thyroid. - 2001. - Vol.11 (5). - P. 437-447.
7. Joshi J.V., Bhandacar S.D., Chada M. et al. Menstrual irregularities and lactation failure may precede thyroid dysfunction or goiter // J. Postgrad. Med. - 1993. - Jul.-Sep. - Vol.39 (3). - P. 137-141.
8. Vitti P., Rago T., Aghini-Lombardi F. et al. Iodine deficiency disorders in Europe // Public Health Nutr. - 2001. - Vol.4 (213). - P. 529-535.

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

С.В. Сехин, Е.Б. Комисарова, А.В. Сехина, Н.М. Отвагина

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики ГОУ ВПО «СГМА»

Публикации последних лет свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту числа различных инфекций нижних отделов репродуктивного тракта. У женщин, считающих себя здоровыми, изменения микрофлоры влагалища выявляются в 24% случаев, хотя влияние бессимптомных форм на репродуктивное здоровье женщин едва ли не более значимое, чем при наличии жалоб, так как они остаются невыявленными и, следовательно, без лечения (1).

Нарушение микроэкологии влагалища, бактериальный вагиноз (БВ), является одним из наиболее широко распространенных патологических состояний у женщин репродуктивного возраста, обусловленное уменьшением количества нормальной лакто-бациллярной флоры и увеличением количества микрофлоры кишечной группы с преобладанием анаэробных микроорганизмов, а также характеризующееся отсутствием воспалительной реакции в стенках влагалища (2). Само по себе это состояние не угрожает здоровью женщин. Однако БВ, по данным литературы, может быть причиной ряда осложнений беременности, родов и послеродового периода. У женщин с БВ в 3-7 раз чаще наблюдается послеродовой эндометрит, увеличивается риск преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, рождения детей с низкой массой тела, риск заражения венерическими заболеваниями, активизируется вирусная инфекция (2, 3, 4).

Цель исследования. Определение взаимосвязи БВ с осложнениями гестации и факторов риска его развития во время беременности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения патологии беременности МЛПУ Клинический родильный дом г. Смоленска. Всего было обследовано 56 беременных в возрасте от 17 до 39 лет, предварительно подписавших информированное согласие на участие в исследовании и статистически однородных по комплексу исследованных показателей функционального состояния матери и плода, который включал в себя общеклинические, дополнительные (УЗИ, ДМ, КТГ) и клинико-лабораторные методы исследования. Материал для бактериоскопического исследования забирался во время осмотра шейки матки в зеркалах стерильным ватным тампоном из заднего свода влагалища. Непосредственно после забора материала проводился аминный тест с 10% КОН. Фиксированные мазки окрашивались по Граму и изучались под микроскопом.

В результате пациентки были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 10 (17,8%) женщин с положительным аминным тестом и характерными изменениями в мазках (4):

1. наличие большого числа вагинальных эпителиоцитов;
2. наличие «ключевых клеток»;

3. резкое снижение или полное отсутствие лактобактерий;
4. наличие большого числа грамвариабельных/грамнегативных палочек и коккобацилл;
5. отсутствие или редкое присутствие полинуклеарных нейтрофилов.

Данные критерии считались достаточными для постановки диагноза бактериального вагиноза.

Вторую группу составили 46 (82,2%) женщин с отрицательным аминным тестом и отсутствием комплекса вышеперечисленных изменений в вагинальном мазке.

Результаты и обсуждение. Наиболее типичными жалобами при поступлении в стационар были боли и дискомфорт внизу живота, в области поясницы, которые встречались у всех 10 беременных 1-ой группы и у 34,7% 2-ой группы. На основании этих жалоб выставлялись диагнозы либо угрожающего выкидыша (раннего или позднего), либо угрожающих преждевременных родов.

Жалобы на изменение характера выделений из влагалища отмечены у 70,0% женщин 1-ой группы и у 19,5% – 2-ой группы.

Общеизвестные факторы риска развития БВ встречались в обеих группах с разной частотой (таб. 1).

Таблица 1. Факторы риска развития БВ

	1-я группа	2-я группа	р
Гормональные контрацептивы до беременности	40,0%	39,1%	0,034
Сопутствующие хронические воспалительные заболевания репродуктивного тракта	60,0%	28,0%	0,045
Половая жизнь во время беременности	70,0%	50,0%	0,012
Начало половой жизни ранее 18 лет	60,0%	50,0%	0,023

Из представленных данных видно, что у беременных с БВ сопутствующие хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы наблюдались в 2 раза чаще, чем у пациенток с нормоценозом. Женщины 1-ой группы в 1,4 раза чаще вели половую жизнь во время беременности по сравнению с женщинами 2-ой группы. Пациентки с дисбиозом влагалища в 1,2 раза чаще начинали половую жизнь ранее 18 лет. Все различия статистически достоверны.

Кроме того, в группах отмечена различная частота встречаемости перенесенных гинекологических заболеваний (таб. 2).

Таблица 2. Перенесенные гинекологические заболевания

	1-я группа	2-я группа	Р
Эрозия шейки матки	70,0%	56,5%	0,015
Вульвовагинальный кандидоз	70,0%	67,0%	0,028
Острый сальпингоофорит	30,0%	36,9%	0,018
Нарушения менструального цикла до беременности	40,0%	17,0%	0,037

Таким образом, у женщин 1-ой группы в анамнезе в 2,4 раза достоверно чаще регистрировались нарушения менструального цикла, в 1,2 раза – эрозия шейки матки, что позволяет рассматривать их, как факторы риска БВ во время беременности. Вульвовагинальный кандидоз и острый сальпингоофорит встречались с примерно одинаковой частотой.

Учитывая жалобы пациенток, результаты объективного исследования, а также данные дополнительных методов исследования была установлена различная частота встречаемости осложнений течения беременности (таб.3).

Таблица 3. БВ и осложнения беременности

	1-я группа	2-я группа	P
Угроза раннего выкидыша	50,0%	30,4%	0,028
Угроза позднего выкидыша	20,0%	43,4%	0,482
Угроза преждевременных родов	30,0%	34,7%	0,567
Хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН)	20,0%	4,3%	0,012

Угроза раннего выкидыша в более чем 1,5 раза, а ХФПН в почти 5 раз чаще встречались при наличии бактериального вагиноза. Различия во встречаемости угрожающих позднего выкидыша и преждевременных родов не были статистически достоверными из-за малого количества беременных с БВ и данными осложнениями.

Выводы. Бактериальный вагиноз при беременности чаще развивается при наличии таких факторов риска, как сопутствующие хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы, половая жизнь во время беременности раннее начало половой жизни. Кроме того, к дополнительным факторам риска нарушения микроценоза влагалища, можно отнести нарушения менструального цикла до беременности и эрозию шейки матки.

Принимая во внимание негативное влияние БВ на течение беременности (развитие угрозы раннего выкидыша в ранние сроки и хронической фетоплацентарной недостаточности во 2 половине беременности), своевременные его выявление и лечение являются неотъемлемыми составляющими благоприятного исхода гестации.

Литература

1. Воробьев А.А., Абрамов Н.А., Бондаренко В.М., Шендеров Б.А. Дисбактериозы – актуальная проблема медицины. \ Vestnik RAMN.- 1997.- № 3.- С.- 3-9.
2. Infectious diseases of the female genital tract. 4rd ed. Sweet R.L., Gibbs R.S. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002. 719 p.
3. Sherrard J. European guideline for management of vaginal discharge. Internl J of STD & AIDS. 2001; 12 (Suppl.3): pp. 73-78.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR. 2006; 55 (RR-30): 94 p

ЧАСТОТА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОМОСОМНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В Г. СМОЛЕНСКЕ

А.С. Соловьёв, Н.А. Норкина, М.И. Моисеенкова

Областной институт патологии,

Смоленская государственная медицинская академия

Хромосомные болезни относятся к большой группе врождённых наследственных болезней человека, клинически характеризующихся множественными врождёнными пороками развития (2). В основе их развития лежат хромосомные мутации в половых клетках одного из родителей, приводящие к нарушению общего генетического баланса.

Точная диагностика хромосомных болезней необходима в практике врачей разных специальностей для правильного определения клинического прогноза, прогноза жизни, а также в отношении профессиональной пригодности больного. Для многих хромосомных болезней имеется характерная клиническая картина, но для точной диагностики хромосомной болезни необходимо определить: тип хромосомной мутации, вовлечённую в процесс хромосому, форму (полная или мозаичная). Такая диагностика возможна только при цитогенетическом исследовании, проводимом у пациента.

Цель исследования. Выявить частоту рождения детей с хромосомными болезнями в г. Смоленске.

Материалы и методы. В данной работе представлены материалы по выявлению хромосомной патологии среди населения г. Смоленска с 1997 по 2005 годы. Кариотипирование пациентов проводилось в цитогенетической лаборатории кафедры биологии медицинской академии и областного института патологии. Обследовались пациенты, направляемые из следующих медицинских учреждений: городского родильного дома, родильного отделения КБСМП, отделения патологии новорожденных, детской областной больницы, медико-генетической консультации, центра планирования семьи, а также по направлениям отдельных специалистов. Для цитогенетического анализа лимфоциты периферической крови пациентов культивировали в течение 3 суток в присутствии митогена фитогемагглютинина, который позволяет получить множество метафазных пластинок для хромосомного анализа (1). На стадии метафазы митоза деление клеток останавливали добавлением в среду колхицина. Препараты фиксировали этанол-уксусным фиксатором и окрашивали. В работе применяли простую окраску препаратов по Романовскому, которая обеспечивает групповую идентификацию хромосом, и дифференциальное окрашивание по методу Гимзы, выявляющее структурную разнородность хромосом по длине. Структурная разнородность хромосом выражалась в виде чередования светлых и тёмных полос. Протяжённость и рисунок полос специфичны для каждой хромосомы. Анализ хромосомного набора клеток проводили с использованием микроскопа с бинокулярной насадкой.

Результаты и выводы. Результаты исследований представлены в таблице.

Таблица 1. Частота рождения детей с хромосомными болезнями в г. Смоленске.

Тип хромосомной патологии		Количество больных	Частота синдрома по данным лаборатории	Частота синдрома по данным литературы
Название синдрома	Форма			
Синдром Дауна	Трисомия 21	31	1:647	1:700
	Мозаичная	6		
	транслокационная	1		
Синдром Эдвардса	Трисомия 18	5	1:4613	1:5000 – 1:7000
Синдром Патау	Трисомия 13	2	1:11500	1:5000 – 1:7000
Синдром Шерешевского-Тёрнера	Моносомия x	2	1:11500	1:2000 – 1:5000
Синдром Клайнфельтера	47 хху	1	1:23068	1:500 – 1:750

Из таблицы следует, что у 48 пациентов была выявлена хромосомная патология. С учётом того, что с 1997 по 2005 год в г. Смоленске родилось 23068 детей, частота выявления больных составила 2,08:1000. К наиболее часто выявляемой хромосомной патологии относится синдром Дауна. С таким наследственным заболеванием обнаружено 38 детей из числа родившихся в эти годы. Основную долю из них составили случаи простой полной трисомии 21 как следствие нерасхождения хромосом в мейозе у одного из родителей. Однако частота этой патологии среди родившихся в г. Смоленске в целом соответствует среднестатистической (3). Обращает на себя внимание низкая выявляемость синдромов Клайнфельтера и Шерешевского-Тёрнера. Этот факт связан с тем, что такие пациенты, как правило, направляются на цитогенетический анализ в более поздние периоды индивидуального развития. Так, при синдроме Клайнфельтера мальчики до периода полового созревания развиваются почти нормально. И только по достижении периода полового созревания генетический дисбаланс проявляется клинически.

Таким образом, проведённые цитогенетические исследования не выявили какого-либо роста хромосомной патологии среди детей, родившихся в г. Смоленске в период с 1997 по 2005 год.

Литература

1. Бочков Н.П. Клиническая генетика.- М.: Гэотар-Мед, 2001. – 447 с.
2. Козлова С.И., Демикова Н.С., Семанова Е., Блиникова О.Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование.- М.: Практика, 1996. – 410 с.
3. Шевченко В.А., Топорнина Н.А., Стволинская Н.С. Генетика человека.- М.: Владос, 2002. – 239 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ПИЕЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ

М.П. Федянова., Л.А. Лукашенко

Акушерское отделение КБСМП г. Смоленска

Проблема экстрагенитальных заболеваний у беременных, среди которых большой удельный вес имеет патология почек, остаётся одной из наиболее актуальных в акушерской практике (Чижова Г.В. и соавт., 2000). В настоящее время пиелонефрит занимает второе место среди экстрагенитальных заболеваний у беременных после патологии сердечно-сосудистой системы (Гилязутдинова З.Ш. 1998). Отрицательное влияние воспалительного процесса в почках на репродуктивную функцию женщины проявляется в повышенной вероятности развития осложненного течения гестации, родового акта и, как следствие, возникновения послеродовых ренальных и экстраренальных осложнений.

Согласно современным исследованиям пациентки, перенесшие пиелонефрит во время беременности, составляют группу риска по формированию хронического воспалительного процесса в почках, органах малого таза, а также артериальной гипертензии, что существенно снижает репродуктивную функцию и дальнейшее качество жизни женщин.

Неблагоприятное течение послеродового периода тесно взаимосвязано с процессом родового акта и наиболее часто обусловлено восходящим путем проникновения инфекции из нижних отделов мочевыделительно тракта, а также с нарушением гормонального гомеостаза у пациенток с пиелонефритом (Румянцев А.Ш. и соавт., 2000).

С целью выявления особенностей течения пуэрперия нами обследовано 90 пациенток, которые во время настоящей беременности перенесли пиелонефрит, а также 90 женщин из контрольной группы. Осложнённое течение послеродового периода наблюдалось у каждой четвертой пациентки (24 - 26,6%), в том числе раннего пуэрперия – у 3 и проявлялось гипотоническим кровотечением и у 2 на фоне задержки в полости матки частей последа, и позднего у пятой части пациенток (19 – 21,1%) в виде лохиометры (11), расхождения послеоперационных швов на ране промежности (3), а также обострения хронического пиелонефрита (5). Кроме того, у пациенток, перенесших инфекцию мочевыводящих путей во время настоящей гестации, отмечались нарушения становления лактации. Гипогалактия регистрировалась у 4 женщин, в 7 наблюдениях диагностирован лактостаз. В то время как в контрольной группе течение послеродового периода осложнялось лишь в единичных наблюдениях.

Следует отметить, что патологическое течение послеродового периода чаще диагностировалось у пациенток с впервые выявленным во время настоящей гестации воспалительным процессом в почках (17 – 70,8%). Как правило, это были пациентки, у которых инфекция мочевыводящих путей была выявлена непосредственно перед родоразрешением или обострения воспалительного

процесса в почках диагностировались за время гестации неоднократно. У женщин с хроническим пиелонефритом (7 – 29,2%) осложненное течение послеродового периода встречалось, по нашим данным, более чем в 2 раза реже, что соответствует литературным источникам. Обращает на себя внимание, что осложненное течение послеродового периода отмечалось у всех пациенток, имеющих сочетание клинических проявлений пиелонефрита с изменениями на сонограммах почек, такими как расширение чашечно-лоханочной системы, нарушение эхогенности и толщины паренхимы и реже кортикомедулярной дифференцировки.

Таким образом, связь осложнений послеродового периода с частотой обострений пиелонефрита во время настоящей гестации, наличием хронического воспалительного процесса в почках, выраженностью клинической картины заболевания, изменениями лабораторных и ультразвуковых критериев пиелонефрита свидетельствует о том, что инфицирование является одной из основных причин, способствующих возникновению осложненного течения послеродового периода.

Литература

1. Гилязутдинова З. Ш. Экстрагенитальная патология и беременность. Практическое руководство.- 1998.-442с.
2. Каверина Т.Г. Перинатальное значение комплексного ультразвукового мониторинга беременных с пиелонефритом. / Каверина Т.Г., Феактистова С.С.// Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. -2000.- №1.
3. Румянцев А.Ш. Этиология и патогенез пиелонефрита./ Румянцев А.Ш., Гончарова Н.С. // Нефрология.- 2000.- Т.4.- №3.- С. 40-51.
4. Сафронова Л.А. Пиелонефрит и беременность. / РМЖ.- Т.8.- №18- (119).- 2000.- С.778-781.
5. Чижова Г.В. Течение беременности и исходы родов у женщин с пиелонефритом. / Чижова Г.В., Владимирова Н.Ю., Бессмертная Н.Г., Когут Е.П.// Вестник Рос. ассоц. акуш. гин.- ,2000.- №2.- С.41-44.
6. Barnick C.G.W, Benness C.J. & Cardozo L.D. (1994) Post Partum Voiding Dysfunction (in press)
7. Andriole V.T. & Patterson T.F. (1991) Epidemiology, natural history and management of urinary tract infections in pregnancy. Med Clin North Am.

К ВОПРОСУ ПОРАЖЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Е.П.Цыганкова, В.К.Макушкина, П.В.Плешков

Смоленская государственная медицинская академия

Папилломавирусная инфекция (ПВИ), или вирус папилломы человека (ВПЧ), вызывает целую группу весьма распространенных заболеваний с высококонтагиозными эпителиальными поражениями кожи и слизистых оболочек.

ВПЧ - это мелкий ДНК - содержащий вирус, который является внутриклеточным паразитом. Он заражает базальные клетки эпидермиса, изменяя и повреждая их; клетки начинают делиться, в результате образуется папиллома (от латинского *papilla* — сосок и греческого *ома* — опухоль).

Размножается ВПЧ как в глубоких, так и в поверхностных слоях кожи и слизистых оболочек (экзофитные и эндофитные формы). При этом наиболее интенсивно идет процесс размножения именно в поверхностных слоях. Вирус способен длительное время персистировать в эпителии, что обуславливает высокую частоту рецидивов.

Существует около 100 типов ВПЧ, различающихся по строению ДНК, но только 30 из них поражают генитальную область. ВПЧ способен внедряться в организм человека при непосредственном контакте, что подразумевает для генитальных типов обычный путь заражения – половой.

Среди ВПЧ, поражающих аногенитальную область, различают типы низкого, среднего и высокого онкогенного риска.

30 типов, поражающих аногенитальную область, включают типы низкого, среднего и высокого онкогенного риска	
Низкого риска	(6,11 – тип ОК), 40, 41-44, 61 типы
Среднего риска	30, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58 типы
Высокого риска	16, 18, 31 типы

По различным сведениям, от 30 до 50% сексуально активных женщин в разных странах инфицированы ВПЧ, причем почти 75% из них генотипами, ассоциированными с высоким риском развития раковых заболеваний (Кубанов А.А., 2003). В.И.Киселев (2006) приводит данные статистики по России: носителями вируса являются 60% сексуально активного населения.

Как правило, инфекция у большинства людей находится в латентном состоянии и может активизироваться под влиянием ряда раздражителей. Такими факторами риска развития генитальной ПВИ могут явиться:

- сексуальная активность (раннее начало половой жизни, частые половые контакты, большое количество половых партнеров);
- наличие партнеров, имевших контакты с женщиной, болеющей раком шейки матки и аногенитальными бородавками (остроконечными кондиломами);

- инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомониаз, гонорея, уrogenитальный герпес);
- молодой возраст;
- привычные интоксикации (алкоголь, курение, наркотики);
- беременность;
- эндометриоз;
- эндогенные факторы (иммунные нарушения, иммунодефицит, гормональные «сбои»).

Инфекция обладает гормонозависимостью и возможностью создания фона для развития онкологической патологии репродуктивных органов (Киселев.В.И., 2006).

При частом инфицировании человека вирусы способны длительно персистировать в коже и слизистых половых органов, затем клинически проявляться формированием остроконечных кондилом (ОК) и спонтанно регрессировать (особенно у молодых людей).

Остроконечные кондиломы гениталий или генитальные бородавки обычно вызываются ВПЧ 5, 6 и 11 типов и относятся к вирусам низкого онкогенного риска. Иногда при остроконечных кондиломах могут обнаруживаться вирусы 2, 16, 30, 40, 41, 42, 44, 45, 54, 55, 61 типов (Баткаев Э.А.и соавт., 2001). Возможна ассоциация различных типов вируса, что повышает возможность злокачественной трансформации (Киселев В.И.,Киселев О.И. 2003)

ОК представляют собой фиброэпителиальные образования в виде мелких сосочкоподобных папул (вегетирующие) на тонкой ножке или на широком основании телесного или розового цвета. При длительном существовании они разрастаются, разветвляются и напоминают цветную капусту или петушиный гребень.

Локализуются ОК в области наружных половых органов, в пахово-бедренных, межъягодичных и перианальных складках. У женщин может наблюдаться поражение малых половых губ, устья уретры, стенки влагалища, шейки матки, где ОК способны длительно персистировать в промежуточном слое многослойного плоского эпителия.

Оказалось, что у 85% пациенток с типичными ОК наружных половых органов при обследовании выявляются дополнительные очаги ВПЧ-инфекции влагалища и шейки матки в клинической и субклинической формах. Почти у каждой четвертой – ассоциированные с нею заболевания – цервикальные внутриэпителиальные неоплазии той или иной степени тяжести (Адаскевич В.П., 1996)

Очень редко папилломы начинают быстро расти, сливаться между собой, образуя очаг с широким основанием, поверхность которого представлена вегетациями и ворсинчатоподобными разрастаниями, между которыми хорошо выражены бороздки. Формируется массивное опухолевидное образование, которое по мере роста покрывается роговыми чешуйками, мацерируется. В бороздах скапливается серозное отделяемое. Оно быстро инфицируется и сопровождается неприятным гнилостным запахом. Развивается клиника так называемой гигантской остроконечной кондиломы Бушке-Левенштейна (ГОКБЛ).

От обычной остроконечной кондиломы ГОКБЛ отличается не только большими размерами, массивностью папилломатозных разрастаний, но и большей инвазией в подлежащие ткани с выраженной псевдокарциноматозной гиперплазией эпидермиса (цит. «Дерматоонкология», под ред. Г.А. Галил-Оглы и соавт., 2005).

Постоянное механическое раздражение вместе с инфицированным отделяемым приводит к развитию выраженных воспалительных явлений по периферии опухоли. Субъективно пациенты ощущают жжение, иногда зуд. Течение неопределенно долгое, иногда многолетнее. В лечении отмечается нечувствительность к традиционным методам наружной терапии (Липова Е.В., 2001; Кузнецова Ю.Н., 2003). Прогноз обычно благоприятный, но может наблюдаться озлокачествление процесса.

В связи с тем, что заболевание встречается редко, представляется интересным наблюдение гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна у женщины, 1986 года рождения (19 лет), которая находилась на стационарном лечении СОКВД в марте 2005 г. Диагноз при поступлении: кондиломатоз вульвы; атопический дерматит; обследование на сифилис.

Жалобы предъявляла на высыпания в области половых органов, выделения из половых путей грязно-серого цвета с неприятным запахом; сыпь по всему кожному покрову, сопровождающуюся зудом; нарушение сна.

Больной себя считает с конца ноября 2004 г. когда впервые появились высыпания в области гениталий, обильные выделения из половых путей грязно-серого цвета с неприятным запахом. В течение 10 дней в феврале, а затем в течение 4 дней в марте 2005 г. принимала по совету матери эритромицин (0,75 в день). Улучшения в состоянии не отмечала. В конце февраля обратилась к гинекологу, который в свою очередь направил пациентку к дерматовенерологу. 11.03.2005 пациентка госпитализирована в СОКВД.

Эпиданамнез. Проживает с отцом и матерью в благоустроенной квартире. Ведет беспорядочный половой образ жизни с 16 лет. Последний половой контакт в ноябре 2004 г с малознакомым мужчиной.

В анамнезе ветряная оспа, периодические ОРВИ, ожирение 2 степени с 6-летнего возраста. Аллергологический анамнез: Атопический дерматит. Гинекологический анамнез без особенностей. Половая жизнь с 16 лет.

Данные физического обследования. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6. Рост 165 см, вес 110 кг (индекс массы тела = 40). Конституция – гиперстеник.

Кожные покровы бледные, сухие, тургор и эластичность в норме. Потоотделение не нарушено. Салоотделение снижено. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, с преимущественным отложением в области живота и бедер. Дермографизм стойкий белый. В области нижних конечностей – варикозное расширение вен.

Патологический процесс локализуется в аногенитальной области в виде обширных папилломатозных разрастаний в виде опухоли. Высыпания ярко-розового цвета, мягкой консистенции, кровоточащие при пальпации. Отделяемое грязно-серого цвета, скудное, скапливается в бороздах между вегетациями.

Определяется сильный, неприятный, гнилостный запах. По периферии наблюдается воспаление кожи в виде разлитой эритемы.

Помимо вышеуказанного патологического процесса, на задней поверхности шеи, в области локтевых, коленных и лучезапястных сгибов – слабо выраженная эритема с лихенификацией и незначительным отрубевидным шелушением - клиника atopического дерматита в фазе неполной ремиссии, которым пациентка страдает с детства.

Отмечается увеличение щитовидной железы 1-2 степени. Со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой и других систем – без изменений.

Данные лабораторные исследований: общий анализ крови, мочи, анализ кала на я/гл – без особенностей. Исследования на ИППП (соскоб из уретры, цервикального канала) – отрицательные. Результаты серологического обследования на сифилис (м-р, РВ, РПГА, ИФА) – отрицательные.

Проведено гистологическое исследование биоптата с очага поражения. Заключение – кондиломатоз вульвы.

Клинический диагноз основной: остроконечные кондиломы, вариант - гигантские кондиломы Бушке-Левенштейна.

Сопутствующий диагноз: atopический дерматит вне периода обострения; ожирение 2 степени, варикозная болезнь нижних конечностей.

Проведенное лечение было направлено на нормализацию состояния кожных покровов, устранение зуда, т.е. на лечение АД:

За время, проведенное в стационаре с 11.03.2005 по 15.03.2005, явления atopического дерматита регрессировали: эритема разрешилась, новые высыпания отсутствовали, при сохраняющейся сухости кожи и участков лихенификации.

Лечебные мероприятия ОК направлены на их удаление, и пациентка была направлена в хирургический стационар для иссечения опухоли.

Кроме хирургического иссечения, в лечении ОК используются консервативные методы: химические коагулянты, цитостатические препараты, физиохимические методы (крио-, электро-, лазеротерапия, термокоагуляция) с последующей корригирующей противовирусной и иммунотерапией (Соловьев А.М., 2003). В качестве противовирусной терапии применяют противовирусные препараты интерферона (циклоферон, реаферон и др.); индукторы синтеза интерферона (неовир, иммунофан, иммуномакс, ларифан, полиоксидоний и др.). Комплексное лечение ПВИ иногда включает препараты с неспецифическим противовирусным действием: витамины С, Е, группы В; адаптогены – настойки элеутерококка, китайского лимонника, заманихи; иммуномодуляторы – метилурацил, пентоксил и др.

При наличии ПВИ, в том числе ГОКБЛ, в области гениталий предполагается обязательное обследование обоих партнеров, что является невозможным у нашей пациентки ввиду ее своеобразного отношения к многочисленным половым связям.

В дальнейшем необходимо, так как всегда есть возможность рецидива и малигнизации процесса (Ю.Н. Кузнецова, 2003),:

1. Провести цитологический и кольпоскопический скрининг.
2. Использовать барьерные методы контрацепции не менее 6 месяцев после окончания лечения.

3. После хирургического иссечения вегетаций должно проводиться последующее диспансерное наблюдение онкологом.

Заключение

Таким образом, представлен клинический случай гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна, которая возникла у молодой женщины после полового контакта с незнакомым мужчиной.

Развитию необычной (тяжелой) формы генитальных остроконечных кондилом способствовали: ранняя половая жизнь, частые и беспорядочные половые связи (половая расторможенность), молодой возраст и, наконец, атопический дерматит, ожирение, свидетельствующие о значительных изменениях реактивности организма с нарушением нейровисцерокутаных связей.

Литература

1. Адашкевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем. Витебск. 1996.
2. Баткаев Э.А., Кицак В.Я., Корсунская И.М., Липова Е.В. Вирусные заболевания кожи и слизистых: - Учебное пособие.- М., 2001.
3. Дерматоонкология Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А.Молочкова, Ю.В.Сергеева. -М.: Медицина для всех, 2005.- С.- 256-259.
4. Киселев В.И. Папилломы: скрытая угроза (опасные папилломы).- 2006.
5. Киселев В.И., Киселев О.И. Этиологическая роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки: генетические и патогенетические механизмы // Цитокины и воспаление.- 2003.- Том 2.- №4. - С.- 31-38.
6. Кубанов А.А. Идентификация генотипов ПВЧ путем амплификации участка L1 области вирусного генома с последующей гибридизацией с типоспецифичными зондами. I Росс. конгресс дерматовенерологов; 22-26 сентября 2003г. Санкт-Петербург.- Том. 2.-С.- 158-159.
7. Кузнецова Ю.Н. Особенности лечения остроконечных кондилом. \ I Российский конгресс дерматовенерологов; 22-26 сентября 2003г. Санкт-Петербург.- Том. 2. - С.- 159-160.
8. Липова Е.В. Папилломавирусная инфекция у женщин. Вестн. последипломного мед. образования. \ Матер. VI междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, андрологии, акушерстве и гинекологии. Наука и практика». – 2001.- №1.- С.- 115-116.
9. Соловьев А. М. Консервативная терапия поражений, вызванных папилломавирусной инфекцией.- Лечащий врач.- 2003.

ВЛИЯНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА

Е.П. Цыганкова., Э.А. Фроленкова

Смоленская государственная медицинская академия, НУЗ 2 Отделенческая больница на станции Смоленск ОАО «РЖД».

Псориаз - хронический рецидивирующий дерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования. Первичные изменения при псориазе происходят как на уровне клеток дермального, так и эпидермального слоя при не-удержимой способности кератиноцитов к делению. Кроме кожного синдрома, при псориазе наблюдается поражение суставов, висцеропатии, страдает нервная система, нарушается метаболизм тканей.

В большинстве случаев псориаз протекает доброкачественно, не изменяя (или мало меняя) качество жизни пациентов. Неблагоприятное течение с прогрессирующим характером дерматоза и нарушением иммунного статуса, с уменьшением естественной резистентности организма может находить выражение в формировании пустулезного псориаза, псориатической эритродермии-либо псориатического артрита.

В течение 2005 года на стационарном лечении по поводу псориаза в дерматологическом отделении НУЗ «отделенческой больницы на станции Смоленск ОАО «РЖД»» находилось 213 человек в возрасте от 20 до 69 лет.

Обыкновенный псориаз с различной степенью выраженности диагностирован у 175 пациентов. У 38 человек псориаз протекал неблагоприятно: 14 страдали артралгиями, 16 - псориатическим артритом, у 8 наблюдались тяжелые формы псориаза (ладонно-подошвенный, пустулезный и псориатическая эритродермия).

Эта группа больных (38 человек) была обследована на хламидиоз методом ИФА. Положительный результат получен у 16 человек (титр от 1:10 до 1:80), что составило 42,1%. 6 из них страдали тяжелым полиартритом с упорным перманентным течением (37% всех больных псориатическим артритом).

Хламидиоз был обнаружен у 14,2% всех пациентов, страдающих артралгиями, 60% – эритродермией, ладонно-подошвенным и пустулезным псориазом.

Выводы

1. Хламидийная инфекция отягощает течение псориаза.
2. Следует учитывать возможность сочетания псориаза с хламидийной инфекцией в тяжелых и осложненных случаях при проведении комплексной терапии.
3. Целесообразно обследование половых партнеров на хламидиоз с возможным их последующим лечением.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА TORCH-ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

С.М. Храмцова., Н.И. Лазарева ., А.Н. Иванян .,
Н.И. Федотова

Смоленская государственная медицинская академия

Torch-инфекции, являясь одним из важнейших патогенных факторов, приводящих к различным заболеваниям женской половой сферы, становятся частой причиной развития патологии беременности, неблагоприятных исходов родов и заболеваемости новорожденных. Результаты исследования Н.Е. Кана (2004) свидетельствуют об увеличении в 2 раза частоты внутриутробных инфекций за последние 5 лет. При этом преобладающими возбудителями антенатальной патологии являются микоплазмы и вирусы (ЦМВ, ВПГ, энтеровирусы).

По данным А.П. Никонова и соав. (2003 г.), у 40% беременных женщин в развитых странах определяются специфические антитела к ЦМВИ. Заражение женщины ЦМВ - инфекцией в период беременности представляет особую опасность для плода с развитием внутриутробной инфекции в 40-50% случаев (Тютюнник В.Л. и соавт, 2002). Риск поражения плода у беременных женщин с хроническим латентным течением ЦМВИ значительно ниже.

Цель исследования. Изучить распространение ЦМВИ в структуре Torch-инфекций у женщин детородного возраста в г. Смоленске.

Результаты исследования. В иммунологической лаборатории Центра по профилактике СПИД и инфекционных заболеваний методом иммуноферментного анализа, в 2005 году, обследовано 3838 женщин репродуктивного возраста, находящихся под наблюдением в женской консультации.

Из них у 3433 (89,5%) были выявлены антитела к различным патогенным микроорганизмам. Моноинфекция встречалась в 22,42% случаев, mixed – инфекция в различных сочетаниях в 77,58% случаев. При этом 4 маркера встречались у 17,3% , 3 у 23,9%, 2 у 22,3% беременных.

Данные показатели высокого инфекционного индекса свидетельствуют о высокой частоте перенесенных инфекций, среди которых наибольшее значение имеет вирусная инфекция герпес-группы, которой свойственна персистенция возбудителя в организме. Учитывая возможность ante и интранатального внутриутробного инфицирования, мы проанализировали различные сочетания маркеров TORCH - КОМПЛЕКСА.

Отмечено, что более чем у половины пациенток (2158 : 62,9%) выявлены антитела к ЦМВИ, в сочетании с маркерами других инфекций у 1275 (37,1%).

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о высокой частоте встречаемости Torch-инфекций у женщин г. Смоленска. Необходимы дальней-

шие исследования по конкретизации степени влияния Toxh-инфекций, и прежде всего ЦМВИ, на детородную функцию женщины и здоровье новорожденных.

Таблица 1. Частота распространения Toxh-инфекции среди женщин детородного возраста

Антитела (Ig G)	Число	%
ЦМВИ, ВПГ, КРАСНУХА	752	19,6
ЦМВИ, ВПГ, токсоплазмоз, краснуха	665	17,3
ЦМВИ, ВПГ	194	5
ЦМВИ, краснуха	131	3,4
ЦМВИ, токсоплазмоз, краснуха	76	2
ЦМВИ, токсоплазмоз	50	1,3
ЦМВИ, ВПГ, токсоплазмоз	154	3
ВПГ, краснуха	412	10,7
ВПГ, токсоплазмоз, краснуха	61	1,6
ВПГ, токсоплазмоз	23	0,6
Краснуха, токсоплазмоз	51	1,3
ВПГ	189	4,92
ЦМВИ	136	3,5
Токсоплазмоз	54	1,4
Краснуха	485	12,6

Литература

1. Дурова А.А., Симакова М.Г., Смирнова В.С. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции // Акуш. и гин. - 1995.- № 6.- С. - 29-13.
2. Никонов А.П. Генитальный герпес и беременность // ЗППП. -1995.- №3. - С. - 12-15.
3. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и др. Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции (Методические рекомендации для врачей). - М., 1999. - 85 с.
4. Прогнозирование и дифференциально-этиологическая диагностика врожденных вирусных инфекций: Методические рекомендации / Под ред. проф. Л.С. Лазовской. - М. - 1992. - 25 с.
5. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей: М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 96 с.
6. Рахманова А.Г. Противовирусная терапия ВИЧ - инфекции. - С.-Пб, 2001. - 159 с.
7. Федорова М.В., Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Тареева Т.Г. Внутриутробные инфекции // Вест. Рос. Ассоциац. Акуш. -гин. - 1997. - № 2. - С.89-99.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

К. О. Юшко, А. Н. Иванян, Г. Д. Бельская, Т. В. Грибко

ГОУ ВПО «СГМА Росздрава»

В статье представлены данные по изучению особенностей течения раннего неонатального периода младенцев от матерей, рожденных путем операции кесарево сечение. Установлено, что течение раннего неонатального периода не имеет различий с детьми женщин, рожденных через естественные родовые пути. У детей от матерей, рожденных путем операции кесарево сечение, наиболее часто встречалась в раннем неонатальном периоде токсическая эритема, что делает этих детей угрожаемыми по аллергопатологии в последующие возрастные периоды.

Высокий интерес к антенатальному и раннему неонатальному периодам развития ребенка объясняется тем, что от течения этих периодов зависит последующее физическое и нервно-психическое развитие человека.

Первые дни жизни ребенка характеризуются выраженным напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов, сопровождающихся существенными перестройками деятельности многих органов и систем, обусловленными необходимостью поддержания гомеостаза.

Несмотря на многочисленные исследования, проблема профилактики нарушений адаптации новорожденного ребенка в ранний неонатальный период остается актуальной.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку течения раннего неонатального периода у новорожденных от матерей, которые были рождены путем операции кесарево сечение и естественным путем.

Было обследовано 80 доношенных новорожденных детей в родильном отделении МЛПУ КБ №1. В основную группу были включены 40 детей от матерей, которые рождались сами путем кесарева сечения. Контрольную группу составили 40 детей от матерей, рожденных через естественные родовые пути.

Проводилась оценка соматического, гинекологического, акушерского анамнеза, особенностей течения беременности и родов у женщин обеих групп. Обследованные женщины сопоставимы по возрасту, перенесенным и сопутствующим экстрагенитальным и гинекологическим заболеваниям, течению данной беременности и родов.

Оценка раннего неонатального периода проводилась по клиническим признакам, по шкале Апгар, оценивался гестационный возраст ребенка, первоначальная убыль массы тела, сроки появления и интенсивность гипербилирубинемии, сроки восстановления первоначальной массы тела.

Большинство детей родилось при доношенной беременности с гестаационным возрастом 39-40 недель, 5% младенцев имели гестаационный возраст при оценке по шкале Дубовича 37 недель. Операция кесарева сечения производилась в 23% случаев в основной группе и в 25% случаев в контрольной.

Достоверных различий ($p > 0,05$) в оценке по шкале Апгар на первой и пятой минуте после рождения мы не выявили.

При первичном осмотре новорожденных подавляющее большинство детей - 83% основной группы и 85% контрольной группы были в удовлетворительном состоянии. Каждый восьмой младенец основной группы и каждый седьмой контрольной группы родились в состоянии средней тяжести.

Тяжесть состояния была обусловлена перенесенной хронической внутриутробной гипоксией у 10% детей основной группы и у 8% детей контрольной. Хроническая внутриутробная гипоксия у этих младенцев проявлялась сухими и мацерированными кожными покровами, дистонией мышечного тонуса, быстро истощающимися рефлексамии. У детей контрольной группы чаще, чем в основной, встречались дыхательные расстройства.

Первоначальная убыль массы наблюдалась у младенцев обеих обследованных групп и составила в среднем 5,6% в основной и 6,3% в контрольной группе. К шестым суткам раннего неонатального периода 40% новорожденных основной группы и 38% контрольной не восстановили первоначальную массу тела, по всей видимости, вследствие ранней выписки новорожденных на педиатрический участок.

Физиологическая желтуха наблюдалась у детей обеих групп. Желтушное окрашивание кожных покровов появлялось преимущественно на третьи сутки, а максимальная гипербилирубинемия приходилась на 4-5-е сутки раннего неонатального периода. Интенсивность желтушного синдрома оценивалась по таблице Крамера. Так, I степень гипербилирубинемии была выявлена у 35% детей основной и 30% детей контрольной групп. Однако II-III степень гипербилирубинемии имела преимущественно у детей контрольной группы - 10% и у 5% детей основной группы.

У 10% детей от матерей, рожденных путем операции кесарево сечение, выявлены проявления токсической эритемы. Высыпания появлялись на вторые сутки раннего неонатального периода в виде единичных пятнисто-папулезных элементов. Сыпь у всех новорожденных самостоятельно исчезла на пятые сутки раннего неонатального периода. В то время как у детей от матерей, рожденных через естественные родовые пути, токсическая эритема встретилаь всего лишь у одного ребенка - 2%.

Таким образом, течение раннего неонатального периода у новорожденных основной и контрольной групп не имело различий по шкале Апгар, физиологической гипербилирубинемии, убыли первоначальной массы тела. Однако у детей основной группы в периоде ранней адаптации достоверно чаще встречалась токсическая эритема как проявление аллергической настроенности организма. Раннее появление токсической эритемы позволяет думать об антигенной стимуляции организма ребенка еще внутриутробно и делает угрожаемыми этих детей по аллергопатологии в последующие возрастные периоды.

Литература

1. Шабалов Н. П. Неонатология.-М.: МЕДпресс-информ, 2004.- С.-109-145
2. Шабалов Н. П., Цвелева Ю. В. Основы перинатологии.-М.: МЕДпресс-информ, 2002.- С.- 388-392
3. Ахмадеева Э. Н. Клинико-физиологическая характеристика процессов адаптации и научные основы организации выхаживания новорожденных, извлеченных кесаревым сечением: Автореф. дис.... д-ра мед. наук.-М.,1990.
4. Bailit J. L., Garrett J. M., William M. C., Michael J. M., Robert C. C. Hospital primary cesarean delivery rates and the risk of poor neonatal outcomes // Am. J. Obstet Gynecol 2002;187:721-7.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ НА ШЕЙКЕ МАТКИ ПОСЛЕ АКУШЕРСКОЙ ТРАВМЫ

Н.П. Ячменев., Г.Д. Бельская., А.Н. Иванян., А.В. Кузьминых., Т.Г. Аветисян., О.В. Благодыр

Смоленская Государственная медицинская академия

Изучены особенности заживления разрывов шейки матки после их ушивания кетгутом. Выявлено высокая частота несостоятельности швов на шейке матки, достигающая до 24%. Рекомендована оценка состоятельности швов на шейке матки на 5-е сутки послеродового периода и осмотр ее через 2 месяца после родов с целью раннего выявления фоновой патологии.

В течение последних десятилетий много усилий уделено решению проблемы акушерского травматизма мягких родовых путей матери, что обусловлено его стабильно высокой частотой, достигающей 28% у первородящих и 12% - у повторнородящих.

По литературным данным, заживление швов на шейке матки происходит вторичным натяжением более чем у 30% женщин. Неблагоприятные условия для течения репаративных процессов способствуют формированию выраженной рубцовой ткани и последующей рубцовой деформации шейки матки, создающей благоприятные условия для возникновения патологии эктоцервикса.

В настоящее время после появления синтетических полимерных шовных материалов проводилось их изучение с целью применения для восстановления разрыва шейки матки. Нити викрила, дексона, максона, сургилена, этибонда удобны в обращении, прочны, дают надежный узел, вызывают минимальную реакцию окружающих тканей, тем самым обладают рядом преимуществ перед кетгутом. В ряде лечебных учреждений для улучшения течения восстановительных процессов применяется медицинский клей «Сульфакрилат», создающий барьер от лохиального отделяемого.

В силу экономических причин большинство родовспомогательных учреждений вынуждены использовать для восстановления целостности шейки матки кетгутовые нити, что не может не сказаться на результатах восстановления акушерской травмы.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния швов на шейке матки после восстановления ее разрыва в родах.

Нами был проведен ретроспективный анализ 1084 историй родов, проведенных через естественные родовые пути в родильном отделении в МЛПУ «КБ №1» г. Смоленска с 2004 по 2005 г.г. У 161 (14,86%) роженицы роды осложнились разрывами шейки матки 1-2 степени. При этом у 80,12% женщин разрыв шейки матки осложнил течение 1 родов, у 16,77% родильниц - течение 2 родов и у многорожавших наблюдался в 3,1% случаев.

После родоразрешения нами были обследованы 91 родильница с разрывами шейки матки. В первые 2 часа после родов у всех женщин с целью устранения разрыва проводилось наложение отдельных кетгутовых швов на область раны. На 5-е сутки после родов при осмотре шейки в зеркалах оценивали следующие критерии состоятельности швов на шейке матки: надежность соприкосновения краев разрыва, выраженность инфильтрации и наличие шовного материала.

У 22 (24,17%) родильниц заживление швов на шейке матки происходило вторичным натяжением. К 5-м суткам после родов мы выявили следующие признаки несостоятельности швов на шейке матки: выраженную отечность тканей в области раны у 11 (50%) пациенток, инфильтрацию окружающих тканей у 4 (18,18%) родильниц, сочетание отечности и инфильтрации тканей окружающих рану, у 2 (9,09%) женщин, остатки кетгутовых нитей визуализировались у 5 (22,72%) родильниц, и у всех визуализировалось неплотное соприкосновение краев разрыва, приводящее позднее к выраженной рубцовой деформации шейки матки.

У 69 (75,82%) родильниц заживление разрыва шейки матки происходило первичным натяжением. Во время осмотра определялось плотное соприкосновение краев раны, отсутствие выраженной инфильтрации и отечности в прилегающей к разрыву ткани. Остатки шовного материала в ране обнаружены у 12 (17,39%) женщин.

Учитывая роль биоценоза влагалища в заживлении ран шейки матки, нами были проанализированы данные бактериоскопического исследования влагалищного содержимого этих двух групп.

У 13 (59,09%) женщин с диагностированной несостоятельностью швов на шейке заживление протекало на фоне хронических воспалительных изменений родовых путей. У 8 (61,53%) пациенток при микроскопии обнаружена выраженная лейкоцитарная инфильтрация, при этом она сопутствовала в 1 случае контагиозному моллюску и в одном случае - герпесу II типа. Процесс заживления шейки матки протекал у 1 (7,69%) женщины на фоне урогенитального кандидоза. 4 (30,76%) пациенткам во время беременности проводилась санация неспецифического кольпита.

В группе женщин с заживлением швов первичным натяжением только у 26 (37,68%) родильниц при беременности были выявлены клинические и лабораторные признаки кольпита. В этой группе у 16 (61,53%) женщин при бактериоскопическом исследовании влагалищного содержимого выявлено преобладание смешанной микрофлоры. Носителями *St. aureus* являлись 4 (15,38%) родильницы. Ассоциация грибов рода *Candida* с лейкоцитами и смешанной микрофлорой обнаружена у 6 (23,07%) пациенток.

Результаты нашего исследования подтверждают данные литературных источников о высокой частоте несостоятельности кетгутовых швов, применяемых для восстановления разрыва шейки матки. Одним из факторов, способствующих формированию несостоятельности швов, является раневая инфекция. Обладая высокой реактогенностью, кетгутовые нити играют немаловажную роль в формировании рубцовой деформации и возникновении фоновых про-

цессов шейки матки. Учитывая высокую частоту несостоятельности кетгутовых швов, мы рекомендуем проводить осмотр шейки матки на 5 сутки после коррекции разрыва в родах и через 2 месяца после родов для раннего выявления фоновой патологии.

Литература

1. Адамян Л.В. Применение полимерных материалов в оперативной гинекологии / Л.В. Адамян, С.Е. Белоглазова // Акуш. и гинек. – 1991.- №9 – С. -73-76
2. Адамян Л.В. Современный шовный материал в оперативной гинекологии / Л.В. Адамян, С.Е. Белоглазова// Акуш. и гинек.– 1990.- №11- С.- 70- 73
3. Айламазян Э.Л. Акушерство: учебник - СПб.: Спец. лит., 1998.- С. - 409
4. Короткова Л.А. Реабилитация женщин с разрывами шейки матки в первых родах: Автореф. дис... к-та мед.наук- Уфа.- 2002.
5. Ячменев Н.П., Иванян А.Н., Бельская Г.Д., Кузьминых В.В. Благодыр О.В., Аветисян Т.Г. Факторы риска акушерской травмы шейки матки // Материалы 8-го Всероссийского форума «Мать и дитя»- М.2006 – С.- 307.

СОДЕРЖАНИЕ:

РАЗДЕЛ – I. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1. Л. А. Деев
К 110-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки России, доктора медицинских наук, профессора Михаила Захаровича Попова 3
2. А.И. Березников, А.Ю. Брежнев, М.А. Романова.
Тактика лечения частичных атрофий зрительного нерва в зависимости от локализации очага поражения..... 7
3. А.И.Березников, П.К.Микаелян
Применение длительной мелиорации ретробульбарного пространства в сочетании с электромагнитостимуляцией при лечении атрофий зрительного нерва у детей..... 9
4. А.И. Березников, М.Ю. Кириленко
Выявление особенностей проявлений глаукоматозного процесса в зависимости от общебиологических и цитогенетических характеристик организма с использованием многомерного статистического анализа. 11
5. А.Г. Белькова, Л.А. Деев
Факторы риска развития экссудативной реакции и фиброза задней капсулы после экстракции катаракты с интраокулярной коррекцией 15
6. А.Ю. Брежнев, В.И. Баранов, И.Н. Абросимова, И.О. Салькова
Характер и эффективность лечения тяжелых ожогов глаз в Курской области (по данным ОГУЗ «больница микрохирургии глаза» за 2001-2005 г.г.) 19
7. Ю.А. Белый, А.В. Терещенко, М.В. Федотова, П.Л. Володин, М.А. Плахотный, * Н.А. Онищенко, * М.Е. Крашенинников, * М.К. Хохлова
Фотодинамическое воздействие на культуру эпителиальных клеток хрусталика кролика..... 22
8. А.И. Ерёменко, С.В. Янченко, Е.В. Варлашина, В.А. Шипилов
К вопросу о распространённости синдрома «сухого глаза»..... 26
9. А.И. Ерёменко, С.В. Янченко, Л.А. Каленич, О.И. Лысенко
Лимфотропная терапия, блокады синокаротидной зоны и длительная внутрикаротидная инфузия лекарственных препаратов в лечении острых сосудистых оптических нейропатий..... 30
10. А.И. Ерёменко, С.В. Селин, С.В. Янченко, С.С. Селин
Вторичный «сухой глаз» у носителей различных типов мягких контактных линз 33
11. Е.А.Ивенкова
Новая непроникающая антиглаукомная операция 36
12. Г.В.Николаева ., Е.И. Сидоренко., А.Губарева, Е.А.Семенова
Изучение факторов, способствующих развитию ретинопатии недоношенных..... 39

13. Ражуан Якуб, В.Г. Копаева, Ю.В. Андреев Сравнительный анализ результатов лазерной экстракции и факоэмульсификации катаракт с псевдоэкзофолиативным синдромом.	42
14. М.Г. Колотов Лазик при относительных противопоказаниях	46
15. О.Н. Кулешова Результаты морфологического исследования юстаканаликулярной ткани при врожденной ювенильной глаукоме	48
16. В.А. Соколов, В.Ю. Азима, М.В. Савинкин Изменение внутриглазного давления после фоторефракционных операций	52
17. Е.И.Сидоренко., Л.А. Дубовская., И.В.Лобанова Двухэтапный метод лечения частичной атрофии зрительного нерва по методу Сидоренко- Лобановой.	55
18. А.В. Терещенко, Ю.А. Белый, П.Л. Володин, М.С. Терещенкова, И.Г. Трифаненкова Диагностика и лечение 3-й пороговой стадии и задней агрессивной ретинопатии недоношенных	58
19. А.А.Федотов., В.А.Соколов Клинико – морфологический анализ причин энуклеаций при травмах органа зрения.61	
20. Сидоренко Е.И Ассоциация детских офтальмологов России.....	65

РАЗДЕЛ – II. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

1. Р.Р.Абузаров., О.В. Анисимова., М.Г. Хлевнова Особенности качества жизни женщин после овариоэктомии	67
2. Т.Г. Аветисян., А.Н. Иванян., Н.Ю. Мелехова.,Н.П. Ячменев Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения патологии шейки матки.....	71
3. Г.А.Беденкова, Е.И.Мариновичева, М.П.Федянова Эффективность применения витаминно-минерального комплекса компливит «мама» у беременных с фетоплацентарной недостаточностью.....	75
4. Г.А.Беденкова, Е.Б.Новикова Эффективность мифепристона для прерывания беременности малого срока.....	80
5. Т.В. Грибко., Дмали Мойз И., Л.С. Киракосян., С.С.Павлова Аntenатальные факторы риска нарушений адаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде.....	82

6. Т.В. Грибко ., Т.А. Густоварова ., О. Л. Щербакова ., Н.Г. Челомбитько Особенности адаптации новорожденных матерей с рубцом на матке	85
7. Т.А.Густоварова, Е.В. Болвачева, А.Н. Иванян, А.Е. Доросевич, И.А.Бехтерева, О.Л. Щербакова Клинико-морфологическое обоснование при выборе тактики ведения родов у женщин с рубцом на матке	88
8. А.М. Зеньков Дифференцированный подход к проблеме реабилитации пациенток после искусственного аборта.....	92
9. И.В. Котикова., В.Н. Покусаева Функция внешнего дыхания у курящих беременных	96
10. А.Н. Иванян., Н.Ю. Мелехова ., И.Г. Сухарева ., Н.Л. Овсянкина., Л.И. Ха- ритонова ., О.В. Благодыр Проонкологический цитокин ИЛ – 4 в диагностике предрака шейки матки.....	100
11. Е.А. Кушевская Диагностика острого пиелонефрита беременных	105
12. Н.И. Лазарева., Р.Р. Абузьяров., А.Н. Иванян Оптимизация метода психофизиопрфилактической подготовки к родам	110
13. О.В. Масюткина Изменение массы тела при беременности у пациенток с ожирением.	112
14. И.В. Нечаевская Прибавка массы тела при беременности у пациенток с исходно - нормальной массой тела.	116
15. Н. С. Орехова Зубная паста «mexidol dent» как средство профилактики гингивита у беременных.....	120
16. В.Н. Покусаева, Н.В. Литвинова, Е.И. Мариновичева, Г.Э. Новикова Клиническое наблюдение внематочной беременности позднего срока.....	123
17. В.Н. Покусаева., И.М. Майорова ., А.М. Зеньков Искусственное прерывание беременности и его влияние на репродуктивную систему.	129
18. С.И. Коржувев, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова, Т.Г. Аветисян Миомэктомия как метод сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин.....	136
19. А.Ю. Криворучко Области ядрышковых организаторов в ворсинах хориона в норме и при позднем гестозе	139

20. Е. В. Петрова, Н.С. Орехова, Л. М. Цепов
Информированность беременных о средствах и методах гигиены полости рта (по данным анкетирования)..... 145
21. В.Н. Петрова, Н.К. Никифоровский, Н.В. Болтаева, С.В. Петрова, Н.М. Отвагина, Л.Г. Перегонцева
Влияние эутиреоидного зоба на течение послеродового периода у женщин, проживающих в регионе легкого йодного дефицита. 148
22. В.Н. Петрова, Н.В. Болтаева, Г.Н. Федоров, С.В. Петрова
Результаты теста функции щитовидной железы у родильниц с эутиреоидным зобом. 151
23. П.В.Плешков
Клиника и диагностика ИППП у девочек подростков при обращении к гинекологу 153
24. Е.В.Пятибратова, Г.Н.Федоров
Особенности гипофизарно-яичниковой системы у женщин фертильного возраста при диффузных формах эндемического зоба 155
25. С.В. Сехин, Е.Б. Комисарова, А.В. Сехина, Н.М. Отвагина
Влияние бактериального вагиноза на течение беременности 158
26. А.С. Соловьёв, Н.А. Норкина, М.И. Моисеенкова
Частота рождения детей с хромосомными болезнями в г. Смоленске..... 161
27. М.П. Федянова., Л.А. Лукашенко
Особенности течения послеродового периода у пациенток, перенесших пиелонефрит во время гестации..... 163
28. Е.П.Цыганкова, В.К.Макушкина, П.В.Плешков
К вопросу поражения гениталий у женщин папилломавирусной инфекцией..... 165
29. Е.П. Цыганкова., Э.А. Фроленкова
Влияние хламидийной инфекции на течение псориаза 170
30. С.М. Храмцова., Н.И. Лазарева ., А.Н. Иванян ., Н.И. Федотова
Частота встречаемости и структура Toxh-инфекций среди женщин детородного возраста 171
31. К. О. Юшко, А. Н. Иванян, Г. Д. Бельская, Т. В. Грибко
Течение раннего неонатального периода у новорожденных от матерей, рожденных путем операции кесарево сечение 173
- 32.Н.П. Ячменев., Г.Д. Бельская ., А.Н. Иванян ., А.В. Кузьминых., Т.Г. Аветисян., О.В. Благодыр
К вопросу о состоятельности швов на шейке матки после акушерской травмы. 176