

первую половину дня (до 12.00), "Нормофлорин Б" - вечером. Дети индифферентного хронотипа получали препараты преимущественно во вторую половину дня (в период активности парасимпатического отдела нервной системы) (после 15.00), при этом глину назначали в вечерние часы. Препараты назначали в возрастных дозировках. Критериями эффективности проводимой терапии явились сроки купирования болевого и диспептического синдромов, полное исчезновение патогенной флоры, дискинезии кишечника: в копрограмме больных уменьшилось количество непереваренных мышечных волокон, растительной клетчатки и крахмала, улучшилось состояние временной организации основных физиологических функций, и возросла длительность клинической ремиссии. Сопоставив данные хрономедицинского обследования детей с хронической гастродуоденальной патологией после проведенного лечения, мы диагностировали четкие признаки восстановления временной организации основных параметров физиологических функций. На фоне существующего возрастания достоверных ритмов до 61,3% в их спектре у больных после сочетанной хронотерапии (СХТ) увеличилась доля циркадианных частот с 38% до 52%, нормализовались доли ультра- (20%) и инфрадианных ритмов (18%). Установлен эффект активации механизмов хроноадаптации, определяемых временным циклом функционирования жизненно-важных биосистем. Время назначения хронотерапии определяет хронотип пациента или положение акрофаз достоверных циркадианных ритмов, что способствует восстановлению спектра биоритмов: увеличивает долю циркадианных ритмов в системе временной организации физиологических функций в более короткие сроки, восстанавливает ритм работы кишечника и микрофлору. *На фоне комплексного хронотерапевтического лечения микрофлора кишечника пациентов восстанавливалась в более короткие сроки (7-14 суток) с более длительной ремиссией (более 3 месяцев) от окончания хронотерапии, что превышает результаты общепринятой терапии.*

Литература

1. Денисов М.Ю. Гастроинтестинальная гиперреактивность и ее значение в формировании атопического дерматита у детей / М.Ю. Денисов, Л.Ф. Казначеева // Рос. журнал кожн. и венер. болзн. - 2001. - №6. - С. 38-41.
2. Данилычева И.В. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом / И.В. Данилычева, Н.И. Ильина // Consillium Medicum. - 2006. - Т.3, № 4. - С. 184-186.
3. Дюбкова Т.П. Гастродуоденальная патология у детей с атопическим дерматитом // Вестн. дерматол. и венерол. - 1997. - №3. - С. 12-16.
4. Пищевая аллергия и её влияние на развитие и течение атопического дерматита у детей / Караулов А.В. и [др]. // Успехи клинической иммунол. - М., 2001. - Т.2. - С. 97-108.
5. Шемеровский К.А. Циркадианная регулярность кишечника и качество здоровья // Материалы I съезда по хронобиологии и хрономедицине с международным участием. - Владикавказ. - 2008. - С. 159.
6. Mucbe-Borowski, Cathleen; Kopp, Matthias; Reese, Imke; Sitter, Helmut; Werfel, Thomas; Schdfer, Torsten Klinische Leitlinie: Allergievervention Dtsch Arstebf Int -2009. - 106(39). -P.625-31.

Тюриня Н.А.¹, Абрамова С.В.²

¹Старший преподаватель, кандидат медицинских наук кафедра акушерства и гинекологии, ²доцент, кандидат медицинских наук, медицинский институт, ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аннотация

Целью данной работы явилось изучение состояния про- и антикоагулянтной систем у беременных с гестационным сахарным диабетом структуры осложнений и методов родоразрешения у данной группы беременных.

Ключевые слова: беременность, сахарный диабет, гестоз, кесарево сечение, протромбиновый индекс, антитромбин III, D-димеры, фето-плацентарная недостаточность.

Tuyrina N.A.¹, Abramova S.V.²,

¹Assistant, PhD in medical Sciences in Obstetrics and Gynecology; ²associate professor, PhD in medical Sciences in Obstetrics and Gynecology; medical Institute, Ogarev Mordovia State University

STATE OF PRO-AND ANTICOAGULATION SYSTEMS OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Abstract

The aim of this work was to study the state of the pro-and anticoagulant systems in pregnant women with gestational diabetes mellitus structure and methods of delivery complications in this group of pregnant women.

Keywords: pregnancy, diabetes, preeclampsia, cesarean section, prothrombin index, antithrombin III, D-dimers, feto-placental insufficiency.

Распространённость гестационного сахарного диабета (ГСД) зависит от частоты встречаемости сахарного диабета (СД) 2 типа и принадлежности популяции к определённой этнической группе. Данное заболевание осложняет 1–14% всех беременностей. В Российской Федерации распространённость сахарного диабета (СД) 1 и 2 типа среди женщин репродуктивного возраста составляет 0,9–2%; в 1% случаев беременная имеет прегестационный диабет, а в 1–5% случаев возникает гестационный сахарный диабет (ГСД) или манифестирует истинный сахарный диабет (СД).

В возникновении осложнений беременности основную роль играют нарушения микроциркуляции вследствие спазма периферических сосудов у больных сахарным диабетом (СД). Развивается гипоксия, локальное повреждение эндотелия сосудов (в плаценте, почках, печени), ведущее к нарушению гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома. Активация перекисного окисления липидов и фосфолипазы приводит к образованию токсичных свободных радикалов и повреждению клеточных мембран. Инсулиновая недостаточность нарушает все виды обмена веществ, возникающая при этом гиперлипидемия приводит к выраженным структурно-функциональным изменениям клеточных мембран. Все это усугубляет гипоксию и микроциркуляторные нарушения, лежащие в основе осложнений беременности. Прогрессирующий генерализованный спазм сосудов в дальнейшем может приводить к возникновению гестоза и хронической плацентарной недостаточности.

Целью работы явилась оценка показателей гемостаза у беременных женщин с ГСД, компенсация которого осуществлялась различными способами (диета, инсулинотерапия), и с наличием присоединившегося позднего гестоза.

В исследование было включено 120 беременных женщин, которые составили три группы сравнения, в зависимости от форм компенсации диабета: I — ая группа — ГСД — 60 беременных, коррекция показателей осуществлялась за счет диеты, II- ГСД (инсулинзависимый) — 20 беременных, коррекция сахара осуществлялась приемом инсулина, III — контрольная группа — 40 женщин, беременность которых протекала без осложнений. Среди наиболее частых осложнений гестации у данной группы беременных имели место поздний гестоз — 98 женщины (81,6%), фето-плацентарная недостаточность — 115 беременных (95,8%), многоводие — 69 беременных (57,5%), диабетическая фетопатия — 35 беременных (29,1%).

С целью оценки состояния системы гемостаза у беременных с ГСД, осложнившейся гестозом отдельно была выделена IV группа пациенток с ГСД и сочетанным поздним гестозом легкой степени тяжести (ГЛС) (ГСД+ГЛС — 40 беременных). Всем

беременным определяли степень и скорость агрегации тромбоцитов, уровень фибриногена, протромбиновый индекс, показатели антитромбина III и Д-димеры. Концентрация фибриногена у беременных с ГСД (I группа) — $4,25 \pm 0,25$ г/л была достоверно выше, чем в контрольной (III) группе — $3,65 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), но ниже чем во всех остальных группах — ГСД (II группа) — $4,76 \pm 0,17$ г/л, IV группа — $5,35 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,05$). Данные показатели свидетельствуют о том, что у всех беременных с гестационным сахарным диабетом имел место синдром гиперкоагуляции.

Протромбиновый индекс (ПТИ) имел наименьшее значение в контрольной группе — $100 \pm 3,4$ %, прогрессивно увеличивался в остальных группах: I — $105,1 \pm 3,4$ %, II — $111 \pm 3,3$ % и имел наибольшее значение в IV группе — $114,2 \pm 2,7$ % ($p < 0,05$). Содержание Антитромбина III (АТ) в исследуемых группах у беременных с ГСД составило от $83,3 \pm 2,4$ % (IV группа) до $86,3 \pm 3,17$ % — II группа, и $89,3 \pm 3,5$ % в I группе, что достоверно ниже чем в контрольной группе — $105,2 \pm 3,5$ % ($p < 0,05$). Основную оценку степени риска повышенного тромбообразования характеризует Д-димер, который является конечным продуктом деградации фибрина под действием пламина. Во всех группах исследования уровень Д-димера был выше нормы и составил в I группе — $465,6 \pm 3,3$ нг/мл, во II и III — $549,2 \pm 8,7$ нг/мл, и самый высокий уровень определялся в IV группе — $603,2 \pm 9,4$ нг/мл. В контрольной группе уровень данного метаболита был достоверно ниже и соответствовал физиологическим значениям — $225,1 \pm 3,5$ нг/мл ($p < 0,01$).

Среди беременных I группы были родоразрешены досрочно 7 беременных, у 53 беременных роды были срочными. Показанием к досрочному родоразрешению явилось нарастание тяжести гестоза - у 5 беременных, выраженные признаки внутриутробного страдания плода (нарушения по доплерографии: отрицательный диастолический кровоток в сосудах фетоплацентарного комплекса) в одном случае, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в сроке 35 недель также в одном случае. Из 53 беременных этой группы, родоразрешенных в срок, у 20 беременных роды проведены через естественные родовые пути, в 2 случаях применена вакуум-экстракция плода (в связи со слабостью потуг). 33 беременных родоразрешались путем операции кесарева сечения. Показаниями явились: фетоплацентарная недостаточность и ухудшение состояние плода у 10, наличие рубца на матке у 3 беременных, отсутствие биологической готовности организма к родам у 3-и, макросомия и выраженные признаки диабетической фетопатии — у 5, тяжелый гестоз в одном случае, пролиферативная диабетическая ретинопатия - у 4-х, сочетанные показания в - 7-и случаях. Экстренное кесарево сечение произведено в 4 случаях, у 3 беременных — в связи с острой гипоксией плода, у 1 — в связи с упорной слабостью родовой деятельности.

Во II группе все беременные были родоразрешены в срок. Путем операции кесарева сечения родоразрешены 18 беременных. Показаниями послужили: в 10-и случаях — рубец на матке, в одном — нарастание тяжести гестоза, в 7-ми — крупные размеры плода и выраженные признаки диабетической фетопатии.

Среди беременных III группы срочные роды имели место у 35 беременных, путем кесарева сечения родоразрешены 5 пациенток. Показаниями к операции послужило наличие рубца на матке

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что ГСД является фактором риска возникновения синдрома гиперкоагуляции во время беременности. Наибольшие нарушения показателей гемостазиограммы выявлены у пациенток с ГСД в сочетании с поздним гестозом, что, по-видимому, обусловлено развитием гипоксии, локального повреждения эндотелия сосудов (в плаценте, почках, печени), ведущее к нарушению гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома, генерализованным сосудистым спазмом что явилось, как следствие, показанием к досрочному родоразрешению по жизненным показаниям со стороны матери и плода. В остальных группах показатели гемостазиограммы были изменены в меньшей степени, а в контрольной группе не выходили за пределы пороговых значений. Это свидетельствует о необходимости своевременного проведения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, лечении осложнений гестации, адекватного контроля уровня гликемии у пациенток с ГСД для снижения риска акушерских и перинатальных осложнений.

Литература

1. Демидова И. Ю., Арбатская Н. Ю., Мельникова Е. П. Актуальные проблемы компенсации сахарного диабета при беременности // Сахарный диабет. 2009. №4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemy-kompensatsii-saharnogo-diabeta-pri-beremennosti> (дата обращения: 21.10.2013).

2. Gabbe S.G., Graves C. Management of diabetes mellitus complicating pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2003. – 102. – P. 857–868.

Шавоян М.А.

Студент, Кировская государственная медицинская академия

СРАВНЕНИЕ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ

Аннотация

В статье рассматривается одна из главных проблем всего мирового сообщества – наркомания у подростков. Анализируется оказание помощи наркологической службы в России и за рубежом. Рассмотрена наркоситуация в Кировской области по данным Кировского областного наркологического диспансера по итогам 2012года. Выделены особенности профилактики и лечения наркомании.

Ключевые слова: вредные привычки, наркомания, профилактика, лечение.

Shavoyan M.A.

Student, Kirov State Medical Academy

COMPARISON OF APPROACHES TO PREVENTION AND TREATMENT OF DRUG ADDICTION IN TEENAGERS

Abstract

The article considers one of the main problems of the world community - drug abuse in adolescents. Analyzes the assistance of the narcological service in Russia and abroad. Discussed the situation in the Kirov region according to the Kirov oblast narcological dispensary on the results of 2012. Highlighted features for the prevention and treatment of drug addiction.

Keywords: bad habits, drug addiction, prevention, treatment.

В последние годы настоящим бедствием для нашей страны стало употребление наркотических и токсических веществ детьми и подростками. Число наркозависимых постоянно растет, а средний возраст их уменьшается: по официальным данным в наркоманию вовлекаются молодые люди в возрасте от 12 лет и старше. Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения в наркоманской среде различными инфекциями, включая ВИЧ. В частности, проблема наркомании является одной из актуальных и в Кировской области: в 2012 году обратились за медицинской помощью и были поставлены на учет 21 житель области, которым впервые в жизни был поставлен диагноз «синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)», по состоянию на 1 января 2013 года в КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» с этим диагнозом состояли под наблюдением нарколога 586 больных (женщины – 60, подросток – 1), что больше по сравнению с предыдущим годом на 39 человек или на 7,5%[1]. Однако реальное количество наркоманов превышает эту цифру в несколько раз. Наибольшее количество потребителей наркотиков в Кировской области составляют граждане в возрасте от 26 до 40 лет.