

водство для врачей). — М.: Мед., 2005. — 511 с.

5. Ainal T., Baburin A., Teesalu R., Rahu M. The association between hyperglycaemia on admission and 180-day mortality in acute myocardial infarction patients with and without diabetes// Diabet Med. — 2005. — Vol.22. — P.1321–1325.

6. Al-Bermani A., Desha Y.H., Morgan J. et al. Management of incidental hyperglycaemia in acute medical emergencies// Diabet Med. — 2005. — Vol.22. — P.937–941.

7. Bloomgarden Z. T. Developments in diabetes and insulin resistance//Diabetes Care. — 2006. — Vol. 29. — P. 161–167.

8. Eibl N., Krugluger W., Streit G. et al. Improved metabolic control decreases platelet activation markers in patients with type-2 diabetes// Eur. J. Clin. Invest. — 2004. — Vol. 34. — P.205–209.

9. Gresele P., Guglielmini G., De Angelis .t al. Acute, short-term hyperglycemia enhances shear stress-induced platelet activation in patients with type II diabetes mellitus// J. Am. Coll. Cardiol. — 2003. — Vol.41.— P.1013–1020.

10. Lerman O.Z., Galiano R.D., Armour M. et al. Cellular dysfunction in the diabetic fibroblast: impairment in migration, vascular endothelial growth factor production, and response to hypoxia// Am. J. Pathol. — 2003. — Vol. 162. — P.303–312.

11. Malmberg K., Ryden L., Efendic S. et al. Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI study): effects on mortality at 1 year//

J. Am. Coll. Cardiol. — 1995. — Vol.26. — P.57–65.

12. Malmberg K., Ryden L., Wedel H. et al. Intense metabolic control by means of insulin in patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction (DIGAMI 2): effects on mortality and morbidity// Eur. Heart. J. — 2005. — Vol. 26. — P.650–661.

Поступила 08.12.09.

SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE IN A COMPLICATED COURSE OF ACUTE CORONARY SYNDROME WITH UNDERLYING DIABETES MELLITUS

A.I. Kondratiev, V.N. Lukach, V.T. Dolgikh, V.V. Savilova

Summary

Studied were the main indicators of non-infectious systemic inflammatory reaction syndrome, as well as the dynamics of the content of low and medium molecular weight substances and oligopeptides in the biological media. The presence of underlying type 2 diabetes mellitus in acute coronary syndrome was characterized by higher rates of noninfectious systemic inflammatory reaction syndrome, which is probably due to the presence of diabetic cardiomyopathy, macro-and microangiopathies.

Key words: acute coronary syndrome, diabetes mellitus, systemic inflammatory reaction, substances of low and medium molecular weight, oligopeptides.

АНАЛИЗ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РОЖДЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РЕАНИМАЦИИ

Ильмира Раисовна Галимова, Ильдар Фаридович Фаткуллин,
Гузель Ильдаровна Шаймарданова, Александр Алексеевич Лобанихин

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. И.Ф. Фаткуллин) Казанского государственного
медицинского университета, МУЗ «Городская клиническая больница № 7»
(главрач — канд. мед. наук М.Н. Садыков), г. Казань, e-mail: fatkullin@ya.ru

Реферат

Исследованы анте- и интранатальные причины тяжелого состояния недоношенных новорожденных, обусловленного не только сроком беременности, но и особенностями ведения родов, находившихся на искусственной вентиляции легких после рождения. Даны рекомендации по оптимизации акушерской тактики, которые позволят улучшить перинатальные исходы для недоношенных новорожденных.

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенный ребенок, респираторный дистресс-синдром, искусственная вентиляция легких.

Преждевременные роды являются одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота этой патологии не имеет тенденции к снижению и варьирует от 6 до 10% [1]. На состояние новорож-

денного влияют уровень внутриутробного благополучия, срок беременности и тактика родоразрешения [2, 5]. Значимость исходного фона, тактики ведения родов и родоразрешения в случае преждевременного завершения беременности настолько велика, что зачастую превосходит даже важность гестационного возраста новорожденного [6]. Вместе с тем тяжелое состояние детей, родившихся недоношенными, часто рассматривается как нечто закономерное и даже ожидаемое.

Целью нашего исследования являлось изучение антенатальных и интранатальных причин тяжелого состояния недоношенных новорожденных.

Проведен ретроспективный анализ 46 историй родов матерей недоношенных детей (6 близнецов), состояние которых при рождении потребовало проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Изучены гинекологический и соматический анамнезы матерей, течение беременности и возникшие осложнения, состояние фето-плацентарной системы накануне родов, особенности родоразрешения и перинатальные исходы.

В зависимости от срока беременности в соответствии с наиболее распространенной градацией [7] новорожденные были распределены следующим образом: 25–27 нед — один (1,9%) ребенок, 28–33 нед — 37 (71,2%), 34–36 нед — 14 (26,9%). Возраст матерей колебался от 17 до 36 лет. Первородящих было 27 (58,7%), повторнородящих — 19 (43,1%). Отягощенный акушерский анамнез (медицинские или самопроизвольные аборт) имели 13 (28,7%) беременных. Преждевременные роды были в анамнезе у каждой четвертой повторнородящей.

Из хронических экстрагенитальных заболеваний чаще, чем в популяции, встречались заболевания почек. У 14 (30,4%) пациенток беременность сопровождалась пиелонефритом. В структуре гинекологической заболеваемости была велика доля хронических воспалительных заболеваний половых органов: хронический аднексит — у 6 (13%) женщин, хронический эндометрит — у 2 (2,6%), рецидивирующий кольпит различной этиологии — у 18 (39,1%). У 50% женщин беременность протекала на фоне железодефицитной анемии различной тяжести. У 4 (8,7%) пациенток имелся рубец на матке после предыдущего кесарева сечения. У большинства беременных отмечалось головное предлежание плода, у 5 (10,9%) — тазовое. Двойни имели 6 (13,1%) пациенток.

У 21,7% беременных досрочное родоразрешение и рождение недоношенного ребенка было обусловлено преэклампсией. У 32,6% пациенток диагностировали хроническую плацентарную недостаточность, у 28,3% — задержку внутриутробного развития плода. У 7 рожениц имело место меконияльное окрашивание околоплодных вод, хотя синдром аспирации мекония не был выявлен ни у одной из них. Приведенные данные свидетель-

ствуют о том, что недоношенные новорожденные, состояние которых потребовало ИВЛ в раннем неонатальном периоде, начали страдать еще до рождения. Роль инфекционно-воспалительного фактора и хронической плацентарной недостаточности в патогенезе недонашивания подтверждают результаты гистологического исследования последов. Воспалительные изменения в плаценте, такие как базальный децидуит, мембранный плацентит, интервиллузит, выявлялись практически у каждой третьей пациентки, однако у 4 из них при наличии гипоплазии плаценты они отсутствовали.

Очевидно, что тактика родоразрешения во многом определяет состояние новорожденного [6]. Шансы на успешную адаптацию после бережного родоразрешения (анте- и интранатальный токолиз, профилактика респираторного дистресс-синдрома, отсутствие акушерского пособия в родах через естественные родовые пути, извлечение головки в плодном пузыре при кесаревом сечении [8]) достаточно высоки. Роды через естественные родовые пути произошли у 21 (45,7%) женщины, а у 25 (54,3%) беременность и роды были завершены путем кесарева сечения. Большинство беременных, дети которых нуждались в ИВЛ при рождении, были госпитализированы в стационар до начала активной родовой деятельности: 25 (54,3%) — с угрозой преждевременных родов, 13 (28,3%) — с родовым излитием околоплодных вод. У 25 (54,3%) пациенток отмечалась угроза прерывания беременности, которая реализовалась в преждевременные роды. В активной фазе преждевременных родов в родильный дом поступили 13 (28,2%) беременных, причем 10 (21,7%) в первом периоде родов и 3 (6,5%) во втором. Прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты у 2 пациенток потребовала экстренного их родоразрешения.

Анализ историй родов показал, что 25 беременным с угрозой преждевременных родов была проведена токолитическая терапия β_2 -адреномиметиками и/или сульфатом магния. У беременных с родовым излитием околоплодных вод применялась консервативно-выжидательная тактика с назначением антибиотиков и профилактикой респираторного дист-

ресс-синдрома (РДС). Однако в 5 (23,8%) случаях вагинальных родов и в 9 (36%) при кесаревом сечении профилактика респираторного дистресса плода не проводилась. Лишь в 6 (13%) случаях для этого не было объективной возможности (прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты, несостоятельность рубца на матке). Таким образом, 30% «аппаратных» детей не получили необходимой дородовой профилактики РДС.

Особого обсуждения требуют вопросы обезболивания преждевременных родов. В настоящее время признано, что физиологическая денервация матки и перестройка симпатико-адреналового звена регуляции сократительной деятельности матки завершается только к сроку доношенной беременности. Следовательно, болевая реакция при преждевременных родах с последующей гиперкатехоламинемией требует обязательной аналгезии. Методом выбора для обезболивания преждевременных родов считается эпидуральная аналгезия, при которой создается региональный симпатический блок [9]. Однако ни в одной из изученных историй болезни эпидуральной аналгезии не зарегистрировано. Спазмолитики были применены лишь в 4 (19%) случаях вагинальных родов. Во втором периоде родов пудендальная анестезия производилась у 7 (33,3%) рожениц, эпизиотомия — у 12 (57,1%).

У 11 (52,4%) из 21 роженицы имели место быстрые и стремительные роды, что следует рассматривать как дополнительный фактор риска повреждения недоношенного плода. Наряду с адекватным обезболиванием, регуляция родовой деятельности токолитическими средствами является важным условием ведения преждевременных родов. Вместе с тем интранатальный токолиз был применен только при одних родах.

Резервом улучшения исходов преждевременных родов может стать расширение показаний к кесареву сечению [4, 8]. Однако оно было запланировано с адекватной подготовкой матери и плода (гестоз средней и тяжелой степени при отсутствии эффекта от проводимой терапии) лишь у 8 из 25 беременных. Большинство (68%) операций производилось по экстренным показаниям — кровотечение при

преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (у пяти), центральное предлежание плаценты (у одной), тазовое предлежание при отхождении вод (у четырех), несостоятельность рубца на матке (у четырех), хроническая прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода с нарушением кровотока в маточных артериях и артериях пуповины (у трех).

Наиболее частым показанием к ИВЛ был синдром дыхательных расстройств у 41 (89,1%) ребенка, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС у 4 (8,7%), асфиксия у одного (2%). Продолжительность ИВЛ варьировала от 4 до 70 суток (в среднем 10 суток). Препараты сурфактанта применялись у 27 (52%) новорожденных.

Из 52 недоношенных детей, находившихся на аппаратном дыхании, один ребенок с экстремально низкой массой тела умер на первом этапе выхаживания от полиорганной недостаточности, двое — на втором этапе выхаживания от генерализованной внутриутробной инфекции.

Данная работа проводилась в рамках комплексного исследования Комитета по качеству медицинской помощи Российского общества акушеров-гинекологов. Наши результаты оказались сходными с данными, полученными в трех других регионах страны (Москва, Барнаул, Ростов) [3]. Результаты исследования были использованы при разработке принятой IV Всероссийским съездом акушеров-гинекологов резолюции по преждевременным родам (г. Москва, октябрь 2008). Анализ показал, что причины тяжелого состояния недоношенных при рождении обусловлены не только сроком беременности, но и качеством ведения беременности и родов. Отсутствие в ряде случаев антенатальной профилактики РДС, недооценка негативной роли быстрых и стремительных родов и как следствие пренебрежение интранатальным токолизом, практически полное отсутствие обезболивания относятся к наиболее частым нереализованным возможностям акушерской помощи при преждевременных родах. Улучшить перинатальные исходы для недоношенных новорожденных позволяют, по нашему мнению, выжидательная тактика при преждевременном отхождении околоплодных вод, подавление сократительной деятельности матки методами «острого

токолиза» для проведения в течение 48 часов антенатальной профилактики РДС (в сроки от 26 до 34 недель беременности), ведение преждевременных родов через естественные родовые пути на фоне интранатального токолиза и адекватного обезболивания (эпидуральной аналгезии).

Безусловным требованием является внедрение и выполнение рекомендаций, изложенных в резолюции IV Всероссийского съезда акушеров-гинекологов (октябрь 2008) по преждевременным родам. Расширение же показаний к кесареву сечению при недоношенной беременности требует дальнейшего изучения и возможно только при наличии полноценной службы неонатальной реанимации и интенсивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с.
2. Кулаков В. И., Мурашко Л. Е. Преждевременные роды. — М.: Медицина, 2002. — 176 с.
3. Радзинский В.Е., Костин И. Н., Златовратская Т. В. и др. Недоношенные дети, подвергшиеся реанимации. Анализ акушерской тактики // Акуш. и гин. — 2008. — № 6. — С. 39—43.
4. Савельева Г. М., Курцер М. А., Клименко П. А. и др. Ин-

УДК 618.36-008.64-091.8

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Геннадий Леонидович Драндров, Татьяна Львовна Смирнова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. Т.Н. Охотина) Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова

Реферат

Проведено гистологическое исследование плаценты женщин с клинически диагностированной плацентарной недостаточностью. Данное осложнение беременности сопровождается активацией биосинтеза аминов, нарушением обмена гепарина, изменением микроциркуляции, приводящей к морфологическим изменениям в плаценте.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, гистологическое исследование, беременность.

Плацентарная недостаточность является ведущей причиной патологии перинатального периода, поэтому изучение

транатальная охрана здоровья плода // Акуш. и гин. — 2005. — № 3. — С. 3—7.

5. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности. — М.: Трида-Х, 2000. — 304 с.

6. Сидельникова В. М., Антонов А. Г. Преждевременные роды и недоношенный ребенок. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 304 с.

7. Сидельникова В. М. Акушерская тактика ведения преждевременных родов // Акуш. и гин. — 2000. — № 5. — С. 8—12.

8. Фаткуллин И. Ф. Дискуссионные вопросы абдоминального родоразрешения // Казанский мед. ж. — 2007. — Т. 88. — № 2. — С. 121—123.

9. Чудинов Ю. В. Аднергическая иннервация матки в различные периоды репродуктивной деятельности: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Л., 1987. — 22 с.

Поступила 01.10.09.

ANALYSIS OF OBSTETRICAL TACTICS AT BIRTH OF PREMATURE INFANTS AFTER RESUSCITATION

I.R. Galimova, I.F. Fatkullin, G.I. Shaimardanova, A.A. Lobanihin

Summary

Studied were the ante- and intrapartum causes of severe condition in preterm infants who were on mechanical ventilation after birth, determined not only by the gestational age but also by the peculiarities of childbirth. Given were recommendations for optimizing obstetrical tactics that will improve perinatal outcomes for preterm infants.

Key words: preterm labor, premature baby, respiratory distress syndrome, mechanical ventilation.

плаценты как органа, играющего важную роль в регуляции взаимодействия между матерью и плодом, — актуальная проблема акушерства. Морфологические изменения в плаценте служат одним из основных пусковых механизмов в развитии нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. В последние годы патоморфологические особенности плаценты при осложнениях беременности стали предметом глубокого изучения в нашей стране [3, 5].