

ИР в пределах нормальных значений во II группе объясняются непрерывным воздействием левоноргестрела при наличии ЛНГ-ВМС.

Помимо положительной динамики в показателях объёма матки и миоматозных узлов, размерах доминантного узла, доплерометрии кровотока и миоматозных узлов отмечено уменьшение общего количества оставшихся миоматозных узлов уже после первого месяца терапии: у женщин I группы – с $5,45 \pm 2,53$ до $3,27 \pm 1,73$, II группы – с $4,87 \pm 2,7$ до $3,27 \pm 2,4$, III группы – с $5,2 \pm 2,53$ до $2,33 \pm 1,4$ ($p < 0,01$). Образования менее 10 мм при отсутствии кровотока игнорировались.

Фармакотерапия миомы матки агонистом гонадолиберина (гозерелин 3,6 мг, подкожная инъекция в переднюю брюшную стенку, 1 раз в 28 дней, 3 введения), или ЛНГ-ВМС (внутриматочная депо-система, содержащая 52 мг левоноргестрела – 12 месяцев), или антипрогестина (мифепристон, 50 мг, ежедневно, в течение 3 месяцев) после консервативной миомэктомии обладает одинаковым антирецидивным эффектом после консервативной миомэктомии в течение 6–12 месяцев.

Применение агонистов гонадолиберина способствует уменьшению объёма матки на 30% (с $325,4 \pm 16,2$ до $227,8 \pm 10,1$ см³), числа миоматозных узлов (с $5,45 \pm 2,53$ до $2,54 \pm 1,36$), размеру доминантного узла (с $18,14 \pm 0,45$ до $12,29 \pm 0,28$ см), достоверному увеличению ИР.

Применение ЛНГ-ВМС способствует уменьшению объёма матки на 20% (с $312,4 \pm 15,0$ до $252,5 \pm 8,8$ см³), числа миоматозных узлов (с $4,87 \pm 2,7$ до $2,27 \pm 1,9$), размеру доминантного узла (с $15,57 \pm 0,4$ до $11,57 \pm 0,22$ см), достоверному увеличению ИР.

Применение антигестагенов способствует уменьшению объёма матки на 20% (с $315,9 \pm 9,0$ до $250,6 \pm 10,0$ см³), числа миоматозных узлов (с $5,2 \pm 2,53$ до $0,86 \pm 0,99$), размеру доминантного узла (с $16,22 \pm 0,55$ до $12,87 \pm 0,5$ см), достоверному увеличению ИР.

В рамках настоящего исследования у женщин после консервативной миомэктомии нам не удалось определить на доклиническом этапе частоту и временные параметры рецидива миомы после завершения фармакотерапии. Ни в одном случае независимо от фармакотерапии роста узлов или появления новых узлов не выявлено. Это тоже результат. Значит, проведенное нами исследование продемонстрировало высокую антирецидивную эффективность на период не менее чем 6 месяцев после её завершения, что принципиально важно для возможности наступления беременности у обследованных женщин.

В дальнейшем мы планируем предоставить данные об особенностях восстановления репродуктивной функции у женщин после консервативной миомэктомии и антирецидивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В., Петракова С. А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 6. – С. 45–51.
2. Дикарева Л. В., Шеварев Е. Г., Аюпова А. К. Клинико-диагностические аспекты быстрорастущей миомы матки // Проблемы репродукции. – 2008. – № 6. – С. 20–25.
3. Доброхотова Ю. Э., Джобава Э. М., Кнышева И. Г., Гришин И. И., Степанян А. В. Беременность и роды у пациенток с миомой матки после эмболизации маточных артерий // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2011. – № 2. – С. 26–29.
4. Карева Е. Н. Мифепристон и миома матки // Фарматека. – 2010. – № 14. – С. 18–30.
5. Краснополяский В. И., Лозутова Л. С., Буянова С. Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. – М.: Миклош, 2005. – С. 162.
6. Краснополяский В. И., Сергеев П. В., Гаспарян Н. Д., Карева Е. Н., Лозутова Л. С., Буянова С. Н., Титченко Л. И., Горбунова Т. Н., Бабунашвили Е. Л. Беременность и прогестеронзависимая миома матки // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2003. – № 3. – С. 3.
7. Лозутова Л. С., Буянова С. Н., Горбунова Т. Н. и др. Хирургическое лечение опухолей гениталий при беременности: Материалы I Международной конференции. – М.: РУДН, 2002. – 537 с.
8. Орлова И. В. Опыт применения внутриматочной системы «Мирена» в послеродовом периоде // Проблемы репродукции. – 2008. – № 5. – С. 77–78.
9. Памфамиров Ю. К., Заболотнов В. А., Рыбалка А. Н., Памфамирова Г. Л., Карапетян О. В., Пучкина Г. А. Актуальность органосохраняющего лечения миомы матки // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 1 (52).
10. Петракова С. А., Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В. Возможность миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 1.
11. Петракова С. А., Мгелиашвили М. В. Роль ультразвукового исследования в диагностике миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 35–38.
12. Попов А. А., Щукина Н. А. Возможности эндохирurgicalических операций у больных с миомой матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 1. – С. 46–48.
13. Прилепская В. Н., Тагиева А. В., Межеветинова Е. А. Внутриматочная контрацепция / Под ред. В. Н. Прилепской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 176 с.
14. Прилепская В. Н., Абакарова П. Р. Внутриматочная гормональная левоноргестрел-релизинговая система у женщин в перименопаузе // Фарматека. – 2010. – № 1. – С. 17–21.
15. Тихомиров А. Л., Лубин Д. М. Миома матки. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 176 с.
16. Фаткуллин И. Ф., Баканова А. Р. Применение антипрогестинов для профилактики рецидивов после консервативной миомэктомии // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 1. – С. 101–104.
17. Bajekal N., Li T. C. Fibroids, infertility and pregnancy was-tage // Hum. reprod. update. – 2000. – № 6 (6). – P. 614–620.
18. Maruo T., Ohara N., Wang J., Matsuo H. Sex steroidal regulation of uterine leiomyoma growth and apoptosis // Hum. Reprod. update. – 2004 May-Jun. – № 10 (3). – P. 207–220. Review.

Поступила 20.01.2012

ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

¹Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО
«Кубанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +7-988-2444044. E-mail: Lomela@mail.ru;

²ГБУЗ ДККБ ДЗКК «Перинатальный центр»,
Россия, 350007, г. Краснодар, площадь Победы, 1, тел. 8-918-4320286

Дискоординация родовой деятельности продолжает занимать одно из лидирующих мест в числе аномалий родовой деятельности. Отсутствие четких критериев ее профилактики, невозможность определения групп беременных, угрожаемых по развитию дискоординации, заставляют вести поиск причин, учет которых будет способствовать профилактике развития дискоординированной родовой деятельности. Актуальным в этом вопросе является создание оценочной шкалы, способствующей вместе с учетом ультразвуковых критериев прогнозированию дискоординированной родовой деятельности и проведению своевременной профилактики ее развития для снижения перинатальных осложнений.

Ключевые слова: дискоординация родовой деятельности, факторы риска, снижение перинатальных осложнений.

A. V. ZLOBINA¹, L. Yu. KARAKHALIS¹, I. B. VASINA², S. N. KHACHAK²

BIRTH ACTIVITY INCOORDINATION IN THE CONTEMPORARY OBSTETRICS

¹Chair of obstetrics, gynecology and perinatology of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, 4, Sedina street, tel. +7-988-2444044. E-mail: Lomela@mail.ru;

²children's regional clinical hospital, perinatal centre,
Russia, 350007, Krasnodar, 1, ploshchad Pobedy, tel. 8-918-4320286

The incoordination of the birth activity remains one of the leaders among the anomalies of the birth activity. The absence of clear criteria for its prevention alongside with the impossibility of determination of the pregnant women that are under the risk of the birth activity incoordination make the researches look for the causes. Keeping the records of such causes would be helpful in prevention of the evolvement of the birth activity incoordination. Invention of the estimation scale is an urgent point in this context. The scale alongside with the records of ultrasonic criteria would assist in prognostication of the birth activity incoordination and in taking timely preventive measures in order to reduce the perinatal sequelae.

Key words: birth activity incoordination, risk factors, perinatal sequelae reduction.

Профилактика, сохранение и укрепление здоровья населения являются важнейшим стратегическим направлением социальной политики государства [9, 15]. В рамках реализации нового проекта «Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2010 года» предусмотрен ряд мероприятий, включенных в национальный проект «Здоровье» и призванных укрепить здоровье населения, повысить качество и доступность медицинской помощи [10]. Роды являются завершающим этапом беременности, и от правильности их ведения во многом зависит состояние матери и новорожденного, в связи с чем для более эффективного ведения беременности и родов разрабатываются новые высокотехнологичные методы исследования [9, 11]. Роды – это физиологический процесс, в результате которого происходит рождение ребенка и последа. С позиции перинатального акушерства, основная цель родов заключается в том, чтобы мать и новорожденный были здоровы. В экономически развитых странах рождение ребенка является практически безопасным процессом. Интранатальная смертность не превышает 1%, а материнская является большой редкостью. Этого удалось достигнуть благодаря учету основных факторов, влияющих на течение и исход родов.

Аномалии сократительной деятельности (АРД) матки остаются по-прежнему актуальной и до конца не

решенной проблемой в современном акушерстве, являясь основной причиной возникновения осложнений в родах и послеродовом периоде, как у родильниц, так и у новорожденных. Частота встречаемости АРД, по данным разных авторов, разнится от 9% до 33% [1, 5, 8]. Это обусловлено отсутствием четких критериев диагностики АРД, четкой клинко-патофизиологической классификации разнообразием клинических проявлений. Недостаточная изученность патогенетических механизмов развития АРД чрезвычайно затрудняет возможность целенаправленного прогнозирования, а следовательно, и профилактики этих осложнений родового акта. Анализ литературных данных показал, что единого мнения о возможных механизмах регуляции сократительной деятельности матки нет [4, 2, 12]. Данные о причинах возникновения АРД на современном этапе развития медицины следует искать на клеточном уровне и функционировании рецепторного аппарата матки. Нам представляется актуальным изучение предрасполагающих факторов в сочетании с анализом генетических и ультразвуковых факторов как основополагающих, но наименее изученных, особенно в свете того, что геном каждого индивида стабилен и в течение жизни не подвержен никаким изменениям. Особенно неблагоприятно протекают роды, которым предшествовал патологический прелиминарный период (ППП).

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных проблеме патологического прелиминарного периода [1, 2, 7, 13, 14], частота этой патологии остается высокой и составляет 10,6–33%. Внимание к этой проблеме обусловлено ее значением для профилактики АРД, а именно наиболее часто возникающей на этом фоне дискоординации родовой деятельности. Длительность родов пропорциональна длительности ППП, частота возникновения различных видов АРД колеблется в пределах от 20% до 60%. Часто при этом возникает необходимость в оперативных методах родоразрешения. Число послеоперационных и послеродовых осложнений, а также перинатальная заболеваемость после таких родов крайне высока [3]. Имеющиеся в литературе данные о возможности прогнозирования, профилактики и лечения АРД разобщены и зачастую противоречивы [6, 11]. При этом отсутствие снижения частоты АРД, в том числе и дискоординации, указывает на необходимость выработки комплексного, многостороннего подхода к решению данной проблемы.

Целью нашего исследования явилось изучение причин и возможности прогнозирования развития дискоординации родовой деятельности на основании анализа предрасполагающих факторов ее возникновения.

Материалы и методы

Нами обследовано 250 женщин с нормальным течением родов – I группа и 150 беременных и родильниц с дискоординацией родовой деятельности (они составили II группу), находящихся на лечении и родоразрешение в родильном отделении МУЗ ГБ № 2 г. Краснодара. Возраст обследованных был в пределах от 28 до 40 лет, в среднем $28 \pm 3,9$ года.

Всем беременным обеих групп, начиная с ранних сроков беременности, проводились: электрофизиологические методы, включающие проведение ультразвукового, доплерометрического и кардиомониторного исследований, определение биофизического профиля плода. Всем определялись биохимические показатели крови: печеночные пробы, коагулограмма, а также общий анализ крови (ОАК). Кроме этого проводилось определение изменений в генах предрасположенности к тромбофилиям.

Результаты исследования

Нами был проанализирован репродуктивный анамнез. При анализе времени наступления менархе в группах обследования особой разницы нами не выявлено: в I группе менархе наступили в $15,4 \pm 0,6$ года, а во II – в $15,8 \pm 1,2$ года. Средний возраст наступления менархе в обеих группах составил $15,7 \pm 1,2$ года. Длительность менструации в обеих группах была сопоставима и составила в среднем $3,4 \pm 1,5$ дня. Однако указание на наличие сгустков во время менструации оказалось выше во второй группе и составило 60% (90 женщин), а в первой – 18% (45 человек). Наличие мажущих кровянистых выделений чаще отмечали пациентки второй группы, чем первой: 48,6% (73 женщины) и 4,8% (12 женщин) соответственно. Проанализирован анамнез становления репродуктивной функции: развитие вторичных половых признаков. Оказалось, что среди пациенток II группы у 67 женщин адренархе предшествовало телархе, что составило 44,7%. В соответствии с литературными данными [3, 5], адренархе, предшествующее телархе, в возрасте активной ранней репродукции (к 25 годам) реализуется у 85% пациенток в синдром поликистозных яичников,

который сопровождается повышенной выработкой андрогенов. В первой группе таких пациенток было в 9 раз меньше – 7 женщин, что составило 2,8%.

Анализ экстрагенитальной патологии по группам выявил, что на первом месте находятся заболевания желудочно-кишечного тракта и печени: 47 (18,8%) и 84 (56,0%) соответственно в I и во II группах. В группе с развившимися аномалиями родовой деятельности высокой оказалась частота встречаемости наследственно обусловленной тромбофилии, проявляющейся в мутациях нескольких генов. Наиболее часто были выявлены PAI – патологическая гомозигота, метилентетрагидрофолатредуктазы, Лейдена – гетерозигота, а также патологическая гомозигота, или гетерозигота-протромбин. При сборе анамнеза у беременных с имеющимися мутациями было выявлено длительное бесплодие, если и была в анамнезе одна беременность, то она закончилась замершей беременностью в сроке 7/9 недель с последующим возникновением у 50% вторичного бесплодия. Все эти женщины перед данной беременностью получали предгравидарную подготовку: фолибер, комплекс витаминов группы В, гестагены, гепарины. Наступление у них беременности с ранних сроков сопровождалось угрозой ее прерывания и проявлялось кровянистыми выделениями из половых путей. Практически всем с ранних сроков были назначены низкомолекулярные гепарины (НМГ). В группе с аномалиями родовой деятельности преобладали заболевания эндокринной системы: у 53 обследованных (35,3%) против 49 (19,6%) женщин с нормальным течением родов. Выявлен высокий уровень аллергии в обеих группах. Определена достоверная разница инфекционного индекса: он был в 4 раза выше при возникновении аномалий родовой деятельности. Обследованные второй группы чаще болели острыми респираторно-вирусными инфекциями. Гинекологическая патология выявлена практически у всех обследованных. В первой группе лидировали воспалительные заболевания половых органов, эктопии шейки матки, пролиферативные процессы. Среди пациенток второй группы – нарушения менструальной функции (НМФ), синдром поликистозных яичников (СПКЯ), эктопии шейки матки.

Течение настоящей беременности характеризовалось во второй группе высокой частотой угрозы ее прерывания. Жалобы были на боли ноющего характера в низу живота и в области поясницы, мажущие кровянистые и сукровичные выделения из половых путей, сопровождающиеся болями, а также кровотечения (до 1–2 дневных прокладок в день). Наиболее часто угроза прерывания беременности наступала в первом триместре, когда непосредственно идут закладка и формирование будущего фетоплацентарного комплекса. Повторная клиника угрозы возникала во второй группе в сроке 32–34 недели беременности и сопровождалась угрозой преждевременных родов, при этом, по данным УЗИ и доплерометрии, было отмечено наличие признаков плацентарной недостаточности.

Всем пациенткам в декретированные сроки (10–14, 22–24 и 3–34 недели беременности) было сделано ультразвуковое исследование (УЗИ) плода, а во второй группе с аномалиями родовой деятельности дополнительное УЗИ проводилось в 18 недель, учитывая имеющиеся признаки прерывания беременности и в 37–39 недель – при развитии ППП. При анализе данных УЗИ, проведенном в сроке 10–14 недель, во второй группе у 86 (57,4%) определялся гипертонус миометрия передней и задней стенок матки, а у 19 (12,6%) были

выявлены ретроплацентарные гематомы, сохраняющиеся до 16–17 недель беременности. У 10 (6,6%) беременных ретрохориальные гематомы имели бессимптомное течение. При обследовании у них выявлена гетерозигота в мутации Лейдена. При назначении НМГ в лечебной дозе: клексан 0,4–0,6 мг п/к ежедневно, ультразвуковые признаки гематом были нивелированы. По данным УЗИ, проведенного в 22–24 недели беременности, состояние фетоплацентарного комплекса требовало проведения профилактического и лечебного курса терапии, направленного на коррекцию фетоплацентарной недостаточности у 53 (35,4%) беременных среди обследованных второй группы и у 7 (2,8%) обследованных беременных с последующими нормальными родами. При проведении УЗИ в сроки 32–34 недели беременности во второй группе имелось нарушение гемодинамики плода 1А-1Б степени у 41 женщины (27,4%) против 4 (1,6%) в первой группе. При этом во второй группе отмечено также наличие выраженных петрификатов в плаценте, которое соответствовало 2–3-й степени зрелости у 23 (15,4%) и определялось умеренное маловодие (индекс амниотической жидкости – ИАЖ снизился до 10), а также у 10 (6,6%) выявлено умеренное многоводие (ИАЖ повышался до 25). Нами было отмечено, что при развитии прелиминарного периода у 70 (46,6%) беременных второй группы, по данным УЗИ, в 38–39 недель толщина передней стенки матки отличалась от данных, полученных в группе сравнения у беременных с отсутствием ППП. При последующем развитии дискоординированной родовой деятельности нами выявлено: толщина нижнего сегмента была в пределах 1,8–2 мм; в средней трети матки – 4–4,5 мм; в области дна – 6–6,5 мм, а шейка матки (по данным УЗИ и данным влагалищного исследования составляла 3–4 см длиной, была плотной, наружный зев был закрыт) соответствовала 4 баллам по шкале Бишоп. При этом у беременных в этом же сроке и при отсутствии данных о ППП толщина нижнего сегмента была в пределах 2,5–3,2 мм; в средней трети тела матки – 3,5–4 мм, а в области дна – 5–6 мм (табл. 1).

При беременности высокого риска развития дискоординированной родовой деятельности в 37–38 недель практически в 40% развивается патологический тип маточных сокращений, которые проявляются нали-

чием на гистерограммах схваток неправильной формы, малоамплитудных сокращений, изменением направления координации маточных сокращений (табл. 2).

Сформировавшийся за 2–3 недели до родов характер маточной активности сохраняется в первом периоде родов, что при исследовании представленных показателей может иметь большое практическое значение.

Сканируют область тела матки на границе с нижним сегментом и при обнаружении гиперэхогенной линии на фоне гипозоногенного миометрия прогнозируют развитие аномалий родовой деятельности.

Структуру миометрия исследуют с помощью ультразвуковой аппаратуры. Ультразвуковое сканирование миометрия производят в прямой проекции при увеличении изображения в 2 раза.

У беременных, роды которых в дальнейшем осложнились развитием дискоординации родовой деятельности, выявлено «расслоение» миометрия на два слоя: на фоне гипозоногенного миометрия примерно посередине визуализируется гиперэхогенная линия, которой, по-видимому, является сосудистый слой миометрия. Исследование проводилось в области границы нижней трети тела матки и нижнего сегмента в соответствии со способом прогнозирования родовой деятельности, предложенным А. А. Глушко и соавт., 1999 (А. А. Глушко, М. В. Федорова, Ю. Б. Котов, Е. Э. Туманян. «Способ прогнозирования аномалий родовой деятельности накануне родов», 6-й патент от 10.08.1999 № 2134418). Все беременные с выявленными нарушениями находились на стационарном лечении в отделении патологии беременных (ОПБ) перинатального центра. При контрольном УЗИ и проведенной доплерометрии после проведенного стандартного лечения ППП отмечалась положительная динамика как со стороны плода, так и со стороны плацентарного комплекса. На основании количества обследованных беременных и полученных результатов была создана оценочная шкала степени риска развития аномалий родовой деятельности по гипертоническому типу. Все имеющиеся данные (анамнеза, течения и исходов предыдущих беременностей, а также течения настоящей беременности) были объединены нами в оценочную шкалу степени риска развития аномалий родовой деятельности по

Таблица 1

Сравнение ультразвуковых критериев толщины передней стенки матки при нормальных родах и при ДРД

№	Показатель – мм	ДРД	НР
1	Нижний сегмент	1,9±0,009	2,8±0,098
2	Средняя треть тела матки	3,9±0,02	3,74±0,08
3	Дно матки	6,5±0,15	5,5±0,17

Таблица 2

Изменение маточных сокращений при риске развития дискоординации и при нормальных родах

№	Показатель – %	ДРД	НР
1	Неправильная форма схваток	39,7	0
2	Число малоамплитудных сокращений	17,0	0,7
3	Изменение направления маточных сокращений	6,4	0,3

**Оценочная шкала развития степени риска дискоординации
родовой деятельности**

Характеристика	Баллы	Нормальные роды	Дискоординация родовой деятельности
Возраст матери:			
до 18 лет	2	-	-
20–29 лет	1	1	1
30–39 лет	3	3	3
40 лет и более	4	-	4
Родилась:			
с гипоксией	4	-	4
без гипоксии	1	1	1
Росла и развивалась:			
в соответствии с возрастом	1	1	-
отклонение от возраста	2	-	2
ОРВИ:			
до 1–2 раза в год	1	1	-
2–4 раза в год	2	-	-
более 4 раз в год	3	-	3
Менархе:			
до 12 лет	1	1	-
12–15 лет	2	2	-
после 15 лет	3	-	3
Менструация по длительности:			
менее 1 дня	3	-	3
1–3 дня	2	-	-
4–8 дней	1	1	1
более 8 дней	4	-	4
Регулярность менструального цикла:			
до 21 дня	2	-	0
21–26 дней	3	-	
27–30 дней	1	1	0
более 35	4	-	4
Объем кровопотери при менструации:			
обильные	4	0	4
умеренные	1	1	0
скудные	3	0	0
мажущие кровянистые выделения			
До	3	0	0
После	4	0	4
Нет	1	1	1
Телархе	2	0	2
Адренархе	2	0	2
Экстрагенитальная патология:			
ЖКТ в анамнезе	1	1	1
выявлена впервые	3	-	3
ССС в анамнезе	3	-	
выявлена впервые	4	-	4
эндокринная	3	3	3
выявлена впервые	4	0	4
наследственная тромбофилия			
Сложного генеза:			
РАI (патологическая гомозигота/гетерозигота)	3	0	3
Протробин (патологическая гомозигота/гетерозигота)	4	0	4
Лейден (патологическая гомозигота/гетерозигота)	4	0	4
Метилентетрагидрофолатредуктазы (патологическая гомозигота/гетерозигота)	2	0	0
Заболевания почек	4	0	4

Характеристика	Баллы	Нормальные роды	Дискоординация родовой деятельности
Хронический тонзиллит	1	1	1
Гинекологическая патология:			
есть	4	0	4
нет	1	1	0
1–2	2	2	2
3 и более	3	0	3
Беременность:			
1-я	1	1	-
2-я	2	-	2
3-я и более	3	-	3
Мертворождение, невынашивание, неразвивающаяся беременность в анамнезе:			
1	2	-	2
2 и более	3	-	3
Роды			
1	1	1	0
2	2	0	2
3 и более	3	0	0
Аборты			
1	1	0	0
2	2	0	0
3 и более	4	0	4
Самопроизвольный аборт			
1	2	0	2
2	3	0	3
3 и более	4	0	4
Осложнения беременности:			
ИППП выявлены в беременность	4	4	4
леченные до беременности	3		
ОРЗ, перенесенные в беременность:			
легкая	1	1	1
средняя	3	0	3
тяжелая	4	0	4
Наличие ФПН	3	-	-
Нарушение гемодинамики плода:			
1А	3		
1Б	4		

гипертоническому типу: дискоординация родовой деятельности. Для составления шкалы определения степени риска произведен расчет доли влияния различных факторов на развитие дискоординации родовой деятельности по результатам полученных исследований по формуле:

$$EF = (RR - 1) / RR \cdot 100.$$

RR – соответствующий показатель;

EF – влияние этиологического фактора.

Полученные результаты были расположены по регрессивному принципу и определены соответствующие баллы.

Низкая степень риска – до 40 баллов.

Высокая степень риска развития дискоординации родовой деятельности по гипертоническому типу – 90 и более баллов.

При обработке полученных данных нами выявлено: в 1-й группе (нормальное течение родовой деятельности) среднее количество баллов соответствовало 29 ± 3 балла, во 2-й группе (с дискоординацией родовой деятельности) – 131 ± 3 .

Нами проведено сопоставление данных оценочной шкалы и полученных данных ультразвукового исследо-

вания и вычисленного коэффициента риска развития дискоординированной родовой деятельности – КРРД. Оказалось, что данные ультразвукового исследования соответствуют развитию клинической картины дискоординации родовой деятельности. Тестирование по предложенной оценочной шкале в совокупности с неинвазивными и недорогими методами исследования – ультразвуковой метод, способствует своевременной профилактике развития дискоординации родовой деятельности, снижению числа возможных оперативных вмешательств, риска перинатальных осложнений, а также числа осложнений со стороны матери.

Таким образом, внедрение предложенной шкалы в сочетании с определением нетрудоемких ультразвуковых маркеров будет способствовать целенаправленному прогнозированию дискоординации родовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В., Коепошкова Е. В., Данилова Н. Р. Пролонгирование эффекта Р-адреномиметиков (гинипрала) в сочетании с комплексом унитиол-аскорбиновая кислоты // Проблемы репродукции. — 2001. — № 4. — С. 51–52.

2. Айламазян Э. К. и соавт. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство. – СПб: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – С. 40–50.

3. Егорова Н. А., Добротина А. Ф., Струкова В. И. и др. Аномалии родовой деятельности: Учеб. метод. пособие. – Н. Новгород: НГМА, 2002. – 58 с.

4. Савельева Г. М., Караганова Е. А., Курцер М. А. и соавт. Некоторые актуальные вопросы акушерства // Акуш. и гин. – 2006. – № 3. – С. 3–7.

5. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб: ЭЛБИ, 2003. – 287 с.

6. Сидорова И. С., Макаров И. О. Течение и ведение беременности по триместрам. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – С. 304.

7. Сидорова И. С., Оноприенко Н. В. Профилактика и лечение дискоординированной родовой деятельности. – М.: Медицина, 1987.

8. Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: МЕДпресс, 2000. – 320 с.

9. Сухих Г. Т., Адамьян Л. В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2007. – С. 5–19.

10. Фролова О. Г., Николаева Е. И., Рябинкина И. Н. Организация первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения // Акуш. и гин. – 2007. – № 3. – С. 59–60.

11. Chandhiok N., Kambo I., Dhillon B. S., Saxena N. C. // XVII FIGO World congress, Nov. 2–7, 2003, Santiago, Chile: Book of Abstracts. – Santiago, 2003. – Thursday, nov. 6. – P. 6.

12. Clemeat J. Psychological perspectives on pregnancy and childbirth. – Edinburgh, 1998. – P. 5.

13. Cunningham F. G. et al. Williams obstetrics. 21th Ed. – New York, 2001. – P. 9.

14. The National sentinel section caesarean audit RCOG clinical effectiveness unit, Royal college of obstetricians and gynecologists. – London, 2001. – P. 1.

15. World health organization appropriate technology for birth // Lancet. – 1985. – Vol. 2 – P. 436–437.

Поступила 02.05.2012

Р. А. КАЛЁКИН

ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ АМИСУЛЬПРИДОМ, СУЛЬПИРИДОМ И ТИАПРИДОМ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

*Лаборатория судебно-химических и химико-токсикологических исследований
Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр
судебно-медицинской экспертизы» Минздравсоцразвития России,
Россия, 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, 12/13, тел./факс +7 (495) 945-00-97.
E-mail: rc-sme-rf@mtu-net.ru, rcsme@sudmed.ru*

В статье автором приведены данные о клинической картине острого отравления амисульпридом, сульпиридом и тиапридом при исследовании на животных. Полученные данные позволяют применять их для первичной диагностики при поступлении пациентов с отравлениями.

Ключевые слова: отравления, амисульпирид, сульпирид, тиаприд, клинические признаки отравления.

R. A. KALYOKIN

POSSIBILITY OF PRIMARY DIAGNOSTICS OF SHARP POISONINGS WITH NEUROLEPTICS AMISULPRIDE, TIAPRIDE AND SULPIRIDE ON CLINICAL SIGNS

*Laboratory of judicial and chemical and chemical and toxicological researches
the Russian center of the forensic-medical examination of department,
Russia, 125284, Moscow, Polikarpov's street, 12/13, tel./fax 7 (495) 945-00-97.
E-mail: rc-sme-rf@mtu-net.ru, rcsme@sudmed.ru*

In article the author provided data on a clinical picture of sharp poisoning amisulpride, tiapride, sulpiride at research on animals. The obtained data allow applying them to primary diagnostics at arrival of patients with poisonings.

Key words: neuroleptics, amisulpride, tiapride, sulpiride, clinical symptoms of poisoning.

Введение

В последнее десятилетие наблюдается увеличение количества отравлений, в том числе лекарственными средствами, которое достигает 40% среди острых бытовых отравлений. В настоящее время в медицинской практике широко используются нейролептики антипсихотического действия при лечении различных психиче-

ских заболеваний. Отравление нейролептиками происходит при злоупотреблении, передозировке, а также повышенной чувствительности организма к ним [1]. Отравления нейролептиками прочно занимают 3–4-е место среди отравлений лекарственными средствами, а в психиатрической практике их доля достигает 15–20%. В настоящее время число случаев передозировки и