

плексным использованием эстрогенов, спазмолитиков, седативных препаратов и β -адреноблокаторов или применение препаратов простагландина Е₂ (динопрост) в виде интрацервикальных и вагинальных гелей или свечей, не всегда дают желаемый результат. В этой связи применение новых альтернативных методов подготовки шейки матки к родам является крайне актуальным.

В последнее время все более популярным становится использование в подготовке к родам антигестагенного препарата Мифепристон [2]. Однако у беременных с абсолютной биологической неготовностью организма к родам применение одного мифепристона часто не дает должного результата и требует проведения дальнейшей подготовки с использованием других средств.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности мифепристона в комплексной подготовке шейки матки к родам в зависимости от степени ее зрелости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведена подготовка к родам у 60 беременных с "незрелой" или недостаточно "зрелой" шейкой матки при доношенном сроке беременности или тенденции к перенашиванию, не имеющих противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.

Состояние шейки матки оценивали по шкале Бишоп накануне родов. Шейку матки считали "незрелой" при оценке 0-4 балла, недостаточно "зрелой" – 5-7 баллов, "зрелой" – 8-10 баллов.

В контрольную группу (КГ) вошли 30 пациенток, получавших общепринятые методы подготовки шейки матки (спазмолитики, седативные препараты, β -адреноблокаторы).

Основную группу (ОГ) составили 30 беременных, которым проводили комплексную подготовку к родам с включением мифепристона. Из них 15 (50,0%) пациенткам с исходно недостаточно "зрелой" шейкой матки (индекс Бишоп 5-7 баллов) мифепристон назначали в дозе по 200 мг в день перорально с интервалом 24 ч в течение 2 дней. Через 48-72 ч после последнего приема препарата производили повторную оценку состояния родо-

вых путей и затем при необходимости проводили дальнейшую подготовку с использованием простагландинов Е₂. 11(36,7%) беременным с "незрелыми" родовыми путями (индекс Бишоп 0-4 балла) проводилось предварительное введение литической смеси (сибазон 0,5% – 2 мл, но-шпа 4 мл в 400 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно) в течение 3 дней, после чего назначался мифепристон по вышеуказанной схеме. четырем женщинам препарат назначали без предшествующей подготовки литической смесью при "незрелой" шейке матки.

Обследование беременных обеих групп проводилось по единой оценке, предполагавшей изучение общесоматического, акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности. Средний возраст пациенток основной группы составил $25,6 \pm 5,4$ года с индивидуальными колебаниями от 16 до 37 лет. В контрольной группе средний возраст колебался от 17 до 37 лет и в среднем составил $24,6 \pm 5,1$ года. При анализе соматического анамнеза у пациенток основной и контрольной групп тяжелой экстрагенитальной патологии не выявлено.

В основной группе первородящих было 23 (76,7%), повторнородящих – 7 (23,3%). В контрольной группе количество перво- и повторнородящих составило 24 (80,0%) и 6 (20,0%) соответственно. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез отмечен почти у каждой третьей пациентки основной и контрольной групп. Это искусственные и самопроизвольные аборт, различные нарушения менструального цикла, что составило 35,0% в основной и 30,0% в контрольной группах.

У всех обследованных женщин беременность имела осложненное течение. Так, у 6 (20,0%) пациенток основной и 3 (10,0%) пациенток контрольной групп течение беременности осложнилось гестозом. Фето-плацентарная недостаточность отмечалась у 13 (43,3%) и 11(36,7%) беременных, многоводие – у 11 (36,7%) и 10 (33,3%), задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) – у 1 (3,3%) и 1 (3,3%), анемия – у 4 (13,3%) и 3 (10,0%) пациенток основной и контрольной групп соответственно.

Роды проводили под кардиомониторным контролем за состоянием плода. Одновременно с записью кардиотокограммы прово-

дилось наблюдение за сократительной деятельностью матки с помощью не прямой гистерографии.

После родоразрешения анализировали и сравнивали в исследуемых группах течение родов, их продолжительность, результаты использования утеротонических и анальгетических средств, исход родов, состояние новорожденных и течение послеродового периода.

Статистическую обработку материала проводили на персональном компьютере при помощи пакета статистических программ Statistica v 5.0 с использованием параметрических (Стьюдента) и непараметрических (Вилкоксона и Манна-Уитни) критериев статистики. При сравнении однородных величин различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе у 11 пациенток с исходно "незрелой" шейкой матки (0-4 балла) после введения литической смеси индекс Бишопа (ИБ) в среднем составил $5,18 \pm 0,4$ балла. У 15 беременных ОГ с исходно недостаточно "зрелой" шейкой матки (ИБ 5-7 баллов) средняя оценка состояния родовых путей перед назначением мифепристона составляла $5,2 \pm 0,4$ балла. У всех этих женщин после использования мифепристона шейка матки оценена как "зрелая" (ИБ > 8 баллов). В 4 случаях применения мифепристона у пациенток с исходным ИБ 0-4 балла клинически значимого эффекта не получено, оценка состояния шейки матки увеличилась только на 1-2 балла, т.е. сохранялась "незрелая" или недостаточно "зрелая" шейка матки, что потребовало дальнейшей подготовки с местным использованием простагландинов Е2.

Таким образом, положительный эффект от применения мифепристона получен в 87,7% случаев. Средняя оценка состояния шейки матки составила $8 \pm 1,3$ балла. Продолжительность подготовки к родам в среднем была $3,8 \pm 1,7$ сут. Причем у пациенток с исходно недостаточно "зрелой" шейкой матки (5-7 баллов) этот период сокращается до 2-3 суток.

В группе контроля длительность подготовки к родам при использованием общепри-

нятых методов была выше и в среднем составила $6,5 \pm 2,8$ сут. ($p < 0,05$). "Зрелая" шейка матки отмечена у 70,0% беременных. Средняя оценка состояния родовых путей по шкале Бишопа составила $7,8 \pm 0,7$ балла.

При анализе течения родов в ОГ самостоятельная родовая деятельность развилась у 20 (66,7%) беременных. У 7 (23,3%) женщин с целью индукции родов при наличии "зрелой" шейки матки была произведена амниотомия. Из них у 6 женщин родовая деятельность развилась без использования утеротоников. В 1 случае через 2 часа проводилось родовозбуждение путем комбинированного внутривенного капельного введения энзапроста-Ф (простагландин F2 α) в дозе 0,5мл (2,5мг) и окситоцина в дозе 0,5мл (2,5 ЕД). Дородовое излитие околоплодных вод диагностировано у 3 (10,0%) беременных, после чего спонтанно развилась регулярная родовая деятельность в течение 2-3 час. безводного периода. В одном случае излитие околоплодных вод произошло при "незрелых" родовых путях, что в сочетании с признаками гипоксии плода послужило показанием для оперативного родоразрешения. У 23 (76,7%) женщин родовая деятельность носила физиологический характер. Слабость родовой деятельности зарегистрирована в 4 (13,3%) случаях. У 2 роженицы причиной слабости родовой деятельности явилось клиническое несоответствие, роды закончились оперативным путем. У 1 женщины данная аномалия была успешно корригирована введением окситоцина по стандартной методике [5]. В 1 случае эффекта от родостимуляции не было – роды завершены оперативным путем. У 3 (10,0%) беременных течение родов осложнилось дискоординацией родовой деятельности, в связи с чем назначалась эпидуральная аналгезия. В 1 случае дискоординация родовой деятельности и прогрессирующая гипоксия плода явились показанием для экстренного оперативного родоразрешения. У одной женщины кесарево сечение произведено в связи с острой внутриутробной гипоксией плода в родах (тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода).

Таким образом, роды через естественные родовые пути произошли у 24 (80,0%) женщин. Путем операции кесарева сечения родоразрешены 6 (20,0%) беременных.

Таблица

Особенности клинического течения и исхода родов в исследуемых группах ($M \pm m$)

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
Самостоятельное развитие родовой деятельности	20 (66,7%)*	11 (36,7%)
Амниотомия	7 (23,3%)	8 (26,7%)
Дородовое излитие околоплодных вод	3 (10,0%)*	10 (33,3%)
Слабость родовой деятельности	4 (13,3%)*	11 (36,7%)
Дискоординация родовой деятельности	3 (10,0%)	7 (23,3%)
Общая продолжительность родов	7,3 $\pm$ 2,2*	9,3 $\pm$ 2,3
Роды через естественные родовые пути	24 (80,0%)	23 (76,7%)
Кесарево сечение	6 (20,0%)	7 (23,3%)

Примечание: * – $p < 0,05$.

В КГ самостоятельная родовая деятельность развилась у 11 (36,7%) беременных, что значительно меньше, чем в группе, где назначался мифепристон (табл.). Индукция родов путем амниотомии была выполнена у 8 (26,7%) женщин, родовозбуждение энзапростом потребовалось 4 из них. Дородовое излитие околоплодных вод произошло у 10 (33,3%) женщин.

Кроме того, частота развития аномалий родовой деятельности в КГ была значительно выше по сравнению с аналогичными показателями в ОГ. Так, слабость родовой деятельности отмечена у 11 (36,7%) женщин, дискоординацией родовой деятельности осложнились 7 (23,3%) родов. Операция кесарева сечения проведена у 7 (23,3%) женщин. Основными показаниями для оперативного родоразрешения явились упорная слабость родовой деятельности и прогрессирующая гипоксия плода у 4 (13,3%) беременных, дискоординированная родовая деятельность у 1 (3,3%) женщины, в 1 (3,3%) случае – клинически узкий таз. Плановое оперативное родоразрешение проведено у 1 беременной в связи с перенашиванием и "незрелыми" родовыми путями.

Средняя продолжительность родов у женщин основной группы составила 7,3 $\pm$ 2,2 ч; безводного периода – 5,6 $\pm$ 2,4 ч. В группе контроля продолжительность родов была достоверно выше и составила в среднем 9,8 $\pm$ 3,1 ч, безводного периода – 9,3 $\pm$ 2,3 ч ($p < 0,05$).

Все роды в ОГ произошли в срок. В группе сравнения двое родов оказались запоздалыми, у детей выявлены признаки синдрома Беллентайна-Рунге. Перинатальных потерь в основной и контрольной группах не было. С оценкой по шкале Апгар 8/8 и 8/9 баллов родились 18 (60%) новорожденных, 7/8 – 10 (33,3%), 6/7 – 2 (6,7%) в ОГ. В КГ с оценкой по шкале Апгар 8/8 и 8/9 баллов родились 16 (53,3%) детей, 7/8 баллов – 10 (33,3%), 6/7 – 3 (10%) ($p > 0,05$). В контрольной группе 1 ребенок родился в состоянии асфиксии, связанной с таким трудно прогнозируемым осложнением, как дистония плечевого пояса.

Средняя кровопотеря в родах через естественные родовые пути не отличалась у родильниц основной и контрольной групп и составила в среднем 228 $\pm$ 25 мл и 239 $\pm$ 26 мл соответственно.

Послеродовый период у большинства пациенток основной (96,7%) и контрольной (93,3%) групп протекал без осложнений. Субинволюция матки и лохиометра встречались у 2 родильниц в основной и у 3 – в контрольной группах.

Результаты проведенных исследований показали, что при отсутствии биологической готовности организма к родам применение общепринятых способов подготовки шейки матки явно недостаточно.

При использовании предложенной схемы подготовки к родам с включением мифепристона получена положительная динамика состояния родовых путей у 86,7% беременных.

Наибольшая эффективность мифепристона на процесс "созревания" шейки матки отмечена при исходном индексе Бишопа более 5 баллов. У беременных с абсолютной биологической неготовностью организма к родам, т.е. с "незрелой" шейкой матки (индекс Бишопа 0-4 балла), мифепристон целесообразно сочетать с предшествующим введением литической смеси.

Кроме того, использование мифепристона в подготовке к родам приводит к достоверному укорочению времени "созревания" шейки матки, общей продолжительности родов, не оказывает отрицательного влияния на состояние плода, что особенно важно у женщин с осложненным течением беременности [3].

Отмечена высокая эффективность мифепристона в отношении развития самостоятельной родовой деятельности, что значительно уменьшает необходимость в дополнительных методах родовозбуждения.

Таким образом, комплексная и адекватная подготовка к родам с включением мифепристона создает благоприятные условия для развития регулярной родовой деятельности, что позволяет снизить число осложнений, связанных с нарушением сократительной деятельности матки, и соответственно уменьшает количество оперативных родов, проводимых по поводу этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии. – Петрозаводск, 2003. – 207 с.
2. *Баев О.Р., Калинина Е.М.* Применение мифепристона в акушерской практике // *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2004. – № 3. – С. 80–84.
3. *Гаспарян Н.Д.* Подготовка беременных к родам с целью профилактики нарушений сократительной деятельности матки (диагностика и прогнозирование) // *Рос. вестн. акушера-гинеколога.* – 2002. – Т. 2, № 1. – С. 65–67.
4. *Гаспарян Н.Д., Кареева С.Н., Кирпичникова Н.В.* Влияние мифегина на сократительную деятельность миометрия in vitro при доношенной беременности // *Рос. вестн. акушера-гинеколога.* – 2001. – № 3. – С. 12–14.
5. *Егорова Н.А., Добротина А.Ф., Струкова В.И.* Аномалии родовой деятельности: Учеб.-метод. пособие. – Н. Новгород: НГМА, 2002. – 58 с.
6. *Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А.* Регуляция родовой деятельности: Учеб.-метод. пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – 54 с.
7. *Сидорова И.С.* Физиология и патология родовой деятельности. – М.: МЕДпресс, 2000. – 320 с.

УДК 616-002.5-003.9

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ СТАБИЛИЗАЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

© Коломиец В.М., *Сухонос Г.В., *Лазарчук Ю.А., Петрухина Л.Н.

Кафедра фтизиопульмонологии
Курского государственного медицинского университета, Курск;
*областной профилактический тубдиспансер, Белгород
E-mail: main@kgmu.kursknet.ru

При стабилизации эпидемической ситуации уровень реабилитации больных туберкулезом является одним из важных разделов национального проекта "Здоровье". Эффективность социальной и трудовой сравнительно с уровнем клинической реабилитации в настоящее время явно недостаточная. Основными причинами являются несвоевременное выявление заболевания, недостаточный контроль лечения, незначительное применение методов восстановительной медицины и недостаток средств социальной поддержки больных.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемическая ситуация, реабилитация, методы.

EFFICIENCY OF PATIENTS REHABILITATION IN STABILIZATION OF TUBERCULOSIS EPIDEMIC SITUATION

Kolomiets V.M., Sukhonosov G.V., Lazarchuk Yu.A., Petrukhina L.N.
Phthysipulmonology Department of the Kursk State Medical University, Kursk;
Regional Prophylactic Tuberculosis Dispanser, Belgorod

In stabilization of the epidemic situation the level of tuberculosis patient's rehabilitation is one of the important sections of the National project "Health". The efficiency of social and labour rehabilitation compared with a level of clinical rehabilitation is obviously insufficient now. The principal causes are inopportune revealing the disease, the insufficient control of the treatment, insignificant using of methods of the restorative medicine and lack of the patient's social support means.

Keywords: tuberculosis, epidemic situation, rehabilitation, methods.

После резкого ухудшения эпидемической ситуации по туберкулезу в период социально-экономических реформ конца 20 столетия отмечается ее относительная стабилизация в России. В процессе выполнения национальной программы предупреждения распространения туберкулеза наметились положительные тенденции, как стабилизация заболеваемости и смертности, однако уровень их остается по-прежнему высоким при явно недостаточной эффективности лечения. Одновременно в ходе выполнения национального проекта "Здоровье" предусматривается придать выраженную профилактическую направленность всей работе здравоохранения, что потребует интенсификации в проведении всех противоэпидемических мероприятий. Среди них в последнее время особо выделяется проблема реабилитации как больных, так и переболевших туберкулезом различной локализации.

В последнее время реабилитацию в медицинской практике стали понимать как "восстановительная медицина", и такая специальность даже введена в номенклатуре МЗиСР. Экспертами же ВОЗ и Международной организации труда [3] реабилитация рассматривается как система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество, к общественно полезной жизни (ранее подразумевались мероприятия в целях подготовки/переподготовки индивидуума на оптимум работоспособности). Совершенно очевидно, что приоритетной целью реабилитации является восстановление трудовых функций и навыков, возможность участия в общественной жизни и про-

изводительности как средство достижения больными и инвалидами экономической независимости и самостоятельности. Однако вследствие снижения расходов на их содержание реабилитация преследует не только сугубо экономические, но и социальные цели.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследований является изучение эффективности медицинской реабилитации при туберкулезе в условиях стабилизации эпидемической ситуации.

Эффективность реабилитации больных туберкулезом, всех ее разделов изучена по материалам мониторинга эпидемической ситуации в двух субъектах Российской Федерации (Белгородская и Курская области) в течение 2003-2006 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При туберкулезе вследствие его социальной значимости, что признано на государственном уровне, особенностей клинического течения и исходов, сложностей в лечении (например, невозможности биологического излечения и эрадикации возбудителя из организма), конечно же, необходима реабилитация больного или переболевшего в определении именно ВОЗ, так как применять меры восстановительной медицины как клинической реабилитации будет явно недостаточно [2].

Общепринято выделять в реабилитационном процессе 1-й этап - *профилактический*, способствующий сохранению активной трудоспособности и предупреждению развития заболевания, и 2-й - *заключительный* (завершающий), возвращение ранее нетрудоспособных людей к полноценной общественно-трудовой и личной жизни. Не вызывает сомнений, что при туберкулезе на всех этапах нельзя ограничиваться только мерами клинической реабилитации. Разве может только восстановительная медицина изменить качество жизни больных, если большинство из них являются социально-дезадаптированными

ми людьми и без учета этого невозможно даже клиническое излечение больного?

Заболевание (инвалидность) туберкулезом так изменяет социальное положение больного и выдвигает перед ним такие сопряженные со значительными трудностями проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии и др.), что преодоление требует активного участия как медицинских работников, психологов, так и органов социального обеспечения и других государственных служб.

На рубеже семидесятых годов при участии специалистов разных стран было сформулировано понятие "*последствия заболевания*" как основной предмет науки и практики медико-социальной реабилитации по следующим признакам:

- нарушение структур и функций организма человека;
- ограничение его жизнедеятельности как индивидуума;
- социальная недостаточность человека как личности.

Если рассматривать рекомендованную в 1980 г. ВОЗ систематику последствий заболеваний (Международная классификация IC-IDH, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*), то нетрудно обнаружить, что почти все они могут иметь место при заболевании туберкулезом, особенно внелегочной локализации или при хроническом течении. У больного изменяется буквально все: состояние организма (возникает морфологический и функциональный дефицит) и способности к жизнедеятельности, определяющие развитие личности, т.е. социально детерминированное и социально значимое качество человека. Человек изменяет отношение к себе и к миру, в котором он живет, он ограничен в сферах деятельности, привязан к определенным средствам жизнеобеспечения — формируется особый тип поведения хронического больного.

Практически при туберкулезе, как и при патологических процессах другой этиологии, возможно выделить различные аспекты реабилитации. Медицинский аспект — это вопросы ранней диагностики и своевременной госпитализации больных, возможно раннего применения этиотропной и патогенетической терапии и др. В физическом аспекте, как части медицинской реабилитации, рассматри-