

В нашей практике, наиболее эффективной формой работы при лечении ожирении 2-3 степени является следующая программа: «один визит к врачу 1 раз в неделю в течение первых 1,5 мес.; один визит 1 раз в 2 недели в течение последующих 2 мес. наблюдения и далее в индивидуальном порядке».

В течение 2008-2009 гг. под нашим наблюдением находились 3 группы пациентов с ожирением 1-3 степени по 20 человек в каждой группе. Пациентам всех групп в течение 6 мес. 3-кратно проводили биохимические исследования крови. Каждой группе пациентов для снижения массы тела были назначены разные программы диетологического наблюдения и лечения с целью оценки их эффективности (табл.).

Пациентам первой группы назначали общие принципы рационального питания (с помощью «светофора питания») и давали рекомендации по двигательной активности (прогулки, ходьба по беговой дорожке, плавание).

С пациентами второй группы проводили индивидуальный расчет характера и структуры питания (суточная калорийность, количество жиров) по компьютерной программе «Food-activity-planner» и давали рекомендации по двигательной активности (в том числе, ходьба с шагомером не менее 7 тысяч шагов в сутки).

Наиболее интенсивная работа проводилась с пациентами третьей группы. Они проходили курс обучения по программе «Диетологическая школа «Худеем правильно», включающий авторские разработки по составлению плана питания и лечения, а также физической нагрузке. Далее, с ними проводился индивидуальный расчет характера и структуры питания (суточная калорийность, количество жиров) по компьютерной программе «Food-activity-planner». Рекомендации по двигательной активности включали также ходьбу с шагомером (не менее 7 тысяч шагов в сутки). Кроме этого, им назначался препарат ксеникал по 1 капсуле 3 раза в день.

Пациенты первой и второй групп наблюдались с периодичностью посещения один раз в 1,5 мес. в течение полугода (всего по 4 визита).

Снижение массы тела за 6 мес. у пациентов первой группы составило 3-4% от первоначального веса, у пациентов 2 группы – 5-6%.

Пациенты третьей группы наблюдались по схеме «Диетологическая школа «Худеем правильно»: первые 1,5 мес. – один визит в неделю; следующие 4,5 мес. – один визит в 2-4 недели (всего 10-14 визитов).

В течение первой недели пациенты третьей группы заполняли авторский «дневник самоконтроля» (запись пациентом своего ежедневного рациона с подсчетом суточной калорийности и количества жиров, описанием характера стула, количества пройденных за день шагов). Врачом проводилась еженедельная коррекция рациона питания и контроль соблюдения рекомендаций по физической нагрузке. Один раз в 2 мес. проводилось биохимическое исследование крови (контроль показателей метаболического синдрома) и при необходимости – коррекция лечения.

В результате такой работы с пациентами 3 группы снижение массы тела у них по сравнению с первоначальной величиной составило 15-20%.

С нашей точки зрения, такая схема работы позволяет достичь комплаенса между врачом и пациентом, выводит обоих на уровень «партнерства» и достижения максимально возможного результата лечения избыточного веса и метаболического синдрома.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности терапии ожирения у пациентов третьей группы, т.е. сочетанием индивидуальной диетологической работы с пациентами (в том числе, с помощью «Диетологической школы «Худеем правильно») в комплексе с фармакотерапией препаратом ксеникал.

Литература

1. Барановский А.Ю. Болезни обмена веществ. Спб.: СпецЛит, 2002. 235 с.
2. Мартинчик А.Н. Питание человека: (Основы нутрициологии) / А.Н. Мар тинчик, И.В. Маев, А.Б. Петухов. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2002. 572 с.
3. Ожирение (клинические очерки) / Под ред.проф. А.Ю. Барановского, проф. Н.В. Воробинной. Спб.: «Издательство «Диалект», 2007. 240 с.
4. Строев Ю.И. Ожирение у подростков / Строев Ю.И., Л.П. Чурилов, Л.А. Чернова, А.Ю. Бельгов. Спб.: «ЭЛБИ-спб», 2003. 216 с.

5. Тутельян В.А. Питание в борьбе за выживание / В.А. Тутельян, Б.П. Суханов, М.М. Гаппаров и др. М.: Академкнига, 2003. 438 с.

INDIVIDUAL NUTRITIONAL METHODS OF OBESITY TREATMENT IN AMBULATORY PRACTICE

A.A.SCHWETS, P.V.NEFEDOV, L.V.NEFEDOVA

Krasnodar Kuban State Medical University,
Krasnodar Clinic "Yekaterinskaya"

The analysis of results of obesity therapy under different programs is carried out. High application efficiency of Food-activity-planner computer program in a complex with xenical is shown.

Key words: obesity, weight reduction programs, xenical.

УДК 618.2

ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

В.Е. РАДЗИНСКИЙ, И.Н. КОСТИН, Н.Ю. ЛАВРОВА*

Наше исследование показывает, что интранатальные факторы риска оказывают прямое влияние на перинатальные исходы. Нами определено пороговое значение интранатального прироста, необходимое для изменения тактики ведения родов в группе женщин низкого пренатального риска.

Ключевые слова: интранатальные факторы риска, интранатальный прирост, пренатальные факторы риска.

Сумма баллов факторов перинатального риска – интегральный показатель вероятности неблагоприятного исхода беременности и родов, дающий практическому врачу возможность вовремя принять правильное решение [6]. В большинстве случаев, при выработке плана ведения родов в клинической практике наблюдается пренебрежение к учету факторов интранатального риска [4,6,7]. Однако, многие исследования показывают, что факторы риска в родах оказывают более сильное влияние на уровень перинатальной заболеваемости и смертности по сравнению с таковыми во время беременности [1,2,3,8]. Недоучет интранатального прироста, даже у женщин с низким пренатальным риском, что часто связано с субъективным отношением врачей к этой категории женщин, приводит к неправильной тактике ведения родов и к осложнениям у новорожденных.

Цель исследования – улучшение исходов беременности и родов путем оценки интранатального прироста и его влияния на исход родов.

Материалы и методы исследования. Объектом статистического исследования явились: 120 женщин с низким пренатальным риском, родившие ребенка в период с января по август 2008 г. в клиническом родильном отделении при ГКБ № 29 г. Москвы, и их новорожденные в период пребывания в родильном доме. Принципом формирования исследуемой группы явилась набранная сумма баллов пренатальных факторов риска. Для оценки факторов риска в родах была использована таблица балльной оценки интранатальных факторов риска, разработанная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов. Для определения силы влияния интранатальных факторов риска на исход родов был проведен корреляционный анализ (корреляция рангов Спирмена (R)).

Исходы родов в группе низкого риска рассматривали отдельно как для родильниц, так и для ее новорожденного. В нашем исследовании основным осложнением в послеродовом периоде у матерей явилась субинволюция матки (R=0,003; p=0,98) – связь не является статистически значимой. В тоже время, выявлена сильная корреляционная связь между интранатальными факторами риска (интранатальным приростом) и осложнениями в раннем неонатальном периоде (R=0,71).

В структуре перинатальной заболеваемости учитывались: врожденные пороки развития, гипоксические поражения ЦНС, перинатальное поражение ЦНС, аспирационный синдром, кефалогематома, ВУИ и т. д. Оценивались мероприятия, проводимые в проводимые в раннем неонатальном периоде, продолжительность пребывания в стационаре, перевод на второй этап выхаживания. Таким образом, для оценки исходов родов у новорожден-

* Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

ных был введен индекс неонатальных осложнений – «ИНО» – интегральный показатель (сумма баллов) осложнений в раннем неонатальном периоде и применявшихся лечебных и/или реанимационных мероприятий. Был проведен подсчет ИНО для каждого новорожденного, в результате чего получился диапазон значений от 0 до 23,4 балла.

Для анализа влияния интранатальных факторов на течение раннего неонатального периода все новорожденные были разделены на группы ИНО. В первую группу ИНО включены новорожденные, у которых не было осложнений (0 баллов), она была самая многочисленная – 58 новорожденных (48,3%). Во вторую группу отнесены новорожденные, у которых сумма баллов была меньше чем среднее значение ИНО в общей группе новорожденных ($8,8 \pm 2,4$), т.е. от 1 до 9 баллов, их было – 53 (44,2%). В третью группу вошли новорожденные с ИНО, превышающим среднее значение в группе, – 10 и более баллов, их было – 9 (7,5%). Именно в этой группе новорожденных были самые тяжелые осложнения, потребовавшие проведения реанимационных мероприятий в раннем неонатальном периоде.

Результаты и их обсуждение. Как показало исследование, структура распределения женщин по степеням риска в процессе родов изменилась коренным образом. Это и обуславливает важность интранатального пересчета баллов риска при появлении осложнений течения родов. Благодаря переоценке факторов риска в родах почти третья часть женщин 29,2% вышли из группы низкого риска: каждая пятая 21,7%, вошла в среднюю группу перинатального риска, а 7,5% – в группу высокого риска. Среди оставшихся 70,8% рожениц в низком риске, у 50,8% – не было осложнений в родах, указанных в шкале факторов риска перинатальной патологии, а у 20,0% были осложнения, но они не позволили им перейти в среднюю группу перинатального риска. В структуре интранатальных факторов риска на первом месте – несвоевременное излитие околоплодных вод (59,2%), на втором – острая гипоксия плода (33,3%), на третьем месте – мекониальная окраска околоплодных вод (15,8%), реже встречались аномалии родовой деятельности (6,7%), еще реже патологический прелиминарный период (4,2%). Среднее значение суммы баллов факторов интранатального риска составило 4,5, минимальное значение 0, максимальное – 30 (!) баллов.

Основным критерием реализации интранатальных факторов риска являются исходы родов у новорожденных, основанием этому явилась, как было сказано выше, сильная корреляционная связь между интранатальными факторами и осложнениями новорожденных. В связи с этим считаем необходимым, заострить внимание на интранатальных факторах риска, определить их вклад и оценить силу их влияния на исход родов.

Основными интранатальными факторами (осложнения в родах), оказывающие наиболее статистически значимое влияние на частоту осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде, были: острая гипоксия плода ($R=0,6$, при $p=0,000...$); обвитие пуповины ($R=0,5$, при $p=0,000...$); мекониальные околоплодные воды ($R=0,4$, при $p=0,000...$); длительный безводный промежуток ($R=0,4$, при $p=0,000...$); родовое излитие околоплодных вод при «незрелой» шейки матки ($R=0,31$, при $p=0,0005$); аномалии родовой деятельности ($R=0,3$, при $p=0,0004$), причем более сильная корреляционная связь с дискоординированной родовой деятельностью, чем со слабостью родовой деятельности.

После интранатального пересчета суммы баллов перинатального риска, было выявлено, что среднее значение суммы интранатальных факторов риска в первой группе ИНО (здоровые новорожденные) составило 1,0; во второй группе ИНО – 6,3; в третьей (наиболее тяжелые дети) – 16,7 (!).

Для клинического использования важно не столько абсолютное значение баллов интранатальных факторов риска, а его отношение к сумме пренатальных факторов риска, выраженное в процентах, т.е. интенсивность прироста баллов в течение родов (интранатальный прирост). Накопленная в родах сумма баллов риска с учетом антенатальных факторов переводит роженицу из низкого пренатального риска в группу более высокого риска неблагоприятного исхода, что требует от врача изменения тактики ведения родов, вплоть до оперативного родоразрешения.

Для определения пороговых значений интранатального прироста (момент принятия решения) мы воспользовались математическими методами. В результате, у женщин с изначально низким пренатальным риском, но за счет интранатальных факторов «перешедших» в группу высокого перинатального риска

(более 25 баллов), и с интранатальным приростом более 150%, почти 7,5% детей родились в асфиксии со всеми вытекающими отсюда последствиями (III группа ИНО).

Выводы:

- Структура распределения женщин по степеням риска в процессе родов изменяется коренным образом: третья часть рожениц (29,2%) «выходит» из группы низкого перинатального риска, из них каждая пятая (21,7%) попадает в группу среднего, а 7,5% – в группу высокого риска.
- Основными интранатальными факторами (осложнения в родах), влияющими на неблагоприятный исход родов являются: острая гипоксия плода (коэффициент корреляции $R=0,6$), обвитие пуповины ($R=0,5$), мекониальные околоплодные воды ($R=0,4$), длительный безводный промежуток ($R=0,4$), родовое излитие околоплодных вод при «незрелой» шейке матки ($R=0,31$), аномалии родовой деятельности ($R=0,3$) ($p \leq 0,0005$).
- Параметром, определяющим исход родов, является степень интранатального прироста. Критическое значение интранатального прироста у рожениц группы низкого пренатального риска, но перешедших в родах в группу высокого риска – составляет 150%.
- Неонатальная заболеваемость новорожденных у женщин низкой группы перинатального риска составляет 138%; «перешедших» в среднюю группу – 396%, а в высокую – 1000%. Из них 66,7% новорожденных от матерей с интранатальным приростом 150% нуждаются в реанимационных мероприятиях.

Литература

1. Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 22 с.
2. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути ее снижения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2001.
3. Мартыненко П.Г. Комплексный анализ причин и факторов перинатальной смертности в Тульской области и мероприятия по ее профилактике // Автореф. дисс. докт. ... мед. наук. М., 2004.
4. Овезова Л.С. Программированные роды при высоком перинатальном риске // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006.
5. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Мамедова М.А. Влияние интранатальных факторов риска на исход родов («интранатальный прирост») // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». 2007. №5. С. 70–72.
6. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Златовратская Т.В., Котайш Г.А. и др. Доношенные дети, подвергшиеся реанимации. Анализ акушерской тактики // Акуш. и гинек. 2007. №3. С. 42–47.
7. Рымашевский Н.В., Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Бычкова Н.Е. Резервы по снижению перинатальной смертности // Материалы IV российского форума «Мать и дитя». Москва. М: Издательство «МИК», 2002. С. 94.
8. Hobel C. J., Hyvarinen M.A., Okada D.M. et al. Prenatal and intrapartum high-risk screening // Amer. J Obstet. Gynec. 1973. P. 117.

THE INTRANATAL RISK AND NEONATAL DURING

V.E. RADZINSKY, I.N. KOSTIN, N.YU. LAVROVA

Moscow State University of Peoples` Friendship,
Chair of Obstetrics and Gynecology with the Course of Perinatology

Our studies show that the intranatal risk factors affect directly the perinatal results. We have determined the threshold significance of intranatal augmentation indispensable for changing the tactics of deliveries at women with low prenatal risk.

Key words: intranatal risk factors, intranatal augmentation, prenatal risk factors.

УДК 618.13-097

ИММУННЫЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

С.А. АЛЕНЬКИНА*

Особенностями ССВО при остром салпингоофорите и обострении хронического эндометрита является неоднозначность проявлений со

* ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава»,
E-mail: meduniv@sgmu.ru, http: www.sgmu.ru