

США). При проведении исследования нами использовались: весы высокого класса точности DL-120 (Япония), линиомат Perfusor Compact S (Германия), спектрофотометр Unico (США).

Результаты. Выявлены достоверные отличия ($p<0.01$) при сравнении показателей $r_{\text{пп}}$ и ДО между группой здоровых новорожденных и основной, свидетельствующие о снижении растяжимости легочной ткани вследствие дефицита сурфактанта и её незрелости. Это ведет к ухудшению дыхательной функции легких и клинически проявляется втягиванием уступчивых мест грудной клетки и подключением вспомогательной мускулатуры, а также нарастанием потребности в кислородной поддержке. Одновременно, сопоставление тех же показателей основной и контрольной групп (табл. 1) также отличается достоверно ($p<0.01$), тогда как при сравнении здоровой и контрольной групп – не было ($p>0.05$). Последнее говорит о нормализации дыхательной функции легких в процессе лечения.

Отмечено закономерное снижение ДО с уменьшением массы тела новорожденного ($r=0.56$, $p=0.05$), что характеризует уменьшение степени зрелости легочной ткани с гестационным сроком. Пищеводное давление не носит подобной корреляционной зависимости с массой тела, что обусловлено невозможностью вспомогательной дыхательной мускулатуры недоношенных компенсировать сниженную податливость легочной ткани и высокие цифры поверхностного натяжения. После интубации и перевода новорожденного на искусственную вентиляцию легких, возникает возможность, кроме общепринятых параметров мониторинга дыхательной функции легких, использовать определение поверхностного натяжения и фосфолипидов лаважной жидкости.

Сводная таблица данных (* - $p<0.05$, без обозначения - $p<0.01$)

	$r_{\text{пп}}$ ММ ВОД, ст.	ДО мЛ	ПН дН/см *	ФЛ ммоль/л	Гидрон. (мкмоль/л *)	МДА мкмоль/л	Катализ (МЕ/гНб)
Основная (n=33)	-61,14± 5,397	7,941± 0,339	73,16± 0,056	0,521± 0,078	8,845± 0,695	70,21± 4,957	11,13± 0,634
Контрольная (n=23)	-10,0± 1,074	14,03± 0,572	72,97± 0,051	1,178± 0,137	6,721± 0,627	50,62± 4,864	17,3± 0,821

Оба показателя достоверно отличаются в контрольной и основной группах. Эти изменения отражают нарастание уровня ФЛ лаважной жидкости ($p<0.01$), сопровождающееся снижением поверхностного натяжения ($p<0.05$). Посуточный анализ (табл. 2) показал, что рост количества фосфолипидов происходит уже к третьим суткам, а снижение ПН наблюдается лишь к пятым, т.е. наблюдается феномен ножниц, поскольку в этом двухсуточном интервале восстанавливается ФЛ – неактивны. Актуальные изменения показали значения ПОЛ и антиокислительной активности. Уровни гидроперекисей плазмы крови ($p<0.01$) и малононого диальдегида эритроцитов ($p<0.05$) достоверно снизились от момента интубации до перевода на спонтанное дыхание. Параллельно происходило нарастание каталазы ($p<0.01$).

Посуточный анализ показателей

хуже поддается коррекции, однако не столь явно влияет на течение заболевания при условии нормализации АОС и спаде уровня показателей вторичного звена, т.е. малононого диальдегида.

Выводы. Определение пищеводного давления и дыхательного объема легких могут быть дополнительными диагностическими критериями у новорожденных с РДС. Отрицательное пищеводное давление и низкий дыхательный объем – показания к искусственной вентиляции легких. Повышение фосфолипидов лаважной жидкости и снижение поверхностного натяжения, констатирующие созревание легочной ткани новорожденных и начало синтеза полноценного сурфактанта, являются положительным прогностическим критерием. Нарастание антиокислантной системы (активности катализы) ведет к ранней нейтрализации вторичного звена перекисного окисления липидов (снижение малононого диальдегида), что способствует восстановлению активности сурфактанта с переводом на спонтанное дыхание.

Литература

- Камышников В.С. Клинико-биохимическая лабораторная диагностика: спр-к.– Минск, 2003.– Т.2.– С. 133–136.
- Корячкин В.А., и др. Клинические, функциональные и лабораторные тесты в анестезиологии и интенсивной терапии.– СПб., 2004.– С.61–161.
- Неонатология. Национальное руководство.– М., 2007.– С. 246–265.
- Острый реspirаторный дистресс синдром: Практ. рук-во / Под ред. Б.Р.Гельфанд, В.Л.Кассиля.– М., 2007.– С.206–208.
- Пинский А. А. Физика.– М., 1995.
- Тимошенко В.Н. Недоношенные новорожденные дети: Учебное пособие.– Ростов н/Д.; Краснодар.– 2007.– С.11–16.

Таблица 1

УДК 618.4-089-0.55.28

К ВОПРОСУ О ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ РОДОВОГО АКТА В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН К ПРОГРАММНОМУ ВАРИАНТУ РОДОВ

М.А. АЛИГАДЖИЕВ*

Одной из актуальных проблем акушерской науки и практики является снижение перинатальной и материнской смертности. Последняя, как известно, наиболее высока среди женщин с экстрагенитальной и акушерской патологией, составляющих группу высокого риска. По заключению комитета экспертов ВОЗ (1978) многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска.

Особенно актуально улучшение качества родовспоможения и предупреждение осложнений гестации у многорожавших женщин (МРЖ) в регионах с высокой рождаемостью. Около 40% родов приходится на женщин, рожавших 5 и более раз. Удельный вес МРЖ в Республике Дагестан составляет около 20%.

При многократных родах возникают дополнительные задачи по снижению риска неблагоприятного исхода беременности у МРЖ, частоты перинатальной патологии (гипоксия, гипотрофия, пороки развития) и перинатальной смертности. В ближайшие годы, а может быть, десятилетия, не приходится ожидать резкого снижения количества МРЖ и часторожающих женщин, что показано рядом социологических и медико-демографических исследований последних лет. Все это диктует необходимость выделения МРЖ в группу высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений.

Важной вехой в учении о регуляции родовой деятельности явилось открытие и изучение простагландинов – органоспецифических веществ, содержащихся в малых количествах практически во всех тканях организма и обладающих высокой биологической активностью. Простагландинсы синтезируются внутри клетки и освобождаются в тех же клетках, на которые они действуют. Поэтому наиболее рационально использовать местные формы препаратов: цервикальный препарил-гель, вагинальный простион Е2 гель и метенепрост, гемепрост-аналог ПГЕ1, простион Е2 в таблетках (динопростон).

Таблица 2

	Исходные данные (n=33)	1 сутки (n=23)	3 сутки (n=21)	5 сутки (n=17)	7 сутки (n=12)	9 сутки (n=8)
ПН (дН/см)	73,16±0,06	73,1±0,062 p=0,53	73,09±0,06 p=0,38	72,98±0,06 p=0,05	72,93±0,06 p=0,026	72,77±0,14 p=0,005
ФЛ (ммоль/л)	0,521±0,08	0,57±0,12 p=0,71	0,79±0,12 p=0,05	0,891±0,11 p=0,008	1,02±0,18 p=0,005	1,04±0,26 p=0,013
Гидрон. (мкмоль/л)	8,845±0,69	8,89±0,15 p=0,95	8,11±0,927 p=0,52	7,63±1,08 p=0,32	7,53±1,06 p=0,32	6,43±0,77 p=0,11
МДА (мкмоль/л)	70,21±4,97	62,4±5,32 p=0,3	58,2±5,83 p=0,13	53,7±4,31 p=0,035	45,6±4,25 p=0,007	43,8±6,23 p=0,017
Катализ (МЕ/гНб)	11,13±0,63	10,6±0,62 p=0,54	15,8±1,35 p<0,001	15,28±0,98 p=0,001	14,9±0,74 p=0,002	16,2±1,77 p=0,002

Данные посуточного анализа систем ПОЛ и АОС свидетельствуют об активном снижении малононого диальдегида к пятым суткам лечения ($p<0.05$), между тем как уровень гидроперекисей вплоть до девятых суток не претерпевал достоверных различий в сравнении с исходным. Дефицит каталазы, имевшийся у новорожденных при поступлении, восстанавливавшийся уже к третьим суткам ($p<0.01$). Таким образом, несмотря на стабилизацию антиокислантной активности, первое звено ПОЛ, показателем которого является уровень гидроперекисей плазмы крови,

* ДНЦ РАМН, г.Махачкала

Цель исследования – изучение эффективности комплексной профилактики осложнений родового акта в рамках подготовки многорожавших женщин к программному варианту родов.

Материал и методы. Обследованы 211 беременных женщин. Основную группу составили 111 МРЖ, получившие пренатальную подготовку и родоразрешенные по разработанной нами схеме «активного» ведения родов. Выделена группа сравнения, состоящая из 50 МРЖ, не получившие лечение и родивших спонтанно по тем или иным обстоятельствам. Контрольная группа состояла из 50 здоровых повторнобеременных. Для оценки степени зрелости шейки матки мы отдали предпочтение шкале Бишопа (1964). Бишоп каждый признак оценивал от 0 до 3-х баллов. Суммарная оценка в баллах колеблется от 0 до 11 баллов. При оценке 0-5 баллов шейку матки нужно считать «незрелой», 6-8 баллов – «недостаточно зрелой» и 9-13 баллов – «зрелой».

Регистрация сократительной активности матки проводилась с использованием многоканальной гистерографии на аппарате «Динамоутерограф – ДУ -3» с чернильной записью с использованием формулы А.З.Хасина: $E=\sum P \times g / t$, где E – эффективность родовой деятельности; P – давление. Определяемое по величине амплитуды волны соответственно калибровочному сигналу, г/см²; g – продолжительность схватки, с; t – время, равное 10 мин.

Система пренатальной подготовки многорожавших беременных включала профилактику и лечение фетоплacentарной недостаточности (актовегин, курантил, элевит пронаталь, ККБ, оротат калия, фолиевая кислота). С целью достижения биологической готовности родовых путей вводили в задний свод или цервикальный канал влагалища гелиевый простагландин – препидил-гель, хофитол – в качестве антиоксиданта и мембраностабилизатора- внутривенно капельно по 5,0 мл дважды в день до достижения «зрелости» шейки матки; масло льняного семени – как источник линолевой и арахидоновой кислоты – по 30мл трижды в сутки до приема пищи до достижения «зрелости» шейки матки; аминофиллин 2,4%– по 5,0 мл внутривенно в 20 мл 10% раствора глюкозы параллельно с ингаляцией увлажненного кислорода дважды в сутки и каждые 3-4 часа во время родового акта. «Активный» вариант родов проводили под перидуральным анестезией с тщательным кардиомониторным контролем, с готовностью в вене, с достаточным запасом свежезамороженной плазмы. Для профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде – мизопростол (сайтотек) – ½- 1 таблетка (100- 200 мкг) per rectum. МРЖ относятся к категории пациенток с высоким риском развития акушерской и перинатальной патологии, поэтому мы отдавали предпочтение «активному» варианту родов.

Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере типа Pentium IV при помощи электронных таблиц Microsoft Excel XP Professional 2003 с использованием методов параметрической статистики. Вычислялись среднее арифметическое, ошибка средней арифметической. Все полученные данные подвергались статистическому анализу с помощью стандартных пакетов программ анализа «Биостат». Статистическую обработку данных проводили с помощью t-критерия Стьюдента и точного f-критерия Фишера с учетом неоднородности дисперсий в исследуемых группах с помощью критерия Манна – Уитни. Данные представлены в виде средней ± ошибка средней. Результаты оценивались с уровнем значимости p<0,05.

Таблица 1

Оценка состояния шейки матки в обследованных группах

Признак	Основная группа n=111	Группа сравнения n=50	Группа контроля n=50
Раскрытие, см	2,5±0,02*	1,3±0,01	1,4±0,01
Сглаженность ш/матки, %	2,2±0,01*	1,5±0,02	1,5±0,01
Консистенция ш/матки	2,8±0,01*	1,2±0,02	1,3±0,03
Положение ш/матки по отношению к оси таза	2,5±0,01*	0,8±0,01	0,3±0,02
Место нахождения головки	2,1±0,02*	1,2±0,01	1,2±0,01

Результаты. С целью подготовки шейки матки к родам интрацервикально всем МРЖ из основной группы вводился препидил-гель 0,5 мг. Через 6-12 часов нами проводилась оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа. Результаты исследования показали, что наличие «зрелой» шейки матки в основной группе наблюдалось в 102 наблюдениях (91,89%) уже через 7,2±0,12 часа, у 9 МРЖ «зрелая» шейка матки констатирована через 10,8±1,2 часа. При балльной оценке «зрелости» шейки матки были получены следующие результаты (табл. 1).

Имеется достоверная разница между всеми признаками «зрелости» шейки матки в основной группе по сравнению с группой сравнения и контроля ($P < 0,05$). «Зрелая» шейка матки в группе сравнения отмечена в 6 (12,0%) случаях, в группе контроля – в 12 (24,0%) случаях. После введения препидил-геля вводились спазмолитики, рекомендовалось горизонтальное положение тела с приподнятым тазовым концом в течение 2-х часов. У 17 МРЖ основной группы (15,3%) через 7,9±1,3 часа констатировано начало первого периода родов, остальных случаях на следующее утро после введения геля с целью родовозбуждения нами была произведена плановая амниотомия (84,68%). У 85 МРЖ (76,57%) в течение 2-х часов после амниотомии развилась спонтанная родовая деятельность без применения тономоторных средств. В 9-ти наблюдениях (8,01%) ввиду отсутствия родовой деятельности через 2 часа после амниотомии было начато родовозбуждение комбинацией окситоцина и энзапроста.

Продолжительность I периода родов в основной группе оказалась в 1,3 раза меньше, чем в группе сравнения. При изучении частоты родостимуляции в обследованных группах было выявлено, что в основной группе не был применен метод родостимуляции ввиду отсутствия слабости родовой деятельности. В группе сравнения в 10 случаях (20,0%) констатирована слабость родовых сил, и была начата родостимуляция окситоцином в стандартной дозе. Общая кровопотеря в основной группе равна 346,8±12,5 мл, в группе сравнения – 392,3±10,8 мл (т.е. различия недостоверны, тогда как в группе контроля этот показатель равнялся 253,5±13,6 мл ($P < 0,05$). Полученные нами данные совпадают с литературными, показывающими увеличение объема послеродовой кровопотери при многократных родах из-за дистрофических изменений и нарушения сократительной способности миометрия. Частота применения акушерских пособий в родах оказалась достоверно различимой (табл. 2).

Таблица 2

Частота применения акушерских пособий в обследованных группах

Акушерские пособия	Основная группа n=111	Группа сравнения n=50	Группа контроля n=50
Эпизизо- и перинеотомия	3 (3,0%)	1 (2,0%)	4 (8,0%)*
Вакуум-экстракция плода	-	23 (4,0%)	1 (2,0%)
Ручное обследование полости матки	4 (3,6%)**	5 (10,0%)	2 (4,0%)
Ручное отделение плаценты	4 (3,6%)	4 (8,0%)	2 (4,0%)

* $P < 0,01$ – разница достоверна между группой контроля и группой сравнения и основной группой; ** $P < 0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения

Наибольший процент ручного обследования полости матки имел место в группе сравнения, что в 2,7 раза выше, чем в основной группе ($P < 0,01$). Достоверные различия получены также при сравнении показателя ручного отделения плаценты и рассечения промежности у МРЖ и женщин из группы контроля. Повышение частоты эпизизо- или перинеографии в группе контроля, вероятно, связано с меньшей растяжимостью вульварного кольца при повторных родах по сравнению с многократными. В основном, показаниями для рассечения промежности, служили угроза разрыва промежности, в т.ч. по старому рубцу и начавшаяся острая в/у гипоксия плода. Гиптонические кровотечения являются одним из основных осложнений послеродового периода у многорожавших женщин, на что указывают исследователи, изучавшие проблему многократных родов.

Применение комплексной превентивной подготовки МРЖ к родам и активное ведение многократных родов позволяют снизить процент этого осложнения до минимума (табл. 3).

Таблица 3

Осложнения в последовом и послеродовом периодах

Показатель	Основная группа n=111	Группа сравнения n=50	Группа контроля n=50
Плотное прикрепление плаценты	3 (3,0%)**	3 (6,0%)	1 (2,0%)
Задержка частей плаценты	1 (1,0%)*	1 (2,0%)	1 (2,0%)
Гиптоническое кровотечение	4 (3,6%)**	5 (10,0%)	1 (2,0%)

* $P < 0,05$ – разница достоверна между группой сравнения и основной группой; * $P < 0,01$ – между группой сравнения и основной группой; ° $P < 0,01$ – между основной группой и группой контроля

Частота плотного прикрепления плаценты в основной группе в 2 раза меньше, чем в группе сравнения ($P<0,01$). Такая же достоверная разница получалась между показателями частоты гипотонического кровотечения в основной группе (3,6%) и группе сравнения (10,0%) ($P<0,01$). Несмотря на это, частота гипотонических кровотечений в группе контроля – у повторнородящих женщин – достоверно превышает уровень у МРЖ ($P<0,01$). Для оценки сократительной способности матки в родах недостаточно определения схваток, на основании болевых ощущений и данных пальпации (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика сократительной активности матки в I периоде родов в обследованных группах ($M \pm m$)

Показатели	Основная группа n=111	Группа сравнения n=50	Группа контроля n=50
Тонус матки (мм рт.ст.)	9,6±0,2*	7,5±0,1**	11,4±0,6°
Интенсивность схватки (мм рт. ст.)	42,2±10,6*	39,2±0,1**	49,7±10,2°
Продолжительность схватки (мм рт. ст.)	59,8±12,2*	47,4±10,8**	79,2±8,9°
Интервал между схватками (сек)	64,2±13,5*	68,3±10,2*	59,5±11,0°

* $P<0,05$ – разница достоверна между основной группой сравнения

** $P<0,05$ – разница достоверна между группой сравнения и группой контроля ° $P<0,01$ – разница достоверна между основной группой и группой контроля

Результаты исследования показали достоверное повышение тонуса матки в основной группе по сравнению с группой равнения – в 1,28 раза, что, вероятно, явилось следствием применения антигипоксантов и антиоксидантов, улучшающих кровоток и стабилизирующих метаболические процессы в эндометрии. Несмотря на повышение тонуса матки в основной группе, величина его осталась достоверно ниже, чем в группе контроля – в 1,18 раза ($P<0,05$). Интенсивность схваток увеличивается по мере развития родов и I периоде колеблется от 30 до 50 мм рт. ст. В основной группе интенсивность схваток была близка к нижней границе нормы, но оставалась в 1,17 раза меньше, чем в группе контроля ($P<0,05$) и в 1,07 раза больше, чем в группе сравнения.

Продолжительность схваток в I периоде родов по мере их прогрессирования увеличивается с 60 до 100 с У МРЖ основной группы, получивших превентивную подготовку, продолжительность схватки равнялась 59,8±12,2 с, что в 1,26 раза дольше, чем у МРЖ, рожающих спонтанно, без подготовки (47,4±10,8 с). Продолжительность схваток в группе контроля оставалась достоверно выше, чем в основной группе (в 1,3 раза) ($P<0,05$).

Таблица 5

Характеристика сократительной активности матки во II периоде родов в обследованных группах ($M \pm m$)

Показатели	Основная группа n=111	Группа сравнения n=50	Группа контроля n=50
Тонус матки (мм рт. ст.)	20,1±0,6*	18,9±0,5**	24,3±0,9
Интенсивность схватки (мм рт. ст.)	94,8±12,6*	86,8±10,5**	101,5±10,1
Длительность схватки (с)	89,2±10,5*	79,5±5,0**	91,2±5,1
Интервал между схватками (с)	45,5±5,1*	50,1±4,0**	39,6±5,8

Это, по мнению некоторых исследователей [1–7], является следствием хронической гипоксии в миометрии при частых родах на клеточном уровне, а также истощением рецепторного аппарата матки и уменьшением чувствительности его к эндогенному окситоцину. Пауза между схватками в активную фазу родов составляет 2–3 мин. В среднем в I периоде родов – около 060 с, и по мере прогрессирования родов сокращается. В норме происходит 4–5 схваток за 10 минут. У МРЖ основной группы пауз между схватками длилась в среднем 64,2±13,5 с, что в 1,07 раза больше, чем у ПРЖ из группы контроля, но в 1,06 раза дольше, чем в группе сравнения ($P<0,05$). Эти данные подтверждают эффективность и необходимость проведения превентивной подготовки МРЖ. Результаты исследования сократительной активности матки МРЖ подтвердили теорию «истощения» энергетических ресурсов миометрия при многократных родах и укрепляют мнение о необходимости проведения превентивной подготовки, направленной на улучшение метаболических процессов в миометрии и снижению в нем явлений ацидоза. Аналогичная характеристика

сократительной активности матки была нами получена во II периоде родов (табл. 5).

Имеются достоверные различия всех показателей сократительной способности матки между основной группой и группой контроля ($P<0,05$). Особенно эти различия выражены в показателе интенсивности схватки. У МРЖ интенсивность остается ниже, чем у ПРЖ в связи с несостоятельностью брюшного пресса у МРЖ, который способствует увеличению интенсивности схваток, которая во II периоде уменьшается. Исходы родов непосредственно связаны с особенностями течения беременности и осложнениями самого родового акта. Результаты нашего исследования показали уменьшение процента оперативного родоразрешения в основной группе по сравнению с группой сравнения (табл. 6).

Таблица 6

Методы родоразрешения обследованных женщин (абс. число/%)

Методы	Основная группа n=111	Группа сравнения n=50	Группа контроля n=50
Роды через естественные родовые пути	107 (96,39%)*	44 (88,0%)	47 (94,0%)
Кесарево сечение	3 (2,7%)**	6 (12,0%)	2 (4,0%)
Вакуум-экстракция плода	-**	3 (6,0%)	-
Надвлагалищная ампутация матки	1 (0,9%)*	1 (2,0%)	-
Экстирпация матки	-**	1 (2,0%)	-

* $P<0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** $P<0,01$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения

Процент кесарева сечения у МРЖ, не получивших подготовки в 6,6 раза превышает данный показатель у МРЖ, получивших предродовую подготовку ($P<0,01$). В группе сравнения показатели радикальных операций после родоразрешения также превышают таковые в основной группе ($P<0,01$). В структуре показаний к кесареву сечению в группе сравнения преобладает упорная слабость, родовых сил, не поддающихся медикаментозной коррекции, частота которой в 4,4 раза превышает таковую частоту в основной группе ($P<0,001$). Показаниями к надвлагалищной ампутации матки без придатков в основной группе явилась множественная миома матки, сопровождающаяся до наступления беременности болевым синдромом и гиперполименореей (0,9%). Согласие на радикальную операцию получали до операции. В группе сравнения показанием для ампутации матки послужило гипотоническое кровотечение синдром (кровопотеря на момент операции 1000,0). Экстирпация матки произведена МРЖ из группы сравнения с ПОНРП в конце I периода родов, показанием послужила маточно-плацентарная апоплексия (матка Кувелера).

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности предложенной нами схемы профилактики осложнений родового акта у МРЖ.

Литература

1. Алиева Э.М. Особенности биохимических показателей в конце беременности и в динамике спонтанных и индуцированных родов: Автореф. дис... канд. мед. наук.– М., 1996.– 17 с.

2. Алиева Э.М. и др. // Акуш. и гинек.– 1996.– № 3.– С 27–32.

3. Голощапова О.В. Влияние простагландин F2α и окситоцина на систему ацетилхолинэстеразы при слабости родовой деятельности: Автореф. дис...канд. мед. наук.– М., 1976.– 27 с.

4. Корхов В.В. и др. // Акуш. и гинек.– 1989.– №11.– С 40.

5. Barr W., Taismit; W. // Brit. Med.J.–1972.–Vol. 2.– P. 188.

6. Bauer T.A. et al. // Ann. Pharmacother.– 1997.– Vol.31, №11.–P.1391–1393.

7. Baumgarten K. Die programmierte Geburt als Beitrag zur Vermeidung des mutterlichen Risicos// Die programmierte Geburt.

ABOUT THE ESTIMATIION OF EFFECTIVENES OF COMPLEX PROPHYLAXIS OF LABER COMPLICATIONS IN CADRE OF FORMATION IN WOMEN HAVING MANY LABOR TO PROFRAHM VARIANT OF LABOR

M.A. ALIGADZIEV

Summary

The prescriptions for subvaginal amputations of uterus with uterine appendages in general group were multiple uterus' myoma accompanying before the pregnancy the painful syndrome and the

hyperpolymenorrhea (0,9%). The consent on radical operation was received before operation.

Key words: hyperpolymenorrhea, myoma

УДК 612.648:612.017.1]:618.3-008.6(045)

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ГЕСТОЗОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У МАТЕРИ

Н.Н. ЯХАМОВА, Н.П. ЧЕСНОКОВА*

Проблемы этиологии и патогенеза гестоза до настоящего времени остаются чрезвычайно актуальными в современном акушерстве. Несмотря на продолжающееся снижение абсолютного числа родов в акушерских стационарах, частота встречаемости данной формы патологии не имеет тенденции к снижению [2, 7, 10]. По данным статистики, гестоз выявляется у 18-22% беременных, а в специализированных стационарах высокого риска его частота достигает 28-30%. На протяжении последних лет гестоз стабильно входит в число трех основных причин материнской смертности, уступая место лишь акушерским кровотечениям и инфекционным осложнениям, и остается одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости (640-780%) [11]. Данные показатели отчетливо свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения патогенеза данного осложнения беременности, патогенетического обоснования новых методов диагностики, лечения и прогнозирования исхода патологии.

В настоящее время четко определены принципы комплексной терапии гестоза, включающей создание лечебно-охранительного режима, гипотензивную терапию с учетом выявленного у беременной типа гемодинамики. При среднетяжелой и тяжелой формах гестоза представляется целесообразным проведение десенсибилизирующей терапии, включающей в себя назначение глюкокортикоидов [2], а также инфузионно-трансфузационной терапии с целью нормализации коллоидно-осмотического и онкотического давления крови, реологических и коагуляционных свойств крови, макро- и микродинамики [1, 2, 10, 11]. К обязательным лечебным мероприятиям относят коррекцию маточно-плацентарного кровообращения, а при необходимости – досрочное родоразрешение [1, 10]. Обращает на себя внимание тот факт, что в большинстве клинико-лабораторных исследований, посвященных выяснению инициирующих механизмов развития гестоза и патогенезу его прогрессирующего течения, делается акцент на состоянии иммунного статуса матери [1, 9, 10, 11], и практически отсутствуют систематизированные данные относительно состояния плода при беременности, осложненной гестозом различной степени тяжести.

Цель исследования – изучение состояния иммунного статуса новорожденных от матерей, беременность которых осложнилась развитием легкой, среднетяжелой и тяжелой формами гестоза по интегративным показателям содержания IgA, IgG, IgM в венозной крови пуповины плода в момент завершения родов.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи проведено комплексное исследование содержания IgA, IgG, IgM в венозной крови пуповины в трех группах наблюдения, включающих по 15 новорожденных от женщин, беременность которых осложнилась гестозом легкой, среднетяжелой и тяжелой степени. В группу сравнения вошло также 15 новорожденных от матерей с физиологическим течением беременности. Для частичного решения поставленной задачи использовали кровь, взятую из периферического отрезка вены пуповины после ее пересечения в момент рождения ребенка. Содержание Ig G, Ig M, Ig A определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини с использованием планшет «Реафарм».

Результаты. Уже при легкой степени течения гестоза у матери в крови пуповинной вены имело место увеличение содержания иммуноглобулинов класса G. Указанный факт нашел свое подтверждение и в последующих наблюдениях иммунного статуса новорожденных от беременных со среднетяжелой и тяжелой степенью гестоза. Оказалось, что повышение уровня Ig G носило прогрессирующий характер и коррелировало со степенью тяжести патологии у матери. Касаясь биологической значимости данного феномена нарастания уровня Ig G при осложненном

гестозом течении беременности матери, необходимо остановиться на анализе данных литературы. Как известно, Ig класса G, обладая двумя Fab-фрагментами, Ig G образуют с поливалентными антигенами сетевую структуру, вызывая преципитацию антигена, а также агглютинацию и лизис корпускулярных патогенных агентов. IgG являются наиболее представительным классом гамма-глобулинов, образующим основную линию специфических иммунологических механизмов защиты против патогенных возбудителей [2, 5, 13]. Возрастание уровня Ig G в пуповинной крови свидетельствует об усиении антигенной стимуляции иммунной системы матери и плода и, по всей вероятности, является одним из патогенетических факторов развития иммунных и/или иммуноаллергических реакций, в частности, иммунокомплексной патологии, при гестозе. Указанный вывод может быть аргументирован данными литературы, согласно которым в организме матери при беременности, осложненной гестозом, отмечается увеличение в крови циркулирующих иммунных комплексов, формирующихся при участии Ig G. Указанный факт является одним из косвенных признаков возможной индукции иммуноаллергических реакций матери против антигенов плода с последующим развитием иммунокомплексной патологии, эндотелиальной дисфункции и системных гемодинамических расстройств в динамике прогрессирующих форм гестоза [2, 6].

Другим классом иммуноглобулинов, обладающим высокой авидностью против бактериальных антигенов являются иммуноглобулины класса M. В условиях нормы иммуноглобулины M практически не проникают от матери к плоду. Этот факт нашел свое подтверждение в проведенных нами исследованиях, согласно которым имело место наличие лишь следовых концентраций иммуноглобулинов класса M в пуповинной крови новорожденного (табл.). Между тем, в крови новорожденных от матерей с легкой, среднетяжелой и тяжелой формами гестоза выявлено прогрессирующее нарастание титра Ig M, коррелирующее с тяжестью течения указанного осложнения беременности. Касаясь значимости выявленных нами изменений, следует отметить, что иммуноглобулины класса M являются наиболее ранними как в филогенетическом, так и в онтогенетическом отношении. В эмбриональном периоде и у новорожденных синтезируются в основном Ig M. Образование Ig M обеспечивает первую линию защиты, при иммунном ответе [2, 5, 13]. Выявленный нами факт повышения уровня иммуноглобулинов класса M в пуповинной крови может быть одним из косвенных признаков или внутриутробного инфицирования плода, или развития аутоиммунного конфликта матери и плода, что требует дальнейшего разрешения. Важную роль в обеспечении противоинфекционной защиты организма и, в частности, слизистых оболочек, играют плазменные и секреторные иммуноглобулины класса A. При физиологическом течении беременности обнаруживаются лишь следовые концентрации этого иммуноглобулина в пуповинной крови, а у новорожденных от матерей, беременность которых осложнилась гестозом, имело место прогрессирующее нарастание уровня плазменных иммуноглобулинов класса A в пуповинной крови, что коррелировало с тяжестью клинических проявлений гестоза у матери.

Возрастание уровня всех классов иммуноглобулинов (Ig A, M, G) в пуповинной крови новорожденного в случае осложненного гестозом течения беременности у матери свидетельствует об активации иммуногенеза у матери и плода и, по всей вероятности, и связанную в определенной степени со срывом иммунологической толерантности матери против антигена плода).

Таблица

Уровень содержания в крови пуповинной вены новорожденного иммуноглобулинов классов А, М и G

г/л	Физиолог. течение беременности	Гестоз легкой степени	Гестоз средней степени	Тяжелый гестоз	P
IgM	Следы	0,267±0,0117	0,314±0,013	0,63±0,018	P1<0,01 P2<0,01
IgA	Следы	0,774±0,01	1,196±0,037	1,365±0,008	P1<0,01 P2<0,01
IgG	11,094±0,059	12,81±0,092	13,059±0,053	13,984±0,053	P<0,05 P1<0,01 P2<0,01

Примечание: В каждой группе n=15. P – рассчитано по отношению к соответствующим показателям крови новорожденных от женщин с физиологическим течением беременности. P1 – беременность осложнилась гестозом легкой степени. P2 – с гестозом средней степени