

УДК 616-053.32

Э.В. БУШУЕВА, Т.Г. ДЕНИСОВА, Т.Н. СИДОРОВА,
Л.И. ГЕРАСИМОВА, Э.Н. ВАСИЛЬЕВА

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития плода, масса тела при рождении, факторы риска.

Проанализированы анамнез жизни, течение беременности у женщин, родивших доношенных детей с синдромом задержки внутриутробного развития. Установлены медико-биологические, медико-социальные факторы риска рождения доношенных детей с малой массой тела, менее 3000 г. Низкая масса тела доношенного ребенка при рождении является фактором риска заболеваний сердечно-сосудистой системы и болезней обмена веществ.

E.V. BUSHUYEVA, T.G. DENISOVA, T.N. SIDOROVA,
L.I. GERASIMOVA, E.N. VASILYEVA

MEDICO-SOCIAL AND MEDICO-BIOLOGICAL OF RISK FACTORS OF CHILDREN BIRTH WITH PRENATAL DEVELOPMENT DELAY SYNDROME

Key words: prenatal development delay of fetus, weight at birth, risk factor.

The following have been analyzed anamnesis of life, pregnancy of the women given birth to mature children with the syndrome of prenatal development delay. The medical and biological, medical and social risks of birth to mature children of low weight less than 3000 gr. Low weight of the mature child is risk of cardiac and metabolic diseases.

Сохранение здоровья каждого ребенка – будущего гражданина Российской Федерации – это особая стратегическая и в высшей степени приоритетная задача государства. Обеспечение здоровья детей – главная задача общества [9, 10]. Демографические проблемы для России имеют важное геополитическое и социально-экономическое значение. Нарастают процессы старения общества: снижаются доли детского и подросткового населения, возрастают – среднего и пожилого возрастов [6, 13].

Здоровье человека закладывается в период антенатального развития и определяется как возрастными особенностями растущего организма, так и влиянием на него комплекса условий окружающей среды [1, 5, 7].

Вопросы, связанные с изучением воспроизводства населения, всегда находились в числе наиболее актуальных, привлекая внимание ученых различных специальностей: акушеров, педиатров, физиологов, морфологов [4, 8, 11, 12].

В условиях суженного воспроизводства и катастрофической депопуляции населения задачами первостепенной важности являются сохранение каждой потенциальной жизни и качество индивидуального здоровья рожденных детей [2, 3].

Анализ современной ситуации свидетельствует, что причиной такого положения, безусловно, является социально-экономическая нестабильность: падение уровня жизни населения, сокращение возможностей государства финансировать здравоохранение в должном объеме.

Все это обуславливает рождение доношенных детей с малой массой тела (менее 3000 г), у которых, как правило, наблюдается задержка внутриутроб-

ного развития (ЗВУР), а качество здоровья детей с синдромом задержки внутриутробного развития в настоящее время является существенной проблемой неонатологии и педиатрии.

Целью исследования явилось выявление медико-биологических и медико-социальных факторов риска рождения доношенных детей с синдромом задержки внутриутробного развития.

Материалы и методы. Нами была разработана карта факторов риска рождения детей с синдромом задержки внутриутробного развития. В карту вводилась информация о женщине, у которой родился ребенок с синдромом задержки внутриутробного развития: возраст, образование, социальное положение, бытовые условия, уровень заработной платы, анамнез перенесенных заболеваний, акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности и родов, патогистологический протокол состояния плаценты.

В основную группу вошли женщины, родившие доношенного ребенка с синдромом задержки внутриутробного развития (массой тела при рождении менее 3000 г – 30 наблюдений). Статистическая обработка результатов проведена общепринятыми методами.

Результаты исследования. Из медико-биологических факторов наибольшее внимание уделили здоровью родителей, течению перинатального периода и раннего детства. Анализ перинатального периода показал, что средний возраст матерей статистически не отличался и составил $23,6 \pm 1,05$ года. У большинства женщин беременность наступила на фоне отягощенного акушерского анамнеза, экстрагенитальной патологии, хронических очагов инфекции, генитального инфантилизма, узкого таза, патологии матки и плаценты и протекала на фоне хронической функциональной плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода и других осложнений.

Оценка по шкале Апгар при рождении составляла 7-9 баллов. У всех детей период адаптации прошел удовлетворительно.

Основная причина рождения детей с малой массой тела – гипоксия плода вследствие хронической плацентарной недостаточности. (63,1%). Патология матки в анамнезе (хронический эндометрит – 37,5, аденомиоз – 34%,) явилась ведущим медико-биологическим фактором риска, обуславливающим формирование функционально неполноценной плаценты, что потребовало оптимизации организационных мероприятий по прегравидарной подготовке женщин с данной патологией.

У женщин, родивших детей с малой массой, выявлены воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе (57%), экстрагенитальная патология (61,4%), отягощенный акушерский анамнез: аборт, самопроизвольные выкидыши, внутриутробные гибели плода на разных сроках беременности (66%). Осложнения течения беременности (плацентарная недостаточность, гипоплазия плаценты по данным УЗИ, гестоз, угроза невынашивания беременности) регистрировали у 78% женщин, инфекционные поражения плаценты – у 72%, анатомическое сужение таза – 48,7%.

Патоморфологическое исследование плацент у женщин, родивших детей с задержкой внутриутробного развития, свидетельствовало о том, что чаще всего (65,4%, $p < 0,001$), выявляются морфологические маркеры хронической плацентарной недостаточности различной степени, проявляющиеся нарушением созревания

ворсинчатого дерева, облитерационной ангиопатией, склеротическими изменениями стромы ворсин, появлением афункциональных зон и ишемических инфарктов. Практически во всех плацентах были слабо выражены компенсаторные реакции.

В последах были выявлены воспалительные изменения и острая плацентарная недостаточность на фоне нарушения созревания ворсин, при морфологическом исследовании стабильно преобладала хроническая плацентарная недостаточность с различными вариантами незрелости ворсин.

При исследовании социальных факторов было установлено: неполная семья – 28,2%, бытовая неустроенность – 48%, курение – 38,2%; употребление алкоголя – 24,6%; неполноценное питание (недостаточное потребление мяса и рыбы) – 57,8%; психоэмоциональный стресс – 46,7%; низкий уровень образования – 39,1%; наличие отраслевой вредности – 28,4%, вредные привычки отца будущего ребенка (курение – 70,0%, возраст отца более 30 лет и соматические заболевания отца – 63,0%).

Учитывая разнообразие факторов риска, влияющих на внутриутробное развитие плода, и значимость внутриутробного состояния плода как одного из важнейших ресурсов здоровья нового поколения, нами разработаны рекомендации по ведению беременных групп риска ЗВУР.

Так как в настоящее время высок уровень заболеваемости беременных инфекционными заболеваниями, в целях профилактики внутриутробного инфицирования, которое является одной из причин, обуславливающих задержку внутриутробного развития, показаны: оценка иммунного статуса, Т-клеточного иммунитета, определение каскада цитокинов, циркулирующих иммунных комплексов в периферической крови и слизи цервикального канала, бактериологическое исследование.

Сегодня все чаще причиной внутриутробной задержки развития плода становится антифосфолипидный синдром, первичный или вторичный, в связи с этим необходимо обследование женщин групп высокого риска на наличие антител к волчаночным антикоагулянтам и кардиолипину.

Наиболее информативными критериями оценки состояния плода являются: определение сывороточных уровней гормонов фетоплацентарного комплекса (эстриола, прогестерона, в ранние сроки – плацентарного лактогена); иммуноглобулина А (начиная с 34-й недели); циркулирующих иммунных комплексов (с 28-й по 37-ю неделю); вариабельность сердечного ритма (показатель антенатальной кардиотокографии) – с 33-й недели и ультразвуковой биометрии – с 28-й недели беременности.

Определенную степень информативности имеют исследования уровня иммуноглобулинов в сыворотке беременных; тиреоидного статуса, уровня Т₃ содержания биогенных аминов в цервикальной слизи и лейкоцитах как информативных показателей степени тяжести гестоза и функционального состояния плаценты; ультразвуковая плацентометрия в динамике, ультразвуковое исследование, а в 3-ем триместре необходимо определять элементы биофизического профиля плода – дыхательные движения, двигательную активность, мышечный тонус, частоту сердечных сокращений, объем и оптическую плотность амниотической жидкости, степень зрелости плаценты, а также ультразвуковая доплерометрия при подозрении на нарушение маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока. При каждом обследовании беременная консультируется терапевтом.

Если во время обследования в однодневном стационаре выявляется какая-либо патология, требующая дополнительного обследования или лечения, беременная должна быть направлена в отделение патологии беременных или специализированный терапевтический стационар.

Всем беременным группы высокого риска дважды за беременность одновременно с лечением основной патологии проводится циклическая лечебно-профилактическая терапия, дифференцированно подобранная в зависимости от основной патологии беременности и выявленной экстрагенитальной патологии: первый цикл в 20-22 недели, второй – не позднее 32 недель. Применяемые методы и средства должны быть направлены на коррекцию свертывающей системы крови и микроциркуляции (антиагреганты, низкомолекулярный гепарин, реополиглюкин, трентал, курантил); профилактику и лечение плацентарной недостаточности (антианемическая терапия, сигетин, троксибазен); спазмолитическую терапию (магнерот, магний В6, гинепрал, эуфилин); нормализацию газообмена и метаболизма клеточных мембран (оксигенотерапия, глюкоза, витамины Е, С, В, эссенциале, хофитол, фолиевая кислота, глутаминовая кислота, кальция пантотенат, метионин, оротат калия, рибоксин), воздействующих на несколько функций плаценты одновременно, коррекцию гормонального фона по показаниям (утрожестан, дюфастон, дексаметазон).

Изучение показателей, характеризующих состояние фетоплацентарной системы в динамике (начиная с 16-20 недель), позволит своевременно диагностировать внутриутробное страдание плода и провести профилактические мероприятия синдрома ЗВУР.

Выделение на основании комплексного обследования состояния фетоплацентарного комплекса группы беременных высокого риска, рациональное ведение беременности и программирование родов в этой группе позволят снизить развитие синдрома ЗВУР более чем в 2 раза.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Альбицкий В.Ю. Больничная летальность детей на первом году жизни / В.Ю. Альбицкий, Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая // Казанский медицинский журнал. 2006. Приложение. С. 157-158.
3. Баранов А.А. Региональные особенности здоровья детей – основа выбора приоритетов педиатрической науки и практики / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. М.: Наука, 2007. С. 68-69.
4. Валид М.С.А. Комплексная оценка функционального состояния системы мать-плацента-плод у беременных с задержкой внутриутробного развития плода: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.С.А. Валид. Краснодар, 2006. 22 с.
5. Гигиенические критерии состояния окружающей среды // Принципы оценки риска для потомства в связи с воздействием химических веществ в период беременности: пер. с англ. Женева: ВОЗ, 2004. 156 с.
6. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 году. М.: ГЭОТАР-Мед, 2007. 120 с.
7. Драндров Г.Л. Катехоламины плаценты в оценке особенностей функциональных систем при плацентарной недостаточности у женщин с гестозом / Г.Л. Драндров // Казанский медицинский журнал. 2007. № 4. С. 147-149.
8. Касабулатов Н.М. Плацентарная недостаточность / Н.М. Касабулатов // РМЖ. 2004. Т. 12, № 13. С. 808-811.
9. Концепции демографической политики в РФ до 2025 г.: Указ Президента РФ № 1351 от 09.10.2007 г.
10. Путин В.В. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 25 апр. 2005 г. / В.В. Путин. М., 2005.
11. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода / В.Н. Серов // РМЖ. 2005. Т. 13, № 1. С. 31-33.

12. Флоренсов В.В. Патогенетические механизмы задержки внутриутробного развития плода (профилактика, диагностика и акушерская тактика): автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.В. Флоренсов. Иркутск, 2004. 44 с.

13. Щепин О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения в России / О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин, Е.П. Кокорина. М.: Медицина, 2007. 360 с.

БУШУЕВА ЭЛЬВИРА ВАЛЕРИАНОВНА – кандидат медицинских наук, профессор кафедры педиатрии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (oper@chuvsu.ru).

BUSHUYEVA ELVIRA VALERIANOVNA – candidate of medical sciences, professor of Pediatrics Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ДЕНИСОВА ТАМАРА ГЕННАДЬЕВНА – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (oper@chuvsu.ru).

DENISOVA TAMARA GENNDYEVNA – doctor of medical sciences, assistant professor, Gynecology and Obstetrics Department Head, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

СИДОРОВА ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА – ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sidorov36@rambler.ru).

SIDOROVA TATYANA NIKOLAEVNA – assistant of Gynecology and Obstetrics Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ГЕРАСИМОВА ЛЮДМИЛА ИВАНОВНА – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (oper@chuvsu.ru).

GERASIMOVA LYUDMILA IVANOVNA – doctor of medical sciences, professor of Gynecology and Obstetrics Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ВАСИЛЬЕВА ЭЛЬВИРА НИКОЛАЕВНА – ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Институт усовершенствования врачей, Россия, Чебоксары (oper@chuvsu.ru).

VASILYEVA ELVIRA NIKOLAEVNA – assistant of Gynecology and Obstetrics Department, Post-graduating Doctors' Training Institute, Russia, Cheboksary.

УДК 616.12-009.72-085+616.33-002.2-085+615.835.3

Ю.Н. ВИКТОРОВ

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хронический гастрит, биогенные амины, слизистая оболочка желудка, озонотерапия.

Представлены результаты изучения клинической эффективности озонотерапии при ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с хроническим гастритом. Дана оценка эффективности данного метода на основании динамики клинических симптомов, а также динамики показателей уровней гистамина, серотонина и катехоламинов в крови и слизистой оболочке желудка.

Yu.N. VIKTOROV

OZONE THERAPY IN CASE OF ANGINA PECTORIS WITH CHRONIC GASTRITIS

Key words: Coronary disease, chronic gastritis, biogenic amine, mucous coat of stomach, ozone therapy.

Here are the results of ozone therapy clinical efficiency in case of coronary disease combined with chronic gastritis and also the assessment of this method efficiency based on dynamics of clinical symptoms, histamine indicators and serotonin, catecholamine rates in blood and mucous coat of stomach.

Данные литературы свидетельствуют об определенном клиническом эффекте применения озонотерапии (ОТ) в комбинированной терапии больных ИБС и хронического гастрита (ХГ). Так, путем внутривенного применения озонированного физиологического раствора (ОФР) можно значительно уменьшить или даже полностью предотвратить количество приступов стенокардии и улучшить прогноз при ХГ, уменьшить интенсивность и продолжительность приступов стенокардии, добиться антихеликобактерного эффекта, что, несомненно, приводит к улучшению качества жизни пациентов с сочетанной патологией. При этом отмечается благоприятное влияние ОТ на со-