

известно, что антиангинальные средства могут оказывать парадоксальное проишемическое действие. Например, проишемическое действие нифедипина объясняется избыточной периферической вазоконстрикцией и снижением за счет этого коронарного кровотока. Нарушение миокардиальной перфузии возможно также при применении хорошо известных препаратов, вызывающих синдром «обкрадывания». Главная проблема в применении традиционных средств заключается в их воздействии на магистральные коронарные артерии, тогда как основными патогенетическими факторами ИБС признаются нарушения микроциркуляции и эндотелиальные патологические реакции.

Будущее в лечении ишемических изменений принадлежит препаратам, способным на клеточном уровне прервать каскад неблагоприятных дизадаптивных реакций или уменьшить их проявления. Перспективы имеют препараты, способные активировать адаптационные возможности органов и тканей, оказывая влияние на микрососудистую циркуляцию, которой до последнего времени не придавалось клинического значения. В данном случае под адаптацией следует понимать процесс самосохранения и саморазвития биологических систем под влиянием неблагоприятных экзогенных и эндогенных условий. Определенную перспективу имеет применение эндогенных антиоксидантов, активизирующих антиокислительные процессы и реакции детоксикации. Другой целью лечения может быть стимуляция возникновения коронарных коллатералей, что собственно и является основным механизмом системной адаптации при ИБС. В основе этого лежит способность эндотелиальных и мышечных клеток размножаться в ответ на определенные стимулы. Важнейшими последствиями организации коллатерального кровообращения становятся улучшение механических свойств миокарда и повышение ишемического порога. Метаболическая коррекция морфофункциональных нарушений миокарда является дополнением традиционной терапии, зачастую не способной восстановить функциональные возможности пораженного органа, улучшить качество жизни пациентов, она гарантирует комфортное лечение.

Все большее значение придается вопросам удовлетворенности пациентов не только результатами, но и самим процессом лечения. Приверженность пациента назначенной терапии определяется несколькими важнейшими факторами: ожидания от проводимой терапии должны в сознании пациента совпадать с полученными результатами, режим приема препарата должен быть комфортным для пациента, выраженность побочных эффектов должна быть минимальной. Эффект терапии и исходы заболевания имеют прямую зависимость от приверженности пациентов назначенной терапии. При этом особенности метаболической терапии заключаются в длительном применении препаратов, накоплении их эффекта во времени и значимости приверженности лечению в этой ситуации возрастает. Новые подходы к терапии кардиоваскулярной патологии, направленные на активацию адаптационных возможностей организма, позволяют улучшать жизненный прогноз и качество жизни пациентов за счет повышения толерантности к физической нагрузке, уменьшения функционального класса стенокардии и сердечной недостаточности и предотвращения нежелательных кардиоваскулярных событий.

Литература

1. Бокерия Л.А. и др. // Фарматека.– 2006.– № 19 (134).– С. 75–78.
2. Перепеч Н.Б. // Consilium medicum.– 2005.– Т.7, №11.– С. 912–916.

УДК 618.1

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РОЖДЕНИЕМ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

П.Г. МАРТЫНЕНКО, В.Г. ВОЛКОВ, В.А. ХРОМУШИН,
О.В. ЧЕРЕПЕНКО*

Преждевременные роды являются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Это обусловлено высокой заболеваемостью и смертностью недоношенных мла-

денцев, а так же потребностью в огромных ресурсах системы здравоохранения на выхаживание данного контингента [1, 2, 4]. Несмотря на успехи, достигнутые в акушерской науке и практике к настоящему времени, доля преждевременных родов во многих странах увеличивается, что требует поиска эффективных профилактических вмешательств [1]. Для получения информации о факторах, оказывающих влияние на преждевременное рождение, необходима их комплексная оценка и анализ. Социально-демографические и медико-организационные факторы в разных регионах неоднозначны, поэтому для выделения популяции женщин, у которых могут быть преждевременные роды в каждом регионе, нужен эпидемиологический подход к определению причин и факторов, ведущих к недонашиванию беременности на уровне всей популяции беременных [4].

Цель – определение социальных и медицинских факторов, достоверно увеличивающих риск преждевременного рождения.

Материалы и методы. Материалом исследования послужил массив данных регионального регистра рождаемости, включающий 20067 записей рождения живых детей, родившихся в Тульской области с 1.07.2006 г. по 1.04.2008 г. Преждевременные роды – роды при сроке 22-36 полных недель. В выборку включены 802 новорожденных, рожденных преждевременно и 19265 – родившихся при сроке беременности >36 недель. Преждевременные роды разделены на три подгруппы: очень ранние преждевременные роды (22-28 недель) n=45, ранние преждевременные роды (29-34 недели) n=251, поздние преждевременные роды (35-36 недель) n=506. Метод исследования: ретроспективный когортный. Математическая обработка данных проводилась при помощи аналитической компьютерной программы «Analetic 1.0» (разработчики Хромушин В.А., Мартыненко П.Г.). Для каждого фактора определены отношения шансов (ОШ), доверительный интервал ОШ при выбранном уровне доверия 95%, при достоверном риске (ОШ достоверно выше 1,0) определялась величина р.

Результаты. Нами были проанализированы социальные факторы: возраст матери на момент родов, ее семейное положение, уровень образования, проживание в сельской и городской местности, паритет беременности и родов, а также пол ребенка.

Возраст матери ≥35 лет увеличивает риск преждевременных родов в подгруппе ранних преждевременных родов в 1,8 раз. Юный возраст матери не ассоциирован с увеличенным риском преждевременного рождения. Не состоящие в зарегистрированном браке женщины имеют риск родить преждевременно в 1,56-1,75 раз чаще, чем состоящие в браке, что свидетельствует о возможном тревожном состоянии беременных, которое в свою очередь оказывает неблагоприятное воздействие на течение беременности и приводит к досрочным родам. Поэтому, возможно, психологическое консультирование данного контингента позволит снизить риск рождения недоношенных младенцев. Низкий уровень образования матери увеличивает риск преждевременных родов в 2,7 раза (22-28 недель) и 3,08 раза (35-36 недель). Аналогичные результаты получены при оценке факторов риска в ходе других отечественных и зарубежных исследований [3–6]. Не показал увеличения риска преждевременных родов анализ местности проживания родильниц. Жительницы сельской и городской местности одинаково часто рожают преждевременно.

Мультипаритет является фактором риска преждевременных родов в Тульской области, причем во всех анализируемых периодах (22-36 недель). Увеличение доли беременных с мультипаритетом и возрастом 35 лет и более, обусловленных реализацией национального проекта «Здоровье» на территории Российской Федерации, позволяет предположить, что влияние данных факторов в ближайшие годы будет только увеличиваться.

Также нами было оценено влияние осложнений текущей беременности на риск преждевременных родов.

Очень мощным фактором риска является многоплодная беременность, увеличивающая риск ПР от 8,49 до 14,5 раз. Доля многоплодных беременностей в структуре преждевременных родов составила 6%, в структуре всех живорождений – 0,7%. В последующем следует ожидать увеличения доли многоплодных беременностей, что связано с развитием вспомогательных репродуктивных технологий. Отеки беременности не увеличивают риск преждевременных родов.

Гипертензия, существовавшая до беременности также не является фактором риска недонашивания беременности, в отличие от гипертензии, индуцированной беременностью и преэкламп-

* ТулГУ, Тульский областной родильный дом.

псии. Риск ПР увеличивается по мере роста тяжести преэклампсии. Если при легкой преэклампсии существует риск родов в 35-36 недель, то при тяжелой – в 22-28 недель гестации. Тяжелая преэклампсия – фактор риска не спонтанных преждевременных родов, а ятрогенных, т.е. индуцированных, обусловленных высоким риском для матери и плода, связанным с гестозом. Внедрение профилактических вмешательств, направленных на снижение доли тяжелых форм гестоза, возможно, позволит снизить количество преждевременных родов в данной группе.

Угрожающий выкидыш при текущей беременности достоверно увеличивает риск очень ранних преждевременных родов. В последующие периоды риск отсутствует. Рвота беременных, венозные осложнения, недостаточность питания и избыточный прирост массы тела не ассоциированы с преждевременными родами. Вызывает интерес отсутствие риска ПР при инфекциях мочеполового тракта беременных в Тульской области, хотя по имеющимся многочисленным литературным данным такие состояния, как бессимптомная бактериурия, бактериальный вагиноз, носительство стрептококка группы «Б», микоплазменная инфекция и др. увеличивают риск ПР [1, 3–6]. Этот факт может свидетельствовать о том, что в Тульской области имеет место отсутствие диагностики вышеперечисленных инфекций. В нормативных документах МЗ и СР РФ, регламентирующих порядок диспансерного наблюдения беременных и объемы исследований отсутствуют рекомендации для выявления бактериального вагиноза и носительства стрептококка группы «Б» среди беременных групп риска преждевременных родов, в то время как в рекомендациях развитых стран, такие пункты существуют [6]. В развитие преждевременных родов вносят свой вклад и аномалии тела и шейки матки. Наличие рубца матки после предшествующего кесарева сечения увеличивает риск ПР в 29-34 недели в 2 раза. Недостаточность шейки матки приводит к преждевременным родам в 120 раз чаще в 22-28 недель и в 12 раз в 29-34 недели.

Не увеличивает риск ПР гемолитическая болезнь плода по резус-фактору и АВ0 системе, в то время как дистресс плода и задержка роста плода достоверно ассоциированы с риском родов в 29-36 недель гестации. Многоводие увеличивает риск очень ранних преждевременных родов, в последующие периоды риск отсутствует, что позволяет выделить данный фактор как специфичный для очень ранних преждевременных родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) довольно часто регистрируется как в группе преждевременных родов, так и в группе родов в срок, но в период 29-36 недель частота данного осложнения в 2,5-3 раза выше. ПРПО до 36 недель гестации является причиной преждевременных родов и в дальнейшем целесообразно выделять данный контингент беременных в отдельную группу для проведения анализа причин [4].

Дисфункция плаценты является достоверным фактором риска ПР после 28 недель гестации. Своевременная диагностика и коррекция дисфункции плаценты, возможно, позволит снизить количество ПР в данной когорте [4, 9]. Предлежание плаценты – очень мощный фактор, увеличивающий риск преждевременного рождения во все периоды онтогенеза. Риск увеличивается резко, если предлежание плаценты осложняется кровотечением, что требует немедленного родоразрешения. Данное осложнение является малоуправляемым с точки зрения профилактики преждевременных родов, поэтому в данной группе все профилактические мероприятия должны быть нацелены на снижение младенческой смертности и заболеваемости [12]. Преждевременная отслойка плаценты (ПОП) приводит к немедленному родоразрешению в любом сроке беременности, что обусловило увеличение риска ПР при данном осложнении беременности. Ложные схватки, регистрируемые до 37 недель, увеличивают риск преждевременных родов в 2,5 раза, что должно быть учтено при разработке профилактических программ.

Заключение. Преждевременные роды являются мультифакторным осложнением беременности. Основными факторами риска преждевременных родов в Тульской области являются осложнения беременности, требующие досрочного родоразрешения в интересах матери (предлежание плаценты с кровотечением, преждевременная отслойка плаценты, тяжелая преэклампсия). В ближайшие годы скорее всего увеличиться влияние таких факторов риска как возраст матери 35 лет и более, мультипаритет родов, многоплодие, рубец матки после кесарева сечения, обусловленное реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье».

Полученные данные говорят о недостаточном уровне диагностики инфекций мочеполового тракта среди беременных, что требует внесения коррекции в региональные программы.

Литература

1. Кулаков В.И. и др. Профилактика, диагностика и лечение невынашивания беременности: Информ. письмо МЗ РФ. – М., 2003.
2. Мартыненко П.Г. Комплексный анализ причин и факторов риска перинатальной смертности в Тульской области и мероприятия по ее профилактике: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2004. – 26 с.
3. Рук-во по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.
4. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 448 с.
5. Adrienne Z. et al. // The J of FamPractice. – 2005. – Vol.54. – №3. – P.245–252.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC. MMWR Recomm Rep 2002 Aug 16;51(RR-11):1–22.
7. Dayan J. et al. // Am J Epidemiol. – 2002. – Vol.155. – P.293–301.
8. Facchinetti F. et al. // Psychother Psychosom. – 2007. – Vol.76. – №6. – P.391–394.
9. Ghidini A., Salafia CM. // BJOG. – 2005. – Vol.112. – №2. – P.140–144.

УДК 616.37-002:577.125

НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

А.П. ВЛАСОВ, Е.П. КУЗАЕВ, С.Б. КЕЛЕЙНИКОВ, В.А. ШИБИТОВ, А.Х. СЕЙФ, В.А. БАБАЕВ*

Лечение больных острым холециститом (ОХ) остается сложным вопросом в абдоминальной хирургии, что объясняется высокой летальностью, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Причиной смерти больных ОХ является эндотоксикоз [3, 4]. В патогенезе эндогенной интоксикации большое значение имеют мембранодеструктивные явления, которые зависят от активизации перекисного окисления липидов (ПОЛ) [2]. В связи с этим становится очевидным, что для предупреждения прогрессирования эндогенной интоксикации необходима комплексная терапия, способная тормозить свободно-радикальные реакции [1,2]. Поэтому для коррекции этих нарушений нами применен реамберин, обладающий антиоксидантной способностью [1,5].

Материалы и методы. В основу работы положены клинические наблюдения за 78 больными острым деструктивным холециститом (в 91,0% случаев – калькулезным), которым произведена холецистэктомия в экстренном или срочном порядке. Медиана возраста составила 59 лет (от 45 до 67 лет). В группе сравнения (контроль) больные в раннем послеоперационном периоде получали стандартизированное лечение, в основной группе его дополняли реамберин (отечественный препарат на основе янтарной кислоты) – ежедневные внутривенные введения 400,0 мл 1,5% раствора [5].

Наряду с рутинными лабораторными исследованиями нами производилась оценка других показателей гомеостаза. Уровень гидрофильных токсических продуктов оценивали по содержанию средне-молекулярных олигопептидов (МСМ) при $\lambda=254$ и 280 нм, гидрофобных – по общей и эффективной концентрации альбумина. Интенсивность ПОЛ определяли по уровню диеновых и триеновых конъюгатов и ТБК-активных продуктов (малонового альдегида). Активность фосфолипазы A_2 оценивали по каталитической деятельности фермента. Липиды из плазмы крови экстрагировали хлороформметаноловой смесью, фракционировали методом тонкослойной хроматографии. Молекулярный их анализ вели на денситометре Model GS-670 (BIO-RAD, США) по программам Phosphor Analyst/PS Software. Состояние свертывающей системы крови определяли биохимическими методами.

* Мордовский университет им. Н.П. Огарева, кафедра факультетской хирургии, 430000 г. Саранск, ул. Большевистская, 68