

антител ниже защитного уровня имели 23,2% привитых, а титры антител выше защитного имели 76,8 (р<0,05) (табл. 2).

В то же время при анализе напряженности иммунитета высокие титры антител среди привитых в 2003 г. выявлены у 33,4%, а среди привитых в 2006 г. – у 38,4%.

Представлялось важным сравнительное изучение напряженности постvakцинального иммунитета против гепатита В у детей и взрослых. Сравнение показателей постvakцинального иммунитета у лиц, привитых в 2006 г., показал, что среди детей титры антител ниже защитного уровня имели 5,7% привитых, а среди взрослых – 23,2% (р<0,047). Титры антител выше защитного уровня среди детей имели 94,3%, среди взрослых – 76,8% (р<0,047).

ЛИТЕРАТУРА

1. Попова О.В. Длительность постvakцинального иммунитета против гепатита В // Биопрепараты. – 2004. – №3. – С.11-14.
2. Патлусова В.В. Характеристика напряжённости и стойкости постvakцинального иммунитета и оценка эффективности массовой вакцинации против гепатита В в разных группах: Автореф. дис...канд. биологич. наук. – [Электронный ресурс] электрон. Версия. – 2008 //режим доступа: <http://www.poliomielit.ru>.

Таким образом, число детей с напряжённым иммунитетом против вирусного гепатита В через 3 года после проведённой вакцинации значительно выше, чем среди взрослых. Иммунитет после вакцинации против гепатита В сохраняется на протяжении 8 лет у 41,5% привитых детей. У взрослых иммунитет после вакцинации против гепатита В через 6 лет после вакцинации в защитном титре сохраняется у 60,0% привитых. Через 3 года после вакцинации против гепатита В иммунитет в защитном титре у детей сохраняется в 94,3%, а у взрослых – в 76,8% случаев. Для определения сроков ревакцинации против гепатита В можно рекомендовать внедрение постоянной системы мониторинга напряженности постvakцинального иммунитета через 7-9 лет после оконченной вакцинации.

poliomielit.ru.

3. Рябикова Т.Ф., Ериов В.И., Ефимов Е.И. Вакцинопрофилактика гепатита В и оценка её эффективности в Приволжском федеральном округе // Мед. альманах. – 2009. – №2. – С.147-149.
4. Шахгильдян И.В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 384 с.

Информация об авторах: 656024, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1, тел. 8(3852)689670, 689807, e-mail: infec@yandex.ru, tysya_095@mail.ru; Сафьянова Татьяна Викторовна – старший преподаватель, к.м.н., Орлов Владимир Илларионович – доцент, к.м.н.; Лукьяненко Наталья Валентиновна – заведующая кафедрой, д.м.н.

© ЧАРЫШКИН А.Л., МИДЛЕНКО О.В., МИДЛЕНКО В.И., ЧАРЫШКИН А-Р.Л. – 2010

НАПРАВЛЕННЫЙ ТРАНСПОРТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ НСВ-ИНФЕКЦИЕЙ

А.Л. Чарышкин, О.В. Мидленко, В.И. Мидленко, А-Р.Л. Чарышкин

(Ульяновский государственный университет, ректор – д.ф.-м.н., проф. Б.М. Костишко, Институт медицины, экологии и физической культуры, директор – д.м.н., проф. В.И. Мидленко, кафедра госпитальной хирургии, зав. – д.м.н., проф. В.И. Мидленко)

Резюме. С целью оценки эффективности препарата фосфоглив путем направленного транспорта в комплексной терапии больных билиарным панкреатитом с НСВ-инфекцией было обследовано 62 больных с билиарным данной сочетанной патологией. Эти больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (50 больных) и основную (12 больных). В первой группе (50 больных) сравнения традиционная базисная терапия билиарного панкреатита дополнена введением препарата фосфоглив внутривенно струйно. Больным основной группы (12 больных) внутривенно вводились эритроцитарные тени со средней терапевтической дозой препарата фосфоглив. Включение лекарственных средств в аутологичные эритроциты осуществляли методом гипотонического лизиса. Установлено, что направленный транспорт препарата фосфоглив способствует снижению в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ у больных в группе исследования. Побочные реакции на введение препарата фосфоглив не наблюдались ни у одного больного. Отмечено более эффективное воздействие препарата фосфоглив на темп снижения в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ выявляется у больных при лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии.

Ключевые слова: билиарный панкреатит, НСВ-инфекция, направленный транспорт лекарственных веществ.

THE DIRECTED TRANSPORT OF MEDICAL PREPARATIONS IN THERAPY OF BILIAR PANCREATITIS IN COMBINATION WITH HCV-INFECTION

Alexey. L. Charyshkin, O.V. Midlenko, V.I. Midlenko, Alexander. L. Charyshkin
(Ulyanovsk State University; Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture)

Summary. Research objective. An efficiency estimation of preparation phosphogliv by the directed transport in complex therapy of biliar pancreatitis with HCV-infection. 62 patients with biliar pancreatitis in combination with HCV-infection have been surveyed. These patients have been divided into 2 comparable groups: control (50 persons) and the basic (12 persons). In the first group (50 persons) of comparisons traditional basic therapy of biliar pancreatitis was added by introduction of preparation phosphogliv intravenously. The patients of the basic group (12 persons) received intravenously erythrocyte shades with an average therapeutic dose of preparation phosphogliv. Inclusion of medical products in autologic erythrocytes were carried out by the method of hypotonic lysis. It has been established the effective influence of the directed transport of preparation phosphogliv on the rate of decrease of general bilirubin level in blood, activity of AlAt, AsAt in patient in research group. Side-effect reactions on introduction of preparation phosphogliv have not been revealed in any patient. More effective influence of preparation phosphogliv on rate of general bilirubin level, activity of AlAt, has been revealed. AsAt is revealed in patient during the therapy with directed transport of preparation phosphogliv on the background of traditional basic therapy.

Key words: biliar a pancreatitis, HCV-infection, the directed transport of medicinal substances.

Актуальность изучения сочетания билиарного панкреатита с HCV-инфекцией обусловлена широким распространением гепатита С и многолетним и бессимптомным течением HCV-инфекции с высокой частотой хронизации острого гепатита С (ОГС) и дальнейшим развитием цирроза печени [1,2,3,4,5]. Так, по данным Федерального центра Госсанэпиднадзора, в РФ в 2002 г. зарегистрировано 10298 больных ОГС, а в 2005 г. – 6455 больных ОГС [3]. В настоящее время противовирусная терапия больных ГС включает в себя комбинированное применение рекомбинантных а-интерферонов с аналогами нуклеозидов [2,4]. Вследствие ограниченной эффективности интерферонов, наличия ряда противопоказаний, возможности развития побочных реакций, длительности курса терапии и высокой стоимости препаратов возникает необходимость поиска новых лекарственных средств [4]. В связи с этим особую важность приобретают исследования в лечении ГС препаратами из других фармакологических групп и способы их доставки к органу-мишени. Одним из перспективных направлений в терапии ВГ является использование препаратов растительного происхождения, в частности нового отечественного гепатопротектора с противовирусной активностью – фосфоглива [4]. Применение капсулной формы препарата фосфоглива выявили многостороннее позитивное действие на клиническое течение и процессы функционального восстановления печени при острых и хронических гепатитах В и С как у взрослых, так и у детей [4]. Разработка инъекционной формы фосфоглива позволила повысить био-доступность препарата. С целью коррекции печеночно-клеточной недостаточности, морфологической основой которой является гепатоцитолиз, патогенетически оправдано применение средств, стабилизирующих метаболизм и мемброну гепатоцита [1,5]. Однако не всегда общепринятые способы ведения медикаментов обеспечивают необходимую концентрацию активного агента в органе-мишени. Направленный транспорт лекарственных веществ (НТЛВ) в аутологичных эритроцитарных тенях возможен благодаря их тропности к клеткам Купфера [1,5], что побудило нас использовать этот метод для ранней профилактики и лечения функциональной декомпенсации печени в комплексном лечении на начальных стадиях СЭИ.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности парентеральной формы препарата фосфоглива путем направленного транспорта в комплексной терапии больных билиарным панкреатитом с HCV-инфекцией.

Материалы и методы

Всего было обследовано 62 больных с билиарным панкреатитом в сочетании HCV-инфекцией. Эти больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (50 больных) и основную (12 больных). Обе группы составили больные, сопоставимые по полу, возрасту. Острый субкомпенсированный эндотоксикоз у больных обеих групп был обусловлен осложненным течением острого билиарного панкреатита. Тяжесть синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) и печеночно-клеточной недостаточности (ПКН) определяли по совокупности клинических и лабораторных данных. Больным как контрольной, так и основной группы проводили общепринятые методы комплексной терапии. Консервативное лечение билиарного панкреатита с HCV-инфекцией включало в себя подавление панкреатической секреции, как опосредованно, через подавление желудочной секреции, аспирацию желудочного содержимого, так и напрямую (октреатид). С целью подавления желудочной секреции назначали фамотидин по 20 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки, омепразол 40 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки. С целью нейтрализации факторов панкреатической агрессии применяли ингибиторы протеаз (контрикал 30000-80000 ед. в сут.). В качестве обезбо-

ливающих средств мы применяли ненаркотические анальгетики (анальгин 50%-2мл), спазмолитики (папаверин 2%-2 мл, но-шпу 2 мл), наркотические анальгетики со спазмолитическим компонентом (промедол 2%-1 мл). Учитывая важную роль в генезе боли при остром панкреатите различных кининовых субстанций, в частности, брадикинина, использовали антибрадикининовые средства: инфузия р-ра новокаина 0,25% в виде глюкозо-новокаиновой смеси. Проводимая инфузионная терапия была направлена на поддержание адекватной гемодинамики на системном и микроциркуляторном уровне, коррекцию электролитного состава крови, кислотно-щелочного состояния, анемии, гипопротеинемии, поддержание адекватного ОЦК и создание умеренной гемодилюции. Так же проводилась профилактика тромбоэмболии (гепарин 5000 ЕД 4 раза в сутки, надропарин кальция 0,3 мг 1 раз в сутки), мероприятия, направленные на улучшение микроциркуляции и реологии крови (мексидол, реополиглюкин, и др.). Детоксикация проводилась посредством волемической нагрузки при инфузионной терапии, так же использовались экстракорпоральные методы (гемосорбция, плазмаферез). По показаниям проводилось УФО крови, внутрисосудистое лазерное облучение крови (чаще в комплексе с гемосорбцией и плазмаферезом). Проводилась антибактериальная терапия. Применялись цефалоспорины 4 поколений. С целью парентерального питания использовали растворы глюкозы, аминокислот (вамин), жировые эмульсии (интрапид, липофундин).

В первой группе (50 больных) сравнения традиционная базисная терапия билиарного панкреатита, учитывая наличие HCV-инфекции была дополнена введением препарата фосфоглива внутривенно струйно, в виде растворенного в 10 мл апирогенной воды 2,5 г сухого лиофилизированного порошка, 1 раз через день, всего 12 инъекций, 30 г на курс.

Больным основной группы (12 больной) внутривенно вводились эритроцитарные тени со средней терапевтической дозой препарата фосфоглива. Включение лекарственных средств в аутологичные эритроциты осуществляли методом гипотонического лизиса. Курс лечения при направленном транспорте препарата фосфоглива длительностью 12 суток включает 6 сеансов, через день, 15 г на курс.

Статистическая обработка материала исследования осуществлялась общепринятыми методами статистики с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения. Различия считались статистически значимыми не менее 95% ($p<0,05$).

Результаты и обсуждение

У всех больных, получавших базисную терапию и внутривенно фосфоглив в первой группе и во второй базисную терапию с направленным транспортом препарата фосфоглива, наблюдалась положительная динамика основных клинических симптомов (табл. 1). Однако при лечении в группе исследования отмечалась значительно меньшая длительность слабости у больных ($3,7\pm0,2$; $p<0,05$), по сравнению с продолжительностью у больных

Таблица 1 Продолжительность клинических симптомов (дни)		
Продолжительность клинических симптомов (дни)	Базисная терапия и в/в фосфоглив	Базисная терапия и н/т фосфоглив
Слабость	9,6±1,1	3,7±0,2
Анорексия	9,3±0,3	3,6±0,6
Тошнота	8,1±1,1	3,1±0,3
Боль в правом подреберье	8,7±0,3	3,9±0,2
Длительность желтухи	11,5±0,2	6,1±0,3

в контрольной группе 9,6±1,1 дней. Анорексия также значительно быстрее исчезала в основной группе больных с

ХГС ($3,6 \pm 0,6$ дней; $p < 0,05$), по сравнению с больными из группы сравнения ($9,3 \pm 0,3$ дней).

Длительность тошноты была значимо короче в основной группе и в среднем составляла $3,1 \pm 0,3$; $p < 0,05$ дней, а в контрольной группе $8,1 \pm 1,1$ дней. Боли в правом подреберье значимо быстрее регрессировали только у больных ($3,9 \pm 0,2$ дней; $p < 0,05$) на фоне направленного транспорта препарата фосфоглив, по сравнению с больными, получавшими базисную терапию и внутривенно фосфоглив ($8,7 \pm 0,3$ дней).

Длительность желтухи была значимо меньше у больных ($p < 0,05$) в основной группе $6,1 \pm 0,3$ дней, по сравнению с группой контроля $11,5 \pm 0,2$ дней. Более быстрое сокращение размеров печени отмечалось в группе исследования $8,4 \pm 0,3$ дней; $p < 0,05$, по сравнению с длительностью гепатомегалии в группе сравнения, $17,1 \pm 1,3$ дней. Значимое снижение уровня общего билирубина, активности АлАТ и АсАТ в сыворотке крови отмечается у всех больных. Однако показатель билирубинемии (табл. 2) у больных после базисной терапии с направленным транспортом препарата фосфоглив ($18,2 \pm 0,8$ мкмоль/л; $p < 0,001$) в основной группе был значимо ниже, чем в контрольной ($56,5 \pm 1,9$ мкмоль/л). Темп снижения общего билирубина выше у больных при направленном транспорте препарата фосфоглив.

Таблица 2
Результаты исследования динамики общего билирубина (мкмоль/л)

Сроки наблюдения	Общий билирубин	
	Базисная терапия и в/в фосфоглив	Базисная терапия и направленный транспорт фосфоглив
До лечения	$121,6 \pm 12,7$	$154,9 \pm 11,4$
После лечения	$56,5 \pm 1,9$	$18,2 \pm 0,8$

Активность АлАТ после лечения в основной группе ($108,1 \pm 21,3$ ед./л) была значимо ниже, чем в группе сравнения у больных ХГС ($223,6 \pm 15,8$ ед./л) (табл. 3). Темп снижения АлАТ выше у больных в группе исследования. Уровень активности АсАТ после лечения в основной группе был значимо ниже ($42,6 \pm 12,3$ ед./л), чем в группе сравнения ($69,2 \pm 11,8$ ед./л; $p < 0,05$).

Результаты исследования динамики АлАТ и АсАТ (ед./л)

Сроки наблюдения	Базисная терапия и в/в фосфоглив		Базисная терапия и направленный транспорт фосфоглив	
	АлАТ	АсАТ	АлАТ	АсАТ
До лечения	$1956,1 \pm 138,5$	$1118,5 \pm 86,7$	$2491,7 \pm 131,2$	$1235,7 \pm 134,2$
После лечения	$223,6 \pm 15,8$	$69,2 \pm 11,8$	$108,1 \pm 21,3$	$42,6 \pm 12,3$

Снижение активности ГТГ и уровня ЩФ в результате лечения отмечается у всех больных в контрольной и основной группах. Темп снижения активности ГТГ и уровня ЩФ выше у больных в основной группе (табл. 4).

Результаты исследования динамики ГТГ ЩФ

Сроки наблюдения	Базисная терапия и в/в фосфоглив		Базисная терапия и направленный транспорт фосфоглива	
	ГТГ	ЩФ	ГТГ	ЩФ
До лечения	$287,2 \pm 21,6$	$353,7 \pm 22,0$	$345,6 \pm 12,5$	$386,9 \pm 13,5$
После лечения	$118,3 \pm 10,1$	$211,2 \pm 21,3$	$82,3 \pm 11,4$	$153,2 \pm 11,7$

Количество больных с повышенной амилазой было

примерно равным во всех группах (табл. 5). Во 2-ой группе исследования нормализация показателей происходила на более ранних сроках, на шестые сутки $23 \pm 1,4$ (г/л*час.; $p < 0,05$), тогда как в 1-ой группе сопоставления уровень амилазы крови после лечения составил $38 \pm 2,5$ (г/л*час.), что превышало нормальные показатели.

Таблица 5

Результаты исследования динамики амилазы крови (г/л*час)

Сроки наблюдения	Амилаза	
	Базисная терапия и в/в фосфоглив	Базисная терапия и направленный транспорт фосфоглива
До лечения	$55 \pm 2,2$	$64 \pm 2,1$
После лечения	$38 \pm 2,5$	$23 \pm 1,4$

При лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии у больных с острым панкреатитом и хроническим гепатитом С (ХГС), отмечалось значимое сокращение длительности интоксикационного синдрома, по сравнению с результатами, полученными только на фоне базисной терапии и внутривенным введением препарата фосфоглив. Также отмечено более эффективное воздействие направленного транспорта препарата фосфоглив на темп снижения в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ у больных в группе исследования. С целью коррекции печеночно-клеточной недостаточности у больных с билиарным панкреатитом и хроническим гепатитом С (ХГС), морфологической основой которой является гепатоцитолиз, патогенетически оправдано применение фосфоглива путем направленного транспорта, стабилизирующего метаболизм и мембрану гепатоцита, что обеспечивает необходимую концентрацию активного агента в органе-мишени. Побочные реакции на введение препарата фосфоглив не наблюдались ни у одного больного. Инъекционная форма препарата фосфоглив может быть рекомендована для комплексного лечения больных острым панкреатитом и хроническим гепатитом С (ХГС) для направленного транспорта лекарственного вещества.

Применение направленного транспорта фосфоглива сопровождается более быстрой (на 4-5 дней, чем у

больных контрольной группы) нормализацией цифр показателей интоксикации и цитолиза, что связано, с восстановлением детоксицирующей функции печени за счет стабилизации мембран гепатоцитов, улучшения их метаболизма.

Таким образом, у больных с билиарным панкреатитом и гепатитом С при лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии отмечается значимое сокращение длительности интоксикационного синдрома, по сравнению с результатами, полученными только на фоне базисной терапии и внутривенным введением препарата фосфоглив. Более эффективное воздействие препарата фосфоглив на темп снижения в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ выявляется у больных при лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии.

Таблица 4

Результаты исследования динамики ГТГ ЩФ

Сроки наблюдения	Базисная терапия и в/в фосфоглив		Базисная терапия и направленный транспорт фосфоглива	
	ГТГ	ЩФ	ГТГ	ЩФ
До лечения	$287,2 \pm 21,6$	$353,7 \pm 22,0$	$345,6 \pm 12,5$	$386,9 \pm 13,5$
После лечения	$118,3 \pm 10,1$	$211,2 \pm 21,3$	$82,3 \pm 11,4$	$153,2 \pm 11,7$

ЛИТЕРАТУРА

1. Волчкова Е.В., Лопаткина Т.Н., Сиволап В.А., Савченков В.А. Поражение печени в наркологической практике (патогенез, клиника, диагностика, лечение). – М.: Анахарсис, 2002. – 92 с.
2. Змыгрова А.В. Интерферонотерапия вирусных гепатитов (пособие для врачей). – М.: Вектор-Фарм, 1999. – 109 с.
3. Инфекционная заболеваемость в Российской

Федерации за январь-декабрь 2005 г. РФ, Федеральный центр гигиены и эпидемиологии // Эпидемиология и инфекционные болезни. – М., 2006. – №1. – С.64-65.

4. Ипатова О.М. Фосфоглив: механизм действия и применение в клинике. – М., 2005. – 318 с.

5. Шеянов Д.С. Особенности клинического течения и лечебной тактики при остром панкреатите у пациентов старшей возрастной группы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003.

Информация об авторах: 432700 г.Ульяновск, ул.Льва Толстого, 42; тел: (8422) 32-73-23, тел./факс (8422) 32-08-27, e-mail:charyshkin@yandex.ru, Чарышкин Алексей Леонидович – профессор кафедры, доцент, д.м.н.; Мидленко Олег Владимирович – доцент, к.м.н.; Мидленко Владимир Ильич – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Чарышкин Александр Леонидович – аспирант.

© ПРОТОПОПОВА Н.В., ШАПОШНИКОВА М.А., ИЛЬИН В.П. – 2010

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СРОКА РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Н.В. Протопопова¹, М.А. Шапошникова, В.П. Ильин²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, зав. – д.м.н., проф. Н.В. Протопопова; ²Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Л.И. Колесникова)

Резюме. Представлена модель прогнозирования срока ранних преждевременных родов с использованием обобщенного дискриминантного анализа (GDA) на основе 5 наиболее информативных показателей: осложненное течение 2 и 3 триместров беременности, преэклампсия, нарушения овариально-менструального цикла, преждевременные роды в анамнезе, выявленных из изучаемых факторов риска, характеризующих особенности акушерско-гинекологического анамнеза и течения беременности. Клиническая эффективность модели – 68,9%, безошибочность – 73,6%.

Ключевые слова: ранние преждевременные роды, обобщенный дискриминантный анализ, наиболее информативные показатели, модель прогнозирования.

MODELING OF TERM OF EARLY PREMATURE LABOR

N.V. Protopopova, M.A. Shaposhnikova, V.P. Ilin

(Irkutsk State Medical University, Scientific Center of Family Health Problems and Human Reproduction
Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Irkutsk)

Summary: This article presents the results of early preterm birth prognosing. The general discriminant analysis based on statistically significant medical risk factors which characterize the peculiarities of obstetric and gynecologic history and course of pregnancy were used for analysis. From all factors 5 statistically significant were found out: the complicated course of 2 and 3 trimesters of pregnancy, preeclampsia, infringements of ovarian-menstrual cycle, premature birth in the history. The model of prognosing of early premature birth term is presented in article. Clinical efficiency of model is 68,9%. Faultlessness of model is 73,6%.

Key words: early preterm labor, spontaneous abortion, risk factors of the premature birth, early gestational age, general discriminant analysis, model prognosing.

Ранними преждевременными родами, согласно классификации ВОЗ, считаются роды, произошедшие в сроке 28-33 недели беременности. Ранние преждевременные роды приводят к рождению недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении (1000-1500 г), выхаживание которых требует внедрения современных технологий, позволяющих снизить перинатальную смертность, но при этом возрастает инвалидность с детства [5,9]. Технология выхаживания глубоконедоношенных детей далека от совершенства даже в странах, имеющих самую передовую перинатальную медицину [2]. Именно ранние преждевременные роды считаются ведущей причиной перинатальной заболеваемости, смертности и инвалидности с детства в странах мира [5,13]. Частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению [3,4,5,8,14].

В настоящее время попытки прогнозирования преждевременных родов с использованием балльных шкал факторов риска для оценки течения и исхода беременности предпринимаются различными исследователями, но уменьшения частоты преждевременных родов не отмечается [10,11,12,13].

Неудовлетворенность исходами преждевременных родов и результатами лечения вынуждает разрабаты-

вать и внедрять в практику новые эффективные схемы прогнозирования преждевременных родов с целью их предупреждения.

Это позволило сформулировать цель исследования: провести изучение медико-социальных факторов ранних преждевременных родов для разработки модели прогнозирования срока ранних преждевременных родов.

Материалы и методы

Для проведения исследования было обследовано 255 беременных женщин различного акушерского и перинатального риска, родоразрешенных в Областном и Городском перинатальных центрах г. Иркутска за период с 2006 по 2008 гг. Проведен ретроспективный анализ 255 обменных карт беременных, историй родов женщин, имеющих однoplодные беременности в рамках стандартного протокола. В протоколе фиксировались: социальные характеристики (образование, социальное положение, семейное положение, вредные привычки), особенности семейного анамнеза (наследственность по экстрагенитальной патологии), биологические характеристики (возраст, рост, вес, индекс массы тела), экстрагенитальные заболевания, медицинские харак-