

2. Лебедзевич Ю.С., Антонов В.Г., Рогачев М.В. Перфторорганические соединения в биологии и медицине. — Пущино: ОНТИ ПНЦ РАН, 1997, с. 117—126.
3. Лебедзевич Ю.С., Байбуз Д., Сливкин А. Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в военной медицине. — СПб., 1997, с. 70—72.
4. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. 2-е изд. — М.: РАВУЗДПГ, 1998, с. 135—150.
5. Мороз В.В., Крылов Н.Л. Перфторорганические соединения в биологии и медицине. — Пущино: ОНТИ ПНЦ РАН, 1999, с. 25—32.
6. Радзинский В.Е. // Акушерство и гинекология, 1999, № 1, с. 11—16.
7. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. Плацентарная недостаточность. — М.: Медицина, 1991.
8. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1989, с. 145—157.

PERFTORUGLERODY IN OBSTETRICS. REALTY AND PERSPECTIVES

**V.E. RADZINSKY, A.A. ORAZMURADOV, T.V. GALINA,
D.M. RABINOVICH, N.M. STARCEVA, V.I. DRAGANOV, V.V. PROSOROV**

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

V.A. SOBOLEV

Clinical Hospital № 29
Gospitalnaya sq., 2, 111020 Moscow, Russia

We inspected 66 women with heavy gestosis at gestational age 26—38 weeks. Patients were divided into 2 groups depending on Perfloran infusion use in intensive therapy only osmoon-cotherapy and receiving in quantity 3—4 ml per kg of weight once per 2 days, amount of application 3—4 times.

Purpose of research: determine the possibility of Perfloran infusion in obstetric practice, in particular its application in complex treatment of placental insufficiency at heavy gestosis.

Methods of research: clinical, laboratory, ultrasonic, dopplerometric.

Results of research: the addition of Perfloran in complex therapy resulted to much fast stabilization of haemodynamic, metabolism, opportunity to prolong pregnancy till 37—38 weeks.

The inclusion Perfloran in complex therapy of heavy gestosis is pathogenetically proved, allows to not admit gestosis aggravation and development of sever placental insufficiency.

УДК 618.3-008.6-08-039.35

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

В.А. БАБАЕВ, Н.М. МАЗУРСКАЯ, Л.С. ЛОГУТОВА

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии МЗ РФ
Ул. Покровка, 22-а, 101000 Москва, Россия

Изучены показатели центральной гемодинамики у 28 беременных со среднетяжелым и тяжелым течением гестоза на фоне комплексной интенсивной терапии. Для уменьшения периферического сосудистого спазма и достижения более выраженного гипотензивного эффекта в комплекс интенсивной терапии включалось введение в эпидуральное пространство с помощью длительной перидуральной анестезии (ДПА) местного анестетика 2%-го раствора лидокаина. Для потенцирования его действия пациенткам с высокой артериальной гипертензией, гиперкинетическим и эукинетическим типами кровообращения в эпидуральное пространство вводился клофеллин в дозе 100 мкг. Отмечено достоверное уменьшение СДД, ОПС, что позволило пролонгировать беременность у этих больных от 6 до

36 дней, предотвратить нарастание степени тяжести гестоза при родоразрешении. Наиболее эффективной проведенная терапия была у пациенток с артериальной гипертензией в анамнезе и высокими цифрами АД, у которых наблюдались эу- и гиперкинетический типы кровообращения.

Известно, что устранение генерализованного сосудистого спазма является одной из основных задач в интенсивной терапии гестоза [2, 4]. Данные литературы свидетельствуют о том, что, несмотря на большое число публикаций, посвященных этой теме, и появление новых фармакологических препаратов, проблема продолжает оставаться актуальной.

Целью настоящей работы явилось совершенствование интенсивной терапии у пациенток с гестозом.

Изучены показатели центральной гемодинамики у 28 пациенток с гестозом среднетяжелого и тяжелого течения в процессе интенсивной терапии. Возраст пациенток при поступлении составил 20—38 лет, срок беременности — 31—36 недель. У всех пациенток при поступлении в клинику регистрировались высокие цифры артериального давления (АД). В структуре экстрагенитальной патологии у 88% пациенток отмечена либо артериальная гипертензия (АГ), либо — гипертоническая болезнь (ГБ), у 8,4% пациенток наблюдались заболевания почек с высокой АГ; 24% женщин страдали ожирением 1—2-й степени. Систематического лечения до наступления беременности никто из пациенток не получал. Повышенные цифры АД у большинства этих больных регистрировались с 10—12 недель данной беременности. Амбулаторно беременные получали преимущественно спазмолитики, при госпитализации в стационар по месту жительства им проводили магнезиальную терапию, гипотензивную терапию с кратковременным эффектом.

Степень тяжести гестоза при поступлении пациенток в МОНИИАГ оценивалась с помощью балльной шкалы Goeck в модификации Г.М. Савельевой. У всех пациенток при поступлении и в процессе лечения определялись показатели центральной гемодинамики (ЦГД). Исследования проводились методом эхокардиографии с вычислением ударного объема по Teiholz с помощью ультразвукового сканера «Fukuda 2000». Оценивались показатели ударного объема (УО), минутного объема кровообращения (ОПС), среднего динамического давления (СДД), работы левого желудочка (РЛЖ), фракции сердечного выброса (ФВ), скорости укорочения передне-заднего размера миокарда левого желудочка (S). Мониторинг АД осуществлялся кардиомонитором фирмы Hewlett Packard (США). В процессе лечения контролировалось центральное венозное давление (ЦВД). Проводимая интенсивная терапия включала внутривенное введение сернокислой магнезии инфузатомом в суточной дозе 24 г сухого вещества из расчета 1 г в час; инфузию свежемороженой плазмы (300—600 мл); дезагрегантная терапия (внутривенное капельное введение реополиглюкина — 400,0, курантила, трентала). При снижении ЦВД менее 40 мм вод. ст. внутривенно капельно вводили раствор гидроксиэтилированного крахмала (6% или 10%), так, чтобы уровень ЦВД не превысил 90 мм вод. ст. Основываясь на нашем опыте интенсивной терапии этих больных (Ч, КР), мы проводили гипотензивную коррекцию в зависимости от типа гемодинамики, т. е. назначали препараты, корригирующие систолический объем и оказывающие гипотензивное действие: при гиперкинетическом типе кровообращения назначали в-адреноблокаторы (анаприлин 10—20 мг 2—3 раза в сутки), при эукинетическом типе кровообращения — в большей степени антагонисты кальция (нифедипин 20 мг 3—4 раза в сутки), при гипокинетическом типе кровообращения использовали блокатор α -адренергических рецепторов празозин. Для достижения более выраженного и продолжительного гипотензивного эффекта и уменьшения спазма периферических сосудов в настоящей работе мы применяли введение 100 мкг клофеллина и 10 мл 2% раствора лидокаина в эпидуральное пространство с помощью длительной перидуральной анестезии (ДПА): осуществлялась пункция и катетеризации эпидурального пространства в области поясничного отдела позвоночника в промежутках T12—L1 или L1—L2. Введение местных анестетиков в перидуральное пространство с целью обезболивания родов у больных с гестозом оказывает благоприятное воз-

Таблица 1

Показатели центральной гемодинамики у беременных с гестозом на фоне комплексной терапии и длительной эпидуральной анестезии при эукинетическом типе кровообращения

Пациентки	СДД, мм рт. ст.	УО, мл	МОК, л/мин	ОПС, дин с см	РЛЖ, кг м мин	ЧСС, уд. мин	ФВ, %	ΔS , %
До лечения (n=12)	116,6 $\pm$ 3,5	8,0 $\pm$ 3,5	6,31 $\pm$ 0,21	147,0 $\pm$ 67,9	9,3 $\pm$ 0,5	78,0 $\pm$ 1,3	63,0 $\pm$ 1,5	34,0 $\pm$ 2,1
После лечения (n=12)	103,3 $\pm$ 1,4	94,0 $\pm$ 1,2	6,9 $\pm$ 0,19	118,7 $\pm$ 20,1	9,2 $\pm$ 0,31	73,0 $\pm$ 1,0	70,0 $\pm$ 0,8	39,0 $\pm$ 1,5

Примечание: * — достоверные данные ($p<0,05$) до и после лечения.

Таблица 2

Показатели центральной гемодинамики у беременных с гестозом на фоне комплексной терапии и длительной эпидуральной анестезии при гиперкинетическом типе кровообращения

Пациентки	СДД, мм рт. ст.	УО, мл	МОК, л/мин	ОПС, дин с см	РЛЖ, кг м мин	ЧСС, уд. мин	ФВ, %	ΔS , %
До лечения (n=10)	128,0 $\pm$ 1,8	85,4 $\pm$ 1,9	6,7 $\pm$ 0,3	1539 $\pm$ 85,6	10,5 $\pm$ 0,32	78,0 $\pm$ 4,2	73,5 $\pm$ 1,2	43,5 $\pm$ 1,7
После лечения (n=10)	109,3 $\pm$ 1,2	89,9 $\pm$ 1,3	6,8 $\pm$ 0,22	1265 $\pm$ 63,2	9,9 $\pm$ 1,26	80,0 $\pm$ 2,2	77,0 $\pm$ 1,2	46,0 $\pm$ 1,2

Примечание: * — достоверные данные ($p<0,05$) до и после лечения.

Таблица 3

Показатели центральной гемодинамики у беременных с гестозом на фоне комплексной терапии и длительной эпидуральной анестезии при гипокинетическом типе кровообращения

Пациентки	СДД, мм рт. ст.	УО, мл	МОК, л/мин	ОПС, дин с см	РЛЖ, кг м мин	ЧСС, уд. мин	ФВ, %	ΔS , %
До лечения (n=6)	124,6 $\pm$ 2,8	48,7 $\pm$ 1,3	3,2 $\pm$ 0,1	2819 $\pm$ 38,3	5,6 $\pm$ 2,1	72,7 $\pm$ 2,3	62,4 $\pm$ 1,8	33,1 $\pm$ 1,2
После лечения (n=6)	110,2 $\pm$ 2,3	54,2 $\pm$ 1,3	3,9 $\pm$ 0,5	2117 $\pm$ 28,6	5,7 $\pm$ 2,0	71,9 $\pm$ 2,1	63,8 $\pm$ 1,7	34,2 $\pm$ 1,1

Примечание: * — достоверные данные ($p<0,05$) до и после лечения.

действие на сердечно-сосудистую систему благодаря уменьшению ОПС, что обеспечивает увеличение сердечного выброса и снижение артериального давления (ЮБИЛ). В нашем исследовании использование ДПА у беременных с гестозом в комплексной интенсивной терапии позволило уменьшить, а иногда и полностью устранить спазм периферических сосудов на 5—6 ч. Потенцирование действия местного анестетика осуществлялось с помощью введения в эпидуральное пространство клофеллина. Результаты представлено в табл. 1 и 2. Как видно из табл. 1, на фоне указанной терапии происходило достоверное ($p < 0,05$) снижение ОПС и СДД соответственно на 20% и 15%, увеличение УО на 14% у пациенток с исходным эукинетическим типом кровообращения. У пациенток с гиперкинетическим типом кровообращения и высокой артериальной гипертензией (табл. 2) отмечено достоверное снижение ОПС на 16%, СДД — на 11,4% ($p < 0,05$). Применение указанной терапии в течение 8—10 суток позволило пролонгировать беременность у пациенток со среднетяжелым течением гестоза на 25—36 дней, у пациенток с тяжелым течением гестоза — на 5—7 дней. При родоразрешении пациенток нарастания степени тяжести гестоза не было отмечено. Отрицательного воздействия на состояние плода и новорожденного не наблюдалось.

У пациенток с гипокинетическим типом кровообращения, выраженной гиповолемией и тяжелым течением гестоза во избежание снижения клофелином систолического объема мы применяли введение в эпидуральное пространство только раствор местного анестетика лидокаина (2%-ный — 10,0) под контролем показателей ЦГД, ЦВД, на фоне инфузионной терапии коллоидными растворами. Результаты представлены в табл. 3. Проведенная терапия позволила достоверно уменьшить ОПС на 15%, СДД — на 11,6%, УО и МОК достоверно не изменялись. Пролонгирование беременности у этих пациенток с наиболее тяжелым течением гестоза было возможно в течение 2—3 суток от момента поступления и начала интенсивной терапии. Однако проведенное лечение благодаря уменьшению ангиоспазма позволило подготовить этих пациенток к родоразрешению и предотвратить развитие более тяжелых форм гестоза. Состояние новорожденных при рождении было обусловлено тяжестью гестоза, отрицательного воздействия указанной терапии на плод и новорожденного не было отмечено.

Таким образом, результаты исследования позволили отметить благоприятный эффект ДПА в комплексной интенсивной терапии гестоза, обеспечивающий уменьшение генерализованного сосудистого спазма и возможность пролонгирования беременности у пациенток со среднетяжелым и тяжелым течением гестоза, предотвращение нарастания степени тяжести гестоза при родоразрешении. Наиболее значительный эффект от лечения наблюдался у пациенток с гестозом, развившимся на фоне высокой артериальной гипертензии в анамнезе. Полученные данные позволяют рекомендовать включение ДПА в комплекс интенсивной терапии гестоза особенно у этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И., Федорова М.В., Новикова С.В., Левашова И.И. и соавт. Тактика родоразрешения женщин с ОПГ-гестозами: показания, прогноз, исходы // Вестник Росс. ассоц. акуш.-гин., 1997, № 1, с. 95—99.
2. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Шалина Р.И., Мурашко Л.Е., Дюгеев А.Н. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза // Российский Вестник акушера-гинеколога, (год — ???), т. 1, № 3 (5), с. 66—72.
3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.В. Практическое акушерство: руководство для врачей. — М., 1997. — 436 с.
4. Мазурская Н.М., Щепатов В.В., Ермолаева Е.Е., Дурова А.А., Левашова И.И. Влияние длительной перидуральной анестезии на показатели гемодинамики у рожениц с гестозом // Вестник Росс. Ассоц. акуш.-гин., 1999, № 3, с. 29—34.
5. Duley L. Magnesium sulfate regiment for women with eclampsia: mesages from the collaborative Eclampsia trial. // Brit. S. Jbstet. Gynarc., 1996, vol. 103, p. 103—105.

OPTIMIZATION OF INTENSIVE CARE THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH GESTOSIS

V.A. BABAEV, N.M. MAZURSKAYA, L.S. LOGUTOVA

Moscow Regional Institute of Obstetrics and Gynecology
Pokrovka st., 22-a, 101000 Moscow, Russia

Parameters of central hemodynamics were studied in 28 pregnant women with moderate and severe gestosis on the background of complex and intensive therapy. For decreasing of the peripheral vessel spasm and more expressive hypotensive effect the complex of intensive therapy was combined by long-term epidural anesthesia with 2% solution of lidocain. Patients with high arterial hypertension, hyperkinetic, and eukinetic types of blood circulation 100 mkg dosage of clophellin was given into epidural space. The significant decrease of SDR and general peripheral resistance was noticed that allowed to prolonged the pregnancy from 6 to 36 days and to prevent the further development of gestosis.

In patients with arterial hypertension in anamnesis who had eu- and hyperkinetic types of blood circulation this method of intensive care was especially effective.

УДК 618.14-007.42-089.881

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ФИКСАЦИИ КУПОЛА ВЛАГАЛИЩА К КРЕСТЦОВО-ОСТИСТОЙ СВЯЗКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ

О.Н. ШАЛАЕВ, О.С. АШАХМАН, О.Г. ЛИТВАК, Е.И. КОЛЕСНИКОВА

Отделение эндоскопической хирургии и оперативной гинекологии
Люберецкий родильный дом
Ул. Мира, 6, 140014 Московская обл., г. Люберцы, Россия

Выполнено 15 трансвагинальных фиксаций купола влагалища к правой крестцово-остистой связке. Из них 10 — при выполнении влагалищной гистерэктомии, 5 — при хирургическом лечении постгистерэктомического пролапса купола влагалища.

Операции были выполнены под эпидуральной анестезией (ЭА) — у 3 женщин и под спинно-мозговой анестезией (СМА) — у 12.

Отмечены осложнения: у 1 пациентки — ранение мочевого пузыря, еще у 1 — дизурические явления после операции.

За время наблюдения рецидивов опущения стенок влагалища после фиксации его к крестцово-остистой связке не отмечено.

Выпадение свода влагалища после гистерэктомии представляет для гинекологов достаточно сложную проблему. Существует не один десяток хирургических процедур, но не все из них восстанавливают нормальное анатомическое положение влагалища. Это имеет очень важное значение, т. к. для нормального функционирования влагалища требуется его естественное анатомическое положение. Пожилой возраст, уменьшение эластических волокон, рубцовая ткань, повышенное внутрибрюшное давление — все это затрудняет реконструкцию и требует подбора оптимального метода.

Используются различные оперативные доступы при хирургическом лечении постгистерэктомического пролапса влагалища: абдоминальный, влагалищный, лапароскопический, комбинированный брюшно-влагалищный [2—4, 6—8, 10].

Одной из наиболее удачных, на наш взгляд, оперативных методик лечения и предупреждения выпадения свода влагалища является сакроспинальная кольпопексия, выполняемая влагалищным доступом [9, 11].

Не обязательно быть убежденным сторонником влагалищного оперативного доступа, чтобы понимать, насколько лучше пациентки переносят его, по сравнению, например, с абдоминальной операцией. При сравнении с лапароскопичес-