

После кровопотери содержание ФДФ₂ в лимфоцитах, активность НАДФН – оксидазы в нейтрофилах и Mg²⁺-АТФ-азы мембраны эритроцитов значительно снижались, а содержание МДА в тромбоцитах увеличивалось. Введение после кровопотери менадиона с этанолом уменьшало выраженность изменения этих параметров, а инъекции менадиона с ЭОЭ нормализовало их величины (табл. 4).

Таблица 4.

Влияние менадиона, этанола и ЭОЭ на метаболические маркеры функциональной активности клеток крови.

Условия опыта	НАДФН оксидаза нейтрофилов	ФДФ ₂ лимфоцитов	Mg ²⁺ АТФ-азы мембраны эритроцитов	МДА тромбоцитов
Контроль	1,34±0,25	0,95±0,18	0,66±0,08	0,61±0,06
Кровопотеря	0,54±0,09 ¹	0,45±0,08 ¹	0,33±0,04 ¹	0,9±0,14 ¹
Кровопотеря, введение менадиона и этанола	0,95±0,15 ^{1,2}	0,68±0,11 ^{1,2}	0,47±0,06 ^{1,2}	0,78±0,12 ^{1,2}
Кровопотеря, введение менадиона и ЭОЭ	11,29±0,17 ^{2,3}	0,97±0,16 ^{2,3}	0,71±0,08 ^{2,3}	0,66±0,07 ^{2,3}

Иммунологическая реактивность организма в значительной степени определяется метаболическим состоянием гепатоцитов и эритроцитов. Функциональная взаимосвязь гепатоцитов, эритроцитов и иммуноцитов наиболее отчетливо выявляется при стрессе и в условиях патологии, характеризующихся усилением свободнорадикальных реакций, процессов перекисного окисления липидов и гипоксией. Изучено влияние менадиона, этанола и ЭОЭ на метаболические параметры гепатоцитов и эритроцитов после кровопотери. Установлено, что раздельное введение менадиона, этанола или ЭОЭ не влияло на показатели антиоксидантного потенциала и интенсивности ПОЛ гепатоцитов и эритроцитов. Совместное введение менадиона с этанолом уменьшало выраженность, вызванных кровопотерей снижения активности СОД и каталазы, повышения содержания ДК, АГП и МДА в гепатоцитах и эритроцитах. Инъекции менадиона с ЭОЭ нормализовали показатели антиоксидантной защиты и интенсивности ПОЛ гепатоцитов и эритроцитов (табл. 5).

Таблица 5

Влияние менадиона, этанола и ЭОЭ на метаболические параметры гепатоцитов и эритроцитов

	Контроль	Кровопотеря	Кровопотеря, введение менадион+этанол	Кровопотеря, введение менадион+ЭОЭ
Гепатоциты				
СОД	4,5±0,3	2,9±0,2 ¹	3,4±0,03 ^{1,2}	4,2±0,3 ^{2,3}
Каталаза	21,3±1,4	16,4±1,1 ¹	18,7±1,2 ^{1,2}	19,8±1,5 ^{2,3}
ДК	50,4±2,2	67,0±3,6 ¹	58,4±3,1 ^{1,2}	51,7±3,0 ^{2,3}
МДА	24,8±1,6	32,8±1,9 ¹	28,5±1,7 ^{1,2}	26,0±1,6 ^{2,3}
Эритроциты				
СОД	59,4±2,8	38,1±1,6 ¹	46,2±1,9 ^{1,2}	56,3±2,4 ^{2,3}
Каталаза	11,3±0,6	7,4±0,3 ¹	9,2±0,4 ^{1,2}	10,8±0,6 ^{2,3}
АГП	1,5±0,2	0,6±0,1 ¹	1,1±0,2 ^{1,2}	1,6±0,3 ^{2,3}
МДА	44,2±3,5	36,4±2,8 ¹	39,9±2,7 ^{1,2}	42,8±3,2 ^{2,3}

При состояниях, характеризующихся нарушением энергетического гомеостаза, угнетение иммунологической реактивности сочетается с нарушением функциональной активности гепатоцитов, нейтрофилов, эритроцитов и тромбоцитов. В основе этого лежит усиление генерации активных метаболитов кислорода, индуцирующих перекисное окисление липидов, нарушение структуры двойного фосфолипидного слоя клеточных мембран и их функций. Этанол и менадион, фиксированные эритроцитами, эффективнее чем свободные препараты, корректировали иммунометаболические сдвиги. По-видимому, это обусловлено сочетанием конформационных перестроек препаратов и мембранных структур эритроцитов, приводящим к активации большего (чем при введении свободных препаратов) числа иммунорегуляторных клеток. Обращает на себя внимание тот факт, что фосфолипиды эссенциале и ретинола ацетат при экстракорпоральной обработке индуцировали появление лишь слабо выраженных иммуномодулирующих свойств у эритроцитов, а этанол с токоферола ацетатом вообще не вызывали подобного эффекта. Вероятно, это обусловлено тем, что фосфолипиды ретинола ацетата и токоферола ацетата вызывали преимущественно антиоксидантные эффекты, а менадион наряду с антиоксидантной обладает еще и энергизирующей активностью.

Литература

1. Бенисевич В.И., Идельсон Л.И. // Вопр. мед. химии.– 1973.– Т. 19, № 6.– С. 596-599.
2. Генинг Т.П. и др. // Антибиот. и химиотер.– 1998.– № 11.– С. 867.
3. Жумадилов Ж.Ш., Макаренкова Р.В. // Антибиотики и химиотерапия.– 1990.– Т.35, №11.– С. 54-56.
4. Коровкин Б.Ф. и др. // Вопр. мед. химии.– 1999.– Т. 45, Вып. 3.– С. 232–237.
5. Лакин Г.Ф. Биометрия.– М.: Высшая школа; 1980.– 293 с.
6. Мальберг К., Зигль Э. Иммунологические методы: Пер. с нем. / Под ред. Г. Фримеля.– М.: Медицина, 1987.– С. 57–72.
7. Мельников О.Ф., и др. // Врач. дело.– 1989.– С.85–87.

8. Негреску Е.В. и др. // Вопр. мед. химии.– 1992.– Т. 38, Вып. 1.– С. 36–39.

9. Подильчак А.М. // Клини. энзимол.– Киев: Здоров'я, 1967.– 292 с.
10. Рыбников В.Н., Бровкина И.Л. // Курский науч.-практич. вестник «Человек и его здоровье».– 2002.– №4.– С. 93-97.
11. Рыжкова Г.Ф., Вишняков С.Н. // Методическое пособие по выделению, очистке и определению активности транспортных АТФ-аз в органах и тканях животных.– Воронеж.– 2005.– 31 с.
12. Стальная Н.Д. Современ. методы в биохимии / Под. ред. В.Н. Ореховича.– М., 1977.– С. 63–64.
13. Beutler B. et al. // Cachectic tumor.– 1985.– Vol.135.– P. 3972.
14. Duriez P, Fruchart J. // Ann. Med. Nancy et EST.– 1990.– Vol.29, №6.– P. 365–369.

УДК 616.34-089.001.5

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТО-ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Д.Ю. КОНОВАЛОВ

Резекция ободочной кишки – один из распространенных методов лечения, применяемых при заболеваниях ободочной кишки, после которого, как правило, возникает необходимость восстановления непрерывности кишечника. До настоящего времени нельзя считать решенной проблему профилактики таких осложнений восстановительных этапов операций, как несостоятельность кишечных швов и анастомозов с развитием гнойных внутрибрюшных осложнений, достигающих от 6,5% до 30,7% [1,5]. Для профилактики таких осложнений разработаны способы оперативного лечения, связанные с расчленением его на несколько этапов (операции Цейдлера – Шлоффера, Гартмана), с наложением разгрузочных проксимальных свищей, что значительно удлиняет сроки лечения и не гарантирует отсутствия несостоятельности швов анастомозов, добавляя риск развития осложнений со стороны создаваемого стом [3]. При благоприятном непосредственном результате резекций ободочной кишки с восстановлением её непрерывности, в отдалённые сроки возможно развитие стенозирования анастомозов до 14,2 % случаев [7]. В немногочисленных работах показана эффективность применения прецизионной и элементов микрохирургической оперативной техники при формировании толсто-толстокишечных анастомозов [2,4]. В проведённых собственных анатомических и экспериментально-морфологических исследованиях установлена целесообразность и эффективность применения микрохирургических оперативных приёмов при формировании толсто-толстокишечных анастомозов. К изученным микроанатомическим особенностям стенки ободочной кишки необходимо отнести малую толщину и значительную изменчивость толщины её стенки и слоёв, вариальность микропографии стенки в межленточных участках и области мышечных лент, как индивидуально, так и в разных отделах на протяжении кишки. При формировании ран и анастомозов ободочной кишки обеспечило их заживление не позднее 4-5 суток по типу первичного с сохранением футлярного строения стенки кишки. Заживление протекало без развития рубцовой соединительной ткани и стенозирования анастомозов в отдалённые сроки до 17 месяцев. В экспериментах по формированию толсто-толстокишечных анастомозов на нефиксированных трупах людей установлено, что для уверенного и точного выполнения микрохирургических приёмов с учётом морфологических особенностей стенки ободочной кишки необходимы оптическое увеличение 6–10 крат, атравматический монофиламентный шовный материал условных номеров 6/0–7/0 и микрохирургический инструментарий.

Таблица 1

Основные оперативные приёмы в сравниваемых группах

	ОГ*	ТС
Восстановительные и восстановительно-реконструктивные	13(4)*	7(3)
Детрансверзостомия и асцендотрансверзостомия	1	-
Детрансверзостомия и трансверзотрансверзостомия	2	2(1)
Детрансверзостомия и трансверзосигмостомия	4(3)	1
Десцендостомия и десцендосигмостомия	1	-
Десигмостомия и сигмосигмостомия	5(1)	4(2)
Радикальные	20	20
Резекция поперечной ободочной кишки и трансверзотрансверзостомия	1	2
Резекция поперечной ободочной кишки и асцендотрансверзостомия	1	-
Гемиколэктомия слева и трансверзосигмостомия	8	8
Резекция сигмовидной кишки и сигмосигмостомия	8	8
Резекция сигмовидной кишки и сигморектостомия	2	2
Паллиативные	2	1
Резекция сигмовидной кишки и сигмосигмостомия	2	-
Сигмосигмостомия (обходной анастомоз)	-	1
Всего	35(4)	28(3)

*в скобках в т.ч. не онкологическая патология

Эти данные позволили разработать и апробировать в клинике способ оперативного лечения заболеваний ободочной кишки (патент RU 2248758). Микрохирургические оперативные приёмы и способ оперативного лечения заболеваний ободочной кишки вошли в зарегистрированную медицинскую технологию «Оперативное лечение заболеваний ободочной кишки и илеоцекальной области с применением микрохирургической

техники» (№ФС-2007/136-У). По разработанной методике формирование толстокишечных анастомозов по типу «конец в конец» выполнено у 35 больных (основная группа – ОГ). Возраст пациентов ОГ колебался от 36 до 87 лет, в среднем 65,9±11,6 лет. Среди них пациентов пожилого возраста было 13(37,1%), старческого – 7(20%), всего 57,1%. Степень операционно-анестезиологического риска установлена в пределах от 4,0 до 6,5 баллов, в среднем 4,8±0,5 балла. Результаты операций ОГ сравнивали с результатами вмешательства после формирования толсто-толстокишечных анастомозов по типу «конец в конец» с применением традиционных общехирургических приёмов двухрядными узловыми инвертированными швами шовным материалом «викрил» условных номеров 4/0-6/0. В группе сравнения (ГС) наложение толсто-толстокишечных анастомозов выполнено у 28 лиц. Возраст больных этой группы 62,3±10,1 года. Пациентов пожилого возраста было 10(35,7%), старческого – 4(14,3%), всего – 50%. Операционно-анестезиологический риск определен 4,5±0,7 балла. Основные оперативные приёмы представлены в табл. 1.

Способ анастомозирования с использованием микрохирургической технологии осуществляют следующим образом. После лапаротомии, определения показаний и объёма резекции, производят мобилизацию соответствующего участка ободочной кишки, накладывают по 3 серозно-мышечной лигатуродержалки в области мышечных лент обоих отрезков кишки в 3-5 мм от предполагаемой линии резекции. Выполняют тщательное отграничение гипоскопическим материалом области работы на кишке перед вскрытием просвета. В 1-2 мм от уровня мобилизации кишку пересекают микрохирургическим лезвием. Слизистую культей кишки обрабатывают 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата. Анастомоз по типу «конец в конец» формируют под оптическим увеличением 6-10 крат. Начинают сшивать непрерывным швом монофиламентным материалом 6/0-7/0 серозно-мышечный футляр задней полуокружности анастомоза, сопоставляя края ран встык. Заканчивают заднюю полуокружность внутренним непрерывным швом подслизистой основы, вкалывая и выкалывая иглу на границе подслизистой основы и собственно слизистой, переходя на переднюю полуокружность и закрывая просвет кишки. При наложении непрерывных швов, в стежки захватывают сосуды кишечной стенки, что обеспечивает надёжный гемостаз. Затем накладывают наружный непрерывный шов передней полуокружности анастомоза, сопоставляя края раны серозно-мышечного футляра. Дефект брюшины и брыжейки в области анастомоза ушивают отдельными швами. Лапаротомную рану ушивают наглухо. Декомпрессию просвета ободочной кишки проксимальной колостомой и трансанальной интубацией ободочной кишки не проводят.

Анализ длительности операций показал, что она зависела от объёма вмешательства и клинической ситуации и составила в среднем в ОГ 258,0±64,9, а в ГС 236,3±76,0 минуты ($p>0,05$). Длительность формирования толсто-толстокишечного анастомоза в ОГ была в среднем 72,3±18,8 минуты, в ГС 79,2±29,9 минуты ($p>0,05$), а доля этих этапов в длительности всей операции составила соответственно 28,7±6,8% и 34,4±8,3% и не имела существенных отличий. В послеоперационном периоде длительность пребывания в условиях реанимационного отделения оперированных из ОГ была в среднем 51,7±10,4 часа, а из ГС 119,2±16,9 часа ($p<0,05$).

Всего осложнений в ОГ было 6, а как у больных в ГС 24, в том числе тёмные внутрибрюшные осложнения отмечены в ОГ в 1 случае, а в ГС в 11. В ГС умерла 1 пациентка (3,6%). Причиной смерти стала массивная тромбоэмболия лёгочной артерии на 15 сутки после операции, несмотря на проводимую профилактику. В ГС в 9(32,1%) наблюдениях отмечено осложнённое течение послеоперационного периода, сопровождающееся тахикардией до 80-90 в 1 минуту, субфебрильной температурой, болями в животе в проекции анастомоза, вздутием живота, задержкой отхождения газов и стула, расценённых как явления анастомозита. У двух больных клиника анастомозита сопровождалась определяемым при пальпации болезненным инфильтратом брюшной полости в проекции анастомоза, потребовавшие дополнительных лечебных мероприятий консервативного характера. В лабораторных показателях крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Ещё в 2(7,1%) случаях имелись показания для оперативного лечения по поводу несостоятельности анастомозов и перитонита.

В ОГ летальности не было. В одном случае отмечена несостоятельность сигморектоанастомоза у пациента с аденокарциномой сигмовидной кишки, осложнённой компенсированной формой нарушения проходимости толстой кишки. Причиной несостоятельности явился абсцесс брыжейки сигмовидной кишки в области анастомоза. Это осложнение потребовало релапаротомии, санации, герметизации анастомоза дополнительным рядом швов, его эстраперитонизации, дренирования брюшной полости и наложения проксимальной колостомы. В последующем трансверзостомы была закрыта в плановом порядке. Во всех остальных случаях в ОГ получено быстрое заживление анастомозов и хороший ранний функциональный результат операций.

При анализе сроков восстановления двигательной функции (табл. 2) установлено, что в среднем в ОГ они были в два раза короче, чем в ГС. Больным в ОГ разрешено в среднем пить в 2 раза, принимать жидкую пищу в 2,5 раза, а стол №1 по Певзнеру назначен в 2,3 раза раньше, чем в ГС. Расширение режима до полупотельного в ОГ происходило в 2,5 раза, а до свободного – в 1,9 раза быстрее, чем в ГС. При ирригоскопии у больных в ОГ область анастомоза дифференцируется с трудом, в связи с отсутствием характерных рентгенологических признаков, в том числе сужения кишки, задержки контраста в области анастомоза, выхода контраста из просвета кишки, деформации её контуров в области анастомоза. В ОГ при

фиброколоноскопии в срок 6-9 суток после операций в области анастомоза не отмечено деформации стенки; гиперемии, отёка слизистой, дефектов и диастаза слизистых соединённых отрезков кишки. Область толсто-толстокишечных анастомозов дифференцирована с затруднением, представлена едва определяемой линией стыка слизистых на складке слизистой оболочки, не превышающей высоты межгаустральных складок (рис.).

При инсультации воздуха в область анастомоза, стенка кишки была эластичной, расправлялась, а при удалении воздуха и при прохождении перистальтической волны смыкалась. Кишка на этом уровне активно участвовала в перистальтических движениях. В срок 9-12 суток анастомозы функционировали без признаков анастомозита и уменьшения диаметра кишки, прорезывания лигатур не отмечено, стык слизистых не определялся. В дальнейшие сроки область анастомозов дифференцирована с трудом, легче при наличии анастомоза поперечной или нисходящей ободочных с сигмовидной кишкой, имеющих характерные морфологические отличия внутреннего рельефа слизистой. В отдалённые сроки до 2 лет признаки стеноза анастомозов отсутствовали.

Таблица 2

Сроки восстановления двигательной функции кишечника у пациентов после формирования толсто-толстокишечных анастомозов (часы)

	ОГ			ГС		
	$\bar{x} \pm S_x$	Мин.	Макс.	$\bar{x} \pm S_x$	Мин.	Макс.
Перистальтика ($p<0,05$)	16,1±4,8	8	27	37,8±13,7	20	75
Газы	40,4±19,7	15	82	77,3±23,2	38	127
Стул	102,6±49,5	18	233	173,4±79,2	69	402

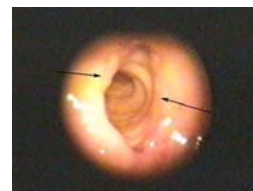


Рис. Большой X, 53 г. История болезни №8305. Сигмосигмоанастомоз по типу «конец в конец» (обозначен стрелками). Срок наблюдения 6 суток. Фиброколоноскопия.

В ГС ирригоскопию и фиброколоноскопию в ранние сроки не проводили, так как характер заживления анастомозов по типу вторичного повышает риск развития осложнений и рекомендуемый срок исследования при гладком течении послеоперационного периода составляет не ранее 45-50 дней [7]. В отдалённые сроки после операций эти исследования позволили установить в 3(10,7%) случаях наличие стеноза анастомозов, что послужило противопоказанием к закрытию имеющихся проксимальных колостом и ухудшению качества жизни пациентов.

Гладкое течение послеоперационного периода и быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции толстой кишки у больных ОГ привели к статистически достоверному уменьшению послеоперационного койко-дня в среднем до 14,4±4,6 койко-дней, по сравнению с ГС, где этот показатель составил 23,8±5,4 койко-дня.

Результаты операций в ОГ обусловлены применением микрохирургической технологии, основанной на учёте микроанатомических особенностей и морфометрической характеристики стенки ободочной кишки. При формировании толсто-толстокишечных анастомозов возможны технические трудности из-за различий анатомии отделов ободочной кишки. Различия диаметров и соответствующая ему длина окружности поперечного сечения кишки также имеют значение при анастомозировании. Для выравнивания диаметра сшиваемых культей кишки в хирургии используют два приёма: косое пересечение меньшей по диаметру культы кишки и гофрирующие швы. При этом на протяжении окружности формируемого толсто-толстокишечного анастомоза при совмещении дистальной и проксимальной культей могут сопоставляться области мышечных лент и межленточных участков, имеющих значительные отличия толщины стенки и слоёв.

Пересечение продольного и кругового мышечных слоёв приводит к выворачиванию слизистой оболочки кишки по краю культей и ран при любом их направлении. Это затрудняет дифференцировку слоёв при наложении швов и формировании анастомозов. Особенное значение имеет шов подслизистой основы, обеспечивающий наибольшую долю механической прочности кишечного шва на любом уровне пищеварительного тракта [5,6]. Толщина подслизистой основы и мышечных слоёв стенки ободочной кишки человека по нашим данным имеет широкий диапазон изменчивости, но, в среднем, первая тоньше, а вторая напротив толще в левой половине ободочной кишки. Минимальные значения толщины подслизистой основы в левой половине ободочной кишки достигают 83-195 мкм, что, при применении общехирургических оперативных приёмов, влечёт за собой их сквозное повреждение, деформацию, интерпозицию слоёв. Это ухудшает условия заживления анастомоза и повышает риск несостоятельности анастомозов ободочной кишки. Важное практическое значение имеют данные о достоверном уменьшении толщины слизистого и мышечных слоёв ободочной кишки выше опухолей при всех степенях обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости в 3-4 раза по сравнению с контролем. Влияние диаметра нити, количества шовного материала на репаративные процессы в области кишечного анастомоза не вызывает сомнений. По [5], при применении атравматических монофиламентных нитей 4/0-5/0 меньше разрушается подслизистая основа, являющаяся основным механи-

Таблица 2

Относительный риск ПС при различных факторах в зависимости от уровня стационара

Фактор	подгруппа	случаев	P	OR
Употребление алкоголя				
I	A	0		Мало данных
	B	29	0,00051	
II	A	11	0,01482	21,47
	B	39	0,00069	
III	A	7	0,00943	12,4
	B	43	0,00076	
Возраст матери 40 лет и более				
I	A	3	0,00404	10,36
	B	22	0,00039	
II	A	4	0,00539	1,8
	B	169	0,00299	
III	A	10	0,01348	2,5
	B	301	0,00532	
Гипертензия, вызванная беременностью				
I	A	6	0,00809	5,2
	B	88	0,00155	
II	A	26	0,03504	2,01
	B	986	0,01742	
III	A	48	0,06469	0,9
	B	3920	0,06926	
Интранатальный дистресс плода				
I	A	7	0,00943	16,5
	B	32	0,00057	
II	A	48	0,06469	11,1
	B	329	0,00581	
III	A	44	0,05930	3,07
	B	1091	0,01928	
Многоплодие				
I	A	3	0,00404	16,16
	B	14	0,00025	
II	A	10	0,01348	7,2
	B	106	0,00187	
III	A	15	0,02022	4,13
	B	277	0,00489	
Преждевременная отслойка плаценты				
I	A	5	0,00674	22,47
	B	17	0,00030	
II	A	24	0,03235	18,7
	B	98	0,00173	
III	A	30	0,04043	12,18
	B	188	0,00332	

Таблица 3

Относительный риск перинатальной смертности при преждевременных родах в зависимости от уровня стационара

Масса плода	Подгруппа	Случаев	P	OR
2000-2500 г				
I	A	10	0,01348	6,8
	B	112	0,00198	
II	A	50	0,06739	5,12
	B	745	0,01316	
III	A	57	0,07682	3,22
	B	1350	0,02385	
1500-2000 г				
I	A	12	0,01617	24,88
	B	37	0,00065	
II	A	46	0,06199	16,90
	B	207	0,00366	
III	A	85	0,11456	14,9
	B	436	0,00770	
1000-1500 г				
I	A	4	0,00539	29,9
	B	10	0,00018	
II	A	28	0,03774	29,7
	B	72	0,00127	
III	A	58	0,07817	22,9
	B	193	0,00341	

Таблица 1

Готовность акушерских стационаров Тульской области к оказанию акушерско-гинекологической и неонатологической помощи

	Акушерская помощь	Резаниционная помощь	Неонатологическая помощь
Первый уровень	врачебная только в дневное время	нет	нет
Второй уровень	1 врач круглосуточно	круглосуточная в реанимационных отделениях	круглосуточная
Третий уровень	2-3 врача круглосуточно	круглосуточная в акушерских отделениях	круглосуточно, в т.ч. реанимационная

Цель исследования – определение относительного риска (OR) ПС при некоторых медико-социальных факторах в зависимости от уровня готовности акушерских стационаров к оказанию медицинской помощи.

Материалы. Все акушерские стационары Тульской области разделены на три группы репродуктивных потерь (табл. 1).

Информационной основой для проведения данного исследования явилась компьютерная база данных, накопленная в рамках проведения мониторинга рождаемости и перинатальной смертности в Тульской обл. за 2000-2004 гг. [1, 3]. Для ретроспективного анализа сформированы три группы исследования: в I-ю группу (n=3508) – включены случаи рождений в стационарах первого уровня, во II-ю (n=20941) – случаи рождений в стационарах второго уровня и в III-ю (n=32320) – рождения в стационарах третьего уровня. Для определения OR ПС для факторов в каждой группе выделены по две подгруппы: подгруппа А – случаи перинатальной смертности, подгруппа Б – случаи рождения живых детей, переживших перинатальный период. OR – отношение вероятности события в подгруппе А к вероятности этого же события в подгруппе Б. Вероятность события (Р) – отношение числа наблюдений данного фактора в каждой из подгрупп к общему числу наблюдений в этих подгруппах. Доверительный интервал (ДИ) рассчитан при выбранном уровне доверия 95%.

Результаты. При проведении анализа выявлено, что риск ПС при наличии у женщин одних и тех же факторов не одинаков в группах исследования (табл.2). Особый интерес представляет риск ПС при преждевременных родах (табл.3). Наиболее четкие отличия в риске ПС при преждевременных родах в зависимости от уровня стационара, в котором они произошли, имеются в весовых категориях 1500-2000 г и 2000-2500 г. В весовой категории 1000-1500 г эта разница не существенна.

Выводы. ПС зависит от уровня оказания медицинской помощи беременным, рожденным и новорожденным. Необходимы мероприятия, направленные на улучшение качества оказания медицинской помощи в акушерских стационарах второго и особенно первого уровня (кадровая политика, дооснащение роддомов). Женщины, имеющие факторы риска ПС (за исключением преждевременной отслойки плаценты) должны быть своевременно направлены в стационары первого уровня.

Высокий OR при преждевременных родах в весовой категории 1000-1500 г в стационарах всех уровней требует внедрения новых неонатальных технологий выхаживания глубоко недоношенных детей (экзогенный сурфактант, высокочастотная искусственная вентиляция легких).

Литература

1. Центральным Федеральным округ: медико-демографическая характеристика и состояние репродуктивного здоровья женщин. Под ред. Кулакова В.И., Гаспарова А.С. – Москва. – 2004. – 134 с.
2. Мартыненко П.Г. «Комплексный анализ причин и факторов риска перинатальной смертности в Тульской области и мероприятия по ее профилактике». – Автореф. канд.мед.наук. – Москва. – 2004. – 24 с.
3. Хромушин В.А. Методология обработки информации медицинских регистров: Монография. – Тула: Изд-во ТулГУ, 2005. – 120 с.