

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЧЕЧНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ С ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Карпук Н.Л., Томс С.Р., Карпук Н.В., Бекасова О.В., Бусова О.А., Андрианова Е.Н.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Обследовано 15 пациентов в возрасте 11—14 лет, страдающих лабильной артериальной гипертензией (ЛАГ). Почечный кровоток изучали методом реоэндографии (РЕГ) на аппарате «Реоспектр-3» фирмы «Нейрософт». У всех пациентов определялся тип центральной гемодинамики (ГД) методом эхо- и доплерографии. В ходе обследования больные были разделены на три группы в зависимости от типа ГД: 1 группа — с гипокINETическим, 2 группа — с гиперкинетическим, 3 группа — с эукинетическим вариантом центральной ГД.

У всех больных выявлено значительное снижение показателей, характеризующих интенсивность почечного кровотока — реографического индекса (РИ) и амплитудно-частотного показателя (АЧП). Каких-либо выраженных различий в уровне этих параметров по выделенным группам выявлено не было. Средние значения составили соответственно $RI_{RS} = 0,09 \pm 0,01$ у.е., $RI_{RD} = 0,088 \pm 0,012$ у.е. (в контроле $RI = 0,16—0,22$ у.е.); $ACH_{RS} = 0,118 \pm 0,013$ у.е., $ACH_{RD} = 0,115 \pm 0,014$ у.е. (в контроле $ACH = 1,05—1,16$ у.е.). Кроме того, было выявлено увеличение дикротического индекса (ДИК), отражающего периферическое сосуди-

стое сопротивление и сосудистый тонус на уровне прекапилляров, и диастолического индекса (ДИА), характеризующего процесс оттока крови из артерий в вены и тонус венозных сосудов, главным образом, на уровне посткапилляров. Во всех трех группах эти изменения носили однонаправленный характер. При сравнении уровня отклонения этих параметров в выделенных группах определялось более значительное изменение показателей во 2 группе, где они составили: $DIK_{RS} = 94,4 \pm 3,54$, $DIK_{RD} = 82,8 \pm 17,09$ (в контроле $DIK = 53,5—57,7\%$); $DIAR_{RS} = 122,2 \pm 9,07$, $DIAR_{RD} = 106,2 \pm 21,13$ (в контроле $DIAR = 59,0—63,0\%$). Отчетливо определялась неравномерность почечного кровотока с обеих сторон.

Таким образом, у пациентов с ЛАГ имеются отчетливые особенности почечной гемодинамики. Наиболее значимые изменения отмечены у подростков, имеющих гиперкинетический тип центральной ГД, что отражает интенсивность напряжения механизмов регуляции сосудистого тонуса, что, по-видимому, является неблагоприятным фактором, способствующим прогрессированию артериальной гипертензии.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТАМ В МУНИЦИПАЛЬНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Керимкулова Н.В., Киселева О.Ю., Галицкая С.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Работа современного родильного дома основывается на принципах перинатальной охраны ребенка, при которых соблюдается следующая расстановка позиций личности в учреждении: №1 — ребенок, №2 — мама, №3 — врач.

В антенатальном периоде соблюдаются права выбора лечебного учреждения, что положительно влияет на психологический настрой пациенток на предстоящие роды.

Одним из новых направлений акушерского стационара является особый подход к ведению беременных с артериальной гипертензией (совместная программа акушеров-гинекологов, терапевтов, кардиологов): суточное мониторирование артериального давления с подбором доз гипотензивных препаратов; диспансерное наблюдение женщин в кардиодиспансере и ее новорожденного в профильных клиниках в течение 3-х лет; при необходимости проводится тест на скрытую протеинурию у беременных с артериальной гипертензией.

С позиций современного родовспоможения проводится антенатальная профилактика гемолитической болезни новорожденных: резус-отрицательным несенсибилизированным беременным в 28 и 34 недели вводится антирезусный D-глобулин — 1 доза; после любого прерывания беременности, в т.ч. внематочной и родов — 1 доза антирезусного D-глобулина в течение первых 48 часов; после кесарева сечения — 2 дозы в первые 1—2 часа.

Современные технологии родовспоможения, применяющиеся в родильном доме, включают проведение вертикальных родов, которые позволяют сохранять физиологическое положение роженицы, способствуют уменьшению продолжительности родов, снижению материнского и детского травматизма.

При аномалиях родовой деятельности, гестозах, преждевременных родах используются региональные методы обезболивания (спинальная анестезия, эпидуральная анестезия). Это позволяет оп-

тимизировать бережное ведение родов и снизить процент натальных повреждений детей, особенно недоношенных.

В каждых родах проводится кардиомониторное наблюдение за плодом.

С целью интраоперационной профилактики гнойно-септических заболеваний вводится максимальная разовая доза цефалоспоринов II—III поколения внутривенно (после пережатия пуповины и через 6—8 часов после операции), а также используются только современные шовные синтетические материалы со сроком рассасывания 90—120 дней (напр., викрил).

При ведении второго периода родов по показаниям используют современный вакуумный экстрактор разового применения, что значительно уменьшает травматизм ребенка, снижает процент операций кесарева сечения.

Раннее прикладывание ребенка к груди позволяет уменьшить гнойно-септическую заболеваемость новорожденного, улучшает процессы адаптации ребенка к внеутробному существованию, позволяет с первых минут жизни ребенка применять развивающий уход за новорожденным.

Совместное пребывание матери и ребенка (более 50% родильниц) обеспечивает позицию доброжелательного отношения к ребенку, улучшает процессы адаптации детей, снижает заболеваемость как матери, так и новорожденного, ускоряет сроки лечения больного ребенка.

Звучит парадоксально, но в современном учреждении должна обеспечиваться защита больного, недоношенного ребенка от высоких технологий: перемещение кислородных компрессоров из реанимационных палат — исключение шума; зачехление кювезов — защита от света; создание «гнезда» из пеленок для поддержания позы «эмбриона»; обязательный контакт матери с ребенком в палате интенсивной терапии по 10—15 мин 3—4 раза в сутки, по возможности рекомендуется брать ребенка на руки.

При лечении детей, требующих интенсивной терапии используется открытый кювез Babytherm

8004\8010 (реанимационное место для интенсивного терапевтического ухода), который обеспечивает: термостабилизацию через матрас с подогревом, щадящую термотерапию при комбинированном воздействии теплоизлучателя и гелевого матраса, охлаждение пациентов с повышенной температурой (температура матраса ниже температуры тела). Для диагностики внутриутробных инфекций проводится экспресс-тест с прокальцитанином. Применение сурфактанта (киросуроз) на фоне ИВЛ, переход на неинвазивную вентиляцию (СИПАП) с переменным потоком сокращают сроки ИВЛ в 2—3 раза. Своевременный перевод ребенка в детское реанимационное отделение исключает волюмотравму, резко снижает смертность детей в раннем неонатальном периоде, позволяет отказаться от полипрогмазии.

Среди новых методик кровосбережения широко применяются инфузии аутоплазмы, гемодилюция крахмалом, что позволяет профилактировать массивные акушерские кровотечения, гепатиты, ВИЧ-инфицирование.

Для борьбы с акушерскими кровотечениями используются новые препараты: новосевен — улучшает свертывающие свойства крови, венофер — очень быстро и эффективно повышает уровень гемоглобина, первторан — в 2 раза увеличивает кислородную емкость эритроцитов.

Современный родильный дом использует экстракорпоральные методы лечения. Наиболее часто применяется плазмаферез, который показан при внутриутробных инфекциях, гестозах, синдроме задержки развития плода, при резус-конфликтной беременности, антифосфолипидном синдроме, привычном невынашивании, для реабилитации после массивной кровопотери и т. д.

Использование новых технологий в МУЗ «Родильный дом №4 г. Иваново» позволило добиться стабилизации процента оперативных родов на уровне 19,5% в течение пяти лет, снизить перинатальную смертность с 9,75‰ в 2002 г. до 5,23‰ в 2006 г., раннюю неонатальную смертность с 4,55‰ в 2002 г. до 1,17‰ в 2006 г.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Киселева О.Ю., Берашевич Г.Н., Семенова О.К.

МУЗ «Городская клиническая больница № 8», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Эктопическая беременность представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины в связи с возможностью внутрибрюшинного кровотечения и может стать одной из причин материнской смертности. Частота внематочной беременности составляла в 2002 г. 1,47% от всех зарегистрированных беременностей. Сочетание маточной и внематочной беременности относится к казуистическим наблюдениям. За истекшие 9 месяцев 2007 г. в нашем стационаре было 2 случая сочетания маточной и внематочной беременности.

Под нашим наблюдением находилась больная Е., 30 лет, которая страдала вторичным бесплодием на протяжении 5 лет.

Из анамнеза: росла и развивалась в соответствии с возрастом. Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, умеренные, через 28 дней, безболезненные, по 5 дней. Половая жизнь с 19 лет, в браке. С целью контрацепции применяла презервативы. В 2002 г. наступила беременность, желательная, однако при сроке 6 недель произо-