

мероприятий по повышению качества протезирования несъемными протезами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов С. Д., Трезубов В. Н. Современные методы фиксации съемных протезов: Учебное пособие для медицинских вузов. – М.: ТЕИС, 2003. – 123 с.
2. Грицай И. Г. Исследование причин снятия несъемных зубных протезов // Институт стоматологии. – 2004. – № 1. – С. 78–79.
3. Жулев Е. Н. Металлокерамические протезы. 2-е издание. – Н. Новгород: изд-во НГМА, 2007. – 288 с.

4. Ряховский А. Н., Воронков В. В. Значение качества краевого прилегания цельнолитых коронок к культе зуба в профилактике осложнений при ортопедическом лечении // Стоматология. – 2000. – № 5. – С. 48–50.

5. Трезубов В. Н. Отдаленные результаты протезирования металлокерамическими конструкциями // Стоматология. – 1996. – № 3. – С. 485–487.

6. Smith D. C. Стоматологические цементы // Квинтэссенция. – 1996. – № 5/6. – С. 25–45.

Поступила 07.01.2012

И. В. ЗАХАРОВА¹, О. В. ЖИЛЯКОВА², Т. А. ЗАГРОМОВА³, Т. В. ГАБИДУЛИНА¹

ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

¹*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО*

*«Сибирский государственный медицинский университет Росздрава»,
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2, тел. (3822) 661652. E-mail: zakharov_vm@list.ru;*

²*кафедра клинической практики сестринского дела ГОУ ВПО*

*«Сибирский государственный медицинский университет Росздрава»,
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2, тел. (3822) 911176;*

³*кафедра общей врачебной практики и семейной медицины ГОУ ВПО*

*«Сибирский государственный медицинский университет Росздрава»,
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2,
тел. (3822) 533309. E-mail: boss74@mail.ru*

В ходе исследования было обследовано 211 беременных женщин в возрасте от 18 до 30 лет, 1-ю группу составила 81 здоровая беременная женщина, во 2-ю группу вошли 130 беременных с плацентарной недостаточностью. Всем беременным женщинам проводили ультразвуковое сканирование: осуществляли фетометрию, плацентографию, определяли количество околоплодных вод, оценивали показатели биофизического профиля плода. Для оценки состояния кровотока в системе «мать – плацента – плод» применялся метод доплерографии. Своевременно проводимые исследования позволяют своевременно выявлять изменения маточно – плацентарного кровообращения.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, методы исследования.

***I. V. ZAHAROVA¹, O. V. ZHILJAKOVA²,
T. A. ZAGROMOVA³, T. V. GABIDULINA¹***

FORECASTING FEATURES OF PLACENTARY INSUFFICIENCY AT HIGH RISK PREGNANT WOMEN IN GENERAL PRACTICE

¹*Department of obstetrics and gynecology Siberian state medical university,
Russia, 634050, Tomsk, Moscovsky tract, 2, tel. (3822) 661652. E-mail: zakharov_vm@list.ru;*

²*department of clinical practice of sisterly business Siberian state medical university,
Russia, 634050, Tomsk, Moscovsky tract, 2, tel. (3822) 911176;*

³*departement of general medical practice and family medicine Siberian state medical university,
Russia, 634050, Tomsk, the Moscovsky tract, 2,
tel. (3822) 533309. E-mail: boss74@mail.ru*

211 pregnant women at the age from 18 till 30 years have been surveyed, from them 2 groups have been generated: 1 group (comparison group) was made by 81 healthy pregnant women, 130 women of group of high risk have entered into the second on development of placentary insufficiency.

To all pregnant women spent ultrasonic scanning: carried out fetografye, placentagrafya, defined quantity waters of fetal, estimated indicators of a biophysical profile of a fruit. The method was applied to an estimation of a condition of a blood-groove in system mother-placenta-fruit dopplerografya. The deviations of function of a placenta revealed at research, allows to carry out preventive maintenance of obstetric complications in due time.

Key words: placentary insufficiency, research methods.

Одной из важнейших задач здравоохранения на современном этапе развития является необходимость достоверно оценить уровень обеспеченности населения медицинской помощью и обосновать её перспективное развитие. Организация медицинской помощи населению по принципу общей врачебной практики (ОВП) в значительной мере индуцирует изменения в организации оказания не только амбулаторно-поликлинической, но и неотложной, и стационарной медицинской помощи населению. В полной мере это относится и к оказанию акушерско-гинекологической помощи населению.

В настоящее время известно, что наиболее частая причина нарушений состояния плода во время беременности – плацентарная недостаточность (ПН), являющаяся основной причиной внутриматочной гипоксии, синдрома задержки роста плода (СЗРП). Фетоплацентарная недостаточность – это патофизиологический феномен, состоящий из комплекса нарушений трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты, ведущих к ее неспособности поддерживать адекватный и достаточный обмен между организмами матери и плода [3, 8, 9]. Синдром фетоплацентарной недостаточности имеет мультифакториальную природу. В настоящее время установлено, что это патологическое явление сопровождается практически все осложнение беременности [6, 11, 13, 18].

Одним из наиболее значимых патогенетических факторов, приводящих к развитию ФПН, является недостаточность инвазии цитотрофобласта. Это приводит к тому, что уже с ранних сроков беременности имеет место сниженный объем притекающей материнской крови к плаценте. Узкий просвет спиральных артерий, их резистентность и чувствительность к сосудодвигательным раздражителям препятствуют нормальному кровотоку, что не обеспечивает адекватного прироста маточно-плацентарного кровообращения и в конечном итоге приводит к уменьшению кровоснабжения плаценты и ишемии ворсин [7].

Следует учитывать, что система кровоснабжения матки является лишь частью общей системы кровообращения организма женщины. При этом патология маточно-плацентарного кровотока (МПК) должна рассматриваться как одно из регионарных проявлений дезадаптации материнского организма и регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы. Определённую роль в уменьшении интенсивности кровотока в маточно-плацентарных сосудах играют также артериальная гипотензия, низкая локализация плаценты, пороки сердца у беременных и снижение сократительной активности миокарда [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 15].

По состоянию компенсаторно-приспособительных механизмов в системе «мать – плацента – плод» выделяют следующие формы хронической ПН: компенсированная – характеризуется активацией компенсаторно-приспособительных механизмов, при которой имеются лишь начальные проявления нарушений; субкомпенсированная, при которой возникают нарушения в маточно- и фетоплацентарном комплексе с предельным напряжением защитных реакций, увеличением риска осложнений для внутриутробного плода; декомпенсированная, которая характеризуется перенапряжением и срывом компенсаторно-приспособительных механизмов в системе «мать – плацента – плод», с высоким риском развития тяжёлых осложнений для плода [7, 10, 12, 17].

Целью работы явилось изучение состояния фетоплацентарного комплекса у беременных группы высокого риска по развитию ПН. Для достижения цели и решения поставленных задач данного исследования были использованы следующие методы: клинический, инструментальные. Было обследовано 211 беременных женщин, постоянно проживающих в городе Томске и Томской области. Из них были сформированы 2 группы:

I группу составила 81 здоровая беременная женщина. В группу не включались беременные, имеющие признаки невынашивания беременности и не имеющие в анамнезе таких экстрагенитальных заболеваний, как хронический пиелонефрит и болезни сердечно-сосудистой системы (группа сравнения). II группа – 130 беременных, группы риска по развитию плацентарной недостаточности: с угрозой прерывания беременности, экстрагенитальной патологией в анамнезе. Женщины из всех групп имели сходный семейный и социальный статусы и подвергались одинаковым экологическим и климатогеографическим воздействиям.

Клиническая характеристика обследованных групп. Возраст обследованных женщин находился в пределах от 16 до 41 года. Большинство женщин, взятых на учёт – 78,96%, в возрасте от 18 до 30 лет. Средний возраст пациенток в группах достоверно не отличался и составил $24,28 \pm 5,47$ в первой и $24,11 \pm 4,63$ – во второй. При анализе данных об экстрагенитальной патологии обращает на себя внимание тот факт, что беременные женщины группы риска по развитию ПН имеют более низкий индекс здоровья: 61,73% беременных первой группы не имели в анамнезе соматических заболеваний, а во второй группе только менее четверти женщин были соматически здоровы. В анамнезе у беременных чаще встречались детские инфекционные заболевания, хронический тонзиллит и пневмония, хронический холецистит, заболевания желудка и кишечника.

Становление менструальной функции и её нарушения отрицательно могут влиять на имплантацию плодного яйца и развитие плаценты вследствие нарушения функции яичников, поэтому очень важно тщательно собрать и проанализировать акушерско-гинекологический анамнез у пациенток. Средний возраст менархе в 1-й группе составил $12,44 \pm 1,16$, во второй – $12,90 \pm 1,34$. Статистически достоверной разницы по данному показателю между группами выявлено не было ($p > 0,05$). На ранний возраст менархе (10 лет) указывали 5 женщин (3,85%) и поздний возраст менархе (16 лет) – 2 беременные женщины (1,54%) второй группы. Изучение менструальной функции показало, что нарушения менструального цикла в анамнезе имели беременные второй группы. Из них встречались: альгодисменорея – у 5 женщин (3,85%); в 3 случаях (2,31%) – гиперменорея.

Анализ акушерского анамнеза показал, что по количеству предыдущих беременностей и родов на одну женщину сравниваемые группы значительно не отличались между собой. В 50% и более случаев женщины во всех группах были повторно беременными, но первородящими. При этом у женщин обеих групп в анамнезе отмечалось искусственное прерывание беременности, обращает на себя внимание высокий процент первой прерванной беременности. У беременных женщин группы риска по развитию ПН достоверно чаще встречались самопроизвольные выкидыши, чем в группе беременных здоровых женщин (первая группа – 6,17%, вторая группа – 18,46%, при $p < 0,05$), причём у

18 женщин второй группы (13,85%) по данным анамнеза имелись случаи замершей беременности малого срока. В первой группе не было зафиксировано ни одного случая данной патологии. Предшествующие роды имели осложнения у 12,31% пациенток второй группы, в первой же группе данный показатель был достоверно ниже (2–2,47% при $p < 0,05$). В 5 случаях (3,85%) во второй группе роды были преждевременными, у беременных первой группы все роды были срочными.

Исследование системы «мать – плацента – плод». Всем беременным женщинам проводили ультразвуковое сканирование во время беременности аппаратом «Aloka – SSD-1400» (Япония). Осуществляли фетометрию, плацентографию, определяли количество околоплодных вод, оценивали состояние плода согласно показателям биофизического профиля и по его двигательной активности. Для оценки биофизического профиля плода использовалась методика А. М. Vintzileos Оценка БФП 10–12 баллов характеризует нормальное состояние плода, 8–9 баллов – удовлетворительное состояние, 6–7 баллов – препатологическое, 5 баллов и ниже – патологическое состояние.

Плацентография включала определение локализации плаценты, её толщины и структуры. Полученные показатели оценивались по специальным таблицам. Для оценки состояния кровотока в системе «мать – плацента – плод» применялся метод доплерографии. Проводили качественный анализ кривых скоростей кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и грудном отделе аорты плода. Непрерывную ультразвуковую кардиотографию проводили всем беременным женщинам в третьем триместре в течение 40–60 минут с помощью аппарата «Феталгарт-2000» («Спейс Аналоджик», Россия, США), применяли оценочную шкалу. Оценка 8–10 баллов соответствовала нормальной кардиотограмме, 5–7 баллов – указывала на начальные признаки гипоксии плода, 4 балла и менее – на серьёзные изменения состояния плода гипоксического характера.

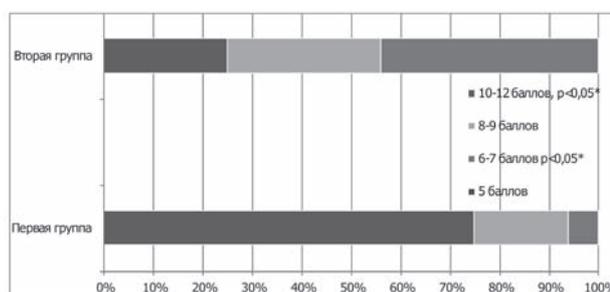
Результаты исследования

При проведении ультразвукового исследования особое значение обращали на изменения в плаценте, количество околоплодных вод, наличие внутриутробной задержки развития плода. Крайним проявлением хронической плацентарной недостаточности является

задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП). Данная патология выявлялась нами во всех исследуемых группах, при этом наблюдали только асимметричную форму ЗВРП (преимущественное уменьшение размеров живота и грудной клетки при нормальном значении БПР и длины бедра). Процент ЗВРП был наиболее высоким в группе беременных высокого риска по развитию ПН.

При изучении проблемы плацентарной недостаточности многие авторы уделяют внимание такому критерию, как толщина плаценты. В нашем исследовании увеличение толщины плаценты встретилось у 2 женщин второй группы, в первой группе данного отклонения не наблюдалось. Степень зрелости плаценты определялась по классификации [16]. В нашем исследовании преждевременное созревание плаценты наиболее часто обнаруживалось у женщин второй группы – в 3 раза чаще, чем у беременных первой группы. Из других ультразвуковых признаков достоверно чаще во второй группе встречались множественные гиперэхогенные включения, расширение межворсинчатого пространства и многоводие. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Проведена оценка биофизического профиля плода. Удовлетворительная оценка БФП и препатологическое состояние плода достоверно не отличались в сравниваемых группах. Нормальное состояние плода (10–12 баллов) достоверно чаще встречалось в первой



Общий БФП плода в сравниваемых группах, * – различие достоверно при $p < 0,05$

Таблица 1

Изменения, выявляемые при УЗИ плода и плаценты

Результаты	I группа, n=81		II группа, n=130		P
	Абс.	%	Абс.	%	
ЗВРП	7	8,6	25	19,23	<0,01* <0,05***
Увеличение толщины плаценты	1	1,23	6	4,62	<0,05*
Гиперэхогенные включения	3	3,7	29	22,3	<0,05*
Расширение МВП	4	4,9	42	32,3	<0,05*
Раннее старение плаценты	10	12,4	61	46,9	<0,05*
Многоводие	3	3,7	13	10,0	<0,01*
Маловодие	0	0	3	2,3	<0,05*

Примечание: p – достоверность различий, * – различие достоверно.

Состояние гемодинамики в системе «мать – плацента – плод» по результатам доплерометрии

Степень нарушений	I группа, n=81		II группа, n=130		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Нет нарушений	73	90,2	85	65,4	<0,05*
I А	7	8,6	33	25,4	<0,05*
I Б	1	1,2	9	6,9	<0,05*
II	0	0	3	2,3	<0,05*

Примечание: p – достоверность различий, * – различие достоверно.

группе в сравнении со второй, данные представлены на рисунке.

Признаки внутриутробной компенсированной гипоксии плода при кардиотокографии определялись у 28,5% пациенток первой группы, у 52,3% – второй. Субкомпенсированная гипоксия была достоверно чаще выявлена во второй группе у женщин с невынашиванием беременности, чем в первой группе контроля (1-я группа – 3,5%, вторая группа – 26,2%). Нормальное состояние плода по данным КТГ достоверно чаще фиксировалось в первой группе здоровых беременных по сравнению со второй группой (p<0,05).

Нарушение кровотока в данной системе является одним из факторов в патогенезе плацентарной недостаточности. С целью оценки маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока нами применялся метод доплерографии. Патологические изменения регистрировались в обеих группах. Однако в группе риска по развитию ПН данные изменения встречались в более тяжелой форме. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таким образом, выявленные при исследовании отклонения свидетельствуют о неблагоприятном воздействии соматических заболеваний и осложнений беременности на состояние плаценты, вызывавшем в ней изменения, которые в последующем, в случае срыва адаптационно-компенсаторных резервов, приводят к нарушению функций плаценты.

Алгоритм ведения беременных с ПН врачом первичного звена. Для рационального ведения беременных с ПН целесообразно использовать определённый алгоритм, исходя из степени выраженности осложнения, подтверждённой результатами комплексной диагностики. При наличии компенсированной формы ПН повторное эхографическое исследование с функциональной оценкой состояния фетоплацентарного комплекса выполняют не позднее чем через 5 дней. При нарушении только I А в сочетании с нормальными показателями КТГ доплерографию проводят не позднее чем через 5 дней. При сочетании нарушений реактивности сердечно-сосудистой системы плода и гемодинамики доплерографию и КТГ проводят через день. При выявленной субкомпенсированной форме ПН требуется срочная госпитализация беременной в стационар.

Представленный алгоритм служит общей схемой мероприятий ведения беременных с различными формами ПН. Окончательная тактика ведения пациентки должна быть выработана не только на основе оценки

отдельных показателей состояния фетоплацентарного комплекса, но и с учётом индивидуальных особенностей конкретного клинического наблюдения (срок и осложнения беременности, сопутствующая патология, результаты дополнительного комплексного обследования, состояние и готовность организма к родам).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасьева В. Г. Современные методы диагностики и коррекции морфофункциональных нарушений фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности. – Новосибирск, 1998. – 287 с.
2. Венцовский Б. М., Жегулович В. Г. Плацентарная недостаточность // Неотложное акушерство / Под ред. Г. К. Степанковской, Б. М. Венцовского. – Киев, 1994. – С. 62–85.
3. Вихляева Е. М. Топическая диагностика нарушений маточно-плацентарного кровотока в антенатальной охране плода при синдроме плацентарной недостаточности // Вестн. АМН СССР. – 1987. – № 4. – С. 28–35.
4. Кулаков В. И., Орджоникидзе Н. В., Тютюник В. Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. – М., 2004. – С. 161–207.
5. Милованов А. П. Функциональная морфология и механизмы регуляции плацентарно-плодового кровообращения // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 1999. – № 2. – С. 50–56.
6. Орджоникидзе Н. В., Тютюник В. Л. Хроническая плацентарная недостаточность при бактериальной и/или вирусной инфекции // Акуш. и гин. – 1999. – № 4. – С. 46–50.
7. Радзинский В. Е., Смалько П. Я. Биохимия плацентарной недостаточности. – М.: РУДН, 2002. – 165 с.
8. Савельева Г. М. Достижения и перспективы перинатальной медицины // Акуш. и гин. – 2003. – № 2. – С. 3–6.
9. Серов В. Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности // Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 10. № 7. – С. 340–343.
10. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2007. – № 2. – С. 62–64.
11. Тютюник В. Л., Орджоникидзе Н. В., Зыряева Н. А. Перинатальные аспекты цитомегаловирусной инфекции // Акуш. и гин. – 2002. – № 1. – С. 9–11.
12. Федорова М. В. Плацентарная недостаточность // Акуш. и гин. – 1997. – № 5. – С. 40–43.
13. Ahmed A., Kilby M. D. Hypoxia or hyperoxia in placental insufficiency? // Lancet. – 1997. – № 20 (350). – P. 826–827.
14. Fox H. A. contemporary view of the human placenta // Midwifery. – 1991. – Vol. 7. № 1. – P. 31–39.
15. Graham C. H., Lala P. K. Mechanisms of placental invasion of the uterus and their control // Biochem. cell. biol. – 1992. – Vol. 70. – P. 867–874.

16. Grannum P. A. Ultrasound examination of the placenta // Clin. obstet. gynaecol. – 1983. – Vol. 10. № 3. – P. 459–473.

17. Salafia C. M. Placental pathology of fetal growth restriction // Clin. obstet. gynecol. – 1997. – Vol. 40. – P. 740–749.

18. Wolfsdorf K. Theriogenology question of the month. Placental insufficiency, probably the result of twin fetuses // J. am. vet. med. assoc. – 1996. – № 208 (2). – P. 201–202.

Поступила 13.04.2010

Ш. И. ИБРАГИМОВА, С. А. АБУСУЕВ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРЕРЫВИСТОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИЕЙ

*Кафедра эндокринологии Дагестанской государственной медицинской академии,
Россия, 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1, тел. 89640171717. E-mail: shahzoda1980@mail.ru*

В данной статье изучаются особенности течения сахарного диабета 2-го типа (СД-2) у лиц пожилого и старческого возраста и оценивается влияние прерывистой нормобарической гипокситерапии на его течение. Было показано, что СД-2 наиболее благоприятно протекает у жителей горной зоны. Метод нормобарической гипокситерапии может быть рекомендован для лечения больных СД-2.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, прерывистая нормобарическая гипокситерапия, пожилой и старческий возраст.

Sh. I. IBRAGIMOVA, S. A. ABUSUEV

TREATMENT OF 2 TYPE DIABETES MELLITUS IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE BY INTERMITTENT NORMOBARIC HYPOXYTHERAPY

*Endocrinology department Dagestan state medical academy,
Russia, 367000, Makhachkala, Lenin sq., 1, tel. 89640171717. E-mail: shahzoda1980@mail.ru*

Peculiarities of 2 type diabetes in elderly and senile patients were studied and estimate the influence of normobaric hypoxotherapy on its course. There was shown that 2 type diabetes auspiciously proceeds in patients from mountaineous zone. This method of normobaric hypoxotherapy may be recommended for patients with 2 type diabetes.

Key words: 2 type diabetes mellitus, intermitted normobaric hypoxotherapy, elderly and senile age.

В настоящее время проблема сахарного диабета (СД) приобретает все большее медико-социальное значение. Постоянно возрастающая заболеваемость привела к тому, что каждые 12–15 лет число больных СД удваивается, в некоторых районах утраивается. При сохранении этих темпов роста к 2025 г. общее число лиц, страдающих СД, в мире превысит 380 млн., из которых около 95% составят больные сахарным диабетом 2-го типа (СД-2) [3, 5].

Наиболее быстрыми темпами увеличивается численность больных СД-2 старшего возрастного поколения [4, 6]. Так, в возрастной группе старше 60 лет число больных достигает 10%, а старше 65 лет – доходит до 16% [7].

Такой значительный прирост распространенности СД-2 у лиц пожилого возраста связан с целым рядом особенностей, характеризующих физиологические изменения метаболизма углеводов при старении организма.

Установлено также, что у жителей горных территорий, где разрежен воздух и имеется гипоксия, СД-2 протекает сравнительно благоприятно, с менее выраженными осложнениями [1]. Это определяет актуальность исследований, направленных на поиск новых подходов к диагностике и лечению заболевания [2].

Метод прерывистой нормобарической гипокситерапии – немедикаментозный метод повышения неспеци-

фической резистентности организма к повреждающим факторам внешней и внутренней среды – обеспечивает развитие в организме дозированной по глубине и времени гипоксии при дыхании газовыми смесями с пониженным содержанием кислорода [8]. Можно ожидать, что гипокситерапия оказывает нормализующее действие на показатели углеводного, липидного, белкового и электролитного спектров крови, повышает противовоспалительный потенциал, активизирует деятельность жизненно важных систем организма. Этот метод успешно сочетается и с традиционными методами медицины [9].

Цель работы – изучить особенности течения СД-2 у лиц пожилого и старческого возраста и оценить влияние прерывистой нормобарической гипокситерапии на его течение.

Материалы и методы

Исследование проводилось на кафедре эндокринологии ДГМА на базе Республиканской клинической больницы, а также в Республиканском медицинском центре «Госпиталь ветеранов ВОВ» Министерства здравоохранения Республики Дагестан.

Наблюдались 102 пациента с СД-2, из них 68 (66,67%) мужчин и 34 (33,33%) женщины. Возраст обследованных составлял от 60 до 83 лет, в среднем