

При вакцинотерапии была использована сы-
вороточная вакцина HBV, изготовленная в НИИ
Общественного здоровья Монголии.

Для определения маркеров HBsAg, anti-HBs,
anti-HDV и anti-HCV был использован имму-
ноферментный диагностический набор фирмы
«Behring», результаты были определены на аппа-
рате «Behring ELISA Processor III». Уровень HBsAg
был определён с помощью прерывного встречного
иммуноэлектрофореза. Экстракция сывороточ-
ного ДНК была проведена с помощью набора
«QIAmpT for DNA» на автомате «Quiagen for DNA
extraction». Используя HBV-праймеры, была про-
ведена ПЦР, количество ДНК HBV было опреде-
лено методом связывания ферментов олигонукле-
отидами. Биохимические показатели печени были
определены на анализаторе «Hitachi 747 analyzer»
(Япония). Для диагностики мутантных штаммов
HBV в сыворотке до и после вакцинотерапии
сравнительно изучена последовательность генома
нуклеотидов HBsAg. Последовательность нуклео-
тидов HBsAg была определена методом «Dideoxy
mediated chain termination».

Статистическая обработка результатов исследо-

вания проведена с помощью программы SPSS 9.0.

Результаты и обсуждение. В сыворотке, полу-
ченной у носителей HBV до и после вакцинотера-
пии, которые составили группу исследуемых боль-
ных (пробандов) была установлена последователь-
ность нуклеотидов HBsAg, при их сравнительном
анализе определялось наличие избавляющихся
мутаций.

Последовательность нуклеотидов HBsAg была
прочитана по порядку гуанин, аденин, тимин, ци-
тозин, а затем снизу-вверх, что позволило опреде-
лить остатки аминокислот.

Результаты исследования показывают, что 118
аминокислота треонин HBsAg переходит в аланин,
168 — валин в аланин. Однако вышеуказанные из-
менения не определяются в остатке 122-147 амино-
кислот поверхностных антигенов HBV, где обычно
выявляются вакцинозависимые мутации.

Таким образом, установлены некоторые осо-
бенности генома поверхностных белков HBV,
распространённого в Монголии, не установлено
возникновение мутантных, вакцинозависимо му-
тировавших штаммов HBV в процессе вакциноте-
рапии у исследованных нами носителей HBsAg.

STUDYING OF MUTATIONS OF THE VIRUS B HEPATITES IN ARISING OWING TO VACCINOTHERAPY

N. Harelbaatar

(Mongolia, Ulan Bator, Mongolian State Medical University)

By results of research of 30 carriers HBsAg some features of the genome of the superficial fibers HBV, widespread in Mongolia are established. Occurrence of mutant, vaccine-dependent mutant cultures HBV during vaccine therapy at carriers HBsAg investigated by us is not revealed.

© ПРОТОПОПОВА Н.В., КРАВЧУК Н.В. —

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ НИЗКОГО АКУШЕРСКОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Н.В. Протопопова, Н.В. Кравчук

(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет)

Резюме. Изучено течение беременности и исходы родов у 137 повторнородящих и 142 первородящих низкого акушерского и перинатального риска. Проведенное исследование показало, что в организме женщины при неосложненном течении беременности включаются адаптационно — приспособительные механизмы, направленные на вынашивание беременности и благополучный исход родов. В связи с включением адаптационных механизмов даже при имеющейся экстрагенитальной патологии во время неосложненного течения беременности не наблюдается обострение заболевания, а также происходит развитие и рождение здоровых детей с высокой оценкой по шкале Апгар.

Ключевые слова: беременность, роды, течение, исходы, акушерский риск, перинатальный риск.

Нами проведен анализ особенностей течения беременности и родов у пациенток низкого акушерского и перинатального риска. Анализ течения беременности и родов проводился с учетом в анамнезе предшествующих родов, то есть у первородящих и повторнородящих женщин.

Материалы и методы. В первую группу вошло 137 повторнородящих беременных низкого акушерского и перинатального риска, во вторую группу — 142 первородящие беременные низкого акушерского и перинатального риска. Группу

контроля составили 29 здоровых небеременных женщин. Все беременные были обследованы для исключения или выявления экстрагенитальной патологии.

Возраст в контрольной группе колебался в среднем $22,45 \pm 0,76$ лет, в группе повторнородящих женщин — $29,11 \pm 1,16$, в группе первородящих — $24,88 \pm 1,21$ лет. По семейному положению в группе повторнородящих все женщины состояли в браке — 137 (100%); группу первородящих составили женщины, состоящие в браке — 132 (92,96%)

и незамужние — 10 (7,04%). Контрольную группу составили пациентки в большинстве не состоящие в браке — 96,5% и 3,5% наблюдений — состоящие в браке. В группе первородящих пациентки с высшим образованием составили 62 (43,6%), незаконченным высшим — 30 (21,2%), средним специальным — 46 (32,4%), средним — 1 (0,7%), начальным образованием — 3 (2,1%). В группе повторнородящих было 48 (35,0%) женщин с высшим образованием, 42 (30,6%) — со средним специальным, 6 (4,3%) — со средним и 1 (0,7%) — с начальным. В контрольной группе у большинства (68,97%) пациенток незаконченное высшее образование и у 31,03% законченное высшее образование.

Статистическая обработка выполнялась с использованием t -критерия Стьюдента. Критический уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Экстрагенитальная патология отсутствовала в 82,8% случаев в группе контроля, в 83,2% — во 2 группе; у 57,7% пациенток — в 3 группе (табл. 1).

Перенесенный пиелонефрит в детском возрасте отметили 10 пациенток 3 группы. Период ремиссии у них составил 10—13 лет. При обследовании функциональные мочевые пробы были в пределах нормальных величин, что свидетельствовало о длительном периоде ремиссии.

В анамнезе у 11 пациенток были указания на мочекаменную болезнь, при обследовании у них был диагностирован солевой диатез. Патологических включений в почках по УЗИ не диагностировалось.

Учитывая эндемичность региона, у 4 пациенток контрольной и у 32 основной групп было впервые выявлено увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции.

В связи с тем, что впервые выявленные заболевания или перенесенные заболевания не вызывали морфофункциональных нарушений, все пациентки относились к группе низкого акушерского и перинатального риска, они были включены в программу обследования.

При анализе менструального цикла установлено, что возраст 13—15 лет начала менархе в контрольной группе составил — 62,1%, у первородящих — 78,8%, у повторнородящих — 75,2%. Длительность менструального цикла составляла в основном 21—31 день: в контрольной группе — у 86,21%, повторнородящие — у 86,8%, первородящие — у 97,8%.

По паритету беременности определились достоверно различимые признаки ($p < 0,001$). В группе повторнородящих 1—3 беременности были у 40,8% женщин, более 3 — у 59,2% пациенток. Группу первородящих составили пациентки с отсутствием в анамнезе беременности — 54,2%, наряду с этим наблюдались женщины, имеющие в анамнезе 1—3 беременности — 40,1%, более 3 беременностей — 5,7% пациенток. Контрольную группу составили пациентки: 93,1% с отсутствием в анамнезе беременностей и 6,9% имеющих 1—3 беременностей.

В группе повторнородящих, имеющих в анамнезе 1 роды, наблюдалось 91,9% женщин, 8,1% пациенток имели 2 и более родов. Группы контрольная и первородящих в 100% случаев не имели родов в анамнезе.

Количество абортс достоверно различалось ($p < 0,001$). Среди повторнородящих большей час-

тью были женщины, у которых наблюдалось 2 и более абортс — 54,1% пациенток. Среди первородящих больше наблюдалось пациенток с отсутствием в анамнезе абортс.

Не имели выкидышей в анамнезе повторнородящих — 72,9%, первородящих — 85,7%. По 1 выкидышу в анамнезе имели 27,1% повторнородящих пациенток и 14,3% первородящих.

Интервал между предыдущей и настоящей беременностями среди пациенток достоверно различался ($p < 0,001$). Среди повторнородящих 37,2% женщин имели интервал 1—2 года, 3—5 лет — 26,2% пациенток. Среди первородящих в основном имела первая беременность у 57,2% женщин. Осложнений в предыдущей беременности и родах в данных группах не наблюдалось.

Как у первородящих, так и у повторнородящих, в 64,9% и 61,9% соответственно, беременность протекала в I триместре без осложнений.

С одинаковой частотой встречался ранний токсикоз, в виде рвоты беременных легкой степени, соответственно 21,2% и 14,3%. Рвота 1—2 раза в день, чаще утром, диагностировалась в группе повторнородящих пациенток. Лечение во всех случаях не проводилось, продолжительность раннего токсикоза составляла 2—3 недели.

В первом триместре перенесли ОРВИ 7,1% пациенток, заболевание протекало без повышения температуры, проявлялось заложенностью носа и кашлем.

Анемия в I триместре практически в 2 раза чаще выявлялась в группе повторнородящих пациенток. Во всех случаях отмечалась железодефицитная анемия I степени, гемоглобин составлял в среднем 108 г/л.

Угроза прерывания беременности, в основном, была диагностирована при проведении УЗИ, в виде участков повышенного тонуса матки. Жалоб на боли и кровянистые выделения беременные не предъявляли. Лечение проводилось амбулаторно, базовым препаратом был магне-В6.

У первородящих угрожающее прерывание беременности диагностировалось в 2 раза чаще, чем в группе повторнородящих, 11,9% и 5,1% соответственно.

В группе первородящих среди нозологических форм осложнений течения беременности на первом месте стояла рвота беременных, на втором месте — угроза прерывания беременности.

В группе повторнородящих на первом месте — ранний токсикоз, на втором месте — железодефицитная анемия I степени.

Течение второго триместра в обеих группах большей частью было без осложнений: в группе повторнородящих — 86 (62,7%) женщин, в группе первородящих — 98 (69,0%).

По нозологии, у повторнородящих на первом месте среди осложнений гестационного процесса оказалась анемия беременной — у 40 (29,2%), также как и у первородящих — у 24 (16,9%), что, вероятно, отражает развивающуюся гемодилюцию. На втором месте в группе повторнородящих стояла угроза прерывания беременности — у 11 (8,1%), в группе первородящих — патология со стороны плаценты и плода — у 13 (9,2%). В группе первородящих на третьем месте оказалась угроза прерывания беременности — у 7 (4,9%) пациенток.

Третий триместр также в большинстве случаев

протекал без осложнений в обеих группах: у повторнородящих — 115 (83,9%), первородящих — у 104 (73,2%). Среди осложнений у повторнородящих наиболее часто выявлялась анемия — 19 (13,9%). У первородящих пациенток на первом месте также наблюдалась анемия — 34 (24,0%).

Изучение особенностей течения беременности у пациенток низкого акушерского и перинатального риска показало, что по мере развития беременности, частота осложнений уменьшается (рис. 1).

Роды у всех пациенток проходили в сроки 39—40 недель гестации. При анализе исходов родов у беременных низкого акушерского и перинатального риска, установлено, что роды протекали без осложнений в 81,3% наблюдений. Аномалии родовой деятельности в 2,3 раза чаще диагностировались у первородящих женщин, составляя 18,3%.

В группе повторнородящих женщин все дети родились с оценкой по шкале Апгар более 8 баллов, в группе первородящих на долю более 8 баллов пришлось 80,9% родившихся детей, с оценкой 6—7 баллов родилось 19,1% детей. Дети, родившиеся от повторнородящих матерей, в среднем имели массу тела чуть больше, чем родившиеся от первородящих ($3304 \pm 111,09$ и $3261,27 \pm 120,62$ г соответственно, рост $52,20 \pm 0,66$ см и $50,85 \pm 0,73$ см соответственно).

Таким образом, в организме женщины при неосложненном течении беременности включаются адаптационно— приспособительные механизмы, направленные на вынашивание беременности и благополучный исход родов. В связи с включением адаптационных механизмов даже при имеющейся экстрагенитальной патологии во время неосложненного течения беременности не наблюдается обострение заболевания, а также происходит развитие и рождение здоровых детей с высокой оценкой по шкале Апгар.

Таблица 1
Характеристика перенесенных заболеваний у беременных низкого акушерского и перинатального риска

Перенесенные заболевания	1 группа		2 группа		3 группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отсутствие	24	82,8	144	83,2	82	57,7
ВСД	—	—	—	—	8	5,6
Пиелонефрит стойкая ремиссия	—	—	—	—	10	7,0
Мочекаменная болезнь	—	—	11	8,0	—	—
Нефроптоз I ст.	—	—	12	8,8	10	7,0
ДУЩЖ I ст.	4	13,8	—	—	32	22,7

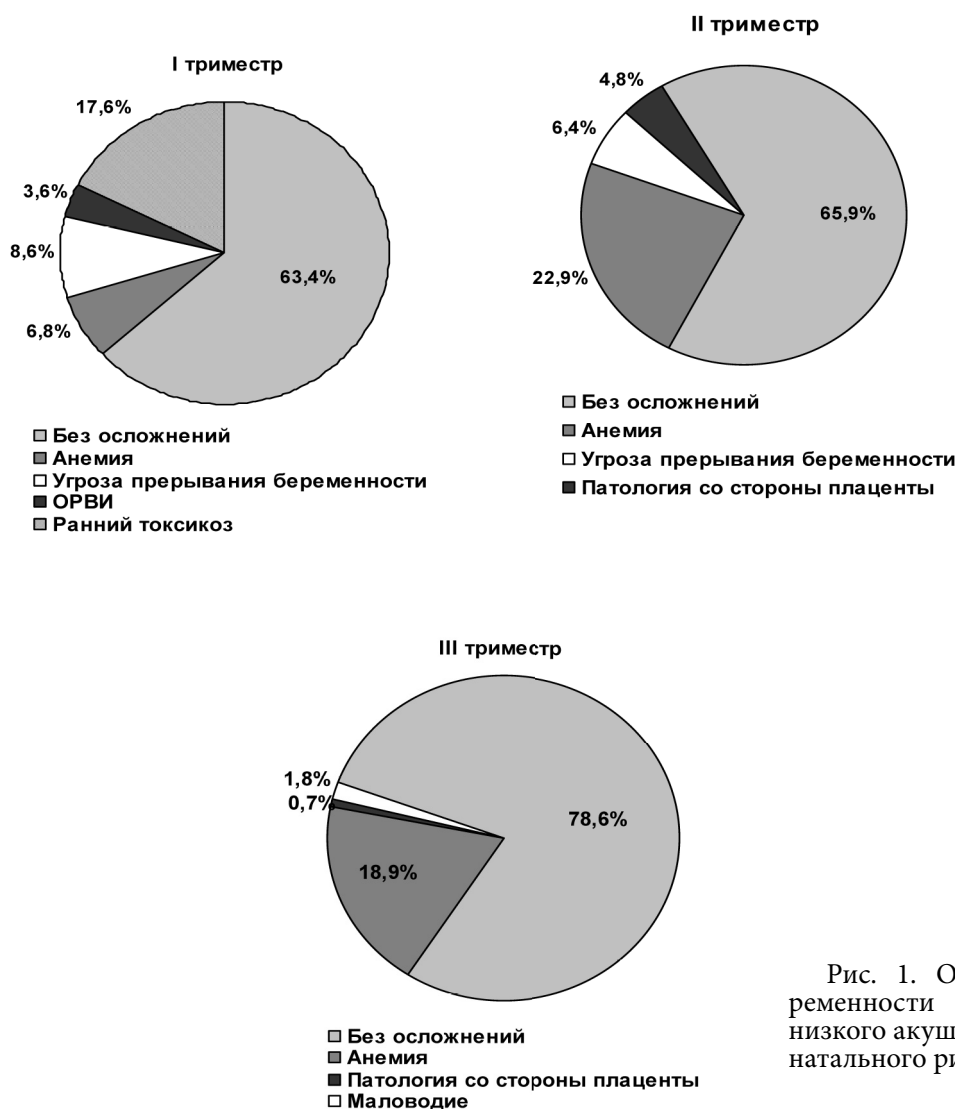


Рис. 1. Осложнения беременности у пациенток низкого акушерского и перинатального риска.

FEATURES OF CURRENT OF PREGNANCY AND SORTS AT PREGNANT LOW OBSTETRIC AND PERINATAL RISK

N.V. Protopopova, N.V. Kravchuk
(Russia, Irkutsk State Medical University)

Current of pregnancy and outcomes of labors at 137 second—labor and 142 first—labor women of low perinatal risk were analysed. The carried out research has shown, that in an organism of the woman at the not complicated current of pregnancy are included the adaptive mechanisms directed on preservation of pregnancy and happy end of labors. In connection with inclusion of adaptable mechanisms even at available extragenital pathologies during the not complicated current of pregnancy the aggravation of disease is not observed, and also there is a development and birth of healthy children to a high estimation on Apgar score.

© ЗОБНИН Ю.В., ЦЕРКОВНИКОВА Г.Ю., ЛАЗАРЕВА Ж.М., ФЛОРЕНСОВ В.В., ИВАНОВА Е.И. —

ОПИЙНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ю.В. Зобнин, Г.Ю. Церковникова, Ж.М.Лазарева, В.В. Флоренсов, Е.И. Иванова
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет, МУЗ «МСЧ Иркутского авиационно-промышленного объединения»)

Резюме. Проведен ретроспективный анализ историй родов героин-зависимых женщин. Выявлена высокая частота осложнений беременности и родов. Показано возникновение опийной интоксикации у новорожденных, создающей угрозу жизни ребенка. Установлено раннее развитие абстинентного синдрома у новорожденных на фоне длительной (свыше 7 суток) элиминации наркотика. Обсуждается необходимость определения наркотического вещества в моче у матери и новорожденного, а также проведения специфической терапии опийной интоксикации.

Ключевые слова: опиаты, новорожденные, интоксикация, абстинентный синдром.

Наблюдаемое в последние годы в нашей стране повсеместное распространение алкогольной зависимости, а также катастрофический рост употребления наркотических веществ молодежью, в том числе женщинами детородного возраста, придает особую актуальность проблеме влияния психотропных средств на течение беременности и родов, состояние плода и новорожденного. Большинство веществ, действующих на ЦНС (опиаты, кокаин, седативные, снотворные, алкоголь, психостимуляторы и др.), легко проникает через плаценту и накапливается в организме плода. Концентрация их в биологических средах плода составляет до 50-100% таковой у матери. Вследствие незрелости путей метаболизма, психоактивные вещества значительно медленнее элиминируются из тканей, нарушая функции всех органов и систем, а также формируя наркотическую зависимость у плода, а затем и у новорожденного.

Повреждающее действие на плод каждого из психоактивных веществ имеет свою специфику, в то же время любое из них обуславливает развитие острой или хронической интоксикации. Так, наиболее изученным представляется действие этилового алкоголя на плод. Привычное употребление матерью этанола в дозе 2 г/кг/сут приводит к развитию алкогольной эмбриопатии, характеризующейся типичным черепно-лицевым дисморфизмом и аномалиями развития нервной, сердечно-сосудистой и других систем плода. Этиловый спирт, подавляя секрецию окситоцина, угнетает выброс молока. Алкоголь выделяется с молоком матери в концентрации близкой к таковой в плазме и может вызывать острую интокси-

кацию у новорожденного. У алкоголь-зависимых новорожденных диагностируется синдром абстиненции.

Особенности развития плода при никотиновой зависимости описываются как «плодный никотиновый синдром». У женщин, выкуривающих более 5 сигарет в день, отмечена более высокая частота спонтанных выкидышей и мертворождений, предлежания и отслоения плаценты, задержки внутриутробного развития плода и других аномалий. Никотин и продукты сигаретного дыма обнаруживаются в молоке и могут вызвать никотиновую интоксикацию у новорожденного.

Прием препаратов конопли, психостимуляторов (амфетамины, экстази и др.) во время беременности может обусловить выкидыши и мертворождение, возникновение аномалий развития сердца и мышц, снижение веса плода.

Хроническое употребление кокаина провоцирует у беременных недостаточность плаценты, выкидыши, преждевременные роды, вызывает задержку внутриутробного развития плода, аномалии внутренних органов, оказывает нейротоксическое действие, увеличивает риск возникновения кровоизлияний в сосудах головного мозга плода, повышает риск внезапной смерти. Кокаин и его метаболиты выводятся из организма новорожденного значительно медленнее, чем из организма матери (120 и 27 часов, соответственно). У «кокаиновых» детей имеется зависимость и развивается синдром отмены. Выделяясь с молоком, кокаин вызывает острую интоксикацию у новорожденного (повышенная раздражительность, тремор, артериальная гипертензия, судороги).