

сосудистой стенки наблюдался уже при нефропатии легкой степени и прогрессировал при утяжелении процесса. Наибольшая выраженность артериоспазма в стволовых ворсинах наблюдалась при сочетанных гестозах. Сосудистое ремоделирование при нефропатии вело к последовательному снижению коэффициента элонгации, это говорило о том, что форма сосуда становилась все более концентрической. При этом нарастала облитерация просветов артерий стволовых ворсин. Коэффициент облитерации достоверно повысился уже при нефропатии средней тяжести и далее прогрессивно менялся. Наибольшая выраженность облитерационной ангиопатии стволовых ворсин была при сочетанных гестозах. Узкие просветы артерий с концентрическим ремоделированием ввиду утолщения сосудистой стенки, наблюдаемые при тяжелой нефропатии и сочетанных гестозах, способствовали росту сосудистого сопротивления в стволовых ворсинах.

В контрольной группе наружный диаметр вен в стволовых ворсинах колебался от 185 до 215 мкм, в среднем составил $194,8 \pm 2,57$ мкм, а внутренний диаметр варьировался в диапазоне от 152 до 183 мкм при среднем значении $168,2 \pm 2,95$ мкм. Коэффициент элонгации вен в стволовых ворсинах в среднем соответствовал $2,72 \pm 0,04$ и отражал эллипсоидную форму вен. Коэффициент облитерации в среднем составил $1,12 \pm 0,001$.

Венодилатация в стволовых ворсинах с одновременным увеличением наружного и внутреннего диаметров была отмечена при отеках, нефропатии средней и тяжелой степени, сочетанных гестозах. Наибольшую выраженность венодилатация имела при сочетанных гестозах. При легкой степени нефропатии изменения просветов вен в стволовых ворсинах не было. По мере развития патологического процесса последовательно повышались значения коэффициента элонгации из-за того, что просветы вен деформировались, имели причудливые географические очертания.

Площадь промежуточных ворсин при отеках возрастала на 23,6% ($p < 0,05$), а при тяжелой нефропатии и сочетанных гестозах снижалась на 18,5% ($p < 0,05$) и 22,2% ($p < 0,05$), соответственно. Сокращение площади артериальных просветов, а также достоверное снижение относительного коэффициента, отражающего удельный вес артериальных просветов к общей площади ворсин, наблюдалось уже при нефропатии средней тяжести и в дальнейшем прогрессировало. В контрольной группе наружный диаметр артерий в промежуточных ворсинах колебался от 29 до 41 мкм, в среднем составил $34,5 \pm 0,9$ мкм, а внутренний диаметр варьировал в диапазоне от 18 до 27 мкм при среднем значении $22,1 \pm 0,6$ мкм. Толщина стенки артерий в промежуточных ворсинах в среднем составляла $12,3 \pm 0,6$ мкм. Коэффициент элонгации артерий в промежуточных ворсинах в среднем соответствовал $1,42 \pm 0,003$, коэффициент облитерации – $1,42 \pm 0,003$. Следовательно, артерии промежуточных ворсин в норме имели свободный округлый, слегка удлиненный просвет. Артериоспазм с уменьшением внутреннего диаметра и утолщением сосудистой стенки наблюдался при нефропатии средней степени и прогрессировал при тяжелом процессе. Однако статистически значимое утолщение сосудистой стенки наблюдалось уже при легкой степени нефропатии. Наибольшая выраженность артериоспазма в промежуточных ворсинах была при сочетанных гестозах. При тяжелой нефропатии и сочетанных гестозах форма артерий была правильной круглой формы (значение коэффициента элонгации близко к 1), что отражало концентрический тип ремоделирования и говорило о сниженной способности артерий к растяжению. При этом нарастала облитерация просветов артерий промежуточных ворсин. Коэффициент облитерации достоверно повысился уже при нефропатии легкой тяжести и далее прогрессивно изменялся. Наибольшая выраженность облитерационной ангиопатии промежуточных ворсин наблюдалась при сочетанных гестозах.

В контроле наружный диаметр вен в промежуточных ворсинах колебался от 35 до 59 мкм, составив $47,2 \pm 0,9$ мкм, а внутренний диаметр – в диапазоне от 32 до 51 мкм при значении $43,1 \pm 1,2$ мкм. Коэффициент элонгации вен в промежуточных ворсинах соответствовал $2,94 \pm 0,003$, а коэффициент облитерации составил $1,28 \pm 0,005$. Венодилатация в промежуточных ворсинах с одновременным увеличением наружного и внутреннего диаметров была отмечена при отеках, нефропатии средней и тяжелой степени, сочетанных гестозах. Наибольшую выраженность венодилатация имела при сочетанных гестозах.

При гестозах наибольшее падение индекса, указывающего на удельную площадь сосудистых просветов, было отмечено для

промежуточных ворсин. Итак, морфометрические изменения сосудов плаценты при гестозах отражают этапы сложного динамического процесса, направленного на сохранение равновесия единой биологической системы «мать – плацента – плод». Однако при последовательном развитии патологии происходит срыв адаптивных и компенсаторно-приспособительных реакций, сопровождающийся ухудшением кровоснабжения плаценты, а затем плода. В последние годы на фоне нестабильной демографической ситуации в России ввиду резкого снижения рождаемости и сокращения численности детского населения наблюдается ухудшение качественных характеристик здоровья рождающихся детей, обусловленных ростом патологии беременности, в том числе гестозов. Такая сложная обстановка диктует необходимость проведения квалифицированной пренатальной диагностики патологических сосудистых изменений плаценты, что позволяет решать вопрос о тактике ведения родов, своевременно разработать алгоритм специализированной помощи новорожденному.

Выводы. При прогрессировании гестоза у беременных происходит последовательное концентрическое сосудистое ремоделирование артерий в стволовых и промежуточных ворсинах с формированием округлой формы, облитерацией просвета, утолщением сосудистой стенки и снижением геометрической плотности капилляров в терминальных ворсинах. Облитерационная ангиопатия в промежуточных ворсинах имеет патогенетическое значение для осложнений беременности при гестозах.

Литература

1. Радзинский В.Е. Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. М, 2001.
2. Сидорова И.С. Гестоз.– М, 2003.
3. Милованов А.П. Патология системы «мать – плацента – плод». Рук-во для врачей. М, 1999.

УДК. 618.3-06-055.2:616.14-007.63+155.194.8

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Р.С. КУРБАНОВА, С-М.А. ОМАРОВ*

Особое место в акушерстве занимает проблема экстрагенитальной патологии, в частности, варикозной болезни, и железодефицитной анемии. По данным ВОЗ, частота ЖДА у беременных в разных регионах мира колеблется от 21 до 89% и основными причинами ее развития считают утилизацию железа на нужды фетоплацентарного комплекса для увеличения массы циркулирующих эритроцитов; недостаточное содержание железа в диете и потеря необходимых для его усвоения витаминов.

Ключевые слова: гестация, варикоз, анемия

Особенно актуальна проблема ЖДА у многорожавших женщин, у которых имеет место истощение депо железа в организме на фоне частых родов, длительной лактации и осложненного течения беременности и родов. Известно, что заболевания вен являются довольно распространенными. По данным ВОЗ, заболеваниями венозной системы страдает 0,5–6% населения, преимущественно зрелого возраста. Венозной системе принадлежит важнейшая роль в осуществлении оттока крови, насыщению ее углекислотой, транспортировке продуктов метаболизма, гормонов и других гуморальных факторов, а также в распространении патологических процессов. Одним из этиологических факторов развития варикозной болезни являются нейроэндокринные нарушения при гестации и менструальных циклах. Поэтому женщины страдают варикозной болезнью в 2 раза чаще, чем мужчины. Варикозное расширение вен наблюдаются у 32% беременных, причем у основной половины (до 80%) заболевания возникает во время беременности. В Дагестане многорожавшие женщины (МРЖ) составляют >30% среди всех рожавших и характеризуются более осложненным течением гестации на фоне высокой отягощенности экстрагенитальной патологии. По определению ВОЗ, многорожавших женщин относят к универсальной группе риска акушерской и перинатальной патологии. Усиление хронической венозной недостаточности наступает почти после каждой последующей беременности. Частота варикозной болезни у МРЖ составляет 48%, частота ЖДА у МРЖ достигает 89%. Сочетание ЖДА и варикозной болезни относится к широко

* Дагестанский научный центр РАМН, г. Махачкала

распространенной патологии у МРЖ. Вместе с тем, осталась неизученной, проблема данной сочетанной патологии у МРЖ.

Цель исследования – изучение исходов гестации при сочетании ЖДА и варикозной болезни у МРЖ.

Материал и методы. В процессе работы использовался ультразвуковой сканер «Аloka 3500» (Япония), работающий в режиме реального масштаба времени, с использованием трансабдоминального датчика, имеющего частоту 3,5 МГц. Применительно к плаценте оценивали следующие показатели: локализация плаценты, положение ее по отношению к стенкам матки и к внутреннему маточному зеву, оценка хориальной мембраны (гладкая, волнистая, с углублениями), идентификация базального слоя, ультраструктура паренхимы (гомогенная, гетерогенная с экзогенными зонами, наличие уплотнений, акустических теней), толщина плаценты, количество околоплодных вод. После комплексной оценки состояния плаценты определяли ультразвуковую стадию структуры, включающую характер изменений в хориальной мембране и базальном слое, а также состояние паренхимы. Все это позволило в дальнейшем, при сравнении с остальными группами, выделить ведущие факторы по развитию патологии плаценты среди беременных женщин, страдающих анемией и гипертонической болезнью.

Для определения внутриутробного состояния плода путем оценки его *биофизического профиля* (БФПП) использовали методику, предложенную А.М. Vintzileos и соавт. (1983). Учитывали 6 параметров: результаты нестрессового теста при кардиомониторном наблюдении и данные УЗИ двигательной активности плода, дыхательных движений плода, тонуса плода, объема околоплодных вод и степени зрелости плаценты по Grannup. Каждый параметр оценивался в 0, 1 или 2 балла. Суммарную оценку БФПП проводили с учетом рекомендаций Шраер О.Т. (1991). Оценка в 10-12 баллов расценивалась, как нормальная, 8-9 баллов – удовлетворительная, 6-7 – сомнительная, 5 и ниже – патологическая. Комплексная оценка «биофизического профиля» плода позволяет получать наиболее объективную информацию о его жизнедеятельности. Установлено, что прогностическая ценность положительного результата при определении «биофизического профиля» плода составляет 90%.

Для комплексной оценки кровообращения в системе мать-плацента-плод, улучшения диагностики и выбора оптимальной акушерской тактики проводили *доплерометрическое исследование* с помощью ультразвуковой диагностической системы «Аloka SSD-1700» (Япония). Использовали фильтр 200 Гц и датчик с частотой 3,5 МГц. В ходе исследования анализировали следующие параметры: максимальную систолическую и конечную диастолическую скорость кровотока с последующим расчетом систоло-диастолического отношения (СДО) и индекса резистентности (ИР) по общепринятой методике в обеих маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии. Синтетическая функция фетоплацентарного комплекса у обследованных женщин оценивалась по содержанию в периферической крови эстриола (Э₃) и плацентарного лактогена (ПЛ) методом конкурентного связывания гормонов со специфическими антителами. Содержание эстриола, плацентарного лактогена изучалось радиоиммунологическим методом, преимуществом которого является его высокая чувствительность, специфичность и надежность, с помощью соответствующих наборов, изготовленных на базе научно-технического центра «Нуклон», г. Москва.

Методика превентивного лечения и предродовой подготовки включала: ношение компрессионного трикотажа «Venotek» (II степень компрессии); детралекс – по 1 тб 2 раза в день после приема пищи длительно; «Лиотон-гель 1000» – аппликации на нижние конечности дважды в сутки длительно; курантил 25мг – по 1др 3 раза в сутки после приема пищи в течение 1 месяца.

Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере типа Pentium IV при помощи электронных таблиц Microsoft Excel XP Professional 2003 с использованием методов параметрической статистики. Вычислялись среднее арифметическое, ошибка средней арифметической. Все полученные данные подвергались статистическому анализу с помощью стандартных пакетов программ анализа «Биостат». Статистическую обработку данных проводили с помощью t-критерия Стьюдента и точного f-критерия Фишера с учетом неоднородности дисперсий в исследуемых группах с помощью критерия Манна-Уитни. Данные представлены в виде средней ± ошибка средней. Результаты оценивались с уровнем значимости p<0,05.

Результаты. Среди находившихся под наблюдением МРЖ признаки угрозы прерывания наблюдались в 2 раза чаще в группе сравнения, также был высок процент гестоза (табл.1).

Таблица 1

Особенности течения беременности в обследованных группах (M±m)

Показатели	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
Угроза прерывания	13 (13%) *	12 (17,4%) **	4 (8,0%)
II триместр	8 (8%)	6 (8,57%)**	2 (4,0%)
III триместр	5 (5%)*	6 (8,57%)	2 (4,0%)
Ранний токсикоз	9 (9,0%)	7 (10,0%)	4 (8,0%)
Гестоз:	11 (11,0%)*	12 (17,4%)**	5 (10,0%)
Легкой степени	8 (8,0%)	5 (7,14%)	4 (8,0%)
Средней степени	4 (4,0%)	3 (4,28%)*	1 (2,0%)
Тяжелой степени	- *	2 (2,85%)	-
Преэклампсия	- *	2 (2,85%)	-
Макросомия	3 (3,0%)	9 (12,85%)	7 (14,0%)
ФПН	8 (8,0%) *	11 (15,7%)**	1 (2,0%)
СЗВРП	2 (2,0%)*	4 (5,7%)*	1 (2,0%)
Многоводие	5 (5,0%)	4 (5,7%)	2 (4,0%)
Газовое предлежание	4 (4,0%)	3 (4,28%)	2 (4,0%)
Поперечное положение	4 (4,0%)	3 (4,28%)	2 (4,0%)
ПОНРП	-	2 (2,86%)*	-
Предлежание плаценты	2 (2,0%)	2 (2,85%)	-
Многоплодие	4 (4,0%)	3 (4,28%)	2 (4,0%)
Дородовое излитие о/п вод	2 (2,0%)*	4 (5,7%)*	1 (2,0%)
Перенашивание	4 (4,0%)	3 (4,28%)	2 (4,0%)

* - P < 0,05 – разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** P < 0,05 – разница достоверна между группой сравнения и группой контроля; ⁰ P < 0,05 – между основной группой и контролем

Как видно из представленных в табл.1 данных, частота возникновения многоводия, макросомии и неправильных положений плода была практически одинаковой во всех группах МРЖ, независимо от проведения превентивной подготовки. Это, по-видимому, связано с кратностью родов, перерастяжением матки и возможным диабетогенным влиянием беременности.

Проблема невынашивания беременности у многорожавших женщин остается актуальной в современном акушерстве и колеблется по данным различных авторов в пределах 5,5–15,5%. Результаты нашего исследования показали, что на фоне проводимой превентивной терапии у МРЖ с ВБ и ЖДА процент невынашивания снижается в 1,36 раза (с 17,4% до 13,0%), но все равно превышает данный показатель у здоровых МРЖ в 1,6 раза. Этот факт подтверждает неблагоприятное влияние экстрагенитальной патологии (в нашем случае, ВБ и ЖДА) на течение гестации.

Достоверных различий в частоте возникновения ранних токсикозов выявлено было (9,0%, 10,0% и 8,0% соответственно группам). Частота гестоза на фоне проведения превентивной терапии в основной группе была снижена в 1,58 раза (с 17,4% до 11%) (p<0,05%); не было допущено развития тяжелых его форм, а в группе сравнения гестоз тяжелой степени был отмечен в 2,85% случаев и преэклампсия – в 2,85%. Как следствие гестоза, у 8% МРЖ основной группы была отмечена ФПН и сининдром задержки внутриутробного развития плода (СЗВРП – у 2%), что в 1,9 и в 2,8 раза меньше, чем в группе сравнения. Процент перенашивания не имел достоверной разницы во всех группах МРЖ, независимо от подготовки и колебался в пределах 4–4,2%. Полученные нами данные соответствовали данным, полученным другими авторами. Такие расхождения в частоте переносимости беременности объясняются, по-видимому, различными методами диагностики этой патологии, а также различными взглядами авторов на сущность перенашивания.

Таблица 2

Гормональный профиль обследованных женщин (M±m)

Показатели	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
Эстриол, н/моль/л	94,7±2,2*	73,2±3,6**	99,5±3,1
Плацентарный лактоген, нмоль/л	263,8±10,5*	209,5±11,2**	284,5±10,8

* P < 0,5 – разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** P < 0,05 – разница достоверна между группой сравнения и группой контроля

Частота предлежания плаценты, по данным нашего исследования, у МРЖ основной группы и группы сравнения была практически одинаковой (2,0% и 2,85% соответственно). Что подтверждает роль дистрофических изменений мио- и эндометрия, имеющих место при высокой кратности родов, в развитии

аномалий расположения плаценты. В 2,8% случаев в группе сравнения развилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), причиной которой явился гестоз тяжелой степени. В основной группе случаев ПОНРП отмечено не было. Гормональный профиль плода и плаценты оценивался по содержанию в крови беременных плацентарного лактогена и эстриола, определяемых с помощью радиоиммунологического метода. Полученные данные представлены в табл. 2.

Как видно из приведенных в табл.2 данных, имеет место достоверное увеличение концентрации эстриола (в 1,29 раза) и ПЛ (в 1,25 раза) в основной группе по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$). Решающую роль в данном случае, вероятно, сыграли коррекция железодефицита и устранение гипоксии тканей, а также венопротекция, направленная на улучшение вязкости крови. В связи с высокой частотой осложнений беременности у МРЖ с различной экстрагенитальной патологией, изучение состояния и функционирования ФПК представляет огромный практический интерес. Это связано, в первую очередь, с тем, что плацента при различных патологических состояниях перестает быть надежной базой для нормальной жизнедеятельности плода. Результаты ультразвукового скрининга плаценты и плода представлены в табл. 3.

Таблица 3

Ультразвуковые параметры ФПК в обследованных группах

Показатели	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
БПР, см	9,1±0,2	9,09±0,1	9,1±0,2
Длина бедра, см	7,06±1,1	7,03±0,15	7,12±0,12
Толщина плаценты, см	4,22±0,18	4,21±0,12	4,17±0,09
Маловодие, %	4 (4,0%)*	8 (11,4%)**	1 (2,0%) о
Кальцинаты	8 (8,0%)*	11 (15,7%)*	3 (6,0%) о

* $P < 0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** $P < 0,05$ – разница между группой сравнения и группой контроля; о – $P < 0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой контроля

Достоверная разница результатов выявлена в отношении маловодия, частота которого в основной группе была в 2,8 раза меньше, чем в группе сравнения, но в 2 раза больше чем в контроле (табл.3). Также достоверные различия получены в отношении частоты обнаружения кальцинатов в плаценте. В основной группе этот показатель равнялся 8,0%, что в 1,9 раза меньше, чем в группе сравнения (15,7%), в 1,3 раза чаще, чем в группе контроля. Данные факты можно объяснить более высокой частотой ФПН в основной группе по сравнению с контролем потому, что коррекция экстрагенитальной патологии не исключает неблагоприятного влияния самой кратности родов.

Таблица 4

Показатели доплерометрии маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики в обследованных группах (M±m)

Исследуемые параметры	СДО	ИР	ПИ
Маточные артерии	2,06±0,05*	0,48±0,01	0,64±0,05 о
Артерия пуповины	2,84±0,05*	0,72±0,02	0,76±0,05
Средняя мозговая артерия	4,09±0,05*	0,71±0,03	1,61±0,02
Группа сравнения n=70			
Маточные артерии	1,89±0,05	0,61±0,02**	0,69±0,05
Артерия пуповины	2,91±0,02	0,63±0,01**	0,84±0,08
Средняя мозговая артерия	3,82±0,02	0,79±0,02**	1,69±0,02
Группа контроля n=50			
Маточные артерии	2,18±0,02	0,39±0,05	0,56±0,02 о
Артерия пуповины	2,65±0,05	1,11±0,02	0,65±0,05 о
Средняя мозговая артерия	4,65±0,02	0,74±0,01	1,39±0,02 о

* $P < 0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** $P < 0,05$ – разница достоверна между группой сравнения и группой контроля; О $P < 0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой контроля

Обращала на себя внимание корреляция ультразвуковых изменений с данными доплерометрического исследования кровотока у МРЖ. Достоверно чаще гемодинамические нарушения были зарегистрированы в группе сравнения (в 42 случаях (60,0%), тогда как в основной группе нарушения были зарегистрированы у 27 МРЖ (27,0%) ($P < 0,05$) (табл. 4).

Данные табл.4 свидетельствуют о прямой пропорциональной зависимости между тяжестью взаимоотношающихся соматических патологий с частотой и степенью нарушений кровотока, особенно в маточных артериях. У беременных группы сравнения имело место увеличение индексов сосудистого сопротивления в маточных артериях и артерии пуповины, т.е. было отмечено

нарушения по всех звеньях ФПК. Наличие дикротических выемок регистрировалось у 17,4% МРЖ из группы сравнения, у которых имелись клинические проявления гестоза, что в 1,5 раза чаще, чем в группе МРЖ, получивших подготовку. Распределение МРЖ по степени тяжести гемодинамических нарушений представлено в табл. 5.

Таблица 5

Степени гемодинамических нарушений в обследованных группах

Степени	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
I степень	23 (23,0%)*	30 (42,8%)**	7 (14,0%) о
II степень	4 (4,0)*	8 (11,4%)**	1 (2,0%) о
III степень	-	4 (5,7%)	-
Нет нарушений	73 (73,0%)*	28 (40,0%)**	42 (84,0%) о

* $P < 0,05$ – разница достоверна, между основной группой и группой сравнения; ** $P < 0,5$ – между группой сравнения и группой контроля; о – $P < 0,05$ между основной группой и группой контроля

Результаты оценки тяжести гемодинамических нарушений показывают эффективность проведенных нами мероприятий, направленных на устранение гипоксии тканей, улучшение реологии крови, что проявилось отсутствием нарушения гемодинамики в МППК в 73% случаев, и профилактикой тяжелых форм гемодинамических нарушений (отсутствие III степени). Тогда как в группе сравнения отсутствие нарушений МППК отмечено только в 40,0% случаев, а тяжелые нарушения МППК имели место у 5,7% МРЖ. Своевременные роды имели место у 91 (91,0%), преждевременные – у 2 (2,0%), запоздалые – у 4 (4,0%) МРЖ из основной группы. В группе сравнения процент преждевременных родов равнялся 8,57% (6 наблюдений), что в 2,14 раза больше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Разница между процентом срочных родов также была статистически значимой (61 МПЖ – 87,1%) ($p < 0,05$) (табл. 6).

Таблица 6

Сроки родоразрешения в обследованных группах (M±m)

Показатели	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
Срочные роды (37-41 нед)	91 (91,0%)*	61 (87,1%)	47 (94,0%)
Преждевременные (33-36 нед)	2 (2,0%)*	6 (8,57%)**	1 (2,0%)
Запоздалые роды (42 и более)	4 (4,0%)	3 (4,28%)	2 (4,0%)

* $P < 0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** $P < 0,05$ – разница достоверна между группой сравнения и группой контроля

Таблица 7

Особенности течения родового акта в обследованных группах (M±m)

Нозологические единицы	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
Несвоевременное излитие о/п вод	10/10,0%	8 (11,4%)	5 (10,0%)
Клиническое несоответствие	3 (3,0%)	2 (2,85%)	1 (2,0%)
ПОНРП	-	1 (1,42%)	-
Кровотечения в послеродовом периоде	-	1 (1,42%)	-
Кровотечение в раннем послеродовом периоде	3 (3,0%)*	4 (5,7%)**	2 (4,0%)
Травмы мягких родовых путей	5 (5,0%)	4 (5,7%)	3 (6,0%)
АРД:			
Патологический, преминарный период	14 (14,0%)*	22 (31,4%)**	7 (14,0%)
Слабость родовых сил:			
I	6 (6,0%)*	10 (14,28%)**	4 (8,0%) о
II	3 (3,0%)*	4 (5,7%)**	2 (4,0%) о
Дискоординированная родовая деятельность	1 (1,0%)*	2 (2,85%)**	-

* $P < 0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** $P < 0,05$ – разница между группой сравнения и группой контроля; о – $P < 0,05$ – между основной группой и группой контроля

При изучении особенностей течения родового акта у обследованных обращала на себя внимание высокая частота АРД, раннее излитие о/п вод, кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах. Эти показатели несмотря на наличие или отсутствие экстрагенитальной патологии, являются приоритетными при многократных родах. На это указывают многие исследователи, изучавшие проблему многократных родов. Проведение превентивной подготовки у МРЖ основной группы позволило улучшить эти показатели (табл. 7). Приведенные данные показывают, что проводимая подготовка позволила снизить частоту АРД в 2,2 раза по сравнению с группой сравнения, частоту гипотонических кровотечений – в 1,9 раза ($p < 0,05$). Различия в показателях несо-

ответствия таза матери и головки плода, травм мягких родовых путей, несвоевременного излития о/п вод были практически одинаковы и статистически недостоверны ($p>0,02$).

Имевший место в группе сравнения случай ПОНРП (1,42%) во II периоде родов был обусловлен ультракороткой пуповиной (ретроспективно – 34 см). Плод при этом был быстро излечен путем вакуум-экстракции.

Таблица 8

Временная характеристика родов

Группы	Средняя продолжительность (час/мин)
Основная группа n=100	6 часов 48 минут ± 20,5 минут *
Группа сравнения n=70	7 часов 36 минут ± 22,1 минут
Группа контроля n=5	6 часов 15 минут ± 20,1 минуты

* $P<0,05$ – разница достоверна между основной группой и группой сравнения

Как видно из приведенных в табл.8 данных, у МРЖ основной группы имеет место укорочение длительности родов по сравнению с теми же показателями в группе сравнения (в 1,13 раза). Этот факт можно объяснить полноценной пренатальной подготовкой МРЖ основной группы. При анализе течения послеродового периода обращал на себя внимание высокий процент гнойно-септических осложнений в группе сравнения (табл. 9).

Таблица 9

Особенности течения послеродового периода

Нозологические единицы	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
Субинволюция матки	4 (4,0%)*	9 (12,8%)**	2 (4,0%)
Лохиометра	2 (2,0%)*	4 (5,71%)**	1 (2,0%)
Метроэндометрит	2 (2,0%)*	4 (5,71%)**	1 (2,0%)
Мастит	-	1 (1,42%)	-

** $P<0,05$ – разница достоверна между группой сравнения и группой контроля

Частота субинволюции матки, лохиометры, метроэндометрита в основной группе было в 3,2; 2,8, 2,8 раза соответственно ниже, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Причиной этого явилась большая продолжительность родового акта на фоне несвоевременного излития о/п вод, а также снижение иммунологической реактивности организма на фоне некорректированной анемии и ВБ. Средний объем кровопотери составил в основной группе $428,9 \pm 19,5$ мл, в группе сравнения – $501,3 \pm 20,2$ мл, в группе контроля – $396,8 \pm 10,8$ мл. Оперативное родоразрешение проведено у 6 МРЖ основной группы, у 10 – из группы сравнения, в группе контроля – у 3. Оценка новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 2-й минутах была достоверно выше в основной группе по сравнению с группой сравнения, где были отмечены наихудшие результаты (табл. 10).

Таблица 10

Оценка по шкале Апгар в обследованных группах

Баллы	Основная группа n=100	Группа сравнения n=70	Группа контроля n=50
8-9	91 (91,0%)*	47 (67,14%)**	47 (94,0%)
6-7	8 (8,0%)*	17 (24,2%)**	3 (6,0%)
4-5	1 (1,0%)*	4 (5,7%)**	-
4 и ниже	-	2 (2,85%)	-

Оценка по шкале Апгар в основной группе была равна $8,69 \pm 0,12$ баллов, в группе сравнения – $6,9 \pm 0,10$ баллов и в группе контроля – $8,97 \pm 0,12$ баллов. Таким образом, анализ перинатальных исходов показал, что сочетание варикозной болезни и ЖДА при высокой кратности родов приводит к большой частоте гестационных осложнений. Несоответствие адаптационных возможностей организма матери потребностям растущего плода умножает риск неблагоприятного исхода для матери и для плода. Проведение профилактики и лечения позволяют улучшить перинатальные исходы у МРЖ с сочетанной патологией.

Литература

1. Газдиева З.М. Профилактика варикозного расширения вен у женщин в послеродовом периоде // Мат-лы конференции акушеров-гинекологов Ростовской области. 1997. С. 17.
2. Газдиева З. М., Поляк А. И., Рымашевский Н. В. // Мат-лы конф. акушеров-гинекологов Ростовской области. 1998. С. 6–7.
3. Газдиева З. М., Поляк А. И., Рымашевский Н. В. // Мат-лы конф. акушеров-гинекологов Ростовской области. 1998. С. 8.

4. Гладких В.Г. и др. // Вестник ретгенологии. 1986. №6. С. 33–37.

5. Гладких В. Г., Суковатых Б. С., Лазаренко В. А. // Вестник хирургии. 1987. № 12. С. 50–54.

6. Говалло В.И. Иммунология репродукции. М.: Медицина, 1987. 304с.

7. Горбенко О.М., Трунова Л.А., Трунов А.Н. Съезд иммунологов России: Тез. докл. Новосибирск, 1992. С. 116.

8. Mengert W. F., Cobb S. W., Brown W. W. Jr. Introduction of blood into the peritoneal cavity. An experimental study. // A.M.A. 1951. Vol. 147. P. 34–37.

9. Nabatoff R.A. Simple palpation to defect valvular incompetence in patients with varicose veins. IIS. Amer. Med. Ass. 1955. Vol. 159. № 1. P. 27.

10. Nazarenko L.G. Immunomodulating therapy in various complications of the gestational period (Review) (Russian) // Akusherstvo-Gyneekologia (11): 12–5, 1990. Nov.

THE PECULIARITIES OF THE GESTATIONAL PROCESS IN PREGNEY WITH VARICOSE DISEASE AND IRONDEFISIENCY

R.S. KURBANOVA, C-M.A. OMAROV

Summary

The special place in obstetrics occupies the problem an extragenital to pathology, in particular, varicose disease, and irondeficiency to anemias. As of carry, the frequency wait beside pregnant in miscellaneous region world varies from 21 before 89% and the main reason of her(its) development consider salvaging a ferric on necessities phetoplacental complex for increase the mass circulating erythrocytosis; the insufficient contents ferric in diet and loss required for his(its) assimilations vitamin.

Key words: gestosis, varicose, anemia

УДК 618.5-089.888.61-053.31+618.63-003.96

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ И ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ

Л.И.ИППОЛИТОВА, Я.А.ТУРОВСКИЙ*

Ключевые слова: операция кесарева сечения

Снижение материнской и детской заболеваемости и смертности определяется своевременным и правильным выбором метода родоразрешения. В последние годы прослеживается отчетливая тенденция к увеличению частоты кесарева сечения (КС). Рост данного хирургического вмешательства произошел главным образом за счет показаний со стороны плода, причем значительная часть операций производится до начала родовой деятельности. [4]. Такой подход к операции КС соответствует основным принципам перинатальной медицины, призванной обеспечить рождение жизнеспособного и здорового ребенка [1]. При расширении показаний к операции КС большую актуальность приобретает не только рациональный выбор анестезиологического пособия, но и время проведения операции: до начала родовой деятельности или во время родового акта [3].

Процессы адаптации новорожденных, извлеченных с помощью КС, протекают менее благоприятно, чем после родов через естественные родовые пути [2]. При абдоминальном родоразрешении на плод оказывает воздействие ряд факторов, несвойственных для физиологических родов. Ранний период их адаптации характеризуется напряжением функций многих систем организма, при этом гормональный гомеостаз выполняет функцию регулятора качества возникающих адаптационных реакций организма на действие экстремальных раздражителей [6]. Усугубляют процессы ранней адаптации новорожденных после КС и трудности с кормлением грудью: позднее прикладывание к груди, наркоз, величина кровопотери, боль и слабость, возникающие после операции, сонливость ребенка, тенденция к дополнительному кормлению новорожденного смесями, чтобы «дать отдых» матери. Доказано, что КС является одной из причин более позднего и длительного становления лактации [1].

Цель работы – изучение ранней неонатальной адаптации и вскармливания новорожденных, извлеченных путем КС.

Под нашим наблюдением находилась популяция новорожденных ($n=1337$), которая была разделена на 5 групп: 1-я ($n=390$)

* Воронежская ГМА им. Н.Н.Бурденко. 394000 г. Воронеж, ул. Студенческая 10, тел. (4732) 96-17-82