

Таблица 4

Изменение параметров качества жизни в группе детей 12-16 лет в зависимости от вида базисной терапии

Вид базисной терапии		Дистресс	Тяжесть	Реактивность	КАЖ	КподЖ
Препараты кро- моглициевой кислоты	До лече- ния	43,85±2,45	19,85±1,59	16,71±0,83	30,00±1,41	18,71±1,70
	На фоне лечения	40,00±3,37	17,42±1,92	12,20±1,94*	29,42±2,58	20,00±2,04
Ингаляционные кортикостерои- ды	До лече- ния	43,54±1,17	21,09±1,07	19,81±0,71	26,00±1,83	16,00±1,45
	На фоне лечения	44,72±2,24	22,27±1,6	16,90±0,77*	25,45±2,10	16,27±1,42

Примечание: р – достоверность различий по сравнению с исходными данными по критерию Уилкоксона (* - $p < 0,05$).

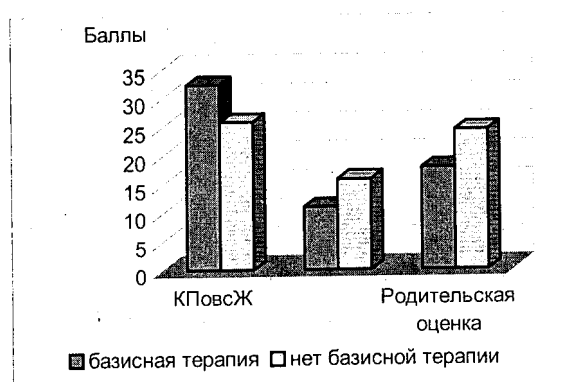


Рис. 1 Показатели качества жизни в группе детей 4-7 лет в зависимости от наличия базисной терапии.

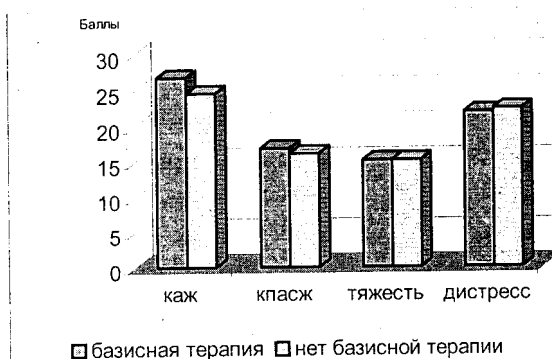


Рис. 2 Показатели качества жизни в группе детей 8-11 лет в зависимости от наличия базисной терапии.

УДК 618.2(075.9)

Н.В. Протопопова, П.М. Самчук, И.А. Козловская

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВОГО ПРОЦЕССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В результате анализа исхода родов у 117 пациенток, определены факторы влияющие на удлинение или укорочение продолжительности родового процесса. Средняя продолжительность быстрых родов в группе первородящих была значительно короче у пациенток родоразрешившихся плодом мужского пола. В группе первородящих с дородовым излитием околоплодных вод отмечено укорочение средней продолжительности нормально протекающих родов. Производство ранней амниотомии влияло только на укорочение продолжительности быстрых родов в группе повторнородящих. Отмечено удлинение средней продолжительности быстрых и нормальных родов в группе первородящих, у которых беременность осложнилась угрозой прерывания.

Ключевые слова: беременность, продолжительность родового акта, факторы влияющие на продолжительность родов

FEATURES OF CURRENT OF LABOR'S PROCESS IN MODERN CONDITIONS

N.V. Protopopova, P.M. Samchuk, I.A. Kozlovskaya

As a result of the analysis of labors outcome at 117 patients, factors which have influence on lengthening or reduction duration of labor's process are determined. Average duration of fast labor in group of primigravida was much shorter at patients who beared an embryos of a male. In group of primigravida with antenatal expiration of amniotic fluid the reduction average duration of normally proceeding sorts is marked. Realization early amniotomition influenced only on reduction duration of fast labor in group of secundigravida. Lengthening duration of fast and normal sorts in group of primigravida at which pregnancy has become complicated by threat of interruption is marked.

Key words: pregnancy, duration of a childbed, factors influential on duration of kinds

Беременная женщина подвергается непрерывному воздействию разнообразных факторов окружающей среды, которые отражаются на течении беременности и родового процесса. В настоящее время по данным литературы отмечается уменьшение общей продолжительности родов по сравнению с данными, приводимыми ранее (Е.А. Чернуха, 2003; Г.М. Савельева и соавт., 2000).

Целью нашего исследования явилось изучение влияния некоторых факторов на продолжительность родового акта в современных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 117 пациенток родоразрешенных в условиях Областного Перинатального центра г. Иркутска в 2003 году.

Все пациентки были разделены на 4 группы: 1-ю группу составили 43 первородящие женщины с нормальной продолжительностью родов 11-12 часов; 2-ю группу 24 женщины, составили первородящие с быстрым течением родов от 6-и до 4-х часов; 3-я группа повторнородящие с нормальной продолжительностью родов 7-8 часов - 34 женщины; 4-я группа повторнородящие с быстрым течением родов от 4-х до 2-х часов - 16 человек (табл. 1). За основу взяты «временные» параметры продолжительности нормальных и быстрых родов, соответствующие данным большинства авторов (Е.А. Чернуха, 2003; В.И. Кулаков, В.Н. Серов и соавт., 1998).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного анализа установлено, что средняя продолжительность родов в группе первородящих с нормальным течением родов составила $540 \pm 6,3$ мин. (в среднем 9 часов), а с быстрым течением $340 \pm 7,0$ минут (в среднем 5,6 часа).

В группе повторнородящих продолжительность нормальных родов составила $410 \pm 6,0$ мин.

(в среднем 6,8 часа), быстрых родов $203 \pm 5,1$ мин (среднем 3,4 часа).

Продолжительность второго периода родов в группах первородящих составила: $28 \pm 0,7$ мин. при нормальном течении родов и $24 \pm 1,0$ мин. при быстром течении родов ($p < 0,002$), а в группах повторнородящих: $15 \pm 0,4$ мин. при нормальном течении родов и $13 \pm 0,8$ мин. при быстром течении родов ($p < 0,02$). Обращает на себя внимание, что продолжительность второго периода родов в группе повторнородящих была в 2 раза короче по сравнению с первородящими.

Длительность быстрых родов отмечена выше в группе первородящих родоразрешившихся плодом женского пола ($332 \pm 9,0$ мин), чем в группе первородящих родоразрешившихся мальчиком ($293 \pm 6,0$ мин) $p < 0,001$. Для остальных групп различие по половому признаку новорожденного было статистически не значимо.

Средняя продолжительность нормально протекающих родов была короче в группе первородящих с дородовым излитием околоплодных вод ($500 \pm 8,4$ мин), по сравнению с первородящими у которых излитие околоплодных вод отмечалось в процессе родов ($533 \pm 9,6$ мин.) $p < 0,01$. Для быстрых родов это различие оказалось статистически не значимо.

В группе повторнородящих дородовое излитие околоплодных вод встречалось только в одном случае при нормальной продолжительности родов и в одном случае при быстром течении родов.

Средняя продолжительность быстрых родов $276 \pm 8,0$ мин. в группе первородящих с выявленными возбудителями таких инфекций, как микоплазмоз, уреаплазмоз, хламидиоз была короче, чем среди первородящих без данных заболеваний ($304 \pm 9,6$ мин.) $p < 0,05$.

В группах первородящих с нормальной продолжительностью родов различие оказалось статистически не значимо.

В группе повторнородящих которым была произведена амниотомия при 4 см. открытия маточного зева, длительность быстрых родов составила $205 \pm 3,2$ мин. и была короче, чем у повторнородящих, у которых амниотомия или самостоятельное излитие вод происходило при раскрытии маточного зева 6-8 см. ($220 \pm 6,0$ мин.) $p < 0,05$. В группе повторнородящих с нормальным течением родов, выполнение амниотомии не влияло на изменение продолжительности родов, это влияние также не отмечено в группе первородящих с быстрым и нормальным течением родов.

Изучая зависимость продолжительности родоразрешения от состояния влагалищной микрофлоры, мы не выявили статистически значимых различий в исследуемых группах.

В тоже время в группе повторнородящих с нормальной продолжительностью родов на фоне микоплазменной, уреоплазменной или хламидийной инфекции продолжительность родов составила $365 \pm 10,4$ мин. и была меньше, чем в группе повторнородящих с нормальной продолжительностью родов у которых данные инфекции не отмечены ($410 \pm 9,6$ мин) $p < 0,01$. Быстрые роды в группе повторнородящих на фоне хламидиоза, уреоплазмоза или микоплазмоза имели место только в одном случае.

Продолжительность нормально протекающих родов среди группы первородящих пациенток, которые за 2-3 недели до родоразрешения перенесли ОРВИ составила $446 \pm 8,3$ мин. и оказалась короче чем среди первородящих не болевших ОРВИ ($547 \pm 9,5$ мин.) $p < 0,001$. Для других групп различие, связанное с ОРВИ заболеванием оказалось статистически не значимо.

Средняя продолжительность быстрых родов ($302 \pm 5,6$ мин.), в группе первородящих, у которых во время беременности имелись признаки угрозы прерывания и проводилось лечение была больше, чем в группе первородящих без данного осложнения во время беременности ($287 \pm 4,8$ мин.) $p < 0,05$. Аналогичные данные получены в группе первородящих у которых продолжительность нормально протекающих родов была больше среди женщин с угрозой прерывания беременности ($557 \pm 10,3$ мин.), чем в группе без данного осложнения беременности ($516 \pm 9,0$ мин.) $p < 0,01$. В группе повторнородящих с угрозой прерывания беременности быстрые роды не встречались, а для групп повторнородящих с нормальной продолжительностью родов различия оказались статистически не значимы.

Продолжительность быстрых родов в группе первородящих была меньше на фоне приема только спазмолитиков ($291 \pm 5,0$ мин.), по сравне-

нию совместным назначением медикаментозного сна-отдыха и спазмолитиков ($310 \pm 8,0$ мин.) $p < 0,05$. Средняя продолжительность нормально протекающих родов среди первородящих была также меньше на фоне приема только спазмолитиков ($516 \pm 8,7$ мин.), чем на фоне совместного назначения медикаментозного сна-отдыха и спазмолитиков ($571 \pm 10,7$ мин.) $p < 0,001$. В группе повторнородящих получены аналогичные результаты - нормальная продолжительность родов была меньше на фоне приема только спазмолитиков ($393 \pm 8,4$ мин), чем на фоне совместного назначения медикаментозного сна-отдыха и спазмолитиков ($463 \pm 8,4$ мин.) $p < 0,001$. При быстрых родах в группе повторнородящих сочетание медикаментозного сна-отдыха и спазмолитиков не проводилось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы отмечается тенденция к укорочению общей продолжительности, как нормально, так и быстро протекающих родов (Е.А. Чернуха, 2003). Результаты проведенного нами анализа показали, что средняя продолжительность быстрых родов в группе первородящих была значительно короче у пациенток родоразрешившихся плодом мужского пола. Данный результат вероятнее всего связан с повышенным содержанием эстрогенов в организме матери, за счет поступления предшественников эстрогенов (андрогенов) плода через плаценту к матери (О.Н. Савченко, 1967).

В группе первородящих с родовым излитием околоплодных вод отмечено укорочение средней продолжительности нормально протекающих родов, по сравнению с группой первородящих, у которых излитие околоплодных вод происходило в процессе родов, что, по видимому, связано с проникновением бактерий в полость матки при нарушении целостности плодного пузыря и активацией каскадного синтеза простагландинов (Н.Н. Русанова и соавт., 1987; Т.Б. Сенцова и соавт., 1988; Н.И. Пустотина и соавт., 1999; G. Gravett et al., 1986; M.G. Dodson et al., 1988; H.J. Passloer, 1990). Кроме того, само вскрытие плодного пузыря сопровождается увеличением концентрации простагландинов (Е.Ю. Вельтищев, 1988; Н.И. Соколова и соавт., 1990), что так же может способствовать укорочению продолжительности родов.

Производство ранней амниотомии влияло только на укорочение продолжительности быстрых родов в группе повторнородящих. Проведенные ранее исследования показали, что родостимулирующее действие оказывает только амниотомия произведенная в фазе быстрого

раскрытия (S. McKay, C.S. Mahan, 1983; P. Stewart et al., 1982). Амниотомия, произведенная в фазе медленного раскрытия или до родов, в большинстве случаев не влияет на их течение (K.R. Niswander, A.T. Evans, 1996).

Уменьшение средней продолжительности быстрых родов у первородящих и нормально протекающих родов у повторнородящих на фоне выявленных возбудителей таких инфекций, как микоплазмоз, уреоплазмоз и хламидиоз, скорее всего, связано с активацией синтеза простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов в связи с высвобождением арахидоната (Е.А. Чернуха, 2003; С.А. Кротов и др., 1997). Размножение патогенной микрофлоры приводит к накоплению микробных фосфолипидов, которые запускают синтез простагландинов (Б.Л. Гуртовой и соавт., 1994; R. Bejar et al., 1988; K. Takahashi et al., 1988; R.F. Lamont, 1996). Кроме того, синтез простагландинов усиливается под действием цитокинов, которые вырабатываются макрофагами в области фетоплацентарного барьера в ответ на бактериальные токсины (T. Kirschbaum, 1993; P. Baumann et al., 1995).

Влияние перенесенной за 2-3 недели до родов ОРВИ на уменьшение средней продолжительности нормально протекающих родов у первородящих, скорее всего, связано с непосредственным токсическим действием вируса на плаценту (K.R. Niswander, A.T. Evans, 1996) и возможной активацией этого действия во время родов.

Удлинение средней продолжительности быстрых и нормальных родов в группе первородящих, у которых беременность осложнилась угрозой прерывания, возможно связано с тем, что проведенная у них сохраняющая терапия повлияла на снижение чувствительности матки к действию собственных утеротоников. Токолитическая терапия проведенная по поводу угрозы прерывания беременности как указывают R.K. Creasy et al. (1980), предупреждает повторное возникновение преждевременной родовой деятельности.

Замедление родового акта при быстром и нормальном течении родов у первородящих на фоне сочетанного применения медикаментозного сна-отдыха и спазмолитиков по сравнению с продолжительностью родов среди первородящих, которым применялись только спазмолитики вероятнее всего связано с усилением суммарного спазмолитического действия и снижением сократительной деятельности матки в родах (Е.А. Чернуха, 2003).

вестник перинатологии и педиатрии. – 1994. - № 1. – С. 2 – 8.

2. Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Ванько Л.В., Бубнова Н.И. Внутриутробные бактериальные и вирусные инфекции плода и новорожденного // Акушерство и гинекология. – 1994. - № 4. – С. 20 – 26.

3. Кулаков В.И., Серов В.Н. и соавт. //В кн.: Руководство по безопасному материнству.- М.: Издательство «Триада-Х». – 1998. – С. 139-140.

4. Пустотина О.А., Бубнова Н.И., Диагностика внутриутробной инфекции (компоненты последа и амниотической жидкости) //Акушерство и гинекология. – 1999. - № 4. – С. 3 - 5.

5. Русанов Н.Н., Медведев Б.И., Бибииков С.И. Профилактика и лечение хориоамнионитов и амниального инфицирования плода при преждевременных родах, осложненных длительным безводным периодом // Вопр. охр. материнства и детства. – 1987. - № 2. – С. 49 - 52.

6. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н., Серов В.Н., Краснополяский В.И., Кирющенко А.П., Макаров О.В., Макацария А.Д., Побединский Н.М., Сидельникова В.М., Сидорова И.С., Сичинава Л.Г., Стрижова Н.В., Федорова М.В., Чернуха Е.А., Шалина Р.И. Акушерство - М., Медицина, 2000. – 816с.: илл.

7. Савченко О.Н. Гормоны яичника и гонадотропные гормоны - Медицина, Ленинградское отделение, 1967. – 233с.

8. Сенцова Т.Б., Союнова О.Ю., Катосова Л.К. и др. Результаты клинко- бактериологического обследования детей, родившихся у матерей с факторами риска инфицирования плода и новорожденного // Вопр. охр. материнства и детства. – 1988. - № 3. – С.19 - 23.

9. Соколова Н.И., Кулаков В.И., Митькин В.В. Содержание простагландина Е в сыворотке крови матери и плода при рефлекторной регуляции преждевременных родов // Акушерство и гинекология. – 1990. - № 9. – С. 31 – 34.

10. Чернуха Е.А. "Родовой блок". Руководство для врачей. // М., "Триада Х", 2003. – 712 стр.

11. Baumann P., Romero R. (Intraamniotic infection, cytokines and premature labor) // Wien. Klin. Wochenschr. – 1995. – Bd. 106, № 20. – S. 598 – 607.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтищев Ю.Е. О стратегии и приобретенных направлениях в педиатрии // Российский

Таблица 1

Характеристика исследуемых групп

	Группы первородящих		Группы повторнородящих	
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
	Нормальная продолжительность родов n=43 (64%)	Быстрые роды n=24 (36%)	Нормальная продолжительность родов n=34 (68%)	Быстрые роды n=16 (32%)
Общая продолжительность родов (минут)	540±6,3	340±7,0	410±6,0	203±5,1
Новорожденные: мужского пола	529±8,0 мин n=19 (44%)	293±6,0*** мин n=14 (58%)	393±4,9 мин n=12 (35%)	203±5,1 мин n=16 (100%)
женского пола	523±3,4 мин n=24 (56%)	332±9,0*** мин n=10 (42%)	404±7,6 мин n=22 (65%)	—
ДИОВ:	500±8,3** мин n=6 (14%)	307±5,3 мин n=7 (29%)	295 мин n=1 (3%)	240 мин n=1 (6%)
отмечалось	533±9,6** мин n=37 (86%)	309±3,6 мин n=17 (71%)	406±14 мин n=33 (97%)	196±22 мин n=15 (94%)
не отмечалось	—	—	—	—
Амниотомия:	537±9,4 мин n=30 (70%)	300±5,8 мин n=9 (38%)	417±10,0 мин n=18 (53%)	205±3,2* мин n=7 (44%)
отмечалась	518±8,4 мин n=13 (30%)	292±4,9 мин n=15 (62%)	388±14,5 мин n=16 (47%)	220±6,0* мин n=9 (56%)
не отмечалась	—	—	—	—
Возбудители: выявлены	520±6,3 мин n=6 (14%)	276±8,0* мин n=9 (38%)	365±10,4** мин n=8 (24%)	215 мин n=1 (6%)
Хламидиоза	—	—	—	—
Уреаплазмоза	—	—	—	—
Микоплазмоза	520±18 мин n=37 (86%)	304±9,6* мин n=15 (62%)	410±9,6** мин n=26 (76%)	191±18,7 мин n=15 (94%)
не выявлены	—	—	—	—
Общая продолжительность Родов	540±6,3 мин	340±7,0 мин	410±6,0 мин	203±5,1 мин
ОРВИ: наблюдалась	446±8,3*** мин n=15 (35%)	299±4,7 мин n=7 (29%)	396±9,0 мин n=13 (38%)	212±2,4 мин n=8 (50%)
не наблюдалась	547±9,5*** мин n=28 (65%)	290±5,5 мин n=17 (71%)	405±8,8 мин n=21 (62%)	195±9,0 мин n=8 (50%)
УПБ: наблюдалась	557±10,3** мин n=16 (37%)	302±5,6* мин n=13 (54%)	384±9,5 мин n=14 (42%)	—
не наблюдалась	516±9,0** мин n=27 (63%)	287±4,8* мин n=11 (46%)	403±8,4 мин n=20 (58%)	203±5,1 мин n=16 (100%)
Спазмолитики	516±8,7*** мин n=34 (79%)	291±5,0* мин n=19 (79%)	393±8,4*** мин n=28 (82%)	203±5,1 мин n=16 (100%)
Сочетание спазмолитиков и мед. сна.	571±10,7*** мин n=9 (21%)	310±8,0* мин n=5 (21%)	463±8,4*** мин n=6 (18%)	—
Вагиниты: выявлены	533±10,3 мин n=14 (33%)	308±6,5 мин n=9 (38%)	387±3,9 мин n=10 (29%)	215±5,0 мин n=6 (37%)
не выявлены	528±9,1 мин n=29 (67%)	288±10,0 мин n=15 (62%)	405±9,0 мин n=24 (71%)	198±9,6 мин n=10 (63%)

Примечание: Звездочками отмечены показатели, достоверно отличающиеся от соответствующего показателя в группах: *при $p<0,05$, **при $p<0,01$, ***при $p<0,001$.

12. Bejar R., Wozniak P., Allard M. Antenatal origin of neurologic damage in newborn infants. I. Pre-term infants // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 1988. – Vol. 159, № 2. – P. 357 – 363

13. Creasy R., Gummer B., Liggins G. System for predicting spontaneous preterm birth. // Obstet. Gynecol. – 1980. – 55:692.
14. Dodson M.G., Fortunato S.J. Microorganisms and premature labor // J. Reprod. Med. – 1988. – Vol. 33, № 1 Suppl. – P. 87 – 96.
15. Gravett M.G., Nelson H.P., De Rouen T. Et al. Independent associations of bacterial vaginosis and chlamidia trachomatis infection with adverse pregnancy outcome // J. Amer. Med. Ass. – 1987. – Vol. 32, № 14. – P.1899 - 1903.
16. Kirschbaum T. Antibiotics in the treatment of preterm labor // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 1993. – Vol. 168, № 4. – P.1239 – 1045.
17. Lamont R.F., Anthony F., Booth L. Production of prostaglandin E2 by human amnion in vitro
In response to addition of media conditional by microorganisms associated with chorioamnionitis and preterm labor // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 1990. – Vol. 162, № 3. – P. 819 – 825.
18. McKay S., Mahan C.S. How worthwhile are membrane stripping and amniotomy // Contemp. Obstet. Gynecol. – 1983. – 26:173.
19. Niswander K.R., Evans A.T. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. Пер. с англ. Тимониной Н. А./ Под ред. Проценко Д. Д., Нечушкиной В. М. – М., Практика, 1999. – 704с., илл.
20. Passloer H.J. Chorionamniot Dissoziation (CAD) und C-reactives Protein (CRP) als Prädiktoren der Frühen vorzeitigen Amnion rupture // Z. Geburtsh. Perinatol. – 1990. – Br. 194, № 3. – S. 115 – 120.
21. Stewart P. et al. Spontaneous labour: When should the membranes be ruptured? // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1982. – 89:39.
22. Takahashi K., Imai A., Preterm labor and bacterial intra-amniotic infection: Arachidonic acid liberation by the action of phospholipase A 2 // Arch. Gynecol. – 1988. – Vol. 214, № 1. – P. 1 – 6.

УДК 616.4-053

В.Г. Савватеева, Л.И. Лобова

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ г. ИРКУТСКА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, И РЕЗЕРВЫ УЛУЧШЕНИЯ

Иркутский Государственный Медицинский Университет (Иркутск)

Изучены показатели здоровья 103 детей, страдающих сахарным диабетом. Полученные данные позволили разработать мероприятия, улучшающие качество жизни этих детей.

Ключевые слова: сахарный диабет, клиника, реабилитация

SOME FIGURE OF MERITS of LIFE of CHILDREN of IRKUTSK WHICH IS SUFFERING AFFLICTION by SUGAR DIABETUM, And RESERVES of IMPROVEMENT

V.G. Savvateeva, L.I. Lobova

Irkutsk State Medical University (Irkutsk)

The parameters(indexes) of health 103 children suffering affliction by sugar Diabetum are studied. The obtained data have allowed to elaborate measures enriching(improving) a quality of life of these children.

Key words: sugar Diabetum, clinic, aftertreatment

Сахарный диабет остается проблемой человечества, заболеванием инвалидизирующим и сокращающим продолжительность жизни [2, 3, 10].

Современные возможности инсулинотерапии, обоснованная диетотерапия, применение патогенетических средств во многих случаях заболевания у взрослых позволяют достичь стабилизации и замедления формирования осложне-

ний, но у детей, развитие которых происходит в условиях постоянного дефицита энергии, достичь оптимального состояния значительно труднее.

Наше исследование проведено с целью разработать мероприятия, улучшающие качество жизни детей, страдающих сахарным диабетом.