

фагоцитов и цитотоксических Т-лимфоцитов. Это снижает риск прерывания беременности. Положительное влияние утрожестана заключалось в прогестеронзаместительном действии и в его влиянии на соотношение Th-1/Th-2 и увеличении количества противо- и снижению провоспалительных цитокинов.

Литература

1. Агаджанов А.А. // РМЖ.– 2003.– Т. 11.– № 1.– С.7–11.
2. Бапаева Г.Б., Мамедалиева Н.М. // Пробл. репрод.– 2005.– Т. 11, № 5.– С.93–96.
3. Володин Н.Н. и др. // Педиатрия.– 2001.– № 4.– С.72–77.
4. Гузов И.И. // Новости приклад. иммунол. аллергол.– 2003.– № 7.– С.3–6.
5. Жук С.И. и др. // Здоров'я України.– 2007.– № 5/1.– С.3–5.
6. Овсянникова Т.В. и др. // Consilium medicum.– 2004.– Т. 6, № 2.– С.24–28.
7. Радзинский В.Е. и др. // Consilium medicum.– 2004.– Т. 6, № 6.– С.39–42.
8. Пряжкова Ю.В., Самсытина Г.А. // Педиатрия.– 2007.– Т. 86, № 1.– С.7–14.
9. Пустотина О.А. // Трудный пациент.– 2005.– № 9.– С.3.
10. Хайтов Р. и др. Иммунол.– М.: Медицина, 2000.– 430 с.
11. Хамадянов У.Р. и др. // Вопр. гинеко. акуш. перинат.– 2004.– № 1.– С.90–94.
12. Шербавская Э.А. // Проб. репрод.– 2003.– № 3.– С.49.
13. Choi B.C. et al. // Hum. Reprod.– 2000.– Vol. 15, Suppl. 1.– P.46–59.
14. Genazzani A. et al. // Акуш. гинекол.– 2003.– № 1.– С.13.
15. Raphupathy R. et al. // Hum. Reprod.– 2000.– Vol. 15.– P.713–718.

УДК 618.38-002; 616-007.92

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ ПЛОДА

Ж.О. АБДУЛАЕВА

Диагностика патологии пуповины и выбор метода родоразрешения имеет большое значение в снижении перинатальной заболеваемости и смертности. К патологии пуповины относится обвитие вокруг шеи и частей тела плода, истинный узел, короткая пуповина, патология сосудов. Обвитие пуповины вокруг частей тела плода является частым осложнением беременности. Частота его колеблется от 15 до 38% и в 7,7-21,4% случаев является причиной асфиксии новорожденного, в 1,7-4,3% – причиной мертворождаемости и в 1,5-1,6% – постнатальной смертности. Признаки хронической гипоксии у детей, родившихся с тугим обвитием пуповины, выявляются в 2 раза чаще, а признаки острой гипоксии – в 11 раз чаще. Исход родов для плода зависит от своевременной диагностики этой патологии. Короткость пуповины в результате многократных обвитий вокруг шеи и тела плода ведет к увеличению мертворождаемости, преждевременных родов и отслойке плаценты. Относительная короткость пуповины из-за тугого обвития может быть причиной тромбоза артерий пуповины. При патологии пуповины являются затяжные роды (7,4-9,5%) из-за удлинения второго периода родов и гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Пороки развития пуповины наблюдаются в 13,3% всех родов. Наибольшее значение для плода при этом имеют обολочечное прикрепление, абсолютная короткость канатика и грыжи пуповины [1–7]. Внедрение в акушерскую практику высокоинформативных технологий – эхографии, доплерометрии, кардиотокографии, цветного доплерокартирования (ЦДК) до конца не решило вопрос о критериях ante- и интранатальной диагностики патологии пуповины, пренатальной подготовки и выбора метода родоразрешения.

Цель исследования – улучшение исходов гестации для плода, снижение перинатальных потерь.

Материалы и методы. Женщины распределены так: I группа – 110 беременных с патологией пуповины; II – 50 женщин без акушерской патологии; III – 50 женщин, диагноз патологии пуповины у которых установлен ретроспективно.

Для оценки состояния фетоплацентарного комплекса (ФПК) проводились УЗИ плода и плаценты, доплерометрия сосудов матки и плода, радиоиммунологическое исследование концентрации плацентарного лактогена и эстриола. О состоянии плода судили по данным биофизического профиля плода (БФПП),

который включал 5 показателей, определяемые по УЗИ, и результаты нестрессового теста, полученные при кардиомониторном исследовании. Максимальная оценка по всем параметрам составляет 12 баллов. УЗИ проводили на аппарате АЛОСА СДД (Япония), кардиотокографическое исследование проводилось на аппарате «Fetal Monitor Hewlett Pachard Uiridia Series 50-хm» непрямим способом. В связи с тем, что точность определения патологии пуповины существенно снижается по мере увеличения временного интервала от момента исследования до момента родов, с целью более точной диагностики этой патологии, ЦДК было проведено в ближайший период перед родоразрешением.

Полученные данные обрабатывались на IBM PC /AT с помощью программного продукта Microsoft Excel с использованием методов параметрической статистики. Методы дескриптивной статистики включали в себя оценку среднего арифметического, средней ошибки значения. Все полученные результаты подвергались статистической обработке с помощью стандартных пакетов программ анализа «Биостат». Различия показателей оценивали с помощью t-критерия Стьюдента с использованием арксинус преобразования Фишера и учетом поправки на непрерывность к сравнимым долям. Две выборки считались принадлежащими к разным генеральным совокупностям при $p < 0,05$. Проводился корреляционный, регрессивный и дискриминантный анализ по Фишеру. Оценка достоверности результатов в группах осуществлялась с помощью критерия согласия и критерия различия.

Изучение детородной функции женщин: первобеременных было 112 (52,34%), повторнобеременных – 102 (47,66 %). Одни или двое родов были у 87,85 % женщин, ≥ 3 родов – у 12,15% (табл. 1).

Таблица 1

Распределение беременных по числу родов (абсолютное число и %)

Число родов	I группа		II группа		III группа		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1-2	96	86,49	48	92,31	44	86,27	188	87,85
3-4	13	11,71	4	7,69	6	11,76	23	10,75
>5	2	1,80	0	0	1	1,96	3	1,40

Таблица 2

Осложнение настоящей беременности у обследованных женщин

Патология	1 группа		2 группа		3 группа	
	N	%	N	%	N	%
Угроза прерывания беременности	63	57,27	9	17,30	25	48,07
Ранний токсикоз	23	20,90	8	15,38	11	21,15
Крупный плод	21	19,09	3	5,76	2	3,84
Перенашивание	6	5,45	3	5,76	2	3,84
Узкий таз I степени	5	4,54	2	3,84	3	5,76
Гестоз	29	26,36	7	13,46	14	26,92
Нефропатия 1 степени	15	51,72	3	42,86	7	46,67
Нефропатия 2 степени	12	41,37	2	28,57	5	33,33
Нефропатия 3 степени	1	3,44	1	14,29	1	6,67
Преэклампсия	2	6,89	1	14,29	2	13,33
Эклампсия						
Рубец на матке	5	4,54	4	7,69	1	1,92
Rh и ABO-конфликт	19	17,27	6	11,53	8	15,38
Многоводие	27	24,54	5	9,61	6	11,53
Маловодие	13	11,81	3	5,76	1	1,92
Тазовое предлежание	11	10	2	3,84	3	5,76
Предлежание и выпадение петель пуповины	1	0,9	-	-	1	1,92

Наиболее частыми осложнениями настоящей беременности оказались гестоз (26,36%), угроза прерывания беременности (57,27%), многоводие (24,54%) в I группе, во II группе – угроза прерывания беременности (17,3%), ранний токсикоз (15,38%), гестоз (13,46%) и в III группе – угроза прерывания беременности (48,07%), гестоз (26,92%), ранний токсикоз (21,15%) (табл. 2).

Таблица 3

Виды патологии пуповины

Патология пуповины	1 группа	2 группа	3 группа
Обвитие пуповины	98(89,09%)		45(86,54%)
Истинный узел	7(6,42%)		3(5,77%)
Абсолютная короткость	4(3,67%)		3(5,77%)
Извитость и перекручивание	1(0,92%)		-
Аномалия сосудов	-		1(1,92%)

Наиболее частой патологией пуповины явилось её обвитие – 89,09% в I и в III – 86,54%; на 2 месте – истинный узел в I

группе (6,42%) и в 3 группе – истинный узел и абсолютная короткость канатика с одинаковой частотой (5,77%) (табл.3).

Результаты. Спонтанные роды были у 55,45% беременных I группы, 69,23% – II и 65,38% I группы. При этом процент индуцированных родов в I группе выше (16,36% против 15,38% и 11,53% соответственно), что объясняется дифференцированной подготовкой к родам беременных. Родостимуляция проводилась внутривенным капельным введением окситоцина и простагландинов. Кесарево сечение сделано 31(28,18%) беременной в I группе, 8 (15,38%) – во II группе и 12 (23,08%) – в III группе. Акушерские щипцы наложены в I случае (0,9%) ввиду упорной слабости потуг. Надвлагалищная ампутация матки произведена в 2 случаях (1,81%) в I группе и в 1 случае (1,92%) – в III группе. Показания: гипотоническое кровотечение (2) и приращение плаценты (1). Экстирпация матки произведена в I группе в 1 случае (0,9%) ввиду кровотечения и ДВС-синдрома.

Таблица 4

Методы родоразрешения

Роды	1 группа	2 группа	3 группа
Самостоятельные	61(55,45%)	36(69,23%)	34(65,38%)
Индуктированные	18(16,36%)	8(15,38%)	6(11,53%)
Кесарево сечение	31(28,18%)	8(15,38%)	12(23,08%)
Акушерские щипцы	-	-	1(1,92%)

Первое место среди показаний к кесареву сечению занимает тазовое предлежание (19,35%) в I группе, во 2 группе – отягощенный акушерский анамнез (ОАА) (рубца на матке после кесарева сечения – 37,5%) и в 3 – острая гипоксия плода (25%).

Таблица 5

Показания к кесареву сечению у обследованных

Показания	1 группа	2 группа	3 группа
ОАА (рубца на матке после кесарева сечения)	4 (12,9%)	3(37,5%)	1 (8,33%)
Неэффективность лечения гестоза	3 (9,67%)	-	-
Преждевременная отслойка плаценты	1 (3,22%)	1(12,5%)	1 (8,33%)
Упорная слабость родовой деятельности	3 (9,67%)	1(12,5%)	2(16,66%)
Миопия высокой степени	1 (3,22%)	-	1 (8,33%)
Газовое предлежание	6(19,35%)	2(25%)	2(16,66%)
Переношенная беременность	2 (6,45%)	-	1 (8,33%)
Предлежание и выпадение петель пуповины	1 (3,22%)	-	1 (8,33%)
Острая гипоксия плода	4 (12,9%)	1(12,5%)	3 (25%)
Обвитие пуповины	2 (6,45%)	-	2(16,66%)
Крупный плод	3 (9,67%)	-	-
Сужение таза	3 (9,67%)	1(12,5%)	-
Предлежание плаценты	1 (3,22%)	-	-

Живыми родились 110 детей в I группе, из них 6 детей из двойни, во 2 группе – 52 детей и в 3 группе – 51. Масса новорожденных варьировала от 3000 г до 4700 г в I группе, во 2 группе – от 2900 г до 4100 г и в 3 группе – от 2800 г до 3900 г. При этом переносимыми были 6(5,45%) новорожденных из I группы, 3(5,76%) – из 2 группы и 2(3,84%) – из 3 группы. Кроме того, 21(19,09%) новорожденный из основной группы, 3(5,76%) – из контрольной группы и 2(3,84%) – из группы сравнения оценены при рождении как крупные. Маловесные для гестационного срока новорожденные составили 7,27%, 5,77% и 5% соответственно. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 минуте составила 7,1±1,2 балла, на 5 минуте – 8,2±0,9 баллов в I группе; 7,7±1,3 и 8,7±1,4 балла во 2 группе; 6,6±1,1 и 7,9±1,2 балла в 3 группе. Течение раннего неонатального периода осложнилось у 38(34,5%) новорожденных основной группы, у 11(21,2%) в контроле и 24(47,1%) в группе сравнения.

Таблица 6

Частота осложнений у новорожденных

Осложнения	1 группа	2 группа	3 группа
Гипоксия перинатальная	16(14,5%)	3(5,7%)	9(17,6%)
Гипоксически-травматическое повреждение ЦНС	6(5,4%)	1(1,9%)	8(15,6%)
Синдром дезадаптации	4(3,6%)	3(5,7%)	2(3,9%)
Незрелость	3(2,7%)	1(1,9%)	1(1,9%)
Перезрелость	4(3,6%)	1(1,9%)	3(5,8%)
Респираторный дистресс-синдром	2(1,8%)	1(1,9%)	4(7,8%)
Гемолитическая болезнь	1(0,9%)	1(1,9%)	-
Аспирационная пневмония	1(0,9%)	-	1(1,9%)
Пупочная грыжа	1(0,9%)	-	-

Среди осложнений и заболеваний новорожденных ведущее место во всех группах занимает перинатальная гипоксия: 14,5%,

5,7%, 17,6% соответственно. Затем следуют травма ЦНС – 5,4% в основной и 15,6% в группе III и синдром дезадаптации – 5,7% во II. Сравнительный анализ показал, что частота осложнений у новорожденных в III значительно преобладает по всем приведенным показателям. В III группе в 1 случае (19,23%) роды завершились интранатальной гибелью плода, причиной которой явилась острая циркуляторная гипоксия, вследствие тугого обвития пуповины вокруг шеи плода и наличия истинного узла пуповины. 1 (19,6%) новорожденный из III группы умер в раннем неонатальном периоде вследствие гипоксически-травматического поражения ЦНС и респираторного дистресс-синдрома. Перинатальная смертность составила 38,83%, заболеваемость – 34,5%, 21,2% и 47,1% соответственно. Становится очевидным, что несвоевременная диагностика патологии пуповины плода приводит к неблагоприятному исходу беременности и родов.

Выводы. Патология пуповины – фактор высокого риска перинатальной заболеваемости и смертности. Ведущее место среди причин интранатальной гибели плода занимает истинный узел пуповины и тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Своевременная пре- и интранатальная диагностика патологии пуповины снижает перинатальную заболеваемость и смертность.

Литература

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. – М: Видар, 2000. – С.112.
2. Савельева Г.М. // Вест. Рос. Асс. акуш. и гинекол. – 1998. – №2. – С. 101-104.
3. Серов В.Н. и др. Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – 439 с.
4. Богданова Ю.М. и др. // Здравоохран. Башкортостана. – 1998. – № 3. – С.44.
5. Будько В.Н. и др. // Акуш. и гинекол. – 1998. – №10. – С. 36.
6. Бычков В.И. и др. // Акуш-во и гинекол. – 1999. – № 6. – С. 6.
7. Alexander J.M et al. // Obstet Gynecol. – 2001. – Vol. 97(6). – P.911.

618.14 – 002: 618.19 – 008.846

К ВОПРОСУ О ХИМИЧЕСКОМ СОСТАВЕ ЖЕНСКОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ И ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

З.АБУЕВА*

Грудное молоко является наиболее оптимальной пищей для ребенка раннего возраста. В состав молока входят >100 компонентов: вода, белки, молочный сахар и молочный жир, минеральные вещества, витамины, гормоны, ферменты, иммунные комплексы и др. Все они легко усваиваются ещё несовершенной пищеварительной системой грудного ребенка благодаря своей алиментарной специфичности и содержанию пищеварительных ферментов. Во всём мире, в том числе и в нашей стране, отмечено снижение частоты грудного вскармливания, что связано с отказом от кормления и с ростом частоты гипогалактии. Вместе с тем результаты эпидемиологических исследований выявили наличие тесной связи между длительностью лактации и состоянием здоровья женщин и детей. Состав, свойства грудного молока, его количество меняются в течение всего периода лактации, в зависимости от состояния здоровья женщины, её питания режима сезона года, потребностей ребёнка.

Цель – анализ ряда показателей химического состава грудного молока у лиц с послеоперационным и послеродовым эндометритом.

Материалы и методы. Обследовано 65 родильниц в раннем послеродовом периоде. Из них 33 родильницы с послеродовым эндометритом (основная группа) и 32 родильницы с физиологическим течением пуэрперия (группа контроля). Химический состав зрелого молока исследовали на 5-6 день лактации. Общий белок определяли рефрактометрическим методом, белковые фракции – методом электрофореза на бумаге, молочный сахар – рефрактометрическим методом, кислотность молока – методом титрования по Тернеру, активную кислотность pH – колоримет-

* Дагестанский научный центр РАМН, dnc_ramn@mail.ru