

Побочный эффект в виде кандидоза слизистой оболочки полости рта развился у 1 больного. В группе ступенчатой терапии ($n=24$) эффективность равнялась 92% ($p<0,05$). Длительность парентерального лечения составила $3,67\pm 0,27$ дня, перорального $8,04\pm 0,48$, всего $11,67\pm 0,34$ дня. Побочные эффекты, не требовавшие отмены препарата, развились у 2 больных. Причинами отсутствия эффекта в послужили: сопутствующая ХОБЛ.

Фармакоэкономический анализ провели в каждой из исследуемых групп. При анализе стоимости лечения учитывались прямые затраты на антибактериальные препараты и стоимость купирования побочных реакций (табл. 1).

Таким образом, наиболее частым возбудителем ВП является *S. Pneumonia* и его ассоциации с другими возбудителями. Чувствительность *S. Pneumonia* к пеницил-

линам достигает 92%. Наиболее оптимальными для лечения ВП по результатам исследования являются защищенные пенициллины (амоксиксиллина/клавуланат эффективность 91%), «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, эффективность 92%).

Ступенчатая терапия больных ВП по эффективности не уступает парентеральной, но характеризуется меньшей стоимостью. Расходы на антибиотики при проведении ступенчатой терапии сократились на 34,8%. При анализе прямых затрат наибольший показатель стоимость/эффективность наблюдался в группе левофлоксацина, наименьший — в группе цефуроксима. Однако у последнего была отмечена наименьшая клиническая эффективность (всего 78%). Следовательно, для лечения ВП оптимальным антибактериальным препаратом является амоксициллина/клавуланат.

PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF TREATING PATIENTS SUFFERING FROM COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA BY METHODS OF STEP-DOWN THERAPY

M.V. Babich

(Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia)

This article is devoted to comparative pharmacoeconomical analysis of implementing levofloxacin, amoxycillin/clavulanate and cefuroxime axetyl for treatment of community-acquired pneumonia. The study includes comparison of clinical efficacy and pharmacoeconomical analysis through the cost-effectiveness method. Results of treating 137 patients with pneumonia at the outpatient unit have shown that a staged monotherapy with the application of antibiotics of different groups is clinically effective. Recovery has been obvious in 78-100% of all cases. The clinical efficacy accounts for 92, 100 and 78% when using levofloxacin, amoxycillin/clavulanate and cefuroxime axetyl correspondingly. The pharmacoeconomical effectiveness of the therapy evaluated as the ratio of the cost and the number of both recovered and improved patients is 86.62; 44.52; 48.75 roubles per a convalescent for levofloxacin, amoxycillin/clavulanate and cefuroxime axetyl accordingly.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов Р.С., Кречикова О.И., Сивая О.В. и др. Антимикробная резистентность *Streptococcus pneumoniae* в России: результаты проспективного многоцентрового исследования (фаза А проекта ПеГАС — I) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2002. — № 3. — С.267-277.
2. Ноников В.Е. Антибактериальная терапия пневмоний в стационаре // РМЖ: Пульмонология. — 2001. — Т. 9. — № 21 (140). — С.92-928.
3. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. — М.: Боргес, 2002. — 384 с.
4. Ушкалова Е.А. Оптимизация использования лекарственных средств, при внедрении формулярной системы (в ЛПУ Рязанской, Новгородской и Псковской областей): Автореф. дисс. ... д. м. н. — М., 2001. — 36 с.
5. Чучалин А.Г., Синальникова А.И., Страчунский Л.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. — М.: М - Вести, 2006. — 76 с.
6. Яковлев С.В. Тяжелая внебольничная пневмония // Пневмония / Под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синальникова, Н.Е. Чернеховской. — М., 2002. — С.266-280.
7. Janknegt R. Sequential therapy with intravenous and oral cephalosporins // J. Antimicrob Chemother. — 1994. — № 33. — P.169-177.
8. Jewesson P. Pharmaceutical, pharmacokinetic and other considerations for intravenous to oral stepdown therapy // Can. Infect. Dis. J. — 1995. — Vol. 6 (Suppl. A). — P. 11-16.
9. Ramirez J., Ahkee S. Cost-savings associated to early switch from intravenous antimicrobials to oral clarithromycin for the treatment of hospitalized patients with community-acquired pneumonia [abstract 12.06] // Abstracts of the 3rd ICMAS. — Lisbon, Portugal. — 1996. — 83 p.
10. Ramirez J.A. Switch therapy in community-acquired pneumonia // Diagn. Microbiol. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 22. — P.219-223.

© ЦЫБЕЛОВА Э.М. — 2007

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Э.М. Цыбелова

(Республиканский перинатальный центр, г. Улан-Удэ, гл. врач — к.м.н. А.В. Борголов)

Резюме. Изучено влияние типа родоразрешения на возникновение и распространенность гипоксически-ишемических поражений нервной системы у новорожденных. Выявлены основные факторы риска развития гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) у новорожденных, родившихся путем операции кесарева сечения. Изучены и выделены три варианта клинического течения у них ГИЭ. Установлено, что прогностически неблагоприятным является прогрессивное течение ГИЭ.

Ключевые слова: новорожденный, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, кесарево сечение.

Среди наиболее обсуждаемых проблем перинатальной медицины важное место занимает вопрос о выборе

и тактике родоразрешения [7]. Считается, что оперативное родоразрешение, которое в большинстве случаев

производится в интересах плода, снижает риск перинатальной заболеваемости и смертности. В настоящее время наблюдается рост частоты этих операций в связи с расширением показаний [6,7]. Так, за последние десять лет частота этой операции возросла с 13,0% до 22,0%. Считают необоснованным дальнейшее увеличение числа оперативных родов, потому что прямой зависимости между частотой кесарева сечения и показателями перинатальной смертности не существует. Известно, что все «резервы» родоразрешения путем кесарева сечения исчерпываются при частоте операции около 14,0-15,0%, после чего увеличение частоты неоправданно [5,6,7]. С другой стороны отказ от операции или несвоевременно произведенное кесарево сечение может приводить не только к гибели, но и к инвалидизации детей. Иногда большее значение имеет перинатальная заболеваемость, связанная с гипоксией, аспирацией околоплодными водами, действием наркоза [6].

Центральное место в структуре перинатальных поражений нервной системы занимает гипоксическо-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ), частота которой составляет от 44,2% до 62,0% от всех новорожденных с церебральной патологией [1,2,3,5]. Вопрос о перинатальной заболеваемости и исходах для новорожденного ребенка, рожденного оперативным путем, по сей день остается спорным [1]. В связи с этим, целью исследования явилось изучение распространенности ГИЭ и факторов риска у доношенных новорожденных, извлеченных путем операции кесарева сечения, и определение у них вариантов клинического течения ГИЭ.

Материалы и методы

Для изучения распространенности ГИЭ было проанализировано 688 историй развития доношенных новорожденных, извлеченных путем операции кесарева сечения в экстренном и плановом порядке в 2003-2005 гг.

Для изучения основных факторов риска, влияющих на развитие в дальнейшем у новорожденного ребенка ГИЭ, беременные были разделены на 3 группы: 58 беременных, перенесших в дальнейшем КС в экстренном порядке, 57 — родивших первичным плановым КС, и 58 беременных, чья беременность завершилась повторным плановым КС. Контрольная группа была набрана из женщин, родивших естественным путем — 82 беременных. Каждая из групп была разделена на подгруппы, в которых родились доношенные дети здоровые (1 подгруппа) и с ГИЭ (2 подгруппа).

Для изучения вариантов клинического течения ГИЭ под непрерывное диспансерное наблюдение были взяты 29 детей, рожденных КС в экстренном порядке, 29 — первичным плановым КС, 25 — повторным плановым КС. Контрольную группу составили 42 ребенка, родившихся через естественные родовые пути. Все дети с ГИЭ имели 1-2 степень ее тяжести. В основные группы не включались новорожденные с внутричерепными кровоизлияниями, внутриутробными инфекциями, родовыми травмами, пороками развития мозга. Все дети осматривались в роддоме и в дальнейшем амбулаторно в возрасте 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев, а при необходимости и чаще. Помимо клинического обследования при амбулаторном наблюдении проводились нейросонография и ультразвуковая доплерография артерий и вен головного мозга. При наблюдении за больными в первую очередь оценивалась динамика клинических проявлений ГИЭ, а именно появление новых жалоб и объективных клинических симптомов, уменьшение или нарастание их выраженности по мере взросления ребенка. Данные анамнеза и динамического наблюдения заносились в специально разработанную формализованную карту.

Эхографические и доплерографические исследования проводились на ультразвуковом аппарате фирмы General Electric «Logic Book» с использованием линейного и конвексного мультисекторных датчиков частотой от 2,0 до 7,5 МГц. Церебральный кровоток изучали в передней и средней мозговых артериях.

Эхографическое исследование головного мозга прово-

дили по унифицированной методике, включающей последовательное получение изображений в стандартных сечениях через большой родничок. При анализе эхограмм оценивали структурность мозговой ткани, состояние желудочковой системы, подкорковых ядер, выраженность борозд, извилин, пульсацию сосудов.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакетов программ «Biostat», «Statistica 6,0» (Stat soft). Оценка достоверности статистических различий проводилась с помощью t-критерия Стьюдента, определение прогностической ценности факторов риска — на основании дискриминантного анализа. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Было подвергнуто анализу 688 историй развития доношенных новорожденных, извлеченных в экстренном и плановом порядке путем проведения операции кесарева сечения в 2003-2005 гг. Показаниями к оперативному родоразрешению в экстренном порядке явились:

- дискоординации или аномалии родовой деятельности — 40,7%, которые в 22,0% случаев сопровождались острой интранатальной гипоксией плода;

- несостоятельный рубец на матке с дородовым излитием околоплодных вод — 20,5%;

- неправильные положения плода — 33,3%;

- случай неполного разрыва матки — 0,2%;

Показаниями к впервые проводимому оперативному родоразрешению в плановом порядке явились:

- неправильные положения плода — 45,7%;

- экстрагенитальная патология у матери (такая как множественная миома, заболевания ЦНС, эпилепсия, врожденные пороки сердца, тяжелые гестозы, миопия высокой степени с изменениями в сетчатке, индуцированная беременность).

Показаниями к повторному оперативному родоразрешению в плановом порядке явились:

- один и более рубцов на матке — 91,7%;

- оперированная миома матки в сочетании с осложнениями беременности — 0,8%.

Средний возраст беременных составлял в случае экстренного кесарева сечения — 27,3 г., впервые проводимого оперативного родоразрешения в плановом порядке — 26,7 лет, повторного кесарева сечения в плановом порядке — 30,5 лет.

Наиболее высокая распространенность ГИЭ отмечалась в группе повторных плановых родоразрешений, при этом преобладала в основном легкая степень выраженности энцефалопатии, а средняя и тяжелая степени ГИЭ наблюдались в достоверно меньшем числе наблюдений. Можно полагать, что высокая распространенность ГИЭ в этой группе связана с возрастом, хроническими заболеваниями матери, осложнениями беременности. Кроме того, выявлено, что в группе кесаревых сечений, проведенных в экстренном порядке, распространенность ГИЭ была также высока, при этом значительно преобладала ГИЭ средней степени тяжести (табл. 1).

Для сравнения методом свободной выборки была проанализирована 221 история новорожденного, родившегося естественным путем в 2003-2005 гг. Распространенность ГИЭ в этой группе была ниже, однако частота ГИЭ средней степени тяжести была выше, чем в группах оперативного родоразрешения.

Известно, что факторы риска оказывают негативное

Таблица 1

Распространенность ГИЭ у доношенных новорожденных, родившихся путем кесарева сечения

Тип родоразрешения	Всего, чел.	Распространенность ГИЭ, %	ГИЭ 1 ст., %	ГИЭ 2 ст., %	p
Экстренное КС	335	85,1 ± 3,7	80 ± 4,8	20 ± 4,8	<0,001
Плановое 1	123	69,9 ± 7,1	80 ± 13	20 ± 13	=0,001
Плановое 2	230	89,1 ± 4,2	85,6 ± 5,4	14,4 ± 5,4	<0,001
Естественные роды	221	68,3 ± 9,8	75,4 ± 8,4	24,5 ± 8,4	<0,001

влияние на развитие плода, на готовность его к родовому акту и ведут к развитию антенатальной гипоксии плода и постнатальной ГИЭ. Для изучения основных факторов риска беременности каждая из групп была разделена на подгруппы, включавшие доношенных детей здоровых (1 подгруппа) и с ГИЭ (2 подгруппа) (табл. 2). Существенного различия факторов риска, оказывающих влияние на частоту развития ГИЭ, в контрольной и основных группах не отмечалось. Основными факторами риска явились:

1. Возраст матери. Большинство исследователей рассматривают возраст матери старше 30 лет как один из факторов развития перинатальной патологии у детей. Результаты нашего исследования показали, что беременные в возрасте 30 лет и старше чаще ($p < 0,01$) встречались среди родивших детей с ГИЭ, чем среди родивших здоровых детей.

2. Уровень образования. Установлено, что уровень образования женщин, неудовлетворительные жилищные условия влияния на развитие ГИЭ не оказывают, но способствуют формированию хронического психоэмоционального стресса, оказывающего неблагоприятное воздействие во всех трех группах с достоверностью ($p < 0,05$).

3. Курение. Выявлено, что курение во время наступившей беременности достоверно увеличивает частоту развития ГИЭ во всех трех группах и контрольной группе.

4. Профессиональные вредности. В результате исследования установлено, что профессиональные химические вредности, работа с компьютером значимого влияния на развитие энцефалопатии у детей не оказывают ($p > 0,05$).

5. Экстрагенитальная патология. Выявлено, что экстрагенитальная патология у женщин осложняет течение беременности, приводит к развитию в дальнейшем ГИЭ во всех трех группах. Показано, что наиболее частыми причинами ГИЭ являются хронические пиелонефриты и артериальная гипертензия (17,0-58,6% и 18,0-31,0% соответственно). Заболевания дыхательной системы, ЖКТ достоверного влияния на развитие ГИЭ не оказывают.

6. Диффузное увеличение щитовидной железы. Известно, что наш регион является эндемичным по недостатку йода и заболеваниям щитовидной железы. Наше исследование показало, что второе и более степени увеличения щитовидной железы оказывают влияние на развитие ГИЭ ($p < 0,05$).

7. Аборты. Кроме того, наличие трех и более абортов в анамнезе, хронические воспалительные заболевания половых органов увеличивают вероятность разви-

тия энцефалопатии.

8. Хроническая внутриутробная гипоксия пода. Установлено, что хроническая внутриутробная гипоксия — наиболее частый фактор, способствующий увеличению частоты ГИЭ, встречается в группах от 83,8% до 93,1%.

9. Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Известно, что при всем многообразии патогенетических механизмов осложнений беременности реализация их происходит через нарушение нормального функционирования фетоплацентарного комплекса, что во многом определяет состояние новорожденного, вызывая задержку развития и созревания функциональных систем плода и возникновению метаболических расстройств, ведущих к реализации гипоксически-ишемических поражений нервной системы. В результате проведенных исследований установлено, что хроническая фетоплацентарная недостаточность реализовалась в группе планового кесарева сечения в 35,0% случаев, а группе экстренных родоразрешений — в 41,3% и явилась причиной развития ГИЭ ($p < 0,001$).

10. Задержка внутриутробного развития плода. Кроме того, известно, что задержка развития плода является крайним проявлением декомпенсации плацентарной недостаточности и служит интегральным показателем неблагополучия в фетоплацентарной системе. Установлено, что задержка внутриутробного развития плода 1 и 2 степеней также способствовали реализации картины ГИЭ.

11. Повышение систоло-диастолического отношения в маточных артериях — это один из наиболее грозных факторов риска. Установлено, что во всех трех группах и группе сравнения повышение систоло-диастолического отношения было причиной развития ГИЭ.

Под диспансерное наблюдение были взяты 29 детей, рожденных КС в экстренном порядке, 29 — первичным плановым КС, 25 — повторным плановым КС, контрольную группу составили 42 ребенка, рожденных естественным путем.

В результате динамического наблюдения за больными детьми были выделены следующие варианты клинического течения ГИЭ:

- регредиентное течение;
- регредиентное с легкими резидуальными неврологическими нарушениями;
- прогредиентное течение.

Установлено, что в группе экстренного кесарева сечения регредиентное течение наблюдалось у 17 (58,6%) детей, регредиентное с легкими резидуальными неврологическими последствиями — у 24,1%, прогредиентное течение — у 17,2%. В группе первичного планового кесарева сечения регредиентное течение было у 55,76% детей, регредиентное с легкими неврологическими нарушениями — у 39,1%, прогредиентное течение — у 4,34% детей. В группе повторного планового кесарева сечения регредиентное течение отмечалось у 60,0% детей, регредиентное с легкими неврологическими нару-

Таблица 2

Частота факторов риска у беременных (в %)

ФР	Естественным путем		Экстренное КС		Плановое КС 1		Плановое КС 2	
	Здор (n-42)	ГИЭ (n-40)	Здор (n-29)	ГИЭ (n-29)	Здор (n-28)	ГИЭ (n-31)	Здор (n-28)	ГИЭ (n-28)
Возраст матери 18 лет и более	2,34± 2,36	10,0± 4,74	6,89± 4,70	6,89± 4,70	3,57± 3,50	—	-	-
Возраст матери 30 лет и старше	7,10± 3,96	37,50± 7,65***	14,13± 7,94	20,60± 7,51*	7,14± 4,86	29,03± 8,15**	7,14± 4,86	53,57± 9,42***
Образование среднее	69,06± 7,14	62,05± 7,65	48,20± 9,27	34,48± 8,82	42,80± 9,35	25,80± 7,85	46,40± 9,42	42,80± 9,35
Образование высшее	23,80± 6,57	17,50± 6,0	37,90± 9,0	58,60± 9,14	42,80± 9,35	70,90± 8,15	46,40± 9,42	42,80± 9,35
Неудовлетворительные жилищные условия	7,10± 3,96	17,50± 5,86	6,90± 4,70	20,70± 7,52	7,14± 4,86	12,90± 6,02	28,50± 8,53	25,0± 8,18
Курение во время беременности	2,40± 2,36	27,70± 7,06***	10,03± 5,64	41,37± 9,14**	7,14± 4,86	29,03± 8,15**	7,14± 4,86	25,0± 8,18**
Хронический психоэмоциональный стресс во время беременности	2,40± 2,36	27,50± 7,06***	3,4 0± 3,36	27,60± 8,3**	7,14± 4,86	32,20± 8,39**	3,57± 3,50	28,50± 8,53**
Профессиональные хим. вредности	2,40± 2,36	5,0± 3,45	17,20± 7,0	13,70± 6,38	-	9,60± 5,29	7,14± 4,86	17,80± 7,22
Работа с компьютером	2,40± 2,36	5,0± 3,45	3,40± 3,36	27,60± 8,30*	7,14± 4,86	29,0± 8,14*	21,40± 7,75	28,50± 8,53
Хронические заболевания ЖКТ	4,80± 3,30	15,0± 5,65	10,30± 5,64	6,89± 4,70	3,57± 3,05	16,10± 6,08	3,57± 3,50	14,20± 6,59
Хронический пиелонефрит	19,05± 6,05	47,50± 7,90**	31,0± 8,58	58,60± 9,14*	7,14± 4,86	32,20± 8,39**	14,20± 6,59	42,80± 9,35**
Диффузн. увеличение щитов. железы 1 ст.	7,20± 3,96	12,50± 5,23	3,40± 3,36	27,60± 8,30*	10,71± 5,84	12,90± 6,02	21,40± 7,75	25,0± 8,18
ДУЩЖ 2ст.	14,30± 5,40	12,50± 5,25	3,40± 3,36	10,30± 5,64*	3,57± 3,25	19,30± 7,08 **	3,57± 3,5	14,20± 6,59*
Хронический тонзиллит	9,50± 4,50	17,50± 6,01	3,40± 3,36	17,70± 6,38	22,50± 7,50	3,57± 3,5	17,14± 6,33	17,80± 7,22
Артериальная гипертензия	7,10± 3,96	32,50± 7,41**	6,89± 4,70	31,03± 8,59*	3,57± 3,50	29,0± 8,14**	3,57± 3,50	17,80± 7,22**
Бесплодие	2,40± 2,36	7,50± 4,17	3,40± 3,36	10,30± 5,64	3,57± 3,5	8,30± 5,21	8,30± 5,21	14,20± 6,59
Первобеременные	40,50± 7,58	27,50± 7,06	34,50± 8,82	51,70± 9,27	25,0± 7,06	29,0± 8,14	-	-
3 и более аборт в анамнезе	7,10± 3,96	27,50± 7,06	10,30± 5,64	12,70± 5,89	-	7,14± 4,86	19,30± 7,45	23,60± 8,03
Хр. воспалительные заболевания половых органов	28,60± 6,97	57,50± 7,82**	10,30± 5,64	51,70± 9,27**	20,80± 7,67	48,30± 8,97*	20,80± 7,67	50,0± 9,44*
Ранний токсикоз	28,60± 6,97	45,00± 7,87	17,20± 7,0					
Угроза прерывания 1 половины беременности	23,80± 6,57	52,50± 7,90**	17,20± 7,0	72,40± 8,3***	8,30± 5,21	51,60± 8,97***	19,30± 7,45	42,80± 9,35*
Угроза 2 половины беременности	16,70± 5,76	60,0± 7,75***	3,40± 3,36	35,50± 8,82***	3,57± 3,50	22,50± 7,50**	8,30± 5,21	28,50± 8,53**
Анемия беременных	16,70± 5,76	27,50± 7,06	41,30± 9,14	89,60± 5,66**	42,80± 9,35	77,40± 7,51**	33,20± 8,89	60,70± 9,23*
ОПГ-гестоз легкой степени	9,50± 4,50	12,50± 5,01	24,10± 7,94	55,20± 9,23*	7,14± 4,86	38,70± 8,74**	16,0± 6,92	28,50± 8,53*
ОПГ-гестоз средней и тяжелой степени		17,50± 6,01**	3,40± 3,36	27,60± 8,30**	0	16,10± 6,60**	0	32,10± 8,82**
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	9,50± 4,52	65,0± 7,54***	20,60± 7,51	41,30± 9,14**	14,20± 6,59	35,40± 8,58**	8,30± 5,21	35,70± 9,05**
Задержка внутриутробного развития плода 1 ст.	7,20± 3,96	30,0± 7,25**	10,30± 5,64	31,03± 8,59*	10,70± 5,84	25,80± 7,85*	8,30± 5,21	28,50± 8,53*
Задержка внутриутробного развития плода 2 ст.	0	20,0± 6,33***	0	13,70± 6,38**	0	9,60± 5,29***	0	10,70± 5,84***
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	11,90± 5,0	75,00± 6,85***	58,60± 9,14	93,10± 9,70***	46,40± 9,42	83,80± 6,61***	46,40± 9,42	85,70± 6,61***
Повышение систолического соотношения в маточных артериях	2,40± 2,36	50,0± 7,91***	34,40± 8,82	75,80± 7,95***	10,70± 5,48	48,30± 8,97***	8,30± 5,21	53,57± 9,42***

Примечание: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

шениями — 36,0%, прогрессивное течение было у 4,0% детей.

В контрольной группе — детей, рожденных через естественные родовые пути, регрессирующее течение выявлено в 51,2% случаев, регрессирующее с легкими неврологическими нарушениями — в 30,2%, прогрессивное течение — в 18,6%.

Таким образом, установлено, что в группах экстренного кесарева сечения и родоразрешения через естественные родовые пути распределение детей с ГИЭ по вариантам клинического течения оказалось практически равнозначным. При сравнении групп выявлено, что в случае повторных плановых кесаревых сечений наблюдается наибольшая частота регрессирующего течения. Установлено, что прогноз благоприятен у больных с

гипоксически-ишемической энцефалопатией 1-2 степени с регрессирующим течением и неблагоприятен при регрессирующем с легкими неврологическими нарушениями и прогрессивном течении ГИЭ.

Кроме того, выявлено, что среди групп оперативного родоразрешения наиболее благоприятным является плановое повторное кесарево сечение, так как в указанной группе наблюдается наименьшее число случаев прогрессивного течения ГИЭ. Можно полагать, что это связано с подготовкой к плановому родоразрешению, стабилизацией состояния матери и плода.

Установлено, что родоразрешения путем операции кесарева сечения, проведенные в плановом порядке, улучшают прогноз течения ГИЭ у доношенных новорожденных.

PREVALENCE, RISK FACTORS AND VARIANTS OF CLINICAL COURSE OF A HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY IN MATURE NEWBORNS TAKEN BY OPERATION OF CAESAREAN SECTION

E. M. Tsibulova

(Republic Perinatal Center, Ulan-Ude)

Influence of type of delivery on occurrence and prevalence of hypoxic-ischemic defeats of nervous system in newborns is studied. Major factors of risk of development of a hypoxic-ischemic encephalopathy in the newborns who have born by operation of caesarean section are revealed. Three variants of clinical course hypoxic-ischemic encephalopathy has been studied and allocated. It is established, that prognostically adverse is progressive course of hypoxic-ischemic encephalopathy.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ахмадеева Э.Н.* Клинико-физиологическая характеристика процессов адаптации и научные основы организации выхаживания новорожденных, извлеченных кесаревым сечением: Автореф. дисс...д-ра мед. наук. — М., 1999. — 135 с.
2. *Барашичев Ю.И.* Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных: вклад перинатальных факторов, патогенетическая характеристика и прогноз // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1996. — № 2. — С.29-35.
3. *Барашичев Ю.И.* Достижения и проблемы перинатальной медицины: перинатальные потери и смерть мозга новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1997. — №2. — С.29-35.
4. *Володин Н.Н.* Классификация перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни // Российский Вестник перинатологии и педиатрии. — 2003. — №4. — С.41-44.
5. *Пальчик А.Б., Шабалов Н.П.* Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. — СПб.: Питер, 2000. — 219 с.
6. *Савельева Г.М., Сичинава Л.Г., Блошанский О.Т.* Перинатальная заболеваемость и смертность. Пути ее снижения // Вопросы охраны материнства и детства. — 1999. — № 1. — С.3-8.
7. *Чернуха Е.А.* Кесарево сечение — настоящее и будущее. Показания к операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 5. — С.22.
8. *Volpe J.J.* Neurology of the newborn. — 4-th. Ed. — Philadelphia: WB Saunders., 2000. — 235 p.

© ГОРИН В.С., МАЛЬТИНСКАЯ Н.А., БУДАЕВ А.И., МАЛЬТИНСКИЙ М.Л., АРАКЕЛЯНС.Г. — 2007

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОСАЛЬПИНКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

В.С. Горин, Н.А. Мальтинская, А.И. Будаев, М.Л. Мальтинский, С.Г. Аракелян

(Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско)

Резюме. С целью повышения эффективности реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза выполнен проспективный анализ у 124 пациенток с дистальной окклюзией маточных труб, оперированных эндоскопическим доступом с применением круговой биполярной поверхностной коагуляцией серозного покрова дистального отдела маточных труб и с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами. Восстановление проходимости маточных труб при I-II степени выраженности спаечного процесса в малом тазе составило 62,2%, при III-IV степени спаек — 52,9%; наступление маточной беременности после сальпингостомии при I-II степени спаечного процесса составило 37,5%, а при III-IV степени спаек — 29,4%. Использование эндоскопических реконструктивно-пластических операций с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами у больных с бесплодием трубно-перитонеального генеза позволяет повысить восстановление маточных труб на 27,6% и увеличить наступление беременности на 14,5% в сравнении с общепринятой методикой эндохирургического лечения трубной окклюзии.

Ключевые слова: бесплодие, гидросальпинкс, эндохирургическое лечение.

Разработка эффективных методов диагностики и лечения бесплодия в браке занимает одно из главных мест в гинекологии.

Лечение трубно-перитонеального бесплодия, явля-

ющегося самым частым фактором отсутствия беременности, представляет определенные трудности. В настоящее время проблему бесплодия, обусловливаемого непроходимостью маточных труб на фоне спаечного