

**РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПО СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ,
ПОДВЕРГШИХСЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Владимир Александрович Крамарский, Виктория Николаевна Дудакова, Наталья Леонидовна Сверкунова
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах,
кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

Резюме. В статье представлен ретроспективный анализ историй родов, завершившихся рождением детей, потребовавших проведения интенсивных реанимационных мероприятий. Цель исследования — выявить ante- и интранатальные причины, вызвавшие рождение детей в тяжелом состоянии. Результат — основная причина — человеческий фактор: осложнения родового процесса при отсутствии динамической оценки перинатального риска.

Ключевые слова: перинатальный риск, дети, рожденные в асфиксии.

**THE RESERVE FOR DECREASE OF THE NUMBER OF FULL-TERM CHILDREN, WHO WERE SUBJECTED TO
INTENSIVE THERAPY**

V.A. Kramarsky¹, V.N. Dudakova¹, N.L. Sverkunova¹
(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The retrospective analysis of histories of deliveries is presented in the paper. The children, who required resuscitation measures, have been examined. A research objective was to reveal ante- and intranatal reasons, which caused severe condition of children after birth. Result — a principal cause — the human factor: complications of labor process in the absence of a dynamic estimation of perinatal risk.

Key words: perinatal risk, children born in an asphyxia.

На фоне стабильных показателей перинатальной смертности в городском перинатальном центре г. Иркутска (8,9‰ в 2007 г., 8,5‰ в 2008 г., 7,5‰ в 2009 г.), в её структуре остаются преобладающими внутриутробная гипоксия плода и поражение центральной нервной системы, при сохраняющихся высоких показателях заболеваемости доношенных детей. Сложившаяся ситуация на фоне уменьшения доли детей в структуре населения требует анализа для решения проблемы. Наибольшую тревогу вызывают доношенные дети, родившиеся в тяжелом состоянии, требующие реанимационных мероприятий, в том числе и искусственной вентиляции (ИВЛ). При этом среди причин неблагоприятного исхода родов зачастую основная — это «акушерская агрессия» [1, 3]. Доношенная беременность является относительным оценочным показателем компенсированного состояния фетоплацентарного комплекса, и при выборе оптимального метода родоразрешения должна завершиться рождением ребенка, не требующего проведения интенсивной терапии.

Цель работы: изучить ante- и интранатальные (тактика ведения родов) причины тяжелого состояния доношенных новорожденных при рождении, потребовавших интенсивной терапии с ИВЛ.

Материалы и методы

Нами, после получения добровольного информированного согласия на участие, был проведен ретроспективный анализ 52 историй родов матерей доношенных детей, состояние которых при рождении потребовало интенсивной терапии. Анализировались следующие показатели: состояние здоровья матери, состояние фетоплацентарного комплекса перед родами и в родах, продолжительность родов, возникшие аномалии родовой деятельности и их коррекция, способ родоразрешения, своевременность и адекватность выполняемых мероприятий. Проведен сравнительный анализ частоты осложнений с учетом места начала родов (внутри или вне лечебного учреждения). С учетом того, что оценка перинатального риска во всех рассматриваемых случаях была неполной (отсутствовала или была одно или двукратной) полноценную оценку перинатального риска проводили ретроспективно с учетом присоединившихся в родах факторов.

Статистическую обработку результатов исследования выполняли с использованием пакета прикладных про-

грамм Statistica 6.0. Использовали критерии Стьюдента, Манна-Уитни и точный критерий Фишера. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$ [2].

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования (соматическая патология беременных и состояние фетоплацентарного комплекса) определяли степень значимости предродового фона на возможное состояние новорожденных, их тяжелое состояние при рождении.

Средний возраст беременных составил $25,4 \pm 0,2$ года. Первородящих было 34 (65,4%). Несмотря на то, что основной контингент беременных были молодые первородящие женщины, соматическая патология выявлена у 25 (48,1%). Наиболее часто встречались — заболевания мочеполовой системы у 12 (23,1%), заболевания сердечно-сосудистой системы у 9 (17,3%). Отягощенный акушерский анамнез (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши) — у 20 (38,5%) женщин. Таким образом, неблагоприятный фон, который мог повлиять на течение беременности и состояние плода и новорожденного, отмечен менее чем в половине случаев неблагоприятного исхода родов для новорожденного.

Состояние новорожденных при рождении было тяжелым со средней оценкой по шкале Апгар $2,2 \pm 1,5$ балла. Масса плодов колебалась от 2345 г до 4386 г, составляя в среднем $3372,9 \pm 623,7$ г. При этом крупных плодов было 8 (15,4%), меньше, чем в общей популяции (примерно 10%). Плодов с массой менее 3000 гр. было 12 (23,1%), из них с гипотрофией I степени — 8 (15,4%), меньше, чем в популяции (25,8%).

Среди осложнений беременности в исследуемой группе чаще всего встречались угроза прерывания беременности — у 24 (46,1%), преэклампсия легкой степени — у 8 (15,4%), признаки фето-плацентарной недостаточности (ФПН) — у 12 (23,1%), артериальная гипертензия — у 8 (15,4%). Определение ФПН проводилось на основании оценки кровотока маточных и плодовых сосудов, биометрических показателей плода, оценки его КТГ и гормональной функции плаценты. Гипотрофия плода легкой степени после родов отмечена только у 8. При беременности во всех 8 наблюдениях была выявлена задержка роста плода асимметричной формы и нарушение кровотока IА степени. Таким образом, несмотря на то, что частота угрозы прерывания беременности значительно превышала популяционные показатели и

могла повлиять на состояние плода и новорожденного, факт доношивания беременности указывал на эффективность компенсации этой патологии.

Во время беременности у 21 (40,1%) беременной произошло преждевременное излитие околоплодных вод. У 12 женщин при преждевременном излитии околоплодных вод отсутствие родовой деятельности или ее неэффективность потребовали родовозбуждения и родоусиления динопростом (аналогом ПГ $F_{2\alpha}$) (у 7 беременных) или применения окситоцина (у 5^{альфа} женщин) в активную фазу родов. Продолжительность введения тономоторных препаратов составила от 190 мин. до 255 мин, составляя в среднем 205 ± 45 мин. Длительный безводный период (≥ 12 часов) отмечен у 9 (17,3%) беременных («поступившие с улицы»). У 6 рожениц роды осложнились дискоординацией родовой деятельности (ДРД) после проведенного родоусиления, и, вследствие прогрессирующей гипоксии плода, были завершены операцией кесарева сечения. В 2 наблюдениях с ДРД роды были проведены через естественные родовые пути при эффективной консервативной терапии нарушений сократительной деятельности матки.

У 15 (28,8%) женщин роды осложнились слабостью родовой сил, что потребовало родоусиления у 10 (19,2%) рожениц, и у 5 (9,6%) — экстренного оперативного родоразрешения по комплексированным показаниям. Диагностированный в родах клинически узкий таз (все-го 5 случаев), в 3 наблюдениях был обусловлен крупным плодом, а в 2 — наличием анатомически узкого таза с нетипичным его проявлением (уплощение крестца с уменьшением прямого размера полости малого таза и поперечным его сужением). Ни в одном случае не были диагностированы анатомические формы сужения малого таза, не проведен прогноз функциональной полноценности таза, хотя у 4 женщин из 5, были клинические манифесты группы риска клинически узкого таза.

Одним из факторов риска внутриутробного инфицирования плода, несомненно, является число влагалищных исследований в течение родового процесса. В наших наблюдениях частота влагалищных исследований составила в среднем $5,8 \pm 0,9$ (от 3 до 7). При этом средняя продолжительность родов — 575 ± 47 мин. Следовательно, на фоне физиологичной продолжительности родов отмечена высокая частота влагалищных исследований.

На основании результатов оценки факторов риска во время беременности и во время родов, можно сделать заключение, что факторы риска во время беременности не имели определяющего характера на состояние плода и новорожденного, так как носили компенсированный характер и не были преобладающими по частоте.

В тоже время, со стороны плода выявлено следующее — наиболее часто встречалась острая внутриутробная гипоксия плода (у 22 (42,3%)), обусловленная осложнениями родового процесса. Осложнения родов — дискоординация, слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, на фоне проводимого родоусиления и длительного безводного периода носили управляемый характер. У 15 (28,8%) женщин — гипоксия плода была хронической (диагностирована в течение беременности). В остальных 15 случаях определяемых плодовых факторов риска не отмечено.

Таким образом, наибольший процент осложнений (71,1% — 37 наблюдений) сформировался интранатально. В тоже время оценка плацентарно-плодового кровотока, наиболее объективно отражающая его критическое состояние, проводилась только в 29 (47,5%) наблюдениях, то есть менее, чем в половине случаев, когда это нужно было сделать. При этом частота сделанных кардиотокографических (КТГ) исследований сердцебиения плода в течение родов составила не менее двух раз, указывая на динамическое наблюдение за роженицей, но неадекватность оценки получаемой информации.

В адекватности управлением родовым процессом, своевременном оказании медицинской помощи роженице и плоду, а значит, и в состоянии новорожденного

несомненное значение имеет фактор времени и место возникновения осложнений (в лечебном учреждении и вне лечебного учреждения).

В процессе ретроспективного анализа историй родов выявлено, что преждевременное излитие околоплодных вод вне лечебного учреждения произошло у 9 (17,3%) случаях, а в лечебном учреждении у 13 (25%) беременных; аномалии родовой сил вне лечебного учреждения — у 20 (38,5%), а в родовспомогательном учреждении — только у 3 (5,7%). Полученные результаты исследования указывают на благоприятные условия для управляемости неблагоприятно складывающейся ситуации в большинстве рассматриваемых случаев и возможности своевременного принятия решений для предупреждения тяжелых последствий для новорожденного. Подтверждением сделанного вывода являются данные о месте начала родового процесса: у 36 (69,2%) женщин роды начались в стационаре, т.е. были условия для адекватного наблюдения за роженицей и плодом и своевременной коррекцией возникших патологических отклонений родов и ФПН.

Обращает на себя внимание, что средняя продолжительность безводного периода среди женщин с преждевременным излитием околоплодных вод в стационаре была достоверно выше, чем в группе женщин с ДИОВ вне лечебного учреждения, 618 ± 17 мин и 433 ± 26 мин соответственно ($p \leq 0,01$). Средняя продолжительность родов была достоверно выше среди женщин, у которых роды начались в лечебном учреждении, чем у женщин, начало родовой деятельности у которых произошло вне лечебного учреждения (668 ± 17 мин и 383 ± 26 мин соответственно, $p \leq 0,01$).

При анализе методов родоразрешения, их целесообразности и своевременности, отмечено, что кесарево сечение по обоснованным показаниям было произведено в 20 (38,5%) случаях. При этом у 8 (40%) женщин оно было сделано своевременно, а в 12 (60%) случаях запоздало. В 32 (61,5%) случаях роды были завершены через естественные родовые пути. При этом в 13 (25%) случаях из 32 были объективные показания для оперативного родоразрешения по показаниям со стороны плода или комплексированным показаниям.

Таким образом, анализ методов родоразрешения выявил значительный резерв по снижению числа новорожденных, потребовавших реанимационных мероприятий.

При сравнении особенности методов родоразрешения, в зависимости от места начала родовой деятельности отмечено, что частота кесарева сечения была выше среди женщин, роды у которых начинались в лечебном учреждении по сравнению с женщинами, роды у которых начались вне лечебного учреждения — 12 (23,1%) и 8 (15,4%) соответственно. Частота запоздалого кесарева сечения среди женщин, поступивших в родильное отделение с родовой деятельностью — у 1 (1,9%), была ниже, чем аналогичный показатель среди рожениц, роды у которых начинались в лечебном учреждении — у 11 (21,2%). Такая же закономерность отмечена среди случаев несделанного кесарева сечения, где их число было соответственно равно 6 (11,5%) и 14 (26,9%).

Таким образом, при начале родовой деятельности в лечебном учреждении в 8,5 раз чаще развивались нарушения сократительной деятельности матки, в 9,9 раз чаще было произведено запоздалое кесарево сечение и в 1,5 раз чаще — неосуществленное кесарево сечение, когда имелись объективные показания к его производству. Главными причинами тяжелого состояния плода при рождении были осложнения родового процесса. Тяжелое состояние новорожденного при рождении в основном обусловлено дефектами ведения родов. Диагностические возможности и длительность наблюдения позволяли адекватно оценить акушерскую ситуацию. Исходное состояние плодов в основном не повлияло на их тяжелое состояние при рождении. Отсутствие динамической оценки перинатального риска исключало возможность оптимальной тактики ведения родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Ю.И. Барашичев. Новорожденные высокого риска. Новые диагностические и лечебные технологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 546 с.
2. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в

свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76. №1. — С. 5-8.

3. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Златовратская Т.В. и др. Доношенные дети, подвергшиеся реанимации, анализ акушерской тактики. // Акуш и гинек. — 2007. — № 3. — С. 42-47.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный 100, ИГИУВ, кафедра акушерства и гинекологии, тел. (3952) 461133, e-mail: vidun@mail.ru

Крамарский Владимир Александрович — проректор по учебной работе, д.м.н., профессор;
Дудакова Виктория Николаевна — ассистент, к.м.н., Сверкунова Наталья Леонидовна — к.м.н., ассистент кафедры

© БОБРОВ А.С., ПАВЛОВА О.Н. — 2011
УДК 616.89-008.441.1:616.895.8

ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ С ПРИСТУПООБРАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ

Александр Сергеевич Бобров¹, Оксана Николаевна Павлова²

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. — д.м.н., проф. А.С. Бобров; ²ОГУЗ Иркутский психоневрологический диспансер, гл. врач — В.И. Москалев)

Резюме. В зависимости от типологии аффекта среди больных приступообразной шизофренией выделены монополярная депрессия, биполярное аффективное расстройство и смешанное аффективное расстройство с одно-, мало- и многоприступным течением. Отмечен значительный полиморфизм фобических расстройств в виде: генерализованного варианта социальной фобии, антропофобии, специфической фобии, ипохондрических фобий, дисморфофобии, мизофобии и агорафобии с/без панических атак. Значительно отягощает клинику неманифестной приступообразной шизофрении, наряду с фобическими расстройствами, наличие в ее структуре бесфабульной тревоги, субдиагностических проявлений генерализованного тревожного расстройства, обсессивно-компульсивных расстройств и патологических телесных ощущений (алгии, сенестоалгии, сенестопатии).

Ключевые слова: шизофрения, течение, фобии.

PHOBIC DISORDERS IN THE COURSE OF ATTACK-LIKE SCHIZOPHRENIA

A.S. Bobrov¹, O.N. Pavlova²

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Irkutsk Psychoneurology Health Centre)

Summary. Depending on the type of affect in patients with attack-like schizophrenia monopolar depression, bipolar affective disorder and mixed affective disorder with single-, few- and many attacks course were determined. We observed significant polymorphism of phobic disorders, such as generalized variant of social phobia, anthropophobia, specific phobia, hypochondrical phobias, dysmorphophobia, mysophobia and agoraphobia with/without panic attacks. Side by side with phobic disorders the presence of non plot anxiety, subdiagnostic clinical displays of generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorders and pathological body sensations (algia, senestotalgia, senestopathia) considerably complicates the severity of attack-like schizophrenia.

Key words: schizophrenia, course, phobia.

Существенным продвижением в изучении клиники неманифестной шизофрении с наличием симптомов вялотекущего процесса и отсутствием стойких и выраженных галлюцинаций и/или бреда следует считать расширение систематики типов течения приступообразно-прогредиентной шизофрении за счет выделения ее варианта, близкого к вялотекущей [6].

В свою очередь в рамках вялотекущей псевдоневротической шизофрении оказывается возможным выделение 2-х вариантов с доминированием обсессивно-фобических расстройств [3]. В обоих случаях с наличием панических расстройств, агорафобии с последующим формированием панфобии, страха за жизнь (танатофобии) и трансформацией генерализованной тревоги в эндогенную (флоттирующую) тревогу с отчетливыми витальными чертами. Существенные различия касаются лишь отдаленной динамики упомянутых клинических вариантов. В клинике 3-го варианта вялотекущей шизофрении, но с прогредиентным типом течения, отмечено наличие обсессивно-компульсивных расстройств с иррациональным страхом возможной угрозы извне (страх возможного контакта с разнообразными патогенными внешними агентами) и формированием сложных защитных ритуалов и, в конечном итоге, особой

системы представлений, подчиняющих себе всю жизнь пациента с активным вовлечением близких родственников в систему ритуалов. Приводится характеристика 3-х клинических вариантов течения шизофрении с множественными тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами [4].

Цель работы: изучение частоты и содержания фобических расстройств в структуре депрессии неманифестной шизофрении с приступообразным типом течения.

Материалы и методы

Изучена группа больных шизофренией в количестве 53 человек (мужчин — 32 (60,4%), женщин — 21 (39,6%)) с полиморфной клинической картиной и наличием диагностических рубрик по МКБ-10: депрессивный эпизод (F32), социальная и специфическая фобия (F40.1, F40.2), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), обсессивно-компульсивное расстройство (F42), соматоформные расстройства (F45.0, F45.3) с патологическими телесными ощущениями (алгии, сенестоалгии, сенестопатии), агорафобия с/без панического расстройства (F40.00, F40.01). Диагноз шизофрении верифицирован значительной представленностью негативной симпто-