

Использование научно-обоснованного алгоритма ранней диагностики и диспансерного наблюдения детей с соединительнотканной дисплазией позволит оптимизировать систему медицинского обеспечения и индивидуального подхода к формированию здоровья детей с признаками ДСТ на уровне первичного звена здравоохранения.

Предложенный алгоритм позволяет значительно повысить уровень здоровья населения в последующие годы жизни, особенно в трудоспособном возрасте.

Литература

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Рос. педиатр. журн. 1998. № 1. С. 5–8.
2. Буланкина Е.В., Чемоданов В.В., Горнаков И.С. Висцеральные нарушения у детей с врожденной дисплазией соединительной ткани // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы I Всерос. конгр. М., 2002. С. 122.
3. Земцовский Э.В. Диспластические фенотипы. Диспластическое сердце. Аналитический обзор. СПб: «Ольга», 2007. 80 с.
4. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани: рук-во. для врачей. СПб.: Элби-СПб, 2009. 704 с.
5. Милковска-Дмитрова, Т. Врожденная соединительнотканная малостойкость у децата. София: Медицина и физкультура, 1987. 189 с.
6. Новиков П.В., Недашковский О.В., Семьякина А.Н. Вторичные остеопатии у детей с наследственными болезнями соединительной ткани и способы их терапевтической коррекции. // Южно-Рос. мед. журн. № 2. 2004. С. 24–28.
7. Чемоданов В.В., Горнаков И.С., Буланкина Е.В. Дисплазия соединительной ткани у детей. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ, 2004. 200 с.
8. Яковлев В.М., Готов А.В., Нечаев Г.И. Клинико-иммунологический анализ клинических вариантов дисплазии соединительной ткани // Терапевт. арх. 1994. № 5. С. 9–13.

PERFECTION OF PROPHYLACTIC OBSERVATION OF CHILDREN WITH DIFFERENT DEGREE OF CONJUNCTIVE TISSUE DYSPLASIA

G.A. SIDOROV, A.F. VINOGRADOV, YE.M. KORYNUSHO,
A.G. IVANOV, V.V. MURGA, T.A. FEDOTOVA

Tver State Medical Academy, Russia.

The article highlights a detailed clinicometabolic description of children in dependence with the degree of dysontogenetic changes. The algorithm of early diagnostics and stage by stage examination of children with the evidence of conjunctive tissue dysplasia is also offered.

Key words: conjunctive tissue dysplasia, clinical examination.

УДК 616.89-008.454

СТРЕСС ПОСЛЕ РОДОВ – ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (литературный обзор)

Н.А.КОРОТКОВА, Т.А.ФЕДОРОВА*

В статье изложены особенности послеродового стресса у женщин и его последствия для матери и новорожденного. Описаны эмоциональные проблемы родивших женщин. Дети матерей, испытывающих послеродовой стресс, страдают неврозами, нарушениями сна, функции мочевыделительной системы, нервной системы, различными диатезами, заболеваниями органов дыхания, что относится к факторам риска патологического течения пубертата.

Ключевые слова: послеродовой стресс, невроз, депрессия, лактация, расстройства сна, новорожденный, пубертат.

Ведущим клиническим симптомом постнатального стресса является тревога, способствующая длительному хроническому течению стресса у женщины, усиливая неблагоприятное влияние на развитие ребенка. По данным В.Н.Мясищева [12] эмоциональный стресс у матери в первый год жизни ребенка не уменьшается, а возрастает, выявляясь у 82% матерей. По возвращении домой из стационара у таких пациенток могут возникать вторичные агорафобии, мать боится оставаться наедине с ребенком и не может полноценно о нем заботиться [9,23]. Нарушения имеют

затяжное, волнообразное течение [3,14,17]. Поглощенность навязчивыми опасениями достигает крайней степени в конце дня. Выраженные тревожные расстройства в большинстве случаев сочетаются с дисфорией, быстро возникающим раздражением, склонностью к агрессии, направленным на близких, в том числе и ребенка [22,11,5]. В ряде случаев послеродовой стресс проявляется заторможенностью матери, что препятствует своевременным эмоциональным и речевым контактам с ребенком [12]. Почти у каждой четвертой женщины возникает аутоагрессия [14,21], нарушения когнитивной функции, подозрительность, отчужденность, диссоциация сознания [14,17,22,24].

При наличии послеродовых стрессовых расстройств возникают проблемы с лактацией в сторону ее ухудшения [8,16,24]. Гипогалактия сопровождается потерей аппетита, инсомнией и другими нарушениями сна, расстройствами функции желудочно-кишечного тракта [10,15,24]. При нарушении грудного вскармливания у младенца уменьшается психологический контакт с матерью, а у женщины в гораздо меньшей степени формируется чувство материнства [9,13,16,17,22].

Наиболее распространенными симптомами стресса через три месяца после родов являются высокая тревожность, депрессия, расстройства сна. Периодически повторяется тема угрызений совести, которая выражается в восприятии себя как плохой матери и в чувстве стыда [13,15]. Повторные случаи стрессовых нарушений чаще всего возникают у женщин в период между 3, 9 и 15 месяцами после рождения ребенка, но могут продолжаться и несколько лет [13,14,17,21].

Если эмоциональный стресс после родов своевременно не диагностируется и не назначается лечение, он может приобрести хроническое течение с присоединением соматической патологии. В этих случаях у матери резко снижается самооценка, ее охватывает чувство беспомощности и отчаяния [9,13]. Такая клиника часто сопровождается ангедонией, мрачным видением будущего, неспособностью осуществлять повседневную деятельность и социальной дезадаптацией [2,5,18,24].

В результате недостаточно внимательной диагностики и отсутствия лечения постнатального стресса могут оставаться лишь соматические нарушения. Лечение, назначенное на основе неправильно поставленного диагноза, не приносит облегчения [10,15,18,21]. Соматические страдания могут приводить к психическим: ипохондрии, выраженной астении, упорной бессоннице, потере массы тела. J. H. Goodman [13] отметили, что при отсутствии своевременной коррекции могут формироваться синдром раздраженной кишки (irritable bowel syndrome – IBS), безязвенная диспепсия (nonulcer dyspepsia – NUD), фибромиалгия (fibromyalgia – FM), синдром хронической усталости (chronic fatigue syndrome – CFS). Возникают головные боли. [1,12,14,15,19,23]. Стрессовые расстройства могут также проявляться лицевыми болями [6,15], абдоминальным синдромом [1,7,15,20], арталгией [1,7,15] и кардиалгией [1,7,14,10,23]. Для получения кратковременной иллюзии улучшения самочувствия некоторые родившие женщины начинают принимать наркотики и/или злоупотреблять алкоголем. В таких случаях очень быстро развивается зависимость от допинга [7,15,18,23].

Следует отметить, что объективное улучшение соматического статуса не уменьшает выраженности психопатологической симптоматики, незначительное ухудшение самочувствия оказывают на этих женщин сильное психотравмирующее влияние, вызывая тревогу, раздражительность и страх [17]. Одна из важнейших проблем послеродового периода – сексуальная дисгармония между родителями, которая может являться одним из этиологических факторов как в развитии послеродового стресса, так и способствовать его усилению. Разрыв супружеских отношений особенно тяжело сказывается на нервном состоянии матери [12], что проявляется потерей у женщин сексуального интереса и/или анооргазмией. От 18 до 57% пациенток испытывают сексуальные проблемы в течении 3 месяцев, а иногда до 1 года после родов [9,17,19,20].

Диагноз постнатального стресса ставят совместно со специально обученными психологами – перинатологами и/или с психотерапевтом. Дифференцировать послеродовой стресс у женщин следует с синдромом грусти родильниц, с собственно послеродовым психозом и в тех случаях когда роды спровоцировали обострение бессимптомно протекающего психического заболевания.

В пренатальной и перинатальной психологии роль матери оценивается как решающая, а во многих случаях даже абсолютная.

* ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России

зируется [1,4,10,18,22,24]. Именно первые дни и месяцы жизни могут стать критическими, а при неблагоприятном стечении обстоятельств создать у младенца основу для будущей агорафобии и социальной фобии [4,12]. Если новорожденный недополучает материнской заботы, доброжелательности и защиты он начинает проявлять беспокойство, тревогу, ему становится хуже физически, а мир вокруг он начинает видеть угрожающим и враждебным [10,18]. Авторы считают, что именно в этом сосредоточено ядро будущей социальной фобии, которая может проявляться снова и снова уже во взрослой жизни [4,12,15,24]. В критические периоды развития психическая травма приводит к изменениям нейромодуляции и физиологической реактивности, проявляющимися в тревоге, которая сопровождается ожиданием психологических травм и повышенным вниманием к внешним раздражителям с целью выявления опасности. Исследователи утверждают, что психологическая травма в раннем детском возрасте может приводить к изменениям среднего мозга, лимбических и стволовых структур посредством определенных механизмов, запускаемых продолжительными реакциями страха [4,22].

Дети матерей, испытывающих послеродовой стресс отстают в психомоторном развитии, испытывают проблемы с памятью и концентрацией внимания [4,10,22]. Отмечается высокий уровень отвлекаемости [17,23,24], снижение интеллекта [16,21,23], в дальнейшем они плохо успевают в школе [10,22], а по данным J.R. et al. Galler [12] имеют трудности даже при получении высшего образования. Часто имеет место плохая совместимость с ровесниками [10,16]. Одновременно формируется повышенная агрессивность по отношению к близким и более слабым [3,17,20]. Может отмечаться бессонница, нарушения функции мочевого пузыря и системы и повышенная подверженность инфекциям [1,3,21]. Нарушается функция желудочно-кишечного тракта, что приводит в дальнейшем к увеличению количества его заболеваний [11,17]. Неполноценный уход матери за своим младенцем в критические периоды развития может приводить к нарушениям формирования у него пищевой доминанты [10,20]. У детей чаще формируется синдром вегетативной дистонии (СВД) [1,2,10], различные диатезы, развивается гипервентиляционный синдром и заболевания органов дыхания [10,13]. Бывают самые различные осложнения пубертатного периода [6]. К факторам риска патологического течения пубертата относятся наличие в детстве заболеваний нервной системы, экссудативно-катаральных диатезов, заболеваний кожи, органов дыхания и мочевыделительной систем [3,5]. Дети матерей с постнатальным стрессом хуже адаптируются в стрессовых ситуациях [17,23]. Безусловно, что на фоне послеродового стресса у матери различные нарушения у ребенка будут ещё более усугублять страдания женщины, тем самым увеличивая степень дисфункции новой семьи.

Таким образом, нераспознанный постнатальный стресс может оказать разрушительное воздействие на саму женщину, ее ребенка, семью и общество [4,12,17,21,24]. Длительное и/или очень сильное воздействие стрессорных факторов может привести к переходу периода нарушения приспособления в состояние, сопровождающееся включением эндогенных механизмов. При отсутствии коррекции, генетической предрасположенности и/или отягощенного преморбидного фона стрессорные расстройства могут трансформироваться в нейроэндокринные и нейрофизиологические нарушения с последующим нарушением гомеостаза и нейропластичности головного мозга [5,12,23]. Длительная стрессорная ситуация может привести к формированию психосоматических заболеваний [2,23]. По отношению к этой группе состояний в иностранной литературе используется понятие невротической декомпенсации в послеродовом периоде, для возникновения которой необходимо сочетание психогенных, соматогенных и конституциональных факторов [1,18,19,23]. Диагностика постнатального стресса и назначение своевременного и правильного лечения достаточно сложны. По мнению различных исследователей это связано с ограниченными экономическими возможностями, минимальной подготовкой акушеров-гинекологов по вопросам послеродового стресса, сложившаяся тенденция в медицине, отдавать предпочтение физическому здоровью перед психическим, а так же использование не всегда достоверных методов обследования и диагностических критериев.

Литература

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. Руководство для врачей. М.: «Триада-Х», 2005. 672 с.

2. Вейн А.М., Судаков К.В., Левин Я.И. и др. Психосоматические соотношения в условиях хронического эмоционального стресса и методы повышения адаптивных возможностей человека // Стресс и поведение. М., 2003. С. 126–127.

3. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. КАРО, 2006. 672 с.

4. Новорожденные высокого риска / под ред. В.И.Кулакова, Ю.И.Барашнева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 528 с..

5. Соколова Н.Г. Неврозы у детей. М.: Феникс, 2005. 153 с.

6. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология в начале третьего тысячелетия // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. М., 2003. С. 28–30.

7. Barry Nurcombe. The principles of preventive intervention; WPA Global program on child and mental health: Prevention in child and adolescent mental health // 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) Berlin/Germany, 2004.

8. Bea R.H. Van den Bergh and Alfons Marcoen. High Antenatal Maternal Anxiety Is Related to ADHD Symptoms, Externalizing Problems, and Anxiety in 8- and 9-Year-Olds. // Child Development. 2004. Vol.75., № 4. P.1085.

9. Bende Brigitta. Childhood maltreatment and depression in the perinatal period: a study contrasting antenatal and postnatal depression // 2nd World Congress on Women's Mental Health.- Washington, DC, USA, 2004.

10. Fowles ER, Murphey C. Nutrition and mental health in early pregnancy: a pilot study. J Midwifery Womens Health. 2009 Jan-Feb; 54 (1): 73–7.

11. Eisenberg Leon. The Biosocial Roots of Mind and Brain // 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) Berlin / Germany, 2004.

12. Galler Janina R., Ramsey Frank C., Harrison Robert H. et al. Postpartum maternal moods and infant size predict performance on a national high school entrance examination // Journal of Child Psychology and Psychiatry, Volume 45, Issue 6, Page 1064–1075, Sep 2004.

13. Goodman Janice H. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health // Journal of Advanced Nursing. 2004. Vol.45. №1. P. 26–35.

14. Grube Michael. Coping with postpartal psychiatric disorders – the role of the men // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA, 2004.

15. Heinrichs Markus. Psychobiology of stress coping in women: role of oxytocin // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA, 2004.

16. Irene van Bokhoven, Walter Matthys, Stephanie van Goozen, Herman van Engeland. Prediction of treatment outcome in children with disruptive behaviour disorders: A study of neurobiological, neuropsychological and psychosocial factors; Prevention and treatment of conduct disorders // 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) Berlin / Germany, 2004.

17. Janet A. DiPietro. The Role of Prenatal Maternal Stress in Child Development // Current Directions in Psychological Science. 2004. Vol.13., №2. P.71 .

18. Kudinova E.G. Demonstration features of somatic mothers diseases who have daughters with broken menstrual functions // European journal of natural history. 2007. Vol 2. P. 65–66.

19. Lancaster Sandra. Why we need to do longitudinal studies to understand the transition to parenthood and child adjustment in the first year of life; Longitudinal studies / longterm course / follow up // 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) Berlin / Germany, 2004.

20. Neumann Inga D. Maternal Stress and Coping: From Pregnancy to Lactation // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA, 2004.

21. Nissen E, Jonas K, Johansson LM, Ejdeböck M, Ransjö-Årvidson AB, Uvnäs-Moberg K. Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. Breastfeed Med. 2009 Jun;4(2):71–82.

22. A. Riecher-Russler. Manualized group-psychotherapy for mothers of small children with depression // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA, 2004.

23. A.-L.Sutter-Dallay, V. Giacomini-Marcasche, E. Glatigny, H.Verdoux. Anxiety Disorders During Pregnancy and Postnatal De-

pression at 6 Weeks Postpartum // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA, 2004.

24. Swain K, Whitley R, McHugo GJ, Drake RE. The Sustainability of Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Agencies Community Ment Health J. 2009 Jun 21.

POSTPARTUM STRESS: EFFECTS ON MOTHER AND CHILD

N.A.KOROTKOVA, T.A.FEDOROVA

Moscow Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Center after V.I. Kulakov,

The paper presents clinical peculiarities of postpartum stress in women and its effect on mother and newly-born. Women's emotional problems of postpartum are described. Children born by women who had had postpartum stress appeared to suffer from neuroses, sleep disturbances, genitourinary system diseases, diseases of nervous system, various kinds of diathesis, respiratory diseases, which refer to risk factors of pathological course of puberty.

Key words: postpartum stress, neurosis, depression, lactation, sleep disturbances, newly-born, puberty.

УДК 613.63

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА

М.В.ПАНЫШИНА, В.Г.ВОЛКОВ, К.А.ХАДАРЦЕВА*

В работе показано, что применение донаторов омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир) во время беременности у женщин с нарушением гемодинамики в 21-24 недели, приводит к снижению частоты плацентарной недостаточности, синдрома задержки роста плода, гестоза.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, гестоз

Профилактика гестоза и плацентарной недостаточности (ПН) являются синонимами. ПН занимает второе место среди всех осложнений беременности и встречается при гестозе в 32% [1]. Еще одной универсальной реакцией, развивающейся на фоне выраженного нарушения плацентарной функции, является синдром задержки роста плода (СЗРП). В настоящее время стало известно, что новорожденные с СЗРП в своей дальнейшей жизни имеют повышенный риск развития гипертонической болезни, заболеваний коронарных сосудов, сахарного диабета, неврологических заболеваний [2].

Однако, несмотря на большую распространенность гестоза в акушерской практике, до настоящего времени существуют разногласия среди акушеров-гинекологов, перинатологов, неонатологов по вопросам профилактики. Назначают во время беременности антиоксиданты, антигипертензивные средства, кальциевые добавки, рыбий жир и другие предшественники простагландинов, оксид азота, прогестерон, антигипертензивную терапию для улучшения состояния беременной и плода [2,3,4]. Трудно разработать рациональные меры профилактики гестоза. Недостаточно данных для убедительных выводов назначения того или иного лекарственного средства [5].

Цель исследования – оценить эффективность антигипертензивных препаратов и донаторов омега-3 полиненасыщенных жирных кислот во время беременности на риск возникновения гестоза и рождения детей с низкой массой тела или детей с малыми для гестационного возраста размерами.

Материалы и методы исследования. В работу включено 875 беременных клиничко-диагностического отделения ГУЗ «Тульского областного перинатального центра», которые находились под наблюдением в 2008-2009 году. Всем беременным было проведено полное клиническое обследование. Ультразвуковое исследование во II триместре проводилось на приборе Aloka SSD-500 (Япония) и Toshiba Xario (Япония). Состояние кровотока в системе мать-плацента-плод оценивали с помощью ультразвуковой доплерометрии, посредством ультразвуковой диагностической системы с частотой датчика 3,5 МГц во втором триместре беременности. Использовалась классификация нарушения гемодинамики плода, разработанная Медведевым М.В.

Всем беременным в сроке 21-24 недели проводилась оценка гемодинамики в маточных артериях. У 635 женщин не выявлены нарушения, они составили I группу (контрольную). Время проведения УЗИ скрининга 22,99±0,25 недели гестации. Средний возраст беременных составил 26,02±0,19 лет, средний рост 164,93±0,23 см. Профилактика гестоза в данной группе не проводилась.

Остальные 200 женщин с нарушением кровотока в маточных артериях были разделены на 4 группы. Во II группу (n=60) включили женщин, которым профилактика не проводилась. Время проведения УЗИ скрининга 21,71±0,19 недели гестации. Средний возраст – 28,03±0,72 лет, средний рост – 165,58±0,66 см.

Учитывая выбор препарата для профилактики, были сформированы следующие группы. В III группу вошли женщины (n=50), которые во втором триместре беременности с целью профилактики получали дипиридамола в течение 21 дня по 25мг ×3 раза в день. Время проведения УЗИ скрининга 23,37±0,25 недели гестации. Средний возраст беременных 27,68±0,68 лет, средний рост 164,42±0,83 см.

В IV группу (n=50) – пациентки, получавшие с целью профилактики аспирин в течение 14 дней в дозе 75 мг в сутки. Время проведения УЗИ скрининга 23,9±0,3 недели гестации. Средний возраст беременных 26,28±0,8 лет, средний рост 163,66±0,98 см.

И V группа (n=40) – беременные, которые принимали рыбий жир в дозировке 500 мг в сутки в течение 2 месяцев. Время проведения УЗИ скрининга 21,71±0,19 недели гестации. Средний возраст беременных 25,58±0,66 лет, средний рост 167,2±0,69 см.

Количественные переменные (средний возраст беременной, средний рост беременной, время проведения УЗИ скрининга, средний рост и вес новорожденных) не противоречат гипотезе о нормальном распределении по Колмогорову-Смирнову на уровне 95%. Статистическую обработку данных осуществляли с использованием лицензионного пакета программ SPSS (версия 18). Результаты оценивали как статистически значимые при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Все обследуемые были сопоставимы по возрасту, паритету беременностей и родов, а также частоте регистрации соматических и экстрагенитальных заболеваний. Общая характеристика женщин представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных пациенток

Общая характеристика женщин	I группа (n= 675)		II группа (n= 60)		III группа (n= 50)		IV группа (n= 50)		V группа (n= 40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Состоят в браке	479	71.0%	46	76.7%	30	60.0%	30	60.0%	23	46.0%
Жители города Тулы	362	53.6%	16	26.7%	22	44.0%	26	52.0%	27	67.5%
Жители Тульской области	313	46.4%	44	73.3%	28	56.0%	24	48.0%	13	32.5%
Первородящие	434	64.3%	36	60.0%	34	68.0%	39	78.0%	31	77.5%
Повторнородящие	241	35.7%	24	40.0%	16	32.0%	11	22.0%	9	22.5%
ОАГА	548	81.2%	18	30.0%	42	84.0%	29	58.0%	14	35.0%
ЗППП	346	51.3%	28	46.7%	18	36.0%	22	44.0%	9	22.5%
Патология почек	110	16.3%	20	33.3%	9	18.0%	8	16.0%	11	27.5%
НЖО	76	11.3%	17	28.3%	11	22.0%	10	20.0%	3	7.5%
НЦД	220	32.6%	15	25%	18	36%	19	38%	12	30%
Артериальная гипертензия	121	17.9%	14	23.3%	7	14.0%	9	18.0%	9	22.5%

Примечание: ОАГА – отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, ЗППП – заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, НЖО – нарушение жирового обмена, НЦД – нейро-циркуляторная дистония.

Данные доплерометрии маточных артерий до и после лечения представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, наилучшие результаты в процессе лечения получены в V группе – в 97,5% показатели доплерометрии маточных сосудов значительно не изменились, при сравнении результатов исследования в III и IV группах – наилучшие показатели в IV группе, где с целью профилактики использовали аспирин, в группе без профилактики норма при контрольной доплерометрии в нашем исследовании не была зарегистрирована.

При оценке влияния проведенной терапии кроме показателей гемодинамики рассматривались исход беременности и родов, данные представлены в табл. 3.

*ТулГУ, мединститут, каф. акушерства и гинекологии