

линзы»). Злокачественные новообразования характеризуются хаотичным расположением кальцинатов, малыми размерами (микрокальцинаты от 50 до 600 мкм), имеют различную форму (мелкоточечные, червеобразные, по типу «битого камня», «комочков ваты», «змеиной кожи» и т. д.). Зачастую при РМЖ микрообызвествления напоминают «пудру».

Микрообызвествления (кальцинаты) в молочной железе следует считать признаком, подозрительным на РМЖ, но не абсолютно патогномичным для этого заболевания. В таблице 2 представлена оценка микрокальцинатов по степени злокачественности.

Категории оценки микрокальцинатов по BI-RADS:

- Отсутствие кальцинатов – категория 1.
- Доброкачественные кальцинаты – категория 2.
- Вероятно, доброкачественный (ППЗ < 2%) – категория 3.
- Вероятно, злокачественный (2% < ППЗ < 95%) – категория 4.
- Злокачественный (ППЗ > 95%) – категория 5.
- Доказанная злокачественность – категория 6.

При заключениях BI-RADS категорий 4 и 5 пациенты направлялись в онкологические учреждения для проведения дальнейших диагностических мероприятий и верификации диагноза.

BI-RADS-категории 1 и 2 направляют поток женщин на следующий раунд скрининговой маммографии.

Bi-Rads-категория 3 давала возможность специалистам использовать короткий интервал наблюдения – 6 месяцев. По истечении данного срока проводилось контрольное маммографическое исследование, в результате которого необходимо отнести выявленные изменения либо к категории BI-RADS-2, либо к BI-RADS-4.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burnside E. S. et al. The ability of microcalcification descriptors in the BI-RADS 4th edition to stratify the risk of malignancy // Radiologic society of North America 286. – 2005. – P. 28–57.
2. Dorsi C. J. et al. Breast Imaging reporting and data system (BI-RADS): Mammography, 4th ed. – Reston: American college of radiology, 2003. – P. 1–168.
3. Elmore J. G., Barton M. B., Moceri V. M., Polk S., Arena P. J., Fletcher S. W. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations // N. engl. j. med. – 1998. – № 338 (16). – P. 1089–1096.
4. Fieg S. A., et al. Hypothetical breast cancer risk from mammography // Recent results cancer res. – 1984. – № 90. – P. 1–10.
5. Frisell J., Lidbrink E. The Stockholm mammographic screening trial: risks and benefits in age group 40–49 years // J. natl. cancer. inst. monogr. – 1997. – № 22. – P. 49–51.
6. Ringash J. Canadian task force on preventive health care. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40–49 years at average risk of breast cancer // Can. med. assoc. j. – 2001. – № 164 (4). – P. 469–476.
7. Rajkumar S. V., Hartmann L. C. Screening mammography in women aged 40–49 years // Medicine. – 1999. – № 78 (6). – P. 410–416.
8. Shapiro S. Periodic screening for breast cancer: the HIP randomized controlled trial. Health Insurance plan // J. natl. cancer. inst. monogr. – 1997. – № 22. – P. 27–30.
9. Tabar L., Chen H. H., Fagerberg G., Duffy S. W., Smith T. C. Recent results from the Swedish two-county Trial: the effects of age, histologic type, and mode of detection on the efficacy of breast cancer screening // J. natl. cancer. inst. monogr. – 1997. – № 22. – P. 43–47.
10. Miller A. B., To T., Baines C. J., Wall C. The Canadian national breast cancer screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50–59 years // J. natl. cancer. instr. – 2000. – № 92 (18). – P. 1490–1499.
11. Miller A. B., To T., Baines C. J., Wall C. The Canadian national breast screening study: update on breast cancer mortality // J. natl. cancer. inst. monogr. – 1997. – № 22. – P. 37–41.

Поступила 26.01.2013

М. П. КУРОЧКА

ТЕНДЕНЦИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 3 ФПК и ППС
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Россия, 344002, г. Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., 33.
Тел. 89289054418. E-mail: marina-kurochka@yandex.ru

В статье анализируются летальность и заболеваемость преэклампсией в Ростовской области. Отмечается рост заболеваемости гипертензионными осложнениями беременности и критическими формами, что создает опасность материнской летальности. Для преэклампсии в случае материнских потерь характерно наличие тяжелой фоновой патологии.

Ключевые слова: преэклампсия, заболеваемость, летальность.

М. П. КУРОЧКА

TENDENCY TO LETHALITY AND INCIDENCE OF PRE-ECLAMPSIA IN THE ROSTOV PROVINCE

Chair of obstetrics and gynecology № 3 of the advanced training department Rostov state medical university
Ministry of health of the Russian Federation,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky str., 33.
Tel. 89289054418. E-mail: marina-kurochka@yandex.ru

This paper analyzes the lethality and incidence of pre-eclampsia in the Rostov province. There has been an increase in the incidence of hypertensive pregnancy complications and critical forms, which carries the risk of maternal mortality. In cases of lethal pre-eclampsia a severe background pathology is observed.

Key words: preeclampsia, incidence, lethality.

Введение

До настоящего времени преэклампсия остается одним из самых тяжелых осложнений беременности: она встречается у 6–8% беременных в развитых странах и превышает 20% в развивающихся. Преэклампсия, будучи в первой тройке причин материнской смертности в Российской Федерации, с 2005 года стала сдавать позиции, и в настоящее время доля летальных гипертензивных состояний в структуре причин материнской смертности около 10% (4-е место в 2010 году) (И. Н. Костин, 2012).

Цель исследования – провести анализ летальности и заболеваемости преэклампсией в Ростовской области.

Материалы и методы

Для анализа летальности и заболеваемости преэклампсией использовались основные показатели здоровья матери: информационные письма Минздравсоцразвития РФ, документы деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Ростовской области за 1996–2011 годы, протоколы вскрытия ф. № 210, заключения ГУЗ РО «Патолого-анатомическое бюро» по медицинской документации» формы № 013/у, учетные формы № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», протоколы областных комиссий по родовспоможению. Использовались: 1) показатель заболеваемости преэклампсией (первичная заболеваемость) – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных случаев преэклампсии на 1000 женщин, родивших в этом году; 2) показатель летальности – количество погибших женщин во время беременности, в родах, послеродовом периоде на 100 тыс. живорожденных в этом году.

Результаты исследования

Проведен анализ динамики показателей летальности от преэклампсии и случаев материнских смертей от критических форм преэклампсии у пациенток, зарегистрированных в Ростовской области за 14 лет (с 1996 по 2009 год). С 2005 года погибших от преэклампсии в Ростовской области не было. Данные изменения были связаны с улучшением мониторинга беременных. Кроме того, преэклампсия не возникает неожиданно, и при выявлении триады Цангемейстера пациенток переводили в стационары II и, преимущественно, III уровней, располагающие современными диагностическими возможностями, квалифицированными кадрами, отделениями реанимации и интенсивной терапии. Материнская летальность от преэклампсии и эклампсии в динамике с 1998 года по 2001 год характеризуется высокими показателями как в Ростовской области, так и в Российской Федерации в целом, что, по-видимому, связано с долговременным социально-экономическим кризисом в России. Однако показатели материнской летальности на 100 тысяч живорожденных от преэклампсии в Ростовской области значительно превышали российские в период с 1998 года по 2001 год (рис. 1). Это было обусловлено социально-экономиче-

скими факторами, ростом тяжелой экстрагенитальной патологии у беременных, родоразрешением женщин с тяжелыми и критическими формами преэклампсии в центральных районных больницах, которые не могли обеспечить постоянную готовность к экстремальной ситуации и оказанию высококвалифицированной медицинской помощи. Так, 15 (51,7%) женщин, погибших от преэклампсии за 10 лет (1996–2005 годы), были родоразрешены в центральных районных больницах.

Установлено, что основными фоновыми заболеваниями погибших от преэклампсии и эклампсии, выявленными морфологически, явились: в 82,8% (n=24) – хронические заболевания почек (преимущественно хронический пиелонефрит, в одном случае – порок развития почек и гломерулонефрит); в 62% (n=18) случаев – эндокринная патология (аденомы гипофиза, надпочечников, паращитовидных желез, макро- и микрофолликулярный зоб щитовидной железы, аутоиммунный тиреоидит с тиреотоксикозом); в 48,3% (n=14) случаев – заболевания желудочно-кишечного тракта (персистирующий гепатит, гастрит, хронический панкреатит, перисинуоидальная портальная гипертензия); в 41,4% (n=12) случаев – патология системы кровообращения (кардиосклероз, субэндокардиальный фиброз, гипертрофия левого желудочка, связанная с артериальной гипертензией); в 10% (n=3) – последствия нейротравмы; в 34,5% (n=10) случаев – хронический метроэндометрит.

В Ростовской области с 2005 года отсутствуют случаи материнской летальности от преэклампсии, что связано со своевременной диагностикой и ра-

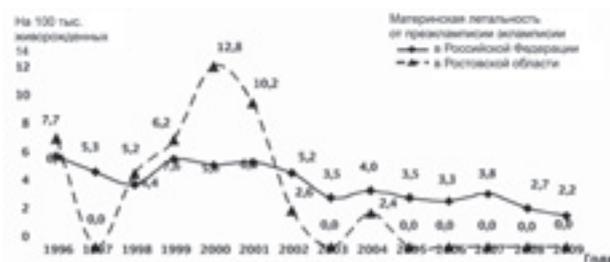


Рис. 1. Динамика показателей материнской летальности от преэклампсии, эклампсии в Российской Федерации в целом и Ростовской области (на 100 тыс. живорожденных)

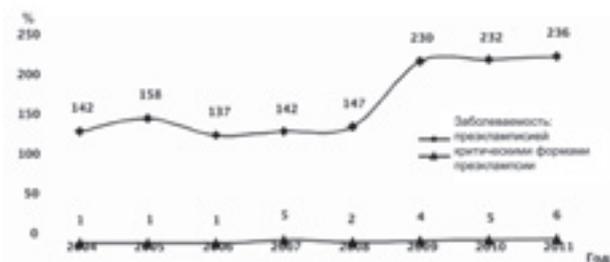


Рис. 2. Динамика показателей заболеваемости преэклампсией и ее критическими формами в Ростовской области

циональным родоразрешением в стационарах II и III уровней пациенток с тяжелыми и критическими формами гипертензионных осложнений беременности и возможным снижением случаев преэклампсии, выявленных в данном году, рассчитанных на 1000 пациенток, родивших в этом году. В связи с чем проведен анализ заболеваемости преэклампсией в Ростовской области.

Анализ заболеваемости, проведенный с 2004 года, выявил её подъем в 2005 году (158‰), нарастание заболеваемости с 2008 года со 147‰ до 230‰ в 2009 году и до 236‰ в 2011 году (на 1000 родивших в этом году). Несколько большая заболеваемость была зарегистрирована в городах – 167‰, чем в районах – 122‰, что связано с ранним выявлением женщин высокого риска по развитию преэклампсии, с большими возможностями медицинских учреждений и использованием более современных методов диагностики преэклампсии. Подъем заболеваемости критическими формами преэклампсии в Ростовской области был отмечен в 2007 году (5‰), и нарастание зарегистрировано с 2009 года с 4‰ до 6‰ в 2011 году (рис. 2). Заболеваемость критическими формами преэклампсии в 2011 году в стационарах городов составила 3‰, а в ЦРБ – 0,4‰, что подтверждает своевременный перевод беременных с преэклампсией в стационары II–III уровней, способствующий снижению риска материнской смертности сельских женщин. В 2006 и 2007 годах заболеваемость преэклампсией в стационарах составила 225‰ и 249‰, а по данным женских консультаций – 137‰ и 142‰ соответственно. Заболеваемость критическими формами преэклампсии в 2006 году в стационарах составила 6,9‰, что было значительно выше данных женских консультаций – 1‰. Эта разница была связана с отсутствием наблюдения в женской консультации или непосещением её беременной, что приводило к экстренной госпитализации в стационар, минуя женскую консультацию. Анализ заболеваемости преэклампсией и её критическими формами выявил рост показателей, что, по-видимому, связано с ростом экстрагенитальных заболеваний в популяции женщин репродуктивного возраста, которые являются фактором риска развития преэклампсии. Так, в Ростовской области отмечался рост показателей заболеваемости мочеполовой системы у беременных с 2008 года со 127‰ до 239‰ в 2011 году, системы кровообращения – со 113‰ до 196‰, эндокринной системы: щитовидной железы – с 1,3‰ до 3,5‰, сахарным диабетом – с 0,26‰ до 0,49‰.

Обсуждение

В результате проведенного анализа были выявлены следующие закономерности:

- в Ростовской области с 1998 по 2001 год отмечен рост материнской летальности от преэклампсии, этот показатель значительно превышал данные по Российской Федерации, что было связано с родоразрешением пациенток с критическими формами преэклампсии в ЦРБ, не готовых к оказанию круглосуточной квалифицированной помощи, с наличием у беременных фоновой патологии;
- с 2005 года отсутствует смертность от преэклампсии в Ростовской области, что связано с внедрением клинико-диагностических стандартов, протоколов ведения беременных, которые способствовали качественному мониторингу беременных в женской консультации, более раннему выявлению группы риска по развитию преэклампсии и своевременному переводу беременных с преэклампсией в стационары III уровня;
- анализ заболеваемости преэклампсией и её критическими формами выявил рост данных показателей, что связано с ростом экстрагенитальных заболеваний в популяции женщин репродуктивного возраста;
- несмотря на отсутствие материнской летальности с 2005 года в Ростовской области, отмечен рост заболеваемости преэклампсией и её критическими формами, что создаёт риск возникновения материнской летальности от этого тяжелого осложнения беременности.

В результате проведенного исследования установлено, что рост заболеваемости преэклампсией связан с ростом экстрагенитальной патологии. Следовательно, для снижения риска материнской летальности от преэклампсии требуется проводить более углубленное обследование для уточнения фоновой патологии, а также первичную профилактику преэклампсии в период планирования беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фролова О. Г. Гестоз и репродуктивные потери // Мат. 36-го конгресса Междунар. об-ва по изучению патофизиологии беременности. – М., 2004. – С. 269–270.
2. Радзинский В. Е., Князев С. А., Костин И. Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. – М., 2009. – 288 с.
3. Релина М. А. Преэклампсия и материнская смертность. – СПб: МАПО, 2005. – 208 с.
4. Firoz T., Sanghvi H. Preeclampsia in low and middle income countries // Best pract. res. clin. obstet. gynaecol. – 2011. – Vol. 25. № 4. – P. 537–548.

Поступила 15.01.2013

А. А. КЦОЕВА, Т. М. ГАТАГОНОВА

БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНА С У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

*Кафедра поликлинической терапии с внутренними болезнями для педиатрического и стоматологического факультетов и фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
Тел. 89188284525. E-mail: Kcoeva.alina.85@mail.ru*

В работе представлены результаты изучения роли хрящевого гликопротеина, витамина С у больных остеоартрозом. Исследование уровня хрящевого гликопротеина позволяет оценить степень деструкции хряща. Хрящевой гликопротеин можно рассматривать как ранний и перспективный маркер ремоделирования суставного хряща. Исследование витамина