

Наиболее сложной задачей является элиминация из биологических жидкостей человека микоплазм и уреаплазм. Персистирующий характер микоплазменной инфекции в большинстве случаев не позволяет добиться микробиологической излеченности, а результаты терапии ограничиваются клинической ремиссией процесса.

Назначение большинства антибиотиков, за исключением полусинтетических пенициллинов, допустимо не ранее II триместра беременности.

Антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии является обязательной. Бессимптомная бактериурия существенно увеличивает риск развития цистита и пиелонефрита, ЗВУР плода, преждевременных родов, гнойно-септических осложнений послеродового периода. Лечение инфекции нижних отделов МВП следует начинать с I триместра фитопрепаратами (фитолизином или канефроном) или короткими курсами (1-3 дня) полусинтетических пенициллинов с клавулановой кислотой (амоксиклав, Моксиклав).

Несмотря на высокую безопасность применения аминопенициллинов (ампициллин, амоксициллин) у беременных женщин в настоящее время эти антибиотики не могут рассматриваться в качестве препаратов выбора из-за высокой частоты распространения резистентных к ним штаммов *E. coli* и наличия природной устойчивости у *Klebsiella spp.*

Наиболее высокой микробиологической активностью в отношении основных возбудителей инфекции МВП при беременности обладает фосфомицин. Его можно считать в настоящее время препаратом выбора для лечения бактериурии и цистита во время беременности. Фосфомицин (Монурал) назначается однократно перорально в дозе 3 г. Однако препарат нельзя принимать длительными курсами, что ограничивает его использование для терапии пиелонефрита.

Лечение острого пиелонефрита (вызванного неспецифической инфекцией) требует длительного (не менее 14 дней) применения антибактериальных препаратов и динамического бактериологического исследования мочи. При отсутствии улучшения в течение 48-72 часов показана смена антибиотика. Препаратами выбора являются цефалоспорины II-III поколения и защищенные пенициллины (Амоксиклав, Моксиклав).

При сочетании неспецифической грамотрицательной кишечной флоры и специфической инфекции показано длительное (12-14 дней) назначение антибиотиков разных групп (защищенные пенициллины, макролиды, цефалоспорины III).

При всех формах инфекции МВП у беременных показано проведение противорецидивной терапии — фитопрепараты, эубиотики, санация влагалища.

С учетом чувствительности микроорганизмов, токсичности и влияния на плод при инфекции МВП к применению у беременных не рекомендованы следующие антибактериальные препараты: аминопенициллины, цефалоспорины I, нитроксалин, клорамфеникол, тетрациклины, сульфаниламиды, аминогликозиды, фторхинолоны.

Больные гнойно-деструктивным гестационным пиелонефритом подлежат госпитализации в урологические отделения для хирургического лечения.

В качестве базового документа для разработки адаптированных для ЛПУ протоколов лечения беременных с различными формами инфекции МВП целесообразно рекомендовать Формуляр лекарственной терапии инфекции мочевыделительной системы,

разработанный в ГНЦАГиП РАМН («Акуш. и гин.» 2003, № 3), а также результаты многоцентрового отечественного исследования («Акуш. и гин.» 2005, № 2).

Санация влагалища и нормализация микробиотенноза

Санация влагалища и восстановление микробиотеннозов влагалища и кишечника — обязательный компонент комплексного лечения инфекции МВП и профилактики рецидивов. Дисбактериоз, вагиноз, кольпиты и цервициты смешанной бактериальной природы обнаруживаются у 80% беременных с инфекцией МВП.

В I триместре санация влагалища проводится бактериофагами, антисептическими и антимикотическими препаратами. Проводимая во II и III триместрах беременности антибактериальная терапия инфекции МВП способствует элиминации инфекционных агентов из влагалища.

После завершения курса антибактериальной терапии показано назначение эубиотиков как *per os*, так и вагинально (бифидумбактерин, лактобактерин, живые йогуртовые культуры и др.) в течение не менее 10-14 дней.

Метаболическая терапия и лечение фетоплацентарной недостаточности

Комплекс метаболической терапии (липоевая кислота, кокарбоксилаза, рибофлавин, пантотенат кальция, Эссенциале) показан для коррекции иммунной реактивности и неспецифической резистентности организма матери к инфекции, а также для улучшения функции фетоплацентарной системы. Терапия проводится в течение 2 недель у беременных с любыми формами пиелонефрита в сроки 23-25 и 29-30 недель, а также после обострения.

При выявлении синдрома задержки развития плода и хронической внутриутробной гипоксии плода в комплекс лечения следует включать актовегин, курантил, трентал в средних терапевтических дозах.

При остром пиелонефрите показано назначение спазмолитиков (нош-па) и токолитических препаратов (партусистен, гинипрал).

ЛИТЕРАТУРА

1. Емельянова А. И., Гуртовой Б. Л., Погорелова А. Б. и др. Принципы диагностики и терапии (формулярная система) инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц. / Акуш. и гин. — 2003. — № 3. — С. 3-8.
2. Никонов А. П. Инфекции мочевыводящих путей у беременных (слайдовая презентация). / Гинекология. — 2002. — № 5. — С. 204-207.
3. Митюшкина Т. А. Проблемы инфекции мочевыводящих путей у женщин (обзор литературы). / Гинекология. — 2002. — № 4. — С. 196-198.
4. Митрохин С. Д. Микробиологическая диагностика инфекций мочевыводящего тракта (на современном этапе развития клинической микробиологии). / Инфекции и антимикробная терапия. — 2002. — Т. 4, № 4. — С. 124-126.
5. Никольская И. Г., Тареева Т. Г., Микаелян А. В. и др. Пиелонефрит и беременность. Профилактика, принципы диспансерного наблюдения, лечение, родоразрешение. / Рос. Вестн. акуш. и гин. — 2003. — Т. 3, № 3. — С. 23-26.
6. Страчунский Л. С. и др. Антибактериальная терапия уроинфекций у беременных: компромисс между активностью, эффективностью и безопасностью антибиотика. / Акуш. и гин. — 2005. — № 2. — С. 16-20.
7. Шехтман М. М., Довлатян А. А. Лечение и профилактика гнойно-деструктивного гестационного пиелонефрита (пособие для врачей). / 1997. — 24 с.
8. Шишочкина И. М. Клинико-диагностические особенности пиелонефрита у беременных с урогенитальной микоплазменной и смешанной инфекцией. / Автореферат дисс. к.м.н. — Казань. — 2003.
9. Яковлев С. В. Современный взгляд на антибактериальную терапию урогенитальных инфекций. / Русский медицинский журнал — Том 11. — 2003. — № 8. — С. 501-506.

Типы гемодинамики и терапия гестоза

Е. Ю. ЮПАТОВ, кафедра акушерства и гинекологии № 2
(заведующий кафедрой — профессор Фаткуллин И. Ф.) КГМУ.

Гестоз является одним из наиболее тяжелых осложнений беременности и существенно повышает риск послеродовых заболеваний, материнской и перинатальной смертности. За последние пять лет частота гестоза увеличилась и в настоящее время колеблется в пределах от 7 до 20% (Савельева Г. М., Кулаков В. И., Серов В. Н., и др., 2001 г.; Савельева Г. М., Шалина Р. И., 1998 г.; Стрижаков А. Н., Мусаев З. М., 1999 г.). В патогенезе гестоза особая роль отводится системным гемодинамическим сдвигам в организме беременной женщины, которые и обуславливают основные клинические проявления заболевания, развитие осложнений и исход.

На основании комплексных исследований (А. П. Голиков, В. А. Эстрин, 1980) выделены три типа гемодинамики у беременных женщин при гестозе: гиперкинетический, зуккинетический и гипоккинетический.

Гиперкинетический тип гемодинамики характерен для гестоза легкой степени тяжести. При данном типе гемодинамики регистрируются повышенные показатели сердечного индекса (до $5,13 \pm 0,26$ л/мин./м²), работы сердца (до $9,9 \pm 0,49$ кг/мин./м²) и повышение систолического и диастолического давления при практически нормальных показателях общего периферического сопротивления сосудов.

Таблица 1. Средние значения параметров гемодинамики по данным ОКО у беременных с физиологически протекающей беременностью, в зависимости от типа гемодинамики

Параметры гемодинамики ОКО при физиологически протекающей беременности	Гиперкинетический тип n=70	Эукинетический тип n=5
ДАД	50,6±6,4	54,2±15,8
СрАД	83,6±3,4	91,7±13,3
САД	116,6±8,6	122,5±11,2
СВ	5,6±0,3	5,6±0,8
УО	67,9±7,8	92,7±12,6
ОПСС	1157,9±93,4	1305±158,9

Эукинетический тип гемодинамики выявляется при более тяжелом течении гестоза, характеризуется более высокими цифрами АД (135,9±10,9 мм рт. ст.) на фоне повышенного общего периферического сопротивления сосудов (1601,6±78,9 дин*см-1*с-5) при нормальных величинах сердечного выброса.

Гипокинетический тип гемодинамики выявляется при тяжелом течении гестоза. Для данного типа характерны наиболее высокие цифры артериального давления на фоне низкого сердечного выброса (2,56 л/мин./м2), при самых высоких показателях ОПСС (2417,9±102,2 дин*см-1*с-5). Гипокинетический тип гемодинамики в отличие от других типов гемодинамики сопровождается снижением сократительных свойств миокарда левого желудочка в сочетании с наиболее выраженной тахикардией. Выделение типа гемодинамики имеет принципиальное значение, поскольку позволяет обосновать лечебную тактику, предусматривающую проведение индивидуально-направленной гипотензивной терапии.

Для оценки состояния гемодинамики в современной медицинской практике применяются как прямые (инвазивные), так и косвенные методы измерения различных показателей, характеризующих состояние центрального кровообращения и кровеносных сосудов. Инвазивные методы — прямая манометрия и методы разведения — используются в основном в реанимации и кардиохирургии.

К неинвазивным методам оценки гемодинамики относятся измерение АД методом Короткова, ЭхоКГ, доплерометрия, импедансная кардиография, метод измерения пульсового контура периферических артерий, объемная компрессионная осциллометрия.

В повседневной практике врачей акушеров-гинекологов, наиболее часто используемым, а иногда и единственным методом является измерение артериального давления (АД). Артериальное давление является важнейшим гемодинамическим показателем, характеризующим функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Однако измерение АД аускультативным методом не отражает истинного существа гемодинамических изменений в организме беременной женщины, а, следовательно, не может быть достаточным критерием для диагностики гестоза и выбора тактики лечения.

В нашей клинике для исследования гемодинамики беременных женщин применяется метод объемной компрессионной осциллометрии (Дегтярев В. А.). С помощью аппарата «Анализатор показателей кровообращения осциллометрический» (АПКО-8-РИЦ), регистрируется 16 основных показателей кровообращения: систолического АД, диастолического АД, бокового, пульсового, среднего АД и ударного АД. Также прибор рассчитывает сердечный выброс, общее периферическое сосудистое сопротивление, линейный кровоток, ударный объем, показатели состояния сосудистых стенок. На основании регистрируемых прибором данных возможно определение типа гемодинамики беременной женщины.

В связи с этим мы решили провести исследование, направленное на изучение возможностей данного метода в диагностике гестоза у беременных, а также оценить эффективность дифференцированной гипотензивной терапии гестоза.

Материалы и методы

На базе клинического родильного дома № 1 г. Казани в период с 2002 по 2005 г. было обследовано 125 беременных женщин в возрасте от 19 до 30 лет. Из них у 75 женщин беременность протекала без осложнений. У 50 пациенток диагностировался гестоз легкой и средней степени тяжести в сроки гестации 28-36 недель. Степень тяжести гестоза оценивали по балльной шкале (Савельева Г. М., 2000 г.).

Экстрагенитальные заболевания были представлены нейрциркуляторной дистонией по гипертоническому типу, ожирением I-II степени, миопией и хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии.

Оценка параметров гемодинамики проводилась методом ОКО с использованием анализатора показателей кровообращения «АПКО-8-РИЦ» (ООО «Глобус», Россия). Перед исследованием пациентки в течение 10 минут находились в состоянии полного физического и психического покоя в положении на левом боку. Затем на левое предплечье на уровне сердца накладывалась пережимная измерительная манжета. Производилось 3-кратное измерение параметров кровообращения с интервалом времени между измерениями 10 минут. Для анализа использовались результаты, полученные при втором измерении.

Изучались следующие параметры кровообращения:

- показатели артериального давления (диастолического (ДАД), среднего (СрАД), систолического (САД));
- показатели сердечной деятельности (сердечный выброс (СВ) и ударный объем (УО));
- сосудистые показатели (общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС)).

Состояние маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока оценивали при помощи метода ультразвуковой доплерометрии.

Для оценки внутриутробного состояния плода использовался метод кардиотокографии при помощи кардиотокографа Oxford. Оценка антенатального состояния плода проводилась по шкале Fisher.

Исследование функционального состояния новорожденных проводилось по шкале Сильверман с оценкой на 1-й и 5-й минуте жизни. Определялись также и антропометрические данные новорожденных.

Результаты и обсуждение

Исследование гемодинамики у женщин с физиологически протекающей беременностью показало, что у 70 обследованных (93,3%) выявился гиперкинетический тип гемодинамики, а у 5 (6,7%) — эукинетический тип гемодинамики. Средние параметры ОКО при физиологически протекающей беременности показаны в таблице 1 Приложения. Как видно из приведенной таблицы, показатели ДАД, СрАД, САД, УО, ОПСС при гиперкинетическом типе гемодинамики достоверно ниже чем при эукинетическом типе гемодинамики, тогда как показатель СВ не имеет различий в обеих группах.

Исследование состояния гемодинамики методом ОКО при гестозе позволило выявить значительные изменения в показателях системной гемодинамики. Средние данные исходных параметров гемодинамики у 50 беременных с гестозом приведены в таблице 2 Приложения.

Анализ таблицы 2 показал, что развитие гестоза у беременных сопровождалось достоверным увеличением, в сопоставлении с параметрами при физиологически протекающей беременности, таких показателей, как диастолическое, систолическое артериальное давление, среднее АД, СВ, УО, ОПСС.

Ультразвуковая доплерометрия, используемая с целью оценки маточно-плацентарного кровотока, позволила выявить нарушения маточного кровотока у 10 (20%) беременных с гестозом легкой степени тяжести и у 18 (36%) беременных с гестозом средней степени тяжести.

Кардиотокография, проводимая для оценки антенатального состояния плода, показала, что во всех обследуемых группах беременных сумма баллов по шкале Fisher была не ниже 8, что позволяло оценить состояние плода как нормальное.

Как было отмечено ранее, определение типа гемодинамики позволяет, дифференцировано подходить к выбору гипотензив-

Таблица 2. Средние значения параметров гемодинамики по данным ОКО до лечения гестоза у беременных

Средние параметры гемодинамики до лечения гестоза	Гестоз легкой степени n=32	Гестоз средней степени n=18
ДАД	69,3±8,4	81,2±9,8
СрАД	93,2±9,8	119,6±9,6
САД	133,0±2,8	156,2±9,2
СВ	6,1±1,4	6,1±0,8
УО	87±31,8	95,1±4,9
ОПСС	1209±213,5	1577,7±170,4

Таблица 3

Средние значения параметров гемодинамики по данным ОКО после лечения гестоза

Средние параметры гемодинамики до лечения гестоза	Гестоз легкой степени n=32	Гестоз средней степени n=18
ДАД	54,4±4,7	76,2±3,4
СрАД	86,6±14,8	98,3±12,2
САД	127,5±14,7	143,2±14,1
СВ	5,7±0,7	5,9±1,2
УО	75,0±17,3	89,1±12,6
ОПСС	1107,0±396,1	1465±163,1

ного препарата. Так, при гиперкинетическом типе гемодинамики рекомендовано применение β-адреноблокатора (анаприлин 2 мг/кг/сутки). Снижая сердечный выброс, данный препарат не влияет на ОПСС. Для усиления гипотензивного эффекта анаприлина можно применять блокатор кальциевых каналов верапамил, что уменьшает потребность миокарда в кислороде и не нарушает маточно-плацентарный кровоток. При эукинетическом типе целесообразно назначение α-адреноблокаторов (допегит до 2 г/сутки) одновременно с верапамилом. Такое сочетание позволяет эффективно снижать ОПСС, не изменяя при этом сердечный выброс.

Дифференцированная терапия проводилась в течение 7 дней. После проведенного лечения все беременные субъективно отмечали улучшение самочувствия, что выражалось в исчезновении чувства беспокойства, слабости, повышенной утомляемости, восстановлении сна. Объективно отмечалось снижение артериального давления в среднем на 15-18%, уменьшение отеков, увеличение диуреза.

После лечения проводилось изучение состояния гемодинамики методом ОКО, результаты которого представлены в таблице 3 Приложения.

Анализ результатов показал, что при дифференцированном подходе гипотензивной терапии в зависимости от типа гемодинамики происходит достоверное снижение изучаемых параметров. Сравнение параметров гемодинамики после проведенного лечения с аналогичными показателями у женщин с физиологическим течением беременности продемонстрировало, что даже на фоне эффективной терапии не происходит нормализации параметров гемодинамики, т.е. патологический процесс продолжается. Однако дифференцированная терапия позволяет достоверно снизить интенсивность его проявлений, что улучшает исходы для матери и плода.

Так, ультразвуковая доплерометрия, проведенная после лечения, выявила улучшение состояния маточно-плацентарного кровотока у 10 (20%) женщин с легким течением гестоза и у 11 (22%) со среднетяжелым течением гестоза.

Анализ исходов беременности и родов у пролеченных пациенток с гестозом средней степени тяжести показал, что преждевременные роды произошли у 9 (18%) беременных. Что было связано с нарастанием клинических проявлений гестоза. Из них 8 пациенток были родоразрешены путем операции кесарево сечение в сроки 35-36 недель беременности. Оценка новорожденных по шкале Сильверман при преждевременных родах соответствовала 5,6±0,7 балла на 1-й минуте и 7,8±0,3 балла на 5-й минуте (p<0,05).

При гестозе легкой степени тяжести преждевременные роды в исследуемых группах не наблюдались. Оценка новорожденных по шкале Апгар составляла в среднем 8±1,2 балла.

Синдром задержки роста плода был выявлен в 30% от общего числа новорожденных от пациенток с гестозом.

Таким образом, на основании анализа полученных в ходе исследования данных мы пришли к следующим выводам:

1. Объемная компрессионная осцилометрия позволяет объективно оценить состояние гемодинамики у беременных с гестозом, установить тип гемодинамики у беременных, а также осуществлять контроль над эффективностью проводимой терапии.
2. Дифференцированный подход к гипотензивной терапии гестоза позволяет повысить эффективность проводимого лечения, тем самым улучшить исходы беременности для матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г. М., Кулаков В. И., Серов В. Н., и др. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2001. — № 3 (5). — С. 66-72.
2. Савельева Г. М., Шагина Р. И. // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 5. — С. 6-9.
3. Стрижаков А. Н., Мусаев З. М. // Вестник РАМН. — 1999 г. — № 1. — С. 51-7.
4. Стрижаков А. Н., Пицхелаури Е. Г. Гемодинамические критерии оценки степени тяжести гестоза и эффективности гипотензивной терапии в послеродовом периоде. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2004. — Т. 3, № 3. — С. 7-12.
5. Иванян А. Н., Крюковский С. Б., Гордиловская А. П. и др. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 4. — С. 112-119.
6. Кулаков В. И., Мурашко Л. Е. // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 5. — С. 3-6.
7. Садчиков Д. В., Елютин Д. В. Особенности гемодинамики при гестозе. // Казанский медицинский журнал. — 2001. — Т. 82, № 1. — С. 27-30.
8. Акушерство под ред. Савельевой Г. М. — М.: Медицина, 2000. — С. 416.
9. Акушерство под ред. Савельевой Г. М. — М.: Медицина, 2000. — С. 421-422.

Новое в лечении климактерического синдрома у женщин

Е. А. ГАФАРОВА, Л. И. МАЛЬЦЕВА.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Казанской государственной медицинской академии.

Основным методом коррекции и профилактики климактерических расстройств является заместительная гормональная терапия (ЗГТ), однако применение ЗГТ связано с развитием различных осложнений и наличием противопоказаний у некоторых женщин. Поэтому терапия препаратами для ЗГТ должна быть чрезвычайно индивидуализирована, назначаться только сертифицированными специалистами в области гинекологии-эндокринологии с учетом информированного согласия пациенток, при обязательном предварительном обследовании на предмет противопоказаний.

В то же время, многие исследователи отмечают большое значение мелатонина для процессов старения организма (Анисимов В. Н., 1990; Grad B. R. et al., 1993). Продлить процесс физической и умственной активности и замедлить процесс старения можно введением мелатонина извне. Мелатонин представляет собой гормон, обладающий уникальными адаптивными возможностями. Адаптивное действие гормона эпифиза мелатонина у человека и животных обусловлено тремя его важнейшими функциями: ритморегулирующей, антиоксидантной, иммуномодулирующей (Pittetfiche G. et al., 1993). Нарушение количественного и ритмического процесса является пусковым моментом, приводящим на начальных этапах к возникновению десинхронизации, за которым следует возникновение органической патологии (Малиновская Н. К., 1998).

С биоритмологической позиции, климактерический синдром представляет собой клиническую реализацию дезадаптации организма женщины в условиях, требующих повышенной активности адаптивной системы организма при изменении условий окружающей среды.

Исходя из этого, целью данного исследования явилось изучение продукции мелатонина у женщин перименопаузального возраста и ее влияние на развитие климактерического синдрома различной степени тяжести, а также выявление возможности применения препаратов мелатонина для коррекции симптомов климактерического синдрома.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 96 женщин в возрасте от 43 до 61 года с климактерическим синдромом различной степени тяжести, из них в пременопаузе — 52 женщины, в менопаузе и постменопаузе — 44 женщины. Степень тяжести климактерического синдрома определяли по индексу Куппермана в модификации Уваровой. Результаты обследования позволили объединить женщин с климактерическим синдромом в следующие группы: 1-я группа — 29 женщин в возрасте 52±0,91 года с тяжелым климактерическим синдромом, 2-я группа — 31 женщина в возрасте 50,29±0,88 года с климактерическим синдромом сред-