

ЛИТЕРАТУРА

1. Молчанова Л.Г., Кириллов М.М., Сумовская А.Е. Хронические неспецифические заболевания легких, беременность и роды // Тер. арх. — 1996. — № 10. — С.60–63.
2. Пальчик Е.А., Сидоренко И.А. Течение беременности при хронических неспецифических заболеваниях легких // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гинекол. — 1998. — № 1. — С.46–49.
3. Парвизи Н.И. Беременность и роды при бронхиальной астме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ташкент, 1988. — 16 с.
4. Приходько О.Б., Ландышев Ю.С., Романцова Е.Б. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы в различные периоды беременности // Пульмонология. — 2005. — № 1. — С.73–76.
5. Распопина Н.А. Бронхиальная астма при беременности: Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2004. — 46 с.
6. Шехтман М.М., Кадырова А.А., Парвизи Н.И. Беременность и роды у женщин, больных бронхиальной астмой // Вопр. охр. мат. — 1985. — Том 30, № 9. — С.57–60.
7. Alexander S., Dodds L., Armonson B.A. Perinatal outcomes in women with asthma during pregnancy. // Obstet Gynecol. — 1998 Sep. — Vol.92 (3). — P.435–440.
8. Chazotte C. Asthma in pregnancy: a review // J. Assoc. Acad. Minor Phys. — 1994. — Vol. 5(3). — P. 107–110.
9. Clark L. Asthma in pregnancy // Obstet Gynecol. — 1993. Dec. — Vol. 82 (6). — P. 1036–1040.
10. Cohendy R., Godard P., Bousquet J., Aubas P., Michel

- F.B. Pregnancy and asthma // Rev. Mal. Respir. — 1988. — Vol. 5 (3). — P. 261–267.
11. Kwon H.L., Triche E.W., Belanger K., Bracken M.B. The epidemiology of asthma during pregnancy: prevalence, diagnosis, and symptoms // Immunol Allergy Clin North Am. — 2006. — Feb. — Vol. 26 (1). — P. 29–62.
 12. Liccardi G., D'Amato M., D'Amato G. Asthma in pregnant patients: pathophysiology and management // Monaldi Arch. Chest Dis. — 1998. — Apr. — Vol. 53 (2). — P. 151–159.
 13. Tata L.J., Lewis S.A., McKeever T.M., Smith C.J., Doyle P., Smeeth L., West J., Hubbard R.B. A comprehensive analysis of adverse obstetric and pediatric complications in women with asthma // Am. J. Respir Crit Care Med. — 2007. — May. 15. — Vol. 175 (10). — P. 991–997.
 14. Thomson N.C. Management of asthma in adults: part 1 Hospital Update. — 1992. — P. 288–293.

Поступила 25.12.07.

EVALUATION OF THE COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA DURING THE FIRST YEAR AFTER CHILDBIRTH

O.S. Andreeva, O.V. Lavrova, V.I. Trofimov

Summary

Analyzed was the course of bronchial asthma in the postpartum period of 58 patients. Cessation of basic treatment or reducing doses of anti-inflammatory drugs caused an exacerbation of the disease in the postpartum period. Lactation and breast-feeding favorably influenced the course of bronchial asthma after child-birth.

УДК 618.396 - 089.8

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Фарид Ильдарович Фаткуллин

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. — проф. А.А. Хасанов) Казанского государственного медицинского университета, e-mail: fatkullin@ya.ru

Реферат

Обследовано 40 младенцев, родившихся путём кесарева сечения в целом плодном пузыре на сроках гестации 28–37 недель. Сравнение проводилось по методу “копии–пара”, которые подбирались по данным ретроспективного исследования. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре.

Ключевые слова: целый плодный пузырь, травматизация, кесарево сечение.

Выбор метода родоразрешения при недоношенной беременности и начавшихся преждевременных родах порой представляет сложную задачу. Только 25% беременных на сроках 28–37 нед гестации родоразрешаются через естественные родовые пути. Это, как правило, преждевре-

менные роды, неосложнённые серьёзной экстрагенитальной или акушерской патологией. В 75% случаев беременность на указанных сроках завершается кесаревым сечением в плановом или экстренном порядке [6].

Наиболее серьёзным последствием родов для недоношенного ребёнка является родовая травма, которая при преждевременных родах встречается в 7 раз чаще, чем при своевременных [3, 6]. Это связано с несовершенством органов и систем недоношенного ребёнка, которые в эти сроки не готовы к процессу родов и к внеутробной жизни. К родовой травме предрасполагают следующие особенности недоношенного ребёнка: относительно большая

голова с преобладанием мозгового черепа, мягкие кости черепа, открытые черепные швы, в том числе боковые роднички [8]. Сосуды головного мозга имеют субэпендимальный зародышевый слой, расположенный над головкой и телом хвостатого ядра. Он истончается после 30 нед беременности и почти полностью исчезает к 36-й неделе. Данная область является источником большинства случаев внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей [6].

Кесарево сечение снижает риск травматизации плода, но не исключает его. С целью улучшения перинатальных исходов для преждевременно рождённых детей нами применен вариант операции с извлечением недоношенного плода в плодовых оболочках. Принцип операции заключается в сохранении целостности плодного пузыря при выполнении разреза на матке. Выбор разреза на коже, способ вскрытия передней брюшной стенки определяются хирургом. Матку рекомендуется вскрывать разрезом по Дерфлёру, а при преждевременных родах на ранних сроках беременности ввиду несформированности нижнего сегмента, — истмико-корпоральным разрезом [1]. Далее хирург вводит руку в разрез на матке и отслаивает плодный пузырь от стенок матки с учётом расположения плаценты, затем подводит головку плода к ране. Следующим этапом является выведение головки плода из полости матки с помощью ассистента, который надавливает через переднюю брюшную стенку на дно матки с целью создания необходимого положительного давления для выведения головки плода. Новорожденного извлекают в оболочках до плечевого пояса (чтобы не допустить отслойку плаценты), затем оболочки вскрывают и ребёнка полностью извлекают из полости матки.

Было обследовано 80 младенцев на сроках беременности 28–37 нед, из них 40 детей, извлечённых в оболочках (основная группа), и 40 новорожденных, появившихся на свет путём кесарева сечения, выполненного традиционно, и подобранных по данным ретроспективного исследования (контрольная группа). Подбор копий осуществлялся по основному диагнозу, сроку беременности, массе тела новорожденного, учитывалось проведение профилак-

ки синдрома дыхательных расстройств, эндотрахеальное введение сурфактанта.

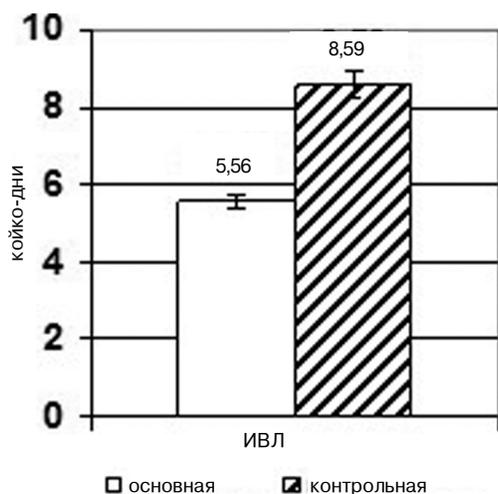
На сроках 28–30 нед беременности в основную группу вошли 8 (20%) новорожденных, в контрольную — 9 (22,5%), на сроках 31–33 нед — соответственно 22 (55%), и 21 (52,5%), на сроках гестации более 34 нед — по 10 (25%) в каждой из групп. В целом плодном пузыре с массой тела при рождении 1000–1499 г было извлечено 19 новорожденных, от 1500–2500 г — 21. Новорожденных с массой тела от 500 до 999 г ни в одной группе не было.

Показания к кесареву сечению в группах существенно не различались: гестоз (по 22 беременные), частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (по 10 беременных), несостоятельность рубца на матке (по 4), преждевременное излитие околоплодных вод (по 4), миопия высокой степени при преждевременных родах и задержка внутриутробного развития плода 2-й степени (по 1).

Клинические методы включали общую оценку новорожденного при рождении по шкале Сильвермана и Апгар, неврологического статуса. Из специальных методов исследования применялась нейросонография с использованием сонографа «Aloka SSD 1400» с оценкой показателей мозгового кровотока, исследование глазного дна.

В ходе исследования были установлены клинические ситуации у женщин с многоводием, тазовым предлежанием, косым или поперечным положением плода, при которых извлечение плода в целом плодном пузыре было затруднительным или неоправданным (они не вошли в данное исследование). Время от начала операции до извлечения плода в целом плодном пузыре составляло в среднем 7 минут (по традиционной методике — 4 минуты), что в условиях проведения регионарной анестезии не оказывало существенного влияния на состояние матери и ребенка.

В основной группе, по данным неврологического обследования, по сравнению с контрольной было меньше новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС — соответственно 34 (85%) и 40 (100%), при этом интраперивентрикулярные кровоизлияния (ИПВК) были диагностированы у 10 (25%) новорожденных основной группы и у 32 (80%) из контрольной



Длительность респираторной поддержки

($p < 0,05$). Тяжесть кровоизлияний в группах также отличалась ($p < 0,05$) — ИПВК III степени в основной группе выявлены не были; в контрольной группе они имели место у одного (2,5%) младенца, ИПВК II степени — соответственно у 8 (20%) и у 24 (60%), ИПВК I степени — у 1 (2,5%) и у 3 (7,5%).

Признаки церебральной ишемии были выявлены у 28 (70%) новорожденных основной группы и у 30 (75%) из контрольной ($p < 0,05$): I степени — у 10 детей основной группы и у 6 из контрольной, II — у 16 и у 20. III степень ишемии не обнаружилась, в контрольной же группе имела место у 10 новорожденных.

Длительность респираторной поддержки (см. рис.) в основной группе составляла в среднем $5,56 \pm 3,44$ дня, в контрольной — $8,59 \pm 3,92$ ($p < 0,05$). Продолжительность пребывания новорожденных как на первом, так и втором этапах выхаживания также была значительно меньше у детей основной группы и на первом этапе выхаживания составляла $8,3 \pm 4,48$ койко-дня, на втором — $21,3 \pm 12,3$, в контрольной группе — соответственно $12,8 \pm 5,07$ и $30 \pm 12,7$ ($p < 0,05$).

Высокий риск интраперивентрикулярных кровоизлияний у недоношенного ребёнка связан с особенностью артерий головного мозга. Сосудистая система головного мозга имеет вид незрелого капиллярного русла, без интерстициальной ткани, выполняющей опорную функцию для сосудов. Стенки этих сосудов не содержат гладкомышечных клеток, коллагена и эластина,

что усиливает риск развития гипоксии и внутримозговых кровоизлияний. Сами сосуды невозможно отнести ни к артериолам, ни к капиллярам, ни к венулам [4, 10, 11]. Сосудистая система головного мозга испытывает нагрузки не только при прохождении плода по родовому каналу, но и в процессе извлечения из полости матки в ходе абдоминального родоразрешения.

Существенная роль в патогенезе родовой травмы принадлежит и позвоночным артериям, которые плотно прилегают к костным образованиям и легко подвергаются компрессии. В стенке позвоночной артерии имеется вертебральный гломус, обеспечивающий вегетативную регуляцию артерий, малейшее раздражение которого приводит к спазму артерии и как следствие к гемодинамическим нарушениям в вертебробазилярной системе головного мозга и верхних отделах спинного мозга [2, 5, 7].

Многочисленные исследования показали существенную значимость в развитии синдрома дыхательных расстройств у плода и новорожденного вовлечения в патологический процесс (поражение или ирритация) спинального дыхательного центра, который локализуется на уровне мотонейронов С4 спинного мозга. В этой связи определяется довольно отчетливая корреляция продолжительности проведения ИВЛ новорожденным, извлеченным в оболочках и меньшим числом и степенью развития у данной категории пациентов ИПВК. Очевидно, что извлечение недоношенного и маловесного плода при кесаревом сечении должно быть максимально бережным. Этому способствует применение методики операции, при которой младенца извлекают из полости матки в целом плодном пузыре, обеспечивающем ему своеобразную механическую и гидравлическую защиту. К положительным сторонам данной методики кесарева сечения также следует отнести сведенный к минимуму риск повреждения плода скальпелем. Частота данного осложнения при кесаревом сечении составляет, по сводным данным, около 2% [9].

Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре при преждевременных родах. Результаты клинических и специальных методов исследования демонстрируют разницу в

неврологическом статусе новорожденных основной группы от детей из контрольной, которая проявляется в снижении количества и выраженности ИПВК, уменьшении тяжести церебральных ишемий и перинатальных поражений ЦНС. Данную методику операции целесообразно рекомендовать во время родоразрешения беременных при недоношенном или маловесном плоде с целью улучшения перинатальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Активное ведение родов: Руководство для врачей. - СПб.: СпецЛит, 2003 - С. 523-532
2. *Иваничева Г.А., Кузнецова Е.А.* Клинико-инструментальная характеристика миофасциального болевого синдрома шеи и плечевого пояса у пациентов с натальной цервикальной травмой в анамнезе. //Каз. мед. ж. - 2006. - №1 - С. 48-50.
3. *Макаров О.В., Бухарева И.В., Кузнецов П.А., Романовская В.В.* Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов. //Росс. вестн. акуш.-гинеко. - 2007. - №7. - С.10-15.
4. *Михайлов М.К.* Биомеханизм родовых повреждений позвоночника, спинного мозга и позвоночных артерий: Методические материалы. - Казань, 1994. - С. 6-8.
5. *Ратнер А.Ю.* Родовые повреждения спинного мозга у детей - Казань: КГМУ, 1978. - 216С.

УДК 616.147.1/.14-007.63-085.849.19

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ КВЧ- И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕНОЗНОМ ЗАСТОЕ В ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

Юрий Иванович Бородин¹, Игорь Викторович Тихонов², Вадим Васильевич Асташов¹, Олег Васильевич Казаков¹, Евгений Александрович Субботин²

¹ Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (директор - акад. РАМН В.И. Коненков), г. Новосибирск, ² санаторий «Барнаулский» (директор - В.В. Малыгин), г. Барнаул, e-mail: saba@alt.ru

Реферат

Работа проведена на половозрелых нелинейных крысах-самцах. Показано, что КВЧ- и лазерная терапия в условиях венозного застоя в малом тазу повышает дренажно-детоксикационную функцию подвздошных лимфатических узлов, что способствует уменьшению проявлений местной и общей эндогенной интоксикации организма, нивелированию патологических изменений в лимфатическом регионе и самой предстательной железе при ее циркуляторном повреждении.

Ключевые слова: экспериментальный венозный застой, КВЧ- и лазеротерапия.

Застойные явления в системе кровообращения органов малого таза не только способствуют развитию хронического простатита, но могут стать и причиной

6. *Сидельникова В.М., Антонов А.Г.* Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. - М: Гэотар-медицина - 2006. - С.192-206.

7. *Стрижаков А.Н., Игнатко И.В.* Тазовое предлежание плода - новый взгляд на старую проблему // Акуш. и гин. - 2007. - № 5. - С. 17-23.

8. *Тимошенко В.Н.* Недоношенные новорожденные дети: Учебное пособие - Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. - 192 с.

9. *Чернуха Е.А., Афанасьев Е.В.* Возможный травматизм плода при кесаревом сечении. // Акуш. и гин. - 2007. - №6. - С.77-79.

10. *Caller P.W.* Ultrasonography in obstetrics and gynecology. Saunders Company, 2000; - 1078 p.

11. *Jose Morales-Rosello.* Doppler Sonography of Normal Fetal vertebral and Internal Carotid Arteries During Pregnancy. // J. clin. ultrasound. - 2002; - №6. - С.257-263.

Поступила 20.05.08.

THE CHOICE OF OPERATIVE CHILD DELIVERY IN PRETERM LABOR

F.I. Fatkullin

Summary

40 babies born by caesarean section with an intact fetal bladder and gestational period of 28-37 weeks were investigated. Comparison was carried out by the method of copies of pairs that are selected according to a retrospective study. The results demonstrated the benefits of caesarean section with the delivery of the fetus in an intact fetal bladder.

его обострения [4]. Они сопровождаются развитием эндотоксикоза, нарушением деятельности микроциркуляторного русла и лимфатической системы [3, 9]. Проблема лечения хронического простатита имеет большое социальное значение, так как воспалительные процессы предстательной железы занимают одно из первых мест среди патологии мужских мочеполовых органов и составляют 21% от всех урологических заболеваний [7]. Актуально создание модели экспериментального венозного застоя у подопытных животных - в качестве основной предпосылки для формирования циркуляторного простатита. Известен лечебный эффект