

УДК 618+616-053.2]-082(571.6)

Межрегиональная научно-практическая конференция «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА»

Известно, что формирование репродуктивного здоровья женщины и мужчины происходит в детском возрасте. От состояния репродуктивного здоровья женщины во многом зависит состояние нации, демографическая ситуация. К сожалению, количество бесплодных супружеских пар в Приморском крае продолжает увеличиваться. Наиболее частой причиной этого является сочетание нескольких факторов либо обоюдное бесплодие. Внедрение современных медицинских технологий позволило более рационально решать эту проблему, тем не менее остается еще много вопросов, требующих дальнейшего изучения.

С целью обмена опытом, повышения грамотности медицинских работников, внедрения современных подходов к решению данной проблемы Дальневосточным филиалом Научного центра медицинской экологии Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН совместно с Владивостокским государственным медицинским университетом, Департаментом здравоохранения Администрации Приморского края проведена межрегиональная научно-практическая конференция «Репродуктивное здоровье женщин Дальнего Востока». Ниже публикуются тезисы докладов, поступивших в оргкомитет конференции*.

Ф.Ф. Антоненко, М.Э. Кулиева, К.В. Косилов

ИНФРАВЕЗИКАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОЗОПОДОБНЫМ ЭНУРЕЗОМ, ПОДАНЫМ КУИ

Дальневосточный филиал НЦ медицинской экологии Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (Владивосток)

По данным литературы, нарушение антирефлюксного механизма уретры является одной из наиболее частых причин рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у девочек пубертатного возраста, обуславливающей вторичные инфекции репродуктивного органного комплекса. С целью выяснения наличия и характера поражения функции сфинктерного аппарата, была проведена инструментальная калибровка уретры 28 девочкам в возрасте 12-14 лет, страдающим неврозоподобным энурезом. Отбор детей проводился методом слепой случайной выборки, результаты исследования подвергались статистической обработке и анализу общепринятыми статистическими методами, при изучении различий между показателями группы и контрольными параметрами использовался критерий Стьюдента.

Калибровка уретры проводилась по стандартной методике: в мочевой пузырь через наружное отверстие мочеиспускательного канала вводили головчатые бужи № 10Ф-17Ф по Шерьеру. Сила сопротивления бужу проксимального отдела уретры составила в среднем 123,1±6,8 для № 13, 144,7±8,2 для № 14, 179,0±6,4 для № 15, 113,7±9,7 для № 16, 221,0±7,0 для № 17. Таким образом, гипертония сфинктера была отмечена у 4 человек, снижение тонуса — у 1 подростка.

На основании полученных результатов был сделан вывод о том, что у большинства подростков женского пола в возрасте 12-14 лет показатели антирефлюксного механизма соответствуют таковым у здоровых детей, однако скрининговые исследования состояния тонуса уретры у девочек пубертатного возраста являются целесообразными, т.к. позволяют выявить спорадические случаи дефекта замыкательного аппарата уретры.

Ф.Ф. Антоненко, М.Э. Кулиева, Л.В. Косилова, К.В. Косилов

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОФЛОУРОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЭНУРЕЗОМ

Дальневосточный филиал НЦ медицинской экологии Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (Владивосток)

Одним из методов исследования функционального состояния замыкательного аппарата нижних мочевых путей у подростков, страдающих энурезом, является урофлоуметрия — графическая регистрация показателей объемной скорости потока мочи при свободном мочеиспускании. Она позволяет получить информацию о сократительной активности детрузора на этапе эвакуации и тем самым выявить нарушения рефлекторной активности, способствующие развитию застойных процессов в мочевом пузыре. Последние являются предрасполагающими факторами к развитию вторичных инфекций и нарушению репродуктивной функции. Учитывались показатели времени мочеиспускания (t), средняя скорость потока мочи (Q), максимальная скорость (Q макс.), время достижения максимальной скорости. Исследование проводилось у 28 девочек пубертатного возраста, страдавших энурезом. Статистическая обработка данных осуществлялась по стандартным методикам при слепой случайной выборке. Результаты урофлоуметрического обследования были сведены в таблицу и сопоставлены с нормативными данными.

Удалось установить, что опорожнение мочевого пузыря у обследованных детей в подавляющем большинстве случаев (более 90%) осуществлялось с нормальной скоростью и продолжительностью, не отличающихся от аналогичных показателей у здоровых детей ($t = 16,7 \pm 1,0$ с, $Q = 16,9 \pm 1,2$ мл/с, $Q_{\max} = 24,9 \pm 1,9$ мл/с), и значит, проходимость мочеиспускательного канала у большинства подростков женского пола, страдавших энурезом, можно считать не нарушенной. Уровень максимальной объемной скорости у 26 подростков также не отличался от контрольного.

О.А. Дударь, Ф.Ф. Антоненко, И.Л. Ульянова

СЛУЧАЙ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА КИСТЫ ЯИЧНИКА ПЛОДА ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Владивостокский филиал НИИ медицинской генетики ГУТНЦСО РАМН, Владивостокский государственный медицинский университет, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (Владивосток)

Кисты яичников встречаются в 1 случае на 2500 новорожденных. Обычно их появление обусловлено стимуляцией яичника плода гормонами матери. Величина кист колеблется в широких пределах (от 2 до 11 см, по данным литературы).

* Доклады публикуются в алфавитном порядке по фамилии первого автора доклада.

Большие размеры кисты яичника могут быть причиной дискоординации родовой деятельности при рождении плода через естественные родовые пути, и здесь рекомендуется оперативное родоразрешение. В качестве альтернативы возможно дренирование кисты под контролем УЗИ.

Наблюдали женщину 33 лет, у которой при ультразвуковом исследовании на 32 неделе беременности были обнаружены многоводие и киста правого яичника плода. Киста имела диаметр 4 см, однородную структуру, тонкую капсулу и анэхогенное содержимое. Из анамнеза установлено, что менструальная функция протекала по нормопонирующему типу с 14 лет. Имела 5 беременностей, из них 2 срочных родов без осложнений (дети здоровы) и 1 преждевременные роды в 36-37 недель без осложнений (ребенок здоров), искусственных аборт — 1 (без осложнений). Из перенесенных заболеваний: хронический бронхит, пиелонефрит, вирусный гепатит А, корь, ветряная оспа. Данная (пятая) беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в 16 недель. В динамике отмечалось увеличение размеров кисты в течение месяца до 7 см, что явилось показанием к внутриутробному хирургическому лечению.

Учитывая наличие многоводия, пациентке в 36-37 недель беременности произведен кордоцентез и пункция кисты правого яичника плода с помощью пункционной иглы под контролем линейного датчика ультразвукового аппарата Aloka SSD-2000 Multi View (Япония). Получено 75 мл геморрагического экссудата. Кариотип плода оказался нормальным — 46, XX. В последующем беременность протекала гладко (при динамическом исследовании киста не определялась) и закончилась срочными родами через естественные родовые пути без осложнений, родилась здоровая девочка. В возрасте 3 месяцев при ультразвуковом исследовании образований в брюшной полости у ребенка не обнаружено.

Н.А. Карпенко

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Владивостокский государственный медицинский университет

Традиционно женщины с бесплодием, невынашиванием беременности обращаются к акушерам-гинекологам, и очень немногие знают, что в данной ситуации часто именно мануальный терапевт или остеопат может оказать реальную помощь. Так, нарушения деятельности гипоталамо-гипофизарной системы, ведущие к бесплодию, могут быть связаны с изменением взаиморасположения костей черепа. Краниальная мануальная терапия помогает выявить возникающие нарушения, восстановить взаиморасположение костных структур, сбалансировать мембраны черепа, улучшить гемо- и ликвородинамику. Результатом будет восстановление нормальной эндокринной регуляции. Структурные нарушения позвоночника и таза (особенно крестца и копчика) часто приводят к изменению положения органов малого таза. Возникают затруднения венозного и лимфатического оттока в генитальной области, создаются условия для развития неспецифической инфекции. Могут появляться фиксации (висцеральные блоки). Если орган не может гармонично двигаться (например, при фиксации маточной трубы), нарушается нормальная гидродинамическая функция (проходимость трубы). Висцеральная мануальная терапия в данном случае способна восстановить правильное расположение органов, устранив фиксации, улучшить подвижность.

Из многих факторов риска развития плода в настоящее время одним из важных считают хронический стресс, особенно опасный в первые месяцы. В начале беременности все, что находится близко к матке (суставы, связки, мышцы), испытывает большое натяжение. Усиливается кровоснабжение, но затрудняется венозный и лимфатический отток. Особенно большое натяжение испытывают крестцово-маточно-лонные связки. По вертикали это напряжение передается на диафрагму. Это приводит к появлению поясничных болей, болей в нижнегрудном отделе позвоночника. Возникают блоки на уровне XI-XII грудного и I поясничного позвонков (уровень прикрепления диафрагмы). Так как между ножками диафрагмы проходит пищевод и рядом с ним — блуждающий нерв, то изменения состояния диафрагмы будут приводить к кардиореспираторным расстройствам, поддерживать тошноту, рвоту. При традиционном подходе трудно изменить такое состояние. Приходится надеяться, что токсикоз уменьшится самостоятельно или пройдет. Или применять лекарственные препараты, что не очень желательно для плода. Но и поздние сроки приносят не меньше неудобств. Появляются боли в различных отделах позвоночника, ограничения движений, затруднение дыхания. Все это связано с изменением положения таза, усилением лордоза, смещением ребер. Возникают напряжения связочных фасциальных структур. Могут появляться дисфункции в различных отделах позвоночника.

Для нормальных родов очень важно, чтобы родовые пути дали возможность ребенку пройти через тазовое кольцо, минимально травмируя его тело. Но если у беременной асимметрия таза, и тазовые кости, особенно крестец, копчик и лонные кости, не имеют достаточной подвижности — возникает затруднение продвижения плода. В будущем эти повреждения становятся причиной развития различных неврологических заболеваний, нарушения осанки, развития сколиоза. Поэтому очень важно для будущих мам еще до наступления беременности или в ранние ее сроки проконсультироваться у мануального терапевта. Тогда будет возможность подготовить костные структуры таза, связки, мышцы к родам. Это предупредит повреждение плода, уменьшив риск возникновения родовых травм. Не менее важно, что есть возможность специальными мягкими техниками устранить нарушения диафрагмы, внутренних органов (печени, почек, кишечника), что даст возможность уменьшить возникающие во время беременности токсикоз, угрозу прерывания, отеки, геморрой, варикозное расширение вен, запоры. Устраняя функциональные блоки позвоночных суставов, дисбаланс мышц, фасциальные натяжения, можно уменьшить появляющиеся во время беременности боли.

В нашей стране только в частных роддомах, где практикуются семейные роды, прибегают к помощи мануальных терапевтов. Есть надежда, что такая практика будет расширяться, и присутствие мануального терапевта на родах станет обязательным.

Н.В. Кравчук, Н.В. Протопопова, Л.Л. Алексеева, В.П. Хохлов

ОСОБЕННОСТИ КИСЛОРОДНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ И ГАЗОВ КРОВИ В ДИНАМИКЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Иркутский государственный медицинский университет

Цель настоящего исследования — выявление некоторых закономерностей адаптации кардиореспираторной системы при физиологически протекающей беременности. Изучены параметры спироэргометрии у 79 пациенток с низким акушерским и перинатальным риском при неосложненной беременности (в I, II и III триместрах). Проведены нагрузочные тесты с определением газов крови до и после нагрузки. Исследование осуществлено с помощью газоанализатора Elich Jaeger Oxuson Champion. Использовалась ступенчатая модель нагрузки (возрастающая ступень 25 Вт) с экспозицией мощности

нагрузки 2 мин. Газы крови определялись на аппарате AVL-Opti-1 (США). Ультразвуковое исследование выполнено на аппарате Aloka SSD 5500 (Япония), датчик 3,5 МГц. Для контроля использовались данные, полученные при однократном исследовании группы здоровых небеременных женщин.

До нагрузки рН реакции крови в I и III триместрах беременности не отличалась от нормы и равнялась $7,41 \pm 0,01$ и $7,46 \pm 0,02$ соответственно. Установлено также, что парциальное давление углекислого газа при физиологически протекающей беременности в I и II триместрах гестации достоверно снижалось. Парциальное давление кислорода также уменьшалось в I триместре до $75,96 \pm 1,63$ ммрт. ст., затем увеличивалось ко II триместру до $80,22 \pm 2,16$ ммрт. ст. и снова снижалось в III триместре до $78,98 \pm 1,56$ мм рт. ст. (разница статистически достоверна). Также статистически достоверно снизилась с началом беременности общая емкость буферных систем, которая, однако, к III триместру выросла, достигнув практически нормальных величин. Содержание оснований вне нагрузки в течение всей беременности находилось в пределах нормы, хотя и происходило его снижение в начале гестации. При дозированной нагрузке наблюдалось снижение рН в группе контроля (до $7,35 \pm 0,01$), а у беременных женщин этот показатель оставался в пределах нормы, повышаясь во II и III триместрах гестации. При этом парциальное давление кислорода, несколько уменьшенное в начале беременности ($88,24 \pm 2,14$ мм рт. ст.), к ее концу возрастало за счет гипервентиляции ($95,63 \pm 3,95$ мм рт. ст.). С началом беременности емкость буферных систем становилась ниже нормы ($42,64 \pm 0,70$ ммоль/л), возвращаясь к ней во II и III триместрах. Выявлено уменьшение содержания истинного бикарбоната в начале и его достоверный рост в конце беременности.

При общей оценке кислотно-основного состояния и газов крови установлено, что если в контроле до нагрузки преобладали респираторный и метаболический ацидоз, то в I триместре гестации метаболический ацидоз, который мог быть результатом начала совместной жизнедеятельности матери и плода, регистрировался в 24% случаев. Во II триместре у 28% женщин зарегистрирован респираторный ацидоз. На 33-34 неделях гестации метаболический ацидоз сменялся респираторным алкалозом. После нагрузки во всех группах чаще наблюдали метаболический алкалоз, который сменял имевшийся до нагрузки респираторный ацидоз за счет снижения легочной вентиляции и умеренного повышения парциального давления углекислого газа. Корреляционный анализ показал, что устойчивость организма беременных к гипоксии достаточно прочно связана с параметрами доплерометрии (умеренная отрицательная связь устойчивости к гипоксии с пульсовым индексом в артерии пуповины, правой и левой маточных артериях).

Н.В. Кравчук, Н.В. Протопопова, В.П. Хохлов, А.А. Сафарова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА

Иркутский государственный медицинский университет

Целью настоящей работы было определить, влияет ли наличие предшествующей беременности на особенности течения настоящей у первородящих. Материалом для исследования явились 143 индивидуальные карты беременных средней и высокой групп акушерского риска, стоявших на учете в Областном перинатальном центре (г. Иркутск). Все пациентки были разделены на две группы: первобеременные первородящие (88 чел.), повторнобеременные первородящие (55 чел.).

В обеих группах женщины чаще всего страдали болезнями эндокринной системы, на втором месте оказались заболевания мочевыделительной системы, на третьем — болезни сердечно-сосудистой системы. Обращала на себя внимание и достаточно высокая частота гипертонической болезни (20,5 и 23,5% в группах соответственно). Мы не выявили достоверных различий в величине средних значений систолического и диастолического компонентов артериального давления в группах. 14 первобеременных (15,5%) и 6 повторнобеременных (10,7%) страдали ожирением различных степеней тяжести. Частота пиелонефрита в группах не имела достоверных различий, но если у первобеременных гестационный пиелонефрит среди общего числа случаев пиелонефрита составил 52,8%, то у повторнобеременных — только 33,3%. В 75% случаев в обеих группах диагностировалось варикозное расширение вен нижних конечностей. У первобеременных в 2 раза чаще встретился хронический тонзиллит, в то время как в группе повторнобеременных в 2 раза чаще регистрировались хронический гайморит и хронический ринит. Хронический отит встречался практически с одинаковой частотой (11,1 и 8,3% соответственно).

Гинекологическими заболеваниями страдали 45,5% пациенток первой группы и 58,2% пациенток второй группы. Чаще всего диагностировались вагиниты — 18,7 и 36%, псевдоэрозии шейки матки — 15,4 и 34,2% и хронический аднексит — 8,8 и 16,2% соответственно. В структуре влагалищной инфекции заболевания, передающиеся половым путем, у первобеременных составили 22,7%, тогда как у повторнобеременных — 45%.

У 44 пациенток первой группы (50%) и у 31 второй (55,8%) было осложненное течение первого триместра беременности. Мы не выявили достоверных различий среди таких осложнений, как ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, анемия. Почти каждая женщина групп перенесла ОРВИ в первом триместре. Второй триместр беременности протекал с осложнениями у 43 первобеременных (47,3%) и у 29 повторнобеременных (52,2%). Частота угрозы прерывания беременности среди первобеременных осталась на том же уровне, что и в первом триместре, а у повторнобеременных наметилась тенденция к снижению. Третий триместр беременности протекал с осложнениями у 65 пациенток (71,6%) первой группы и у 36 пациенток (64,8%) второй группы. Достоверно чаще у первобеременных имела место угроза прерывания беременности, гестоз. Только первобеременные перенесли ОРВИ в третьем триместре. С другой стороны, у повторнобеременных третий триместр чаще осложнялся анемией.

Таким образом, особенности течения беременности у первобеременных первородящих обусловлены в первую очередь несовершенством механизмов адаптации к беременности, что проявляется у них более высокой частотой гестоза. На течение беременности у повторнобеременных первородящих значительное влияние оказалиотягощенный акушерский анамнез и наличие воспалительного процесса гениталий на момент наступления беременности.

М.Э. Кулиева, Ф.Ф. Антоненко, Л.В. Косилова, К.В. Косилов

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕССА ЭВАКУАЦИИ МОЧИ, ПО ДАННЫМ СРСР, У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОГЕННЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Дальневосточный филиал НИЦмедицинской экологии Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Подростки женского пола, страдающие нейрогенными дисфункциями нижних мочевых путей, находятся в группе риска по формированию хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и нарушению репродуктивной функции. Одним из комплексных неинструментальных методов исследования функционального состояния нижних мочевых путей

у них является регистрация суточного ритма спонтанных мочеиспусканий (СРСМ). Методом слепой случайной выборки нами проведено исследование СРСМ у 114 подростков женского пола с синдромом дизурических расстройств, материал обработан с помощью стандартных статистических методик. В течение трех суток медицинским персоналом либо родителями велось наблюдение за микционной активностью ребенка, с заполнением соответствующего регистрационного бланка. Исследовались частота мочеиспусканий, минимальный, средний и максимальный эффективный объемы мочевого пузыря. Удалось установить, что частота мочеиспусканий у 12-14-летних подростков женского пола ($5,9 \pm 0,2$) превысила нормативные показатели, средний эффективный объем составил $339,7 \pm 27,0$ мл, что также превышало аналогичные показатели у здоровых детей. Таким образом, скрининговое исследование суточного ритма спонтанных мочеиспусканий у девочек пубертатного возраста с синдромом дизурических расстройств, является обязательным для снижения риска диагностических ошибок и вероятности нарушения в дальнейшем репродуктивной функции.

Г. А. Луценко, Г. И. Цыпкина

ОСТРЫЕ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА МЕДИКАМЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ: РИСК РЕАЛИЗАЦИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА

Владивостокский филиал ГУ НИИ медицинской генетики Томского научного центра СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Региональный центр клинической иммунологии и аллергологии (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

В РЦКИА ККЦОМД за период с 1997 г. наблюдалось 16 пациенток с острыми токсико-аллергическими реакциями (ОТАР) на медикаменты, возникшими в разные сроки беременности на фоне терапии гестозов. 7 пациенток имели I, 8 — II, 1 — III степень тяжести ОТАР. 8 Женщин находилось в I триместре и 8 — во II триместре беременности. Аллергологический анамнез был отягощен у 14 человек: 10 — поллиноз с подтвержденной сенсibilизацией к пыльце сорных и луговых трав, 2 — аллергический ринит, 1 — аллергический дерматит и 1 — бронхиальная астма. Регулярно наблюдались у аллерголога лишь 2 пациентки. У 9 женщин с поллинозом I триместр беременности пришелся на периоды активной поллинииции причинно-значимых аллергенов. Симптомы обострения аллергического заболевания отмечались у 11 человек уже в ранние сроки беременности. Но в качестве основного лечения практически всем была рекомендована фитотерапия, без учета сенсibilизации к пыльце растений в анамнезе. Также при лечении гестоза отмечена полипрагмазия — 5 и более препаратов, которые назначались на фоне отягощенного аллергологического анамнеза.

Развитие ОТАР на медикаменты у данной категории больных не могло не сказываться на течении беременности. В анамнезе нам удалось наблюдать 8 детей, родившихся от матерей, перенесших ОТАР на медикаменты во время беременности. У всех отмечался аллергический тип конституции в раннем детском возрасте. Формирование бытовой сенсibilизации было отмечено у двоих детей, реакция в виде крапивницы на медикаменты — в 3 случаях. То есть возникновение у беременной женщины эпизода лекарственной аллергии, в частности ОТАР на медикаменты, приводит к повышенной аллергической готовности плода с реализацией клинической картины после рождения ребенка.

Таким образом, все женщины с отягощенным аллергологическим анамнезом обязательно должны быть консультированы аллергологом-иммунологом еще на этапе планирования беременности, пройти предгравидарную подготовку, медикаментозную терапию им необходимо проводить с учетом отягощенного аллергологического анамнеза. Первый триместр беременности не должен совпадать с активной поллиницией причинно-значимых аллергенов.

Т. И. Морозова

ПРАВИЛЬНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ 9 МЕСЯЦЕВ ОЖИДАНИЯ

Владивостокский государственный медицинский университет (г. Владивосток)

Правильное проведение 9 месяцев ожидания — во многом гарантия того, что роды пройдут благополучно, и на свет появится здоровый малыш. «Школа молодых родителей» содержит все необходимое, чтобы уменьшить стресс, научить женщин заботиться о себе, хорошо питаться и самое главное — родить здорового ребенка. Информировать «беременную пару» — одна из главных задач подготовки. Наши занятия проходят на базе клиники мануальной медицины. Основной подготовительный курс для молодых родителей включает психосоматическую подготовку, проводятся теоретические занятия, физическая подготовка женщин к родам, курс дыхательной гимнастики, послеродовое восстановление. Дополнительно к основному циклу занятий проводятся ознакомительные консультации педиатров, мануальных терапевтов, гомеопатов, психологов. На базе спорткомплекса «Гавань» проходят занятия в бассейне, где осваиваются приемы дыхательной гимнастики, выполняются закалывающие процедуры. Будущие мамы занимаются в группе под наблюдением специалиста ЛФК, который подбирает нагрузку, соответствующую возрасту каждой женщины, исходному уровню ее физической подготовки, общему состоянию, рекомендациям ее доктора и сроку беременности. Беременность условно разделяется на следующие периоды (по неделям): 1-й — до 16, 2-й — от 16 до 24, 3-й — от 24 до 32, 4-й — от 32 до 36, 5-й — от 36 до родов. В каждый из этих периодов занятия имеют свою специфику.

В 1-й период разрабатываются индивидуальные рекомендации для каждой беременной. В этот период беременность еще не вполне стабильна, поэтому не рекомендуются интенсивные физические упражнения. Задачами на этом этапе являются обучение правильному дыханию, улучшение кровоснабжения органов и тканей, повышение общего и психоэмоционального тонуса организма. Применяют упражнения для выработки и тренировки дыхания грудного и брюшного типа, для напряжения и расслабления мышц брюшного пресса и тазового дна. Не назначаются упражнения, приводящие к резкому повышению внутрибрюшного давления. Во 2-й период беременности матка постепенно увеличивается и занимает полость большого таза. В это время уделяется внимание тренировке мышц брюшного пресса, тазового дна, увеличивается подвижность сочленений малого таза, развивается гибкость позвоночника и начинается тренировка длинных мышц спины. Во время занятий используют все положения, кроме положения лежа на животе. В 3-й период матка уже достаточно велика, чтобы вызвать сдавление сосудов малого таза с последующим развитием застойных явлений в ногах. Так как работа сердца становится более интенсивной, то общая физическая нагрузка уменьшается за счет сокращения числа повторений упражнений и введения большего числа дыхательных упражнений и тренингов на расслабление мышц. С ростом плода беременной все труднее удерживать смещающийся центр тяжести, поэтому в комплекс включают упражнения, укрепляющие длинные мышцы спины, а также упражнения на растягивание мышц тазового дна. На данном этапе прививаются навыки глубокого ритмичного дыхания, укрепляются мышцы, участвующие в родовой деятельности, обеспечивается повышение тонуса сердечно-сосудистой и дыхательной систем и предупреждается возможное расширение вен нижних конечностей.

В 4-й период основными задачами являются улучшение кровоснабжения органов малого таза и предупреждение венозного застоя в них, стимуляция функции желудочно-кишечного тракта и перистальтики кишечника, возможного расширения костно-тазового кольца, привитие навыков мышечного напряжения без задержки дыхания. В 5-й период незначительные усилия могут вызвать утомление. Физические упражнения рекомендуют делать в медленном темпе, а объем движений соотносят с самочувствием. В это время выполняют разнообразные упражнения на расслабление промежности и мышц тазового дна, на улучшение кровоснабжения, а также дыхательные упражнения. Перед родами занимаются тренировкой потуг и развитием навыков рационального распределения усилий и движений в родах, завершают психопрофилактическую подготовку беременной.

Л.Н. Мотанова, Е.Д. Зубова, Т.Ф. Чаплинская

СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ПОДРОСТКА, СОПРОВОЖДАВШИЙСЯ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ

Владивостокский государственный медицинский университет

Среди внелегочных локализаций туберкулез женских половых органов занимает особое положение. Удельный вес больных генитальным туберкулезом среди внелегочных локализаций составил 11,9%, за последние 20 лет заболеваемость возросла почти в 2 раза. Специфика данной патологии диктует необходимость решения не только медицинских, но и социальных вопросов. Особую актуальность проблема приобретает у женщин репродуктивного периода и подростков, так как средний возраст больных в 61,7 % случаев менее 30 лет. Туберкулез половой системы у подростков, учитывая анатомо-физиологические особенности данного возраста, не может протекать аналогично заболеванию взрослых. В то же время в современной литературе отсутствуют данные по особенностям клинического течения туберкулеза у девочек-подростков. Приводим клиническое наблюдение.

Больная К., 16 лет, удэге, поступила из Пожарского района Приморского края. В анамнезе частые респираторные вирусные инфекции, с 3 лет хронический тонзиллит с частыми ежегодными обострениями. Сведений о БЦЖ-вакцинации не было. Внутрикожная туберкулиновая проба с 2 ТЕ до 12 лет отрицательная. С 12-летнего возраста отмечался вираж чувствительности к туберкулину, по поводу которого проводилась превентивная терапия с применением изониазида и рифампицина. В январе 2002 г. прооперирована по поводу флегманозного аппендицита. В ходе операции был выявлен вторичный аднексит, по поводу которого проведена резекция правого яичника и удаление фаллопиевой трубы. Гистологического исследования операционного материала не проводилось. При дальнейшем наблюдении у гинеколога по месту жительства периодически регистрировалось скопление жидкости в дугласовом пространстве. Был заподозрен туберкулез половой системы, и девочка в июле 2003 г. направлена на консультацию в Краевой противотуберкулезный диспансер.

При поступлении жалоб не предъявляла. В анализе крови отмечено снижение количества гемоглобина и умеренный лейкоцитоз. При исследовании мочи методом посева выявлены микобактерии туберкулеза. На рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля были без видимых изменений. Проба Манту с 2 ТЕ — гиперемия 10 мм (сомнительная ответная реакция). При гинекологическом осмотре отмечено смещение тела матки влево, укорочение и деформация левого свода влагалища, придатки не определялись. В менструальной крови методом простой бактериоскопии обнаружены микобактерии туберкулеза. Бактериовыделение подтверждено ПЦР. Иммуноферментный анализ на антигена к микобактериям туберкулеза дал положительный результат. На основании проведенного комплексного обследования выставлен диагноз: «Туберкулез придатков матки слева, фаза инфильтрации, состояние после удаления фаллопиевой трубы справа, МБТ +. Паренхиматозный туберкулез почек, МБТ +». Назначено противотуберкулезное лечение в условиях специализированного стационара, которое проводилось в течение 7 месяцев и имело выраженный клинический эффект. В дальнейшем наблюдение проводилось согласно диспансерной группировке.

Приведенное наблюдение представляет практический интерес в связи с возможностью изолированного поражения мочеполовой системы у девочки-подростка при отсутствии туберкулеза органов дыхания. Следует подчеркнуть важную диагностическую роль исследования биологических жидкостей на микобактерии туберкулеза и иммуноферментного анализа в диагностике туберкулеза мочеполовой системы у девочек-подростков. Данное исследование необходимо проводить подросткам с нарушениями менструального цикла, не поддающимися гормональному лечению; а также страдающим хроническими рецидивирующими заболеваниями мочеполовой системы, при отсутствии эффекта от неспецифической терапии.

О.В. Островская, М.А. Власова, Е.Б. Наговицына, Н.М. Ивахнишина

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Хабаровский филиал Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Институт охраны материнства и детства (г. Хабаровск)

Вирусы семейства Herpesviridae привлекают внимание исследователей при изучении проблем перинатальной патологии из-за их широкой распространенности и способности к пожизненной персистенции с периодической реактивацией на фоне иммунодефицитных состояний, в частности при физиологической иммуносупрессии беременных. Целью настоящей работы было определить инфицированность вирусом простого герпеса (ВПГ) жителей г. Хабаровска, в частности женщин репродуктивного возраста.

Обследовано 166 детей и 388 женщин. Использовали индикацию антигенов ВПГ в эпителиоцитах канала шейки матки прямым методом флуоресцирующих антител (МФА), детекцию ДНК ВПГ 1 и 2 типов в соскобе эпителиоцитов цервикального канала с помощью ПЦР, определение специфических иммуноглобулинов (Ig) классов М и G к ВПГ, Ig M и G к сверхранним (IE) и структурным (L) белкам цитомегаловируса (ЦМВ), к раннему (EA) и ядерному антигену (NA) вируса Эпштейна-Барра (ВЭБ) — свидетели ранней и паст-инфекции), IgG ВГЧ 6 и 8 типов в иммуноферментном анализе.

Определение специфических IgG является косвенным показателем инфицированности населения. Наиболее часто анти-ВПГ и анти-ЦМВ IgG выявляются у новорожденных, а также у лиц старше 19 лет. Высокая серопозитивность новорожденных обусловлена трансплацентарной передачей материнских антител. При исследовании парных сывороток крови «мать-дитя» отмечено полное совпадение уровней оптической плотности.

Известно, что в первые годы жизни уровень материнских антител у детей снижается, а затем у детей образуются собственные антитела к широко распространенным в человеческой популяции вирусам ВПГ и ЦМВ, и к детородному возрасту количество серопозитивных лиц достигает высокого уровня. В нашем исследовании наблюдалось снижение серопозитивности

к ВПГ до 37,8 в 3-6 лет, до 30,7% — к ЦМВ до 1 года. Затем шло нарастание частоты выявленных антител к ВПГ, начиная с подросткового возраста до 88,8-94,3% у взрослых. Частота выявления IgG к ЦМВ росла с более раннего возраста (1-3 года) и достигала 92,5-96,5% у взрослых. Очевидно, дети раньше встречаются с самым распространенным в человеческой популяции ЦМВ. IgG, образующиеся в организме человека со 2-й недели после первичной встречи с ВПГ, держатся пожизненно. К сожалению, высокая инфицированность зачастую не учитывается при трактовке результатов лабораторных тестов, делаются ошибки в тактике ведения беременных женщин, необоснованное прерывание беременности.

Динамика выявления IgG к IE ЦМВ свидетельствовала о том, что в человеческой популяции постоянно присутствуют лица с продуктивной инфекцией. Их количество колеблется от 3,4 до 8,0%. Об этом же говорит факт выявления анти-ЦМВ IgM к L у доноров и небеременных женщин — 7,5 % (по литературным данным).

Изучение возрастной динамики появления IgG ядерному антигену ВЭБ (NA) и IgG к ВГЧ-6 показало колеблющийся уровень серопозитивности от 40,5 до 70,2%, постоянно высокий во всех возрастных группах уровень антител к ВГЧ-6 — от 92,3 до 100%. Антитела к ВГЧ-8 встречались значительно реже: у детей в возрасте от 1 года до 7 лет — в 6,0-8,3% случаев, а также у беременных — 8% случаев.

Изучена частота выявления маркеров продуктивной инфекции вирусами ВПГ, ЦМВ и ВЭБ в группе женщин с высоким риском реализации внутриутробной инфекции, беременность которых протекала с фетоплацентарной недостаточностью (1 группа) в сравнении с группой женщин с физиологически протекающей беременностью (2 группа) и женщинами, не предъявляющими жалоб по состоянию здоровья и планирующими беременность (3 группа). В 1 группе частота выявления маркеров продуктивной инфекции была выше, чем в группах сравнения. Так, ДНК ВПГ в цервикальном канале выявлена в 2,1 и 5,5 раза чаще, чем в группах сравнения, ДНК ЦМВ — в 1,5-7 раз, анти-ВПГ IgM — в 3,6-6,5 раза, анти-ЦМВ IgM в 3,6-2,7 раза, а анти-ВЭБ- EA IgG в 2 раза чаще, чем в группах сравнения. При этом клинически выраженных форм герпес-инфекций в этих группах лиц не наблюдали. Таким образом, у женщин, беременность которых осложнилась фетоплацентарной недостаточностью, чаще, чем у беременных с неосложненной беременностью и здоровых женщин, происходит бессимптомная реактивация герпес-инфекций.

О.В. Островская, Д.Х. Ян, Е.Б. Наговицына, М.А. Власова, Е.П. Когут, Л.В. Максимчук, И.А. Баглай, Н.Г. Бессмертная, Н.Ю. Владимирова, Т.Г. Каверина, А.В. Вабищева, Е.Л. Парфенова

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МАРКЕРОВ ГЕРПЕС-ИНФЕКЦИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ

Хабаровский филиал Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Институт охраны материнства и детства (г. Хабаровск)

Женщины, беременность которых протекает с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН), представляют группу риска по реализации внутриутробных инфекций. Герпес-вирусы, широко распространенные, способные к пожизненной персистенции с активацией при иммунодефицитных состояниях, в частности при физиологической иммуносупрессии беременных, могут проникать через поврежденную плаценту в плод и вызывать в нем патологические изменения. При ФПН повышается вероятность и другого пути передачи инфекции — восходящего — из цервикального канала через плодные оболочки.

Целью работы было определение прогностического значения маркеров продуктивной инфекции, выявленных у беременных, для состояния новорожденного. Обследовано 250 беременных женщин и их детей. У 144 женщин беременность протекала с ФПН. Проведено катamnестическое наблюдение 134 детей до 1 года. Средний возраст обследуемых беременных составил 26,1 года. Первородных было 32%. 5 и более беременностей имели 6,9% женщин. Анализ анамнестических данных показал, что у женщин, беременность которых осложнилась ФПН, в 22,9% случаев отмечено привычное невынашивание беременности, в 4,86% — мертворождения, в 8,3% — смерть ребенка в раннем неонатальном периоде, в 20,3% — бесплодие.

В группе женщин с нормально развивающейся беременностью эти показатели составили соответственно 13,9, 2,3, 2,3 и 14,9%. В группе беременных с ФПН хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (22,2%), почек (30,5%), желудочно-кишечного тракта (23,6%), эндокринные заболевания (20,1%) встречались в 2-3 раза чаще, чем у беременных с нормально развивающейся беременностью. Хронические гинекологические заболевания определены в 1-й группе в 65,5%, во 2-й — в 56,9% случаев. Маркеры продуктивной герпес-вирусной инфекции выявлены у 156 (67,8%) обследованных женщин. Из них у 50 женщин только маркеры герпесной инфекции (ВПГ), у 13 — цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции, у 93 — маркеры ВПГ и ЦМВ инфекций.

Состояние детей сравнивали в 4 группах: 1 группа — у матери беременность осложнилась ФПН и были выявлены маркеры активизации герпес-вирусных инфекций; 2 группа — у матери беременность протекала с ФПН, но маркеры продуктивной герпес-инфекции не выявлено; 3 группа — беременность у матери протекала физиологически, но при обследовании обнаружены маркеры продуктивной инфекции; 4 группа — дети, родившиеся у женщин с физиологически протекающей беременностью и отсутствием маркеров активизации герпес-вирусных инфекций (контроль).

Наиболее тяжелые отклонения в состоянии здоровья определены при сочетании ФПН и вирусной инфекции у матери. В этой группе выявлена наиболее высокая частота тяжелой асфиксии при рождении, врожденных пороков развития, респираторных нарушений, геморрагического синдрома. Внутриутробная инфекция с клиническими проявлениями в виде энцефалита, гепатита, генерализованной инфекции, гепатоспленомегалии определена только в этой группе. Врожденная гидроцефалия выявлена только у детей от вирусинфицированных матерей. Такие неврологические синдромы, как церебральная депрессия, судорожный, гипертензионный, синдром вегетовисцеральных нарушений, достоверно чаще выявлялись у детей 1 группы.

Результаты нейросонографии свидетельствовали о том, что наиболее глубокие структурные изменения отмечены у новорожденных, родившихся у женщин, беременность которых осложнилась ФПН на фоне вирусной инфекции (1 группа). Достоверно чаще у детей этой группы выявлена незрелость, разрыхленность и фрагментарность сосудистых сплетений, признаки эпендиматита в виде утолщения и подчеркнутости стенок боковых желудочков, вентрикуломегалия. Субэпендимальные кисты определены только у детей 1 группы. В 3-й группе достоверно чаще, чем в 4-й, определена незрелость структур мозга, признаки эпендиматита, дилатация желудочков, изменения в сплетениях. Перивентрикулярное повышение эхогенности и изменения в сосудистых сплетениях не выявлены только в 4-й группе. Указанные патологические изменения, вероятно, связаны с внутриутробной гипоксией, развившейся в результате не только ФПН, но и специфических поражений структур головного мозга вирусной инфекцией.

Результаты катamnестического наблюдения показали, что у детей от беременных с ФПН и выявленными маркерами активизации герпес-вирусных инфекций наблюдалась наибольшая частота острых и рецидивирующих заболеваний респираторного тракта (30,0%), гипотрофии (38,3%), гнойных инфекций (31,7%). Отставание нервно-психического развития отмечено у 53,3% детей, неврологическая симптоматика сохранялась до 1 года у 30% детей. Вторичное иммунодефицитное состояние, тимомегалия, рецидивирующая герпетическая инфекция встречались только у детей в группах с активизацией вирусной инфекции у матери, независимо от наличия ФПН.

При сравнении состояния детей от матерей с герпетической инфекцией и от матерей с цитомегаловирусной инфекцией оказалось, что свойственные неонатальному периоду симптомы (недоношенность, гипотрофия, асфиксия, геморрагический синдром, кардиопатия, пороки и аномалии развития) наблюдали и в той и в другой группе. Но при наличии маркеров активизации ЦМВ у матери выявили гидроцефалию у плода в 3 из 13 случаев, энцефалит — в 1 случае. При обнаружении маркеров герпетической инфекции у матери — у ребенка выявляли гепатоспленомегалию, затяжную желтуху, везикулы на коже, незрелость, отечность. В группе контроля (у матери не выявлено маркеров активизации герпес-инфекций) не регистрировали такие инвалидизирующие синдромы, как множественные пороки развития, гидроцефалия, энцефалит, гепатоспленомегалия.

Беременность окончилась неблагоприятно у 9 из 156 наблюдаемых женщин с активизацией герпес-инфекций во время беременности. При выявлении ВПГ-инфекции 1 ребенок погиб на первом году жизни (фетальный гепатит), у 2 зарегистрирована глубокая задержка психомоторного развития, и у одного сформировался тяжелый непрерывно рецидивирующий пиелонефрит на фоне врожденного пузырно-мочеточникового рефлюкса. Два ребенка с ЦМВ-инфекцией погибли в неонатальном периоде и на первом году жизни от генерализованной вирусной с присоединением вторичной бактериальной инфекции. У 3 детей сформировалась клиника врожденной наружной и смешанной сообщающейся гидроцефалии различной степени компенсации. Она сопровождалась глубокой задержкой психомоторного развития с девиантным поведением, в 2 случаях — с атаксико-статической формой церебрального паралича. В 1 случае при врожденной цитомегаловирусной инфекции у ребенка диагностирован хронический пиелонефрит на фоне врожденного гидронефроза. Таким образом, наиболее прогностически неблагоприятным является сочетание ФПН и активизации герпес-вирусных инфекций у матери. Риск неблагоприятных исходов для ребенка у беременных с выявленными маркерами активизации герпес-инфекций составил 5,7%.

О.И. Пак, Ф.Ф. Антоненко, Д.Е. Ульяшин, Н.С. Павлова, Е.В. Гурьянова

РОЛЬ РОДОВОЙ ТРАВМЫ И ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Дальневосточный филиал НЦмедцинской экологии ВСНЦСО РАМН, Владивостокский государственный медицинский университет, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Основой для настоящей работы послужили данные скринингового исследования с помощью нейросонографии (НСГ) и клинических методов 2703 пациентов с рождения до 1,5 года, и 101 пациента с рождения до 18 лет, оперированных по поводу различных типов гидроцефалии и врожденных арахноидальных кист головного мозга. Количество девочек и мальчиков было приблизительно одинаковым. По возрасту наибольший процент детей был обследован в 1-3 месяца (38,0%) и в 3-6 месяцев (30,1%). НСГ проводилось на ультразвуковом аппарате ALOKA-2000 Multi View с применением секторного и линейного датчиков 5 МГц методом чрезрешетчаточного доступа при строгом использовании стандартных режимов сканирования. Здоровых детей оказалось 1731 (64,1%). Патологические изменения в виде гидроцефалии различных типов и стадий (за исключением смешанной гидроцефалии, которую мы вынесли в отдельную группу) выявлены у 320 пациентов (11,8%), смешанной гидроцефалии — у 257 пациентов (9,5%). Лиц с клиническими неврологическими изменениями, характерными для перинатальной энцефалопатии, но не имеющими органических изменений на НСГ, было 218 (8,1%). Кисты сосудистых сплетений найдены у 114 человек (4,2%), кисты субэпендимального пространства — у 36 (1,3%), арахноидальные кисты в сочетании с гидроцефалией — у 6 (0,2%). Редкие аномалии головного мозга (синдром Денди-Уолкера, мальформация Киари, последствия внутриутробного менингоэнцефалита, внутричерепные кровоизлияния различного генеза, опухоли мозга и др.) составили менее 0,2% по каждой нозологии.

Всем детям, имевшим какие-либо нарушения по данным клинических и лучевых методов диагностики, были назначены дополнительные анализы на внутриутробную STARCN-инфекцию (токсоплазмоз, ВИЧ, краснуха, цитомегаловирус, герпес). По нашим данным, наиболее часто встречались пациенты с врожденной герпетической инфекцией — 126 человек (4,6%). Матери этих детей перенесли от одного до пяти обострений герпетической инфекции во время беременности. Титры антител IgM к герпесу во время беременности у матерей превышали средние допустимые. Врожденный токсоплазмоз выявлен в 84 случаях (3,1%), а цитомегаловирусная инфекция — в 75 (2,8%). Вирус иммунодефицита человека был представлен 3 случаями с гидроцефалией (0,11%), причем в крайне тяжелых иммунодефицитных состояниях. Краснуха наблюдалась в 2 случаях (0,07%).

Родовая травма зафиксирована в 224 случаях, что составило 8,2% от всех обследуемых пациентов. Наибольшее количество родовой травмы выявлено у недоношенных детей, у которых источником перивентрикулярных кровоизлияний служит герминальный матрикс. При этом кровоизлияния сами по себе приводят к ишемии головного мозга вследствие реактивного вазоспазма и масс-эффекта. В большинстве случаев у этих пациентов были выявлены видимые признаки родовой травмы сразу после рождения (кефалогематома, переломы конечностей, спутанное сознание, другие неврологические симптомы), а остальным больным диагноз был выставлен после проведения НСГ, где обнаруживались различные микрокровоизлияния или псевдокисты в субэпендимальных пространствах или сосудистых сплетениях. С декомпенсированной врожденной патологией центральной нервной системы оперирован 101 больной.

Таким образом, при скрининговом обследовании 2703 детей до года с помощью НСГ в сочетании с клиническим осмотром и 101 пациента с рождения до 18 лет, оперированных по поводу различных типов гидроцефалии и врожденных арахноидальных кист головного мозга, установлено, что родовая травма и внутриутробная инфекция являются ведущими в этиологии врожденной патологии центральной нервной системы, в том числе гидроцефалии. При этом внутриутробная инфекция, представленная вирусом простого герпеса, токсоплазмозом и цитомегаловирусом, составляла 10,8% от всех причин возникновения врожденной патологии головного мозга, а родовая травма, представленная внутрижелудочковыми кровоизлияниями и микрогеморрагиями в субэпендимальное пространство и сосудистые сплетения, составила 8,2% причин.

Наибольшее количество родовых травм выявлено у недоношенных детей. Отмечено, что пренатальная регистрация органической патологии центральной нервной системы до сих пор остается низкой, и в настоящий момент рождается большое количество детей с тяжелой врожденной патологией, требующей оперативной коррекции.

П.М. Самчук, Н.В. Протопопова

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Иркутский государственный медицинский университет

Изучению факторов риска в последние годы придается большое значение, так как это позволяет прогнозировать развитие инфекционного процесса в матке в послеродовом периоде, что облегчает выбор лечебной тактики во время беременности и родов. Целью нашего исследования явилось определение наиболее значимых факторов, влияющих на развитие осложнений в послеоперационном периоде после абдоминального родоразрешения.

Проведено комплексное клинико-анамнестическое, лабораторное и инструментальное обследование 225 родильниц. Все пациентки были родоразрешены в условиях Областного перинатального центра г. Иркутска. Родильницы были разделены на 2 группы: 181 женщина после абдоминального родоразрешения с осложненным (1-я группа) и 54 женщины с неосложненным (2-я группа) течением послеоперационного периода. Для оценки патологических состояний в послеродовом периоде мы использовали классификацию МКБ-10 раздел O85-O92 «Осложнения, связанные с послеродовым периодом».

Такие заболевания родильниц, как гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония, ревматизм, врожденные пороки сердца, варикозная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, достоверно не влияли на частоту возникновения осложнений в послеоперационном периоде. Наличие хронических инфекций и гинекологических заболеваний не влияло на частоту осложнений в послеоперационном периоде.

Были подтверждены описанные в литературе факторы риска развития эндометрита после операции кесарева сечения. Проведенный анализ позволил установить также дополнительные наиболее значимые факторы риска осложнений после операции кесарева сечения.

Эндометрит после операции кесарева сечения наиболее часто развивался у пациенток со средним специальным образованием при A(II) Rh(+) группе крови. Факторами риска развития лохиометры были анемия, аномалии родовой деятельности в предыдущих родах, родоразрешение в плановом порядке, повторное плановое кесарево сечение, двухрядный непрерывный шов на матке. Гематометра наиболее часто диагностировалась при двухрядном непрерывном шве на матке. Замедленная инволюция матки в послеоперационном периоде чаще диагностировалась при трех родах в анамнезе, аномалиях родовой деятельности при предыдущих родах, применении перед родоразрешением магнезиальной терапии и в-миметиков, плановое родоразрешение с целыми околоплодными водами, введение во время операции менее $2,03 \pm 0,07$ мл утеротоников. Также следует отметить факторы, при которых достоверно отмечено снижение осложнений после операции кесарева сечения: зачатие в осенний период времени, выполнение операции кесарева сечения при безводном промежутке $1,15 \pm 0,93$ часа, с общей продолжительностью родов до начала операции $1,0 \pm 0,67$ часа, начало самостоятельной родовой деятельности с 9 до 15 часов.

О.М. Сафонова, Н.В. Протопопова, О.В. Каня, Н.Н. Бондаренко

ГОРМОНАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Иркутский государственный медицинский университет

Изучены особенности состояния миоматозных узлов при беременности. Под наблюдением находились 113 женщин. Первую группу составили 65 пациенток с миомой матки, диаметром не более 5 см; вторую группу — 35 женщин, имевших узлы размером от 6 до 20 см. В группу клинического сравнения вошли 13 женщин без миомы матки. Беременные первой группы были родоразрешены через естественные родовые пути. Всем пациенткам 2-й группы выполнялась операция кесарева сечения с консервативной миомэктомией. На 1-м этапе исследования формировались сравниваемые группы для оценки гормонального метаболизма в 36 недель беременности. На 2-м этапе в сравниваемых группах изучались клинические данные, гормональный метаболизм через 1 месяц после родов. На 3-м этапе исследования проводились через 1 год. Гормональное обследование включало определение в плазме крови эстрадиола, прогестерона, пролактина, тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина методом ИФА с использованием анализатора Cobas EIP (Швейцария) и тест-систем «Диа-Плюс» — «Рош-Москва».

Доказано, что у беременных с миомой матки до 5 см в диаметре отмечался наиболее высокий уровень эстрадиола, при миоме матки больших размеров содержание эстрадиола в сыворотке крови было наиболее низким. Концентрация эстрадиола в сыворотке крови у беременных с неосложненным течением беременности составляла $3305,62 \pm 197,492$ пг/мл в сроке 36 недель гестации. Учитывая, что после 20 недель гестации образование эстрогенов осуществляется преимущественно в плаценте при активном участии плода, можно предположить, что миоматозные узлы больших размеров (более 5 см) снижают регуляторно-гормональную функцию плаценты к 36 неделям беременности. Достоверных различий в содержании эстрадиола через 5-7 дней после родов не отмечено. Через 1 месяц после родов содержание эстрадиола наиболее низким было в группе родильниц с миомой матки до 5 сантиметров — $70,12 \pm 9,46$ пг/мл, в группе родильниц с миомой матки с узлами размером более 5 сантиметров содержание эстрадиола в сыворотке крови было наиболее высоким, достигая $145,79 \pm 14,81$ пг/мл. В группе сравнения концентрация эстрадиола в сыворотке крови была в пределах $110,47 \pm 14,49$ пг/мл. Через 1 год после родов достоверной разницы в содержании эстрадиола в сыворотке крови в 1 и 3 группах не отмечено. Во 2 группе содержание эстрадиола в сыворотке крови было наиболее высоким, составляя $49,2 \pm 7,50$ пг/мл, что достоверно различалось с показателями группы клинического сравнения. Через 1 год после родов и консервативной миомэктомии отмечается гиперэстрогения, что указывает на возможность рецидивов опухоли. При миоме матки небольших размеров, после родов через 1 год гиперэстрогения не отмечалась. Концентрация прогестерона в сыворотке крови в исследуемых группах достоверно не различалась.

Клинические проявления дегенеративных процессов в узлах миомы матки и их рост характеризовались симптомами угрожающего выкидыша у 38% пациенток. Увеличение величины миомы матки в динамике при беременности диагностировалось при размерах узла 5 см и более. У пациенток с размерами узлов миомы матки до 3 см, дегенеративных изменений

и увеличения размеров узлов в I триместре беременности не отмечалось. Увеличение размеров узлов можно объяснить прежде всего отеком в результате нарушения кровообращения. Несмотря на большое количество анастомозов в интрамуральных узлах, в I триместре беременности дегенеративные изменения и отек наблюдались в первой группе пациенток в 62,8% случаев. Субсерозные узлы характеризовались дегенеративными изменениями и отеком в 35,2% случаев. В I группе множественные миоматозные узлы встретились в 36,92% случаев, во 2 группе — в 52,43% случаев. Дегенеративные изменения и отек узлов в 41% наблюдений диагностировались при множественных миомах. В III триместре беременности дегенеративные изменения в узлах встретились в 88,57% случаев во 2 группе и в 26,15% случаев в 1 группе.

Проведен анализ морфологической структуры миоматозных узлов у пациенток 2 группы, где выполнялась консервативная миомэктомия. В 31 из 35 случаев (88,6%) имелась морфологическая картина в виде выраженных дегенеративных изменений в опухолях, в ряде случаев встретился некроз миоматозных узлов. Проллиферирующая миома матки диагностирована в 14,2% наблюдений. Ткань миоматозного узла отличалась полиморфизмом, встречались крупные клетки со светлой цитоплазмой. Эти клетки чаще всего по своим морфологическим характеристикам могли быть отнесены к миобластам. Вероятно, во время беременности постоянное механическое напряжение, гормональный фон стимулируют формирование соединительно-тканного каркаса узлов и процесс гипертрофии гладкомышечных клеток.

Учитывая данные литературы, а также классификацию опухолей, неблагоприятными признаками митотически активных и атипичных лейомиом считаются: 1) размер опухоли 10 см и более, 2) наличие некрозов, 3) митотический индекс более 10 митозов на 10 полях зрения при большом увеличении микроскопа. Наше исследование подтвердило наличие факторов, создающих неблагоприятный фон для развития в последующем онкологического процесса у женщин с миомой матки. Патологическая трансформация матки при миоме является фоном не только для осложненного течения беременности, но и для развития патологических процессов в послеродовом периоде. Таким образом, возникновение, рост миомы матки, патологическая трансформация матки являются гормонально зависимыми процессами. Беременность, лактация, консервативная миомэктомия не приводят к регуляции гормонально гомеостаза, что требует проведения лечебно-профилактических мероприятий в послеродовом периоде.

И.О. Таенкова, А.А. Таенкова, Д.В. Метелеркамп-Энбе

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ - УГРОЗА РЕПРОДУКТИВНОМУ ПОТЕНЦИАЛУ МОЛОДЕЖИ *Краевой молодежный социальный медико-педагогический центр (г. Хабаровск)*

Наркомания — хроническое заболевание, сопровождающееся непреодолимым влечением к психоактивному веществу, несмотря на психологические, физические и социальные последствия. Это заболевание следует рассматривать как явление комплексное, включающее в себя социальный, медицинский, юридический, моральный, экономический и демографический аспекты. Данные официальной статистики не позволяют судить о реальной обстановке с употреблением наркотиков, т.к. лишь каждый 50-й употребляющий наркотики встает на учет. Считается, что 5% населения России употребляет наркотики, это один из самых высоких показателей в мире. В Хабаровском крае на учете у наркологов, по состоянию на январь 2004 г., находилось более 4,5 тыс. человек.

В своей деятельности мы предлагаем взглянуть на проблему шире, используя термин «психоактивные вещества» (ПАВ). ПАВ — это собирательное понятие, включающее большую группу специфически действующих на ЦНС средств, способных вызывать зависимость (никотин, алкоголь, различные виды токсических и наркотических веществ как растительного, так и синтетического происхождения). По данным социологических исследований, ежегодно проводимых нашим центром, пробовавшие наркотики: школьники — 13, 8%, учащиеся средних специальных учреждений — 15,98%, учащиеся профессиональных училищ — 20,3%, студенты вузов г. Хабаровска — 31,2%. Каковы же мотивы употребления всех ПАВ? В первую очередь это: любопытство — 48,8% и желание испытать «кайф» — 45,6%, пытались расслабиться с помощью ПАВ 23,3%; из-за желания «быть как все» их употребляли 7,7%, из-за давления со стороны — 3,2%. Курение среди молодежи остается актуальной проблемой. Так, постоянно курят 61,1% студентов вузов, из них 38,9% — девушки. Среди девушек-учащихся ПУ 23,9% курящих постоянно. Средний возраст начала курения — 13,5 года, поэтому неудивительно, что в Хабаровском крае пристрастны к табакокурению более половины школьников. Алкогольные напитки употребляют 92,7% студентов и 62,3% студенток, а среди девушек-учащихся ПУ 28,7%.

Употребление психоактивных веществ ведет к рискованному поведению у молодых людей репродуктивного возраста, делает бесперспективным создание семьи и рождение желанных и здоровых детей. Среди ВИЧ-инфицированных в Хабаровском крае 75% составляют молодые люди в возрасте 18-25 лет, основным путем передачи ВИЧ-инфекции является внутривенное употребление наркотических веществ.

Наш центр проводит большую информационно-просветительскую работу среди молодежи по формированию безопасного сексуального поведения, по профилактике употребления ПАВ: акции, тренинги, конкурсы, тематические дискотеки и агитбригады. Ежегодно организуются научно-практические конференции и семинары для специалистов по работе с молодежью, выпускается разнообразная печатная продукция. С 2003 г. в структуре учреждения работает загородный центр социальной реабилитации подростков, склонных к употреблению ПАВ и девиантному поведению. Одним из компонентов работы по предупреждению распространения употребления ПАВ среди молодых женщин является их медико-социальное сопровождение. Оно включает в себя не только консультации специалиста по планированию семьи, гинеколога и работу телефонной контрацептивной линии, но и предполагает при необходимости предоставление молодежи помощи нарколога, психолога и специалиста по правовым вопросам.

При анализе медицинских карт 950 клиенток, использующих гормональные оральные контрацептивы (ГОК) и находящихся под медико-социальным сопровождением специалистов центра, были получены следующие данные. Каждая 3 клиентка, чей средний возраст был равен 19,5 года, страдала никотиновой зависимостью. Признались, что пробовавшие наркотики, в том числе и внутривенные, 5% молодых женщин, а 28 человек (3%) отметили, что и на момент назначения им ГОК они периодически курили производные конопли. Все клиентки перед назначением им противозачаточных таблеток были предупреждены о необходимости отказа от употребления ПАВ, как фактора, снижающего эффективность оральных контрацептивов. Для желающих избавиться от никотиновой зависимости и употребления конопли были предоставлены бесплатные услуги нарколога и психолога, а также гомеопатические препараты. Консультациями нарколога и психолога воспользовались 10,6% клиенток, 5% смогли самостоятельно избавиться от табакокурения. Спустя год при контрольном опросе молодых женщин, использующих ГОК, количество курящих уменьшилось в два раза, а употребляющих производных конопли не стало вообще.

Наибольший интерес, с точки зрения нарколога, представляют клиентки, обращающиеся в «кризисный» центр за так называемой срочной, экстренной (посткоитальной) контрацепцией. Средний возраст клиенток, попадавших в ситуацию, связанную с риском наступления нежелательной беременности, составил 18 лет. Каждая 5 из них во время незащищенного полового контакта не контролировала свое поведение, так как находилась в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Именно у этой категории молодых женщин визит за помощью к специалисту был отсроченным, как правило, на 2-3 суток, а это могло снизить эффективность использования препарата «Постинор». Со всеми клиентками (356 чел.), обратившимися за помощью в центр, проводилась беседа специалиста о возможных последствиях незащищенных половых контактов. Тем молодым женщинам, у которых сексуальная близость происходила после употребления внутривенных наркотиков, были выданы направления на анонимное и бесплатное обследование в Дальневосточный региональный центр профилактики СПИДа. В последующем у двух клиенток был выявлен гепатит С, у одной гепатит В, а у 5 женщин — половая инфекция RW.

Наряду с медико-социальным сопровождением основной задачей деятельности центра является профилактика рискованного поведения (употребление ПАВ, ранние сексуальные связи, профилактика нежелательной беременности) как основного фактора сохранения репродуктивного потенциала молодых дальневосточников. В центре ежегодно проводятся тренинги по подготовке добровольцев для работы в среде сверстников, экспресс-лектории, конкурсы агитбригад, тематические дискотеки и т.п. Кроме того, на базе центра с 2001 г. работает телефонная информационная линия «Измени своей жизни концепцию, узнай правду о контрацепции», а также тематические «горячие» линии по проблеме наркомании и ВИЧ/СПИДа на молодежном круглосуточном телефоне доверия.

Массовая профилактическая работа в привлекательных для молодежи формах и методах, а также медико-социальное сопровождение клиенток молодежного «кризисного» центра, обращающихся за срочной контрацепцией и использующих ГОК, позволяет не только повлиять на изменение рискованного поведения, но и уменьшить распространенность употребления ПАВ, тем самым сохранить репродуктивный потенциал молодежи Хабаровского края.

Е.В. Ткачева, И.Л. Ульянова, Ф.Ф. Антоненко

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ УРГЕНТНЫЕ ЛАПАРОТОМИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Владивостокский государственный медицинский университет, Дальневосточный филиал Научного центра медицинской экологии ВСНЦСО РАМН (г. Владивосток)

Правильная интерпретация острых болей в животе представляет одну из актуальнейших проблем хирургии детского возраста. Наибольшие трудности возникают при дифференциальной диагностике тазовых болей у девочек, особенно в возрасте 10-15 лет. Выраженный абдоминальный синдром в этот возрастной период может явиться следствием физиологических процессов или же ограниченных с ними состояний, сопровождающих период становления репродуктивной системы, а также результатом острой хирургической патологии. К последней относятся воспалительные заболевания внутренних гениталий, пороки развития половых органов, заболевания придатков, функциональные нарушения (период менструации или период овуляции — «рефлюкс менструальной маточной крови»). Особое место занимает аппендицит и его осложненные формы. Среди причин формирования трубно-перитонеального бесплодия наиболее значимыми являются воспалительные заболевания малого таза и ранее перенесенные оперативные вмешательства. По данным ВОЗ, одно- или двусторонняя окклюзия маточных труб может сформироваться у 15% женщин после аппендэктомии. Имеющиеся публикации о частоте бесплодия после аппендэктомии в детском возрасте очень противоречивы и немногочисленны.

Нами были обследованы 100 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, прооперированных в детском возрасте (10-16 лет) по поводу аппендицита и его осложненных форм. Состояние репродуктивной функции оценивалось путем анкетирования, которое включало анамнестические сведения согласно рекомендациям ВОЗ по обследованию бесплодных женщин (В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович, 2002). Ретроспективный анализ показал, что бесплодие развилось у 14% женщин, которые были прооперированы по поводу разлитого и ограниченного гнойного перитонита. Наиболее значимыми факторами риска в развитии бесплодия были характер экссудата в брюшной полости и степень его распространения. Как следствие во всех данных случаях развился спаечный процесс в малом тазу. Серозный перитонит, как фактор риска бесплодия, оказался незначимым (ни в одном наблюдении с серозным перитонитом бесплодие не развилось).

Во всех 14 случаях по поводу бесплодия проводилась лечебно-диагностическая лапароскопия с иссечением спаек в малом тазу. Наступление беременности регистрировалось в течение двух лет после оперативного вмешательства.

Внедрение лапароскопии позволяет восстановить анатомические соотношения органов малого таза, предупредить синдром хронических болей в животе, нормализовать функцию маточных труб, подготовить органы малого таза к будущей беременности. Мы полагаем, что лапароскопия у девочек, оперированных по поводу разлитого гнойного перитонита и местного гнойного перитонита, может стать профилактической процедурой для возможного будущего бесплодия.

Программированные лапароскопии целесообразно проводить через 1,5-2 месяца после операции. Именно в эти сроки при повторных вмешательствах спаечный процесс встречается наиболее часто — в 96-100% случаев (E. Lehmann-Willebrock et al., 1990). Во-вторых, через 1,5-2 месяца спайки еще рыхлые, позже они превращаются в соединительно-тканые плотные сращения (D.R. Urbach, M. Marsha, 1999).

И.Л. Ульянова, Н.А. Зайцева, Н.С. Павлова, О.Ю. Кириченко

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дальневосточный филиал НИЦ медицинской экологии ВСНЦСО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Проблема невынашивания беременности многофакторна и может быть обусловлена инфекциями, передающимися половым путем, гормональными нарушениями, аномалиями развития половых органов, аутоиммунными заболеваниями, генетической патологией. Довольно часто выявляется сочетание нескольких факторов. Поэтому для обследования супружеской пары требуются усилия специалистов различных профилей.

В ККЦОМД разработана и внедрена «Программа рождения здоровых и желанных детей». С 2000г. мы занимаемся обследованием и выявлением причин невынашивания беременности у супружеских пар. Одной из причин невынашивания беременности является антифосфолипидный синдром. Это патологическое состояние, характеризующееся сочетанием

клинических проявлений: артериальными и венозными тромбозами, синдромом потери плода, тяжелым гестозом, иммунной тромбоцитопенией и/или неврологическими расстройствами: повышенным уровнем антител к фосфолипидам. Антитела к фосфолипидам (аФЛ) — это семейство аутоантител, распознающих антигенные детерминанты анионных и нейтральных фосфолипидов и комплексные соединения, образующиеся в процессе взаимодействия фосфолипидов и фосфолипид-связывающих белков.

Согласно литературным данным, возможными патогенными механизмами антифосфолипидного синдрома являются следующие: 1. Подавление активности антикоагулянтных белков (протеинов S, C, антитромбина III, b2-ГП1); 2. Подавление фибринолиза (увеличение ингибитора активатора плазминогена, подавление фактора XII-зависимого фибринолиза); 3. Активация/повреждение эндотелиальной клетки (усиление прокоагулянтной активности эндотелия, усиление экспрессии молекул адгезии, усиление экспрессии тканевого фактора, нарушение синтеза простаглицина, усиление синтеза фактора Виллебранта, нарушение функциональной активности тромбомодулина, индукция апоптоза эндотелиальных клеток); 4. Активация тромбоцитов (усиление синтеза тромбоспандина, усиление синтеза ФАТ, агрегация тромбоцитов).

На учете в кабинете по невынашиванию беременности в ЦПСР состоит 239 женщин. В оптимальном репродуктивном возрасте (25–29 лет) 55,24% женщин, примерно равное количество женщин в других возрастных категориях (19–24, 30–34, 35–40 лет) — 15,06, 17,5, 12,55% соответственно. Жительницы г. Владивостока составляют 54%. Нами было обследовано 60 женщин (25,1% от наблюдаемых). В эту группу были включены женщины с привычным невынашиванием, имеющие аутоиммунные заболевания в анамнезе, патологию свертывающей системы крови.

Для исследования применялась система: «Анти-фосфолипид скрин JgG/JgM» — иммуноферментный набор для количественного определения суммарных антител к кардиолипину, фосфатидил-серину, фосфатидил-инозитолу и фосфатидиловой кислоте классов JgG и/или JgM, а также «Trombo Combo JgG/JgM» — иммуноферментный набор для одновременного количественного определения антител к b2-гликопротеину I, кардиолипину, фосфатидил-серину, фосфатидил-инозитолу, фосфатидил-кислоте. У 7 (11,6%) пациенток было выявлено повышение суммарных антител и антител к b2-гликопротеину I, кардиолипину, фосфатидил-серину, фосфатидил-инозитолу, фосфатидиловой кислоте, что коррелирует с литературными данными.

И.Л. Ульянова, Я.П. Ткачук, Н.А. Зайцева, Н.Н. Шевченко

АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Дальневосточный филиал НЦмедэкологии ВСНЦСО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

В пубертатном возрасте на фоне еще недостаточно совершенного рецепторного аппарата и гормональной функции яичников легко возникают ювенильные маточные кровотечения, составляющие 20–30% среди всей детской гинекологической патологии. Рецидивирующие кровотечения сопровождаются развитием вторичной анемии и приводят к снижению запасов железа (В.Ф. Коколина, 1999). Вместе с тем анемический синдром у девочек-подростков может быть обусловлен и другими причинами: инфекционно-воспалительными и паразитарными заболеваниями, гиперпластическими процессами. Ювенильные маточные кровотечения в 2003 г. составили 13,3% от общего числа детей и подростков, пролеченных в гинекологическом отделении ККЦОМД.

Нами обследовано 60 девочек-подростков в возрасте от 11 до 16 лет, находившихся на лечении по поводу ювенильных маточных кровотечений. В 35 случаях (58,3%) кровотечение было обусловлено инфекционно-воспалительными и гиперпластическими процессами, у 17 человек (28,3%) имела место дезагрегационная тромбоцитопатия, у 8 девочек-подростков в анамнезе отмечены перинатальные факторы (преждевременные роды, угроза прерывания беременности, гипотрофия). Рецидивирующие маточные кровотечения выявлены у 5 подростков.

Из обследованных 60 человек у 25 девочек (41,6%) не обнаружено анемии. У остальных выявлена анемия различной степени тяжести. У 25 человек (41,6%) обнаружена анемия I ст., у 8 (13,3%) — II ст., у 2 (3,3%) — III ст. У большинства пациенток ювенильные маточные кровотечения сопровождались нарушением самочувствия (слабость, быстрая утомляемость, головкружение, снижение концентрации внимания, резкие перепады настроения). 37 девочкам проводился гормональный гемостаз (ригевидон). Все пациентки с постгеморрагической анемией I–II ст. получали «Феррум Лек» (1–2 таблетки в сутки). При III ст. анемии «Феррум Лек» назначался в дозе от 2 до 4 таблеток в сутки. Эффект от лечения был отмечен нами в среднем через 14 дней приема препарата.

Известно, что железо необходимо не только для синтеза гемоглобина и транспорта кислорода, оно является также важнейшим фактором, влияющим на энергообеспечение центральной нервной системы и процессы миелинизации. Прием «Феррум Лек» оказывает благоприятное воздействие на функции внимания, памяти и способности к концентрации. Нами не было отмечено симптомов непереносимости препарата, к тому же он приятен на вкус, что позволяет широко использовать его для лечения анемии у детей.

Б.А. Федоров

ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМАУ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Научный центр медицинской экологии Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН (г. Иркутск)

Среди 1396 женщин репродуктивного возраста, лечившихся по поводу вирусного гепатита (ВГ) в Городской инфекционной клинической больнице г. Иркутска за период с 2001 по 2003 г., необходимость в осмотре врача-гинеколога возникла у 257 больных (18%). Основными показаниями являлись беременность, боли в животе, кровянистые выделения из половых путей, обильные месячные или отсутствие менструаций, бели и другие жалобы. Среди 966 женщин, больных острым вирусным гепатитом А (ОВГА), осмотрено гинекологом 153 пациентки (16%). Из 430 больных с гемоконтактным (В, С, В+С, В+D) острым (ОВГ) или хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) консультировано гинекологом 104 женщины (24%). Средний возраст женщин, больных ОВГ, составлял 25 лет, а ХВГ — 27 лет, причем 80% больных были моложе 30 лет. Проведен клинический анализ некоторых показателей репродуктивных функций и гинекологической заболеваемости у данных пациенток. У половины из 59 беременных женщин, больных ВГ, были клинические признаки угрозы прерывания беременности. В 1 случае беременность прервалась в сроке 5–6 недель, у 2 пациенток она завершилась преждевременными родами. Две женщины находились в послеродовом периоде, который осложнился кровотечением и лохиометрой. Кроме того, у беременных женщин диагностировались железодефицитная

анемия, хроническая фетоплацентарная недостаточность, кольпит или бактериальный вагиноз, гестозы. Осложнения беременности встречались одинаково часто как при ОВГ, так и при ХВГ. Другими изменениями репродуктивных функций у женщин, больных вирусными гепатитами, являлись нарушения менструаций, которые диагностировались у 47 пациенток (24%). Причем у 11 женщин (6%) отклонения менструаций были установлены до обнаружения ВГ, а у 36 из них (18%) данная патология возникла на фоне ВГ. Эти женщины предъявляли жалобы на изменения характера менструаций, задержки менструаций от 1 до 2-3 недель, реже отмечались кровянистые выделения из половых путей в межменструальный период. Перечисленные нарушения менструального цикла наблюдались преимущественно у женщин с ОВГ В, затяжного или рецидивирующего течения, среднетяжелой или тяжелой формы, реже у пациенток с ОВГ А. У женщин с ХВГ нарушения менструальной функции были более выражены. Отсутствие менструаций наблюдалось от 1-2 месяцев до нескольких лет. Аменорея чаще сопутствовала фазе репликации или клиническому обострению течения ХВГ. При сочетании хронического вирусного гепатита и алкогольного поражения печени аменорея наступала через более короткий промежуток от начала заболевания. У женщин с ВГ сопутствующая патология женских половых органов была установлена в 43% случаев. Наиболее часто диагностировались воспалительные заболевания органов малого таза (15%), патология шейки матки (13%), нарушения менструальной функции (7%), кольпиты (6%), доброкачественные опухоли матки и придатков (1,5%). Представленные результаты свидетельствуют о неблагоприятном воздействии вирусного гепатита на специфические функции женского организма, уровень гинекологической заболеваемости пациенток молодого, репродуктивного возраста. Характер влияния, вероятно, определяют этиология, клиническая форма, тяжесть и клиническое течение инфекционного вирусного гепатита, а также сопутствующая патология.

Ю.В. Феоктистова, О.О. Беякова, Ю.В. Кормицков

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

Владивостокский филиал НИИ медицинской генетики Томского научного центра СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Одной из причин бесплодия у мужчин является поздняя диагностика и лечение крипторхизма у мальчиков. Ранняя диагностика, своевременное оперативное лечение, отсутствие осложнений в послеоперационном периоде позволяет улучшить репродуктивное здоровье у мужчин.

Под наблюдением находился 51 ребенок в возрасте от 1,5 до 15 лет, оперированный по поводу крипторхизма в 2003 г.: орхиопексия при неотягощенном соматическом анамнезе — брюшная форма — 12 (24%), паховая форма — 8 (16%), орхиопексия (брюшная, паховая формы) при отягощенном соматическом анамнезе — 24 (48%), реорхиопексия, орхиопексия при уже имеющихся в анамнезе вмешательствах на паховом канале — 6 (12%). Согласно данным литературы оперативные вмешательства по поводу крипторхизма принято относить к условно-чистым. При анализе анамнеза, первичной медицинской документации были выявлены факторы риска развития послеоперационных инфекционных осложнений, которые распределились следующим образом: 43,12% детей имели хронические очаги инфекции, 27,5% можно было отнести к группе часто болеющих, отягощенный антибактериальный анамнез выявлен в 47% случаев. Все вышеперечисленное следовало учитывать при оценке степени риска развития гнойно-септических послеоперационных осложнений. Среди факторов риска, связанных с состоянием больного, наибольшее значение уделяли группе часто болеющих детей, отягощенному антибактериальному анамнезу. Все дети поступили в стационар в стадии компенсации хронических заболеваний. Среди интраоперационных факторов риска внимание заслуживали применение инородных материалов (шовный материал, контактирующий с окружающей средой). Продолжительность операции колебалась от 40 до 75 мин. Увеличение времени оперативного вмешательства было обусловлено техническими трудностями выделения яичка. Повторные госпитализации, длительное (более 3 дней) нахождение пациентов в стационаре перед операцией были рассмотрены как госпитальные факторы риска. Детям с неотягощенным соматическим анамнезом, прооперированным по поводу крипторхизма, паховой ретенции, антибиотикопрофилактика не проводилась, при брюшной форме однократно интраоперационно вводился цефуроксим. В случае отягощенного соматического анамнеза (группа часто болеющих детей, хроническая ЛОР-патология, отягощенный антибактериальный анамнез при обеих формах крипторхизма) — антибиотикопрофилактика цефуроксимом продолжительностью до 1 суток. В случае реорхиопексии длительность введения цефуроксима увеличивалась до 3 суток. Послеоперационных инфекционных и неинфекционных осложнений не зарегистрировано. В среднем продолжительность антибактериальной защиты составила $1,37 \pm 0,13$ суток. Стоимость антибиотикопрофилактики одного больного основной группы — 224,08 руб. В среднем на одного ребенка затрачено $3,24 \pm 1,03$ флаконов цефуроксима и $3,3 \pm 0,99$ шприцев. Проведение периоперационной антибиотикопрофилактики у урологических больных позволило предупредить развитие послеоперационных гнойных осложнений.

При проведении оперативных вмешательств по поводу брюшной формы крипторхизма проводится ревизия брюшной полости, что значительно увеличивает риск инфекционных осложнений. При рецидивирующих формах крипторхизма антибактериальный анамнез, как правило, отягощен, во время операции проводится орхиофуникулолизис, что делает вмешательство более травматичным. Также антибиотикопрофилактика целесообразна при отягощенном соматическом анамнезе. Наличие инородного материала при всех формах крипторхизма увеличивает риск микробной обсемененности. Операции при паховой форме крипторхизма, как правило, малотравматичны. Проведение антибактериальной защиты в данном случае зависит от нутритивного статуса и отягощенности антибактериального анамнеза ребенка.

М.Б. Хамошина

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ПОТРЕБНОСТЬ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ 15-19 ЛЕТ

Владивостокский государственный медицинский университет

В последнее десятилетие отмечено повышенное внимание к изучению состояния здоровья подростков, уровень которого в определенной степени зависит от эффективности организационной структуры медицинской помощи. Одной из медико-социальных характеристик популяционного здоровья является медицинская активность. Возрастная группа 15-19 лет в современных условиях играет важную роль в формировании показателей гинекологической заболеваемости, материнской заболеваемости и смертности. В связи с этим практический интерес представляет изучение медицинской активности девушек-подростков, их отношения к системе оказания медицинской помощи и субъективных потребностей, которые в литературе практически не освещены.

С целью изучения особенностей медицинской активности и потребности в лечебно-профилактической помощи в современных условиях в рамках специально организованного профилактического осмотра было проведено добровольное анонимное анкетирование 1013 девушек 15-19 лет по специально разработанной анкете-опроснику. Программа исследования включала в себя изучение кратности посещения педиатра и гинеколога, поводов для обращения к врачу, структуры лечебно-профилактических учреждений, куда обращались девушки, и их приоритетов при выборе учреждения для обращения за квалифицированной медицинской и специализированной гинекологической помощью.

Проведенное исследование позволило установить, что большинство девушек-подростков 15-19 лет (62,2%) в связи с состоянием своего здоровья посещали врача раз в год и реже, 18,5% — дважды в год, 12,7% — ежеквартально, 6,6% — очень часто. Согласно полученным данным, среди девушек, страдающих хроническими экстрагенитальными заболеваниями, состояла на диспансерном учете лишь каждая третья. В свою очередь, посещали врача в рамках диспансерного наблюдения только 6,6% подростков. Выявлено, что в исследуемой группе половина девушек (52,1%) обращалась к врачу в связи с ухудшением самочувствия, 28,8% — в связи с необходимостью пройти обязательный профилактический осмотр (17,0%) или получить справку о состоянии здоровья (11,8%). Только каждая восьмая девушка (12,2%) отметила обращение к врачу для профилактического осмотра по собственному желанию. Установлено, что почти половина опрошенных подростков (48,8%) регулярно посещали гинеколога, в том числе 3,3% — очень часто, каждая десятая (9,0%) — ежеквартально, 13,7% — раз в полгода, 22,8% — ежегодно. Из остальных 51,2% девушек 43,8% посещают гинеколога очень редко, 7,4% никогда на приеме у гинеколога не были. Оказалось, что каждая десятая девушка исследуемой группы (10,1%) состояла на диспансерном учете у гинеколога.

Представляют интерес результаты анализа поводов для обращения девушек-подростков к гинекологу. В их структуре преобладали наличие жалобы на ухудшение самочувствия (29,3%), профилактический осмотр по личному желанию прошли 26,8% человек и профилактический осмотр в рамках ежегодного медицинского освидетельствования — 15,8% девушек. Установлено, что более чем каждый десятый (11,6%) случай обращения к гинекологу был связан с сексуальной активностью (подозрение на урогенитальную инфекцию, подозрение на беременность), однако в том числе лишь 1,7% девушек целенаправленно обращались за контрацепцией.

Было установлено, что большинство девушек (69,3%) посещали территориальную поликлинику. Равные доли (соответственно 9,0% и 9,2%) приходились на поликлинику по месту учебы (работы) и на «знакомому врачу». В специализированных государственных медицинских центрах лечились и обследовались 6,6% опрошенных, 5,8% посещали частные клиники и кабинеты. Выявлено, что приоритет при оказании медицинской помощи девушки-подростки отдавали территориальной поликлинике — 25,7%, частным клиникам — 23,8% и поликлинике по месту учебы (работы) — 22,0%. Практически в территориальной поликлинике предпочла бы обслуживаться только каждая третья девушка (34,3%), которая ее посещала. Получать медицинскую помощь вблизи места учебы (работы) желали в 2,2 раза больше подростков, чем в действительности (соответственно 22% и 9%). Хотела бы лечиться и обследоваться в специализированных государственных медицинских центрах также каждая пятая девушка (20,9%), причем это число в 3 раза превышало фактическое. Количество желающих лечиться в частной клинике оказалось в 3,75 раза выше реального показателя. Хотели бы посещать знакомого врача 7,4% респондентов, что сопоставимо с фактической цифрой (9,2%).

В результате анализа структуры учреждений здравоохранения, в которые девушки-подростки обращаются за гинекологической помощью, установлено, что большинство из них получали гинекологическую помощь по месту жительства (54,8%) или учебы/работы (21,4%). Обращались в специализированные государственные медицинские центры только 8,9% подростков, 7,6% посещали частные клиники и кабинеты, 6,5% — знакомого врача. В то же время каждая третья девушка при выборе учреждения для оказания гинекологической помощи отдавала предпочтение специализированным государственным медицинским центрам, что в 4 раза превысило фактический показатель. Поликлинику по месту жительства хотели бы посещать всего 26,9% девушек, что составляет половину от количества тех, кто обычно ее посещал. Получать гинекологическую помощь по месту работы или учебы предпочитали лишь 11,7% девушек-подростков, что также составило лишь половину от действительного количества. Выявлены более высокие по сравнению с фактическими показатели удельного веса частных клиник и кабинетов (17,1%, что превышало факт в 2,5 раза) и «знакомого врача» (11,9% — в 2 раза выше реального уровня).

В результате анализа факторов, определяющих субъективный выбор юными пациентками лечебно-профилактического учреждения для получения квалифицированной врачебной медицинской помощи, установлено, что среди них преобладала профессиональная квалификация медицинских работников (26,9%) и наличие в учреждении современных методов обследования, диагностической и лечебной аппаратуры (19,4%). Почти так же высоко, как диагностические и лечебные возможности учреждения здравоохранения, девушки-подростки ценили внимательное отношение медицинских работников к пациенту (18,9%). В каждом десятом случае перевешивали наличие в учреждении здравоохранения комфорта, возможности получить индивидуальные услуги. Также каждая десятая девушка отдавала приоритет оказанию помощи и длительному наблюдению одним и тем же врачом, который бы хорошо знал ее индивидуальные особенности. Оказалось, что только 8,1% девушек-подростков предпочитали выбирать учреждение по наличию льготной или бесплатной медицинской помощи. Субъективный выбор учреждения здравоохранения для получения гинекологической помощи также определялся преимущественно квалификацией специалистов (24,9%), наличием современного оборудования (17,1%) и возможностью предоставления комфорта и индивидуальных услуг (10,8%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что каждая третья жительница Приморского края подросткового возраста в связи с состоянием здоровья постоянно нуждается в квалифицированной медицинской помощи, каждая четвертая — постоянно нуждается в специализированной гинекологической помощи. В то же время современные девушки-подростки характеризуются низкой медицинской активностью в отношении соматического здоровья и удовлетворительной медицинской активностью в отношении гинекологического здоровья. При этом крайне неблагоприятным является катастрофически низкий показатель обращения за контрацепцией. Основным поводом для обращения к врачу у девушек-подростков является ухудшение самочувствия и необходимость обязательного медицинского освидетельствования в рамках профилактических осмотров, поводом для обращения к гинекологу — наличие жалоб и профилактический осмотр по личному желанию. Квалифицированную медицинскую и специализированную гинекологическую помощь большинство женского населения подросткового возраста получает в территориальных лечебно-профилактических учреждениях. В то же время предпочтение при получении квалифицированной медицинской помощи девушки-подростки отдают территориальной поликлинике, частным клиникам и поликлинике по месту учебы (работы), при

получении специализированной гинекологической помощи — специализированным государственным медицинским центрам, территориальным женским консультациям и частным клиникам.

Полученные данные свидетельствуют о том, что более половины девушек-подростков не удовлетворены существующей структурой оказания им квалифицированной медицинской и специализированной гинекологической помощи и предъявляют более высокие требования к квалификации врачей, оснащению лечебно-профилактических учреждений и уровню комфортности при оказании помощи. Предложен комплекс мероприятий по оптимизации гинекологической помощи подросткам, среди них ведущими являются совершенствование системы последиplomной подготовки педиатров и гинекологов детского и подросткового возраста, совершенствование материально-технической базы учреждений системы охраны материнства и детства, приоритетное развитие специализированных центров и лечебно-профилактических учреждений для подростков.

М.А. Шарифулин, В.А. Лапа, О.В. Надирадзе, Е.В. Гумерова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутская областная клиническая больница

Серьезную опасность репродуктивному здоровью женщин и их будущему поколению представляет сочетание беременности с опухолями половых органов, в частности с миомой матки. По сводным литературным данным, миомы встречаются приблизительно у 2-3 % беременных женщин, из них в 2-10 случаях из 100 в течение беременности возникают осложнения, связанные с опухолью: угроза прерывания беременности, ранние выкидыши, замершая беременность, истмикоцервикальная недостаточность, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода, фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты, рост опухоли, некроз узла, механические проблемы родоразрешения.

С 2000 по 2004 г. под нашим наблюдением находились 52 пациентки с беременностью в сочетании с миомой матки в возрасте от 26 до 45 лет. 30-ти выполнено хирургическое лечение. У 15 из них диагноз миомы матки выставлен впервые во время беременности. Все женщины в зависимости от вида произведенной операции разделены на 3 группы. 1-ю составили 14 человек в возрасте от 26 до 34 лет с желанной беременностью в сроке от 14-15 до 26 недель, которым была выполнена консервативная миомэктомия во время данной беременности. Во 2-ю группу вошли 9 пациенток в возрасте от 30 до 36 лет со сроком гестации от 5 до 16 недель, которым выполнено прерывание беременности с последующей консервативной миомэктомией в плановом порядке с целью сохранения репродуктивной функции. В 3-ю группу отнесены 7 пациенток в возрасте от 32 до 45 лет с беременностью от 6-7 до 18 недель, которым выполнили ампутацию или экстирпацию матки по Порро.

Показаниями к оперативному лечению во время беременности у пациенток 1-й группы явилось негативное влияние миомы матки на нормальное течение беременности, прежде всего это болевой синдром, связанный с дистрофическими и некротическими изменениями в узлах, большими размерами узлов, ростом узлов при беременности, невозможностью сохранения беременности при наличии субмукозного узла. У 4 женщин первой группы имелись в анамнезе указания на отсутствие беременностей и родов, бесплодие и, соответственно, большое желание сохранить данную беременность. У одной беременной имело место субмукозное расположение узла, деформировавшего полость матки и, соответственно, плодное яйцо. В 3 случаях оперативное лечение произведено в экстренном порядке при некрозе узла. Оптимальный срок беременности, предусматривающий консервативную миомэктомию, — более 16 недель, что обусловлено низким риском прерывания беременности на фоне сформировавшейся плаценты и, соответственно, высоким уровнем плацентарных гормонов, которые способствуют снижению тонуса миометрия, усиливают заперительную функцию внутреннего зева. Ушивание ложа узлов производилось узловыми викриловыми швами в 1-2 ряда. Всем пациенткам в предоперационную подготовку включена терапия, направленная на сохранение беременности. Оптимальный хирургический доступ — срединная лапаротомия, которая позволяет достичь адекватной экспозиции и малотравматична для матки и плода. Данный доступ мы применили во всех случаях. По результатам гистологических исследований узлов у всех 14 пациенток в удаленных узлах имелись признаки нарушения питания или некроз узлов. В послеоперационном периоде также проводилась сохраняющая терапия, все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии на 10-12 сутки после операции.

Во 2-й группе беременным с миомой матки произведено прерывание беременности путем выскабливания полости матки. Данная тактика предусматривает в дальнейшем консервативную миомэктомию в плановом порядке. Пациенткам 3-й группы произведено удаление матки по Порро. Как правило, эти женщины выполнили свою репродуктивную функцию, имели в анамнезе роды и не желали сохранять данную беременность.

Отдельную группу составили 22 пациентки с бессимптомным течением миомы матки с малыми размерами узлов без признаков нарушения их питания и нормальным течением беременности. Эти пациентки находились под тщательным диспансерным наблюдением акушеров-гинекологов.

М.А. Шарифулин, В.А. Лапа, О.В. Надирадзе, Е.В. Гумерова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутская областная клиническая больница

Ретроцервикальный эндометриоз (РЦЭ), или глубокий инфильтративный эндометриоз, представляет серьезное заболевание и продолжает оставаться актуальной проблемой гинекологии, уступая по частоте только эндометриозу матки и яичников. В зависимости от степени поражения органов выделяют 4 клинические стадии РЦЭ: I — эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки, II — прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист, III — патологический процесс распространяется на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки, IV — в процесс вовлекается слизистая оболочка прямой кишки, брюшина прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

В настоящее время хирургическое лечение остается основным при РЦЭ. Радикально-хирургический метод заключается в экстирпации матки с частичным или полным удалением придатков, удалении ретроцервикального и ректовагинального инфильтрата с последующей противорецидивной гормональной терапией по показаниям. Консервативно-хирургический метод предусматривает оперативное (лапароскопическое или абдоминальное) восстановление анатомии внутренних половых органов, удаление инфильтрата ретроцервикального пространства, передней стенки прямой кишки с последующей противорецидивной гормонотерапией.

В гинекологическом отделении ОКБ с 1997 по 2004 г. обследованы и пролечены 58 пациенток в возрасте от 24 до 49 лет с инфильтративным эндометриозом (I ст. — 32, II ст. — 14, III ст. — 8, IV ст. — 4). У 46 человек выявлено сочетание РЦЭ

и эндометриоза и миомы матки, у 8 — сочетание РЦЭ с эндометриодными кистами яичников. Подавляющему большинству женщин (85,5%) проводилось длительное неэффективное консервативное лечение. Все 58 пациенток подверглись оперативному лечению. Радикально-хирургическая тактика применена в 43 случаях и консервативно-хирургическая — в 15. У 46 пациенток при чревосечении после адгезиолиза и мобилизации матки проведена гистерэктомия, иссечение ретроцервикального эндометриоза с коагуляцией очагов на брюшине малого таза и крестцово-маточных связках. При РЦЭ IV ст. при вовлечении в процесс прямой кишки со стенозом (4 случая) произведена передняя резекция прямой кишки. В 12 случаях оперативное вмешательство проводилось лапаровагинальным доступом. При лапароскопии проводился сальпингоовариолизис, вылушивание эндометриодных кист яичников, в 2 случаях — удаление придатков, коагуляция очагов эндометриоза, мобилизация ректосигмоидного отдела кишечника. Вагинальным этапом проведено иссечение ретроцервикального инфильтрата. 3 пациентки прооперированы абдоминальным и вагинальным доступом. Всем больным после операции назначалось противорецидивное лечение с выключением менструальной функции. Комплекс реабилитационных мероприятий включал иммунокорректирующую терапию, нестероидные противовоспалительные средства, антиоксиданты, системную энзимотерапию (вобэнзим), воздействие физическими факторами (йодистые, йодисто-бромные ванны, радоновые ванны). Отдаленные результаты прослежены в течение 1 года у 32 больных. Критериями оценки служили отсутствие болей в малом тазу, менструальных болей, нарушений функции кишечника. Хорошие результаты отмечены у всех 12 пациенток после консервативно-хирургического лечения лапаровагинальным доступом.

Таким образом, опыт нашего отделения свидетельствует о необходимости ранней диагностики и активной хирургической тактики при РЦЭ и целесообразности применения при данной патологии оперативной лапароскопии.

М.А. Шарифулин, В.А. Лапа, О.В. Надирадзе, Е.В. Гумерова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутская областная клиническая больница

Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей второе место среди опухолей женских половых органов. По данным различных авторов, частота опухолей яичников возрастает и за последние 10 лет увеличилась с 6-11% до 19-25% среди других опухолей половых органов. Проблема диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна. Их своевременное выявление и хирургическое лечение — реальное направление предупреждения рака яичников. Серьезную опасность репродуктивному здоровью женщин и их будущему поколению представляет сочетание беременности с опухолями половых органов, в частности кистами и кистозными яичниками. Сочетание беременности и опухолей яичников часто осложняется угрозой прерывания беременности, перекрутом и разрывом капсулы опухоли, малигнизацией, механическим препятствием в родах. Выбор лечебной тактики при доброкачественных опухолях в сочетании с беременностью зависит от характера опухоли и клинического течения. Целью настоящей работы явился ретроспективный анализ тактики хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников у беременных, определения операционного доступа и времени операции в зависимости от срока беременности, особенностей выполнения лапароскопии у данных больных.

Эндоскопические операции в отделении гинекологии ОКБ начали проводиться с 1993 г. За последние 5 лет (с 1999 г.) прооперировано 27 беременных в возрасте от 18 до 30 лет с опухолями яичников. Срок гестации от 12 до 25 недель. Традиционным лапаротомным доступом прооперировано 10 и лапароскопическим доступом — 17 беременных. Основными показаниями к операции явились большие размеры опухоли, блокада новообразованием входа в малый таз, перекрут ножки опухоли. Размеры опухолей варьировали от 6 до 15 см в диаметре. Все операции проводились под интубационным наркозом.

При патоморфологическом исследовании препаратов получены следующие данные: дермоидная киста (41%), муцинозная цистаденома (23%), простая серозная цистаденома (19%), паровариальная киста (13%), эндометриодная киста (4%). Средний койко-день составил после лапароскопии 9,3, после лапаротомии — 16,4. Назначение наркотических обезболивающих препаратов потребовалось: после лапароскопии — только в первые сутки послеоперационного периода, после лапаротомии — до трех суток. Антибактериальная терапия проводилась: после лапароскопии — интраоперационно и в первые сутки послеоперационного периода, после лапаротомии — до 5-7 дней. После лапаротомии практически у всех пациенток наблюдался парез кишечника, после лапароскопии он не зарегистрирован ни в одном случае. Все пациентки благополучно родоразрешились через естественные родовые пути.

Нами отмечено, что у пациенток со сроками гестации до 14 недель в послеоперационном периоде симптомы угрожающего выкидыша были более выражены по сравнению с другими больными, что потребовало более длительного лечения, дополнительного назначения гормональных препаратов. С увеличением срока гестации симптомы угрожающего выкидыша проявлялись достоверно меньше. Однако у пациенток с беременностью более 18 недель усложнялось оперативное вмешательство: ухудшался оперативный обзор, снижалась амплитуда действия инструментов-манипуляторов, ухудшалась полноценная санация брюшной полости. Это вело к увеличению времени вмешательства, удлинению действия наркоза. Наличие более крупных гипертрофированных сосудов, более разветвленной венозной сети повышало риск внутрибрюшного кровотечения.

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы: лапароскопический доступ является методом выбора при хирургическом лечении доброкачественных опухолей яичников в I и II триместрах беременности, оптимальный срок гестации для оперативной лапароскопии — 14-18 недель, выбор места введения троакаров зависит от срока гестации — целесообразно вводить центральный троакар выше пупка, троакары для манипуляторов вводить в зависимости от положения опухоли.