

was from -1 to -2 SD, which corresponds to osteopenia.

Results and discussion. On the background of Calcium-D₃ Nycomed stopped symptoms decreased or calcium deficiency. Decrease in bone pain was observed after 2-4 weeks of treatment, due to the overwhelming influence of Calcium-D₃ Nycomed processes of bone resorption. In the control group of women after 2 months of bone pain increased significantly, and increased the absolute number of women with onset of symptoms of calcium deficiency with 14 (46.67%) and 19 (63.33 %) patients .

Conclusions. Application of Calcium-D₃ Nycomed for 2

months before the upcoming birth at a dose of 2500 mg of calcium carbonate and cholecalciferol ME 400 night stabilizes osteopenia. The drug was well tolerated, no side effects, is safe during pregnancy.

The article presents the efficacy evaluation of using Calcium-D₃ Nycomed for the correction of osteopenia in pregnancy. Calcium-D₃ Nycomed improves the calcium and phosphate metabolism, slows initially increased bone resorption and does not impact on the process of bone formation significantly.

Key words: Calcium-D₃ Nycomed, osteopenia, pregnant women.

УДК 616.333-036.88-078:005

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, А.С. ТАЙБОГАРОВА, И.С. КАДРИМБЕТОВА, В.В. ТЕСЛЕНКО

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

В статье изложены результаты проведенного анализа документации женщин с антенатальной гибелью плода. Выявлены основные причины антенатальной гибели плода на уровне ПМСП, предложены рекомендации по выявлению данного вида осложнения беременности.

Ключевые слова: перинатальная смертность, антенатальная гибель плода, гравидограмма, плацентарный комплекс, синдром задержки развития плода.

Особенностью современного периода жизни общества является наличие различных негативных социально-экономических трансформаций, затрагивающих наиболее незащищенные слои населения, в первую очередь детей, женщин, семью в целом.

Рождение ребенка – это положительное и радостное событие для большинства женщин, однако, беременность и роды могут сопровождаться также страданиями, физическими и моральными, ухудшением состояния здоровья. Данное осложнение беременности – это не только репродуктивные потери. В некоторых случаях оно может служить источником прямой угрозы здоровью и жизни беременной. Антенатальная охрана плода, снижение уровня мертворождаемости, разработка мероприятий по пренатальной профилактике являются перспективными направлениями современной науки [1, 2, 3, 4].

Антенатальная гибель плода, которая составляет до 77,9% среди всех мертворожденных детей, остается актуальной клинической, социально значимой и недостаточно изученной проблемой. ВОЗ определила число мертворожденных детей в мире в 2009 г. как 3,3 миллиона. В исследовании были охвачены все регионы мира, и для 190 стран удалось рассчитать частоту случаев мертворождений на число родов. Полученная цифра, – 3,2 миллиона (вероятный разброс от 2,5 до 4,1) мертворождений в мире в год, однако исследователи подчеркивают, что, по-видимому, реальная цифра больше (ближе к 4,1). Частота мертворождений в различных странах варьирует от 5 на 1000 родов в развитых странах до 32 на 1000 родов в Южной Азии и Африке.

Этиология антенатальной гибели плода многообразна, нередко этиологические факторы не имеют клинических проявлений до беременности. Несмотря на использование современных методов в диагностике причин смерти плода, выявление основной причины остается трудной задачей в 60% (Goldenberg R.L. et al., 2009, Chaiworapongsa Tetal, 2010). Установлено, что антенатальная гибель плода в анамнезе является фактором риска повторных неблагоприятных исходов в последующей беременности, высокой неонатальной и младенческой смертности.

Цель исследования – изучение причин антенатальной гибели плода на этапе ведения беременных врачами ПМСП.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ историй родов 54 беременных одного из городских родильных домов. В исследовании обращалось внимание на возраст, паритет, данные инструментального обследования, ведение гравидограммы, наличие инфекционного фактора, приема лекарственных препаратов, не имеющих доказательную базу, характер изменений в плаценте и данные аутопсии.

Результаты и обсуждение

В большинстве случаев (71,3%) это были женщины активного репродуктивного возраста, причем наибольший процент антенатальной гибели плода наблюдался в возрасте с 26 до 30 лет.

Изучение анамнеза исследуемых пациенток выявило, что большинство пациенток (68,7%) были с сугубо отягощенным акушерским анамнезом и лишь 32,3% были без отягощенного анамнеза. Анамнез был отягощен медицинскими абортными в ранние сроки, самопроизвольными выкидышами, преждевременными родами и родами путем операции кесарево сечения (рис. 1).

Большинство исследуемых пациенток посещали женскую консультацию – 89,3%, причем в 57,1% случаев женщины встали на учет в I-м триместре, во II-м триместре в 28,6% и в III-м в 3,6% случаев. И только в 10,7% случаев пациентки не посещали женскую консультацию. Изучение сроков антенатальной гибели плода выявило, что наибольший процент антенатальной гибели плода (67,8% случаев) наблюдался в III-м триместре, 32,3% случаев – во II-м триместре.

Изучение особенностей течения данной беременности показало, что беременность протекала на фоне таких осложнений, как угроза прерывания в различные сроки гестации – 31,1% случаев, ОРВИ – 28,6% случаев, перинатальные инфекции – 25,0% случаев. Так же были пациентки с многоводием – 10,7%, анемией и низкой плацентацией – 17,8%, задержкой роста плода – 14,3%. Обращает внимание, что до сих пор используются пре-

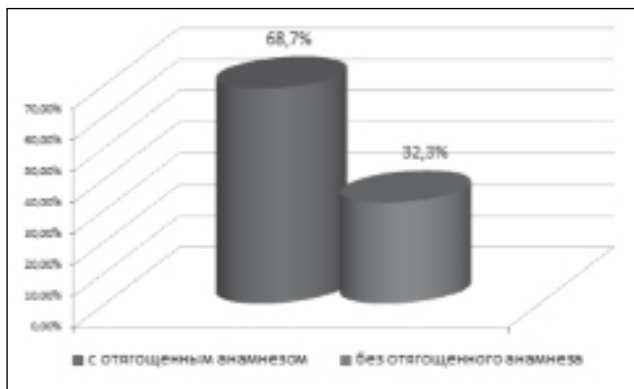


Рисунок 1 – Акушерский анамнез беременных с антенатальной гибелью плода

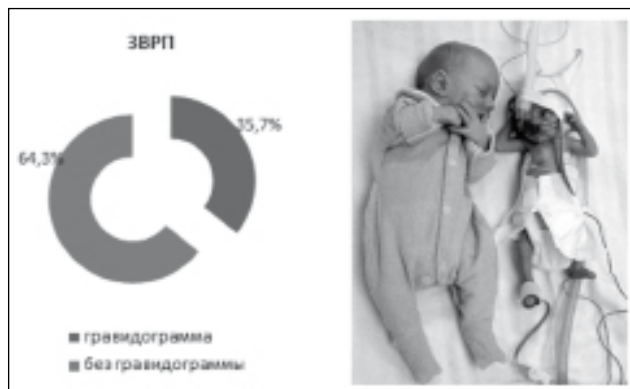


Рисунок 3 – Количество детей, рожденных с ЗВРП

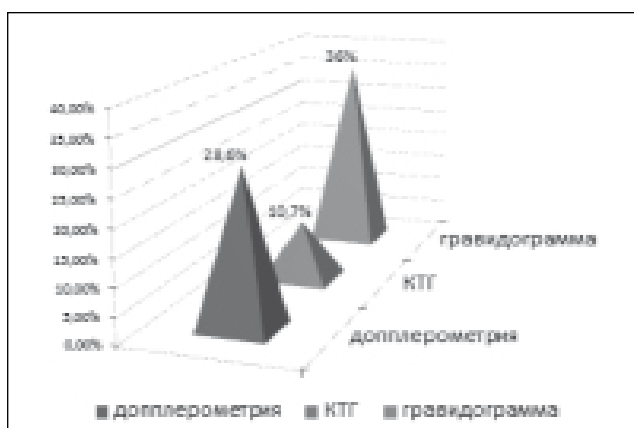


Рисунок 2 – Количество проведенных исследований по определению состояния внутриутробного плода

параты, эффективность которых не доказана: актовегин, куратил, витамин Е.

Общеизвестно значение доступных для ПМСП методов исследования состояния внутриутробного плода: гравидограмма, доплерография и КТГ (рис. 2).

Доказано, что гравидограмма – простой и дешевый способ наглядного представления информации об основных показателях развития беременности в виде графиков, получаемых при измерении высоты стояния дна матки при помощи сантиметровой ленты и его отметки при каждом посещении женской консультации. Этот метод позволяет своевременно диагностировать задержку роста плода [2, 3, 5, 6]. При анализе данных обменных карт гравидограмма заполнялась врачами женских консультаций в 35,7% наблюдений, в остальных случаях гравидограмма не велась. У пациенток с антенатальной гибелью плода и ЗВРП в 64,3% случаев отсутствуют данные гравидограммы, хотя известно, что данный график является скрининговым методом для выявления низкой массы плода для данного срока беременности и должен быть приложением к каждой обменной карте (рис. 3).

С целью изучения ультразвуковых характеристик плаценты и особенностей плодово-маточно-плацентарного кровообращения, а также состояния внутриутробного плода у исследуемых пациенток по различным показаниям в условиях ПМСП проведены доплерография и КТГ в 28,6% и 10,7% случаях, соответственно.

По данным доплерометрии нарушения в системе мать-плацента-плод выявлены в 85,7% наблюдений, из них нарушение маточно-плацентарного кровотока IА степени выявлено в 42,8% случаев, нарушение плодово-плацентарного кровотока II степени отмечалось у 28,6% пациенток, что свидетельствует об истощении компенсаторных возможностей пуповинного кровотока. Однако, по данным анализируемой документации имели место лишь единичные случаи досрочной госпитализации с целью решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о нарушениях внутривисцеральных гемодинамических процессов. Изменение параметров объемного кровотока дает возможность выявить ранние стадии нарушения плацентарного кровотока и своевременно решить вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования беременности, направленного на улучшение исходов для плода.

Из биофизических методов определения состояния фето-плацентарной системы одной из основополагающих является кардиотокография, с помощью которой возможна пренатальная диагностика нарушений состояния плода, в частности гипоксии и степени ее тяжести, что оказывает существенное влияние на акушерскую тактику. Информация, предоставляемая этим методом, является частью общих изменений в системе мать-плацента-плод. Кардиотокография проведена в 10,7% случаев, при этом показатель состояния плода во всех случаях был в пределах допустимой нормы.

Анализ данных патоморфологических исследований плодов по весовой категории показал, что в большинстве

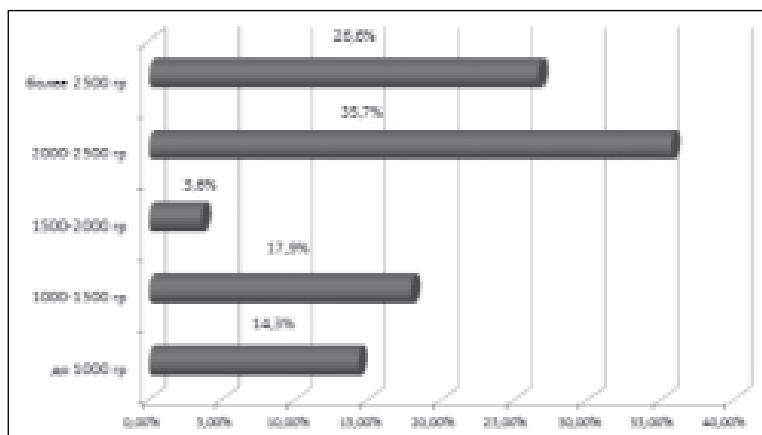


Рисунок 4 – Масса тела новорожденных при рождении

случаев 62,3% – это дети с массой более 2000,0 г, т.е. наиболее жизнеспособные. В весовой категории от 1000,0-1500,0 г – 17,9%, 1500,0-2000,0 г – 3,6% и только 14,3% это плоды до 1000,0 г (рис. 4).

Известно, что важную роль в становлении адаптации при беременности принадлежит плаценте. По литературным данным [1, 2, 4] поражение плаценты (бактериальное, вирусное) вызывает необратимые нарушения и декомпенсацию приспособительных свойств плацентарного комплекса, что оказывает влияние на течение беременности, внутриутробное развитие плода и в конечном итоге обуславливает перинатальный исход.

Полученные нами результаты анализа гистологического исследования плаценты корреспондируют с литературными данными о взаимосвязи изменений в плацентарном комплексе и неблагоприятных перинатальных исходах.

При патоморфологическом исследовании плаценты в 53,6% случаев выявлена ХПН в стадии декомпенсации, в 32,1% случаев гнойный децидуит, в 14,3% – ХПН судкокомпенсированная форма и массивные кровоизлияния в 10,7% случаев. Изучение результатов аутопсии плодов выявило признаки мацерации в 57,2% случаев, что свидетельствует о позднем обращении данных беременных за врачебной помощью и недостаточной информированности пациенток о тревожных симптомах.

Выводы

Таким образом, проведенный анализ показал высокую (68,7%) частотуотягощенного акушерского анамнеза у пациенток с антенатальной гибелью плода. Наиболее частым осложнением течения беременности была угроза прерывания в различные сроки гестации – 31,1% случаев. Среди осложнений гестации отмечены ОРВИ – 28,6% случаев, перинатальные инфекции – 25,0% случаев, многоводие – 10,7%, анемией и низкой плацентацией – в 17,8%, задержкой роста плода – 14,3%. Большинство (89,3%), беременных посещали женскую консультацию, причем 57,1% с I триместра беременности, лишь 3,6% случаев – с III триместра.

Для снижения перинатальной смертности необходимы знание и строгое соблюдения врачами ПМСП протоколов диагностики и лечения МЗ РК, а именно:

- Выявление рисков по развитию осложнений гестационного процесса при каждом посещении беременной женской консультации.
- Информирование женщин о тревожных симптомах в период гестации.
- Исследование на перинатальные инфекции по показаниям.
- Тщательное заполнение гравидограммы и анализ полученных результатов.
- Внедрение теста шевеления плода с 28 недель беременности.
- Своевременная диагностика ЗВРП и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.
- Внедрение изучения биофизического профиля в условиях ПМСП.
- Выявление причин антенатальных потерь в послеродовом периоде.
- Проведение реабилитационной терапии и прегравидарной подготовки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Попова Ю.Ю. Особенности течения беременности и перинатальные исходы у беременных с антенатальной гибелью в анамнезе // Материалы I Международного конгресса по перинатальной медицине VI Ежегодного Конгресса специалистов перинатальной медицины. – М., 2011. – С. 154

2 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Особенности акушерской тактики ведения и перинатальные исходы у беременных с антенатальной гибелью в анамнезе // IV Международный Конгресс по репродуктивной медицине «Проблемы репродукции» (спец. выпуск). – М., 2012. – С. 91-92

3 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Попова Ю.Ю. Этиология и патогенез антенатальной гибели плода // «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии». – 2012. – Т. 3, № 11. – С. 31-40

4 Низамов И.Г., Герасимова Л.И. Основные факторы риска антенатальных и интранатальных потерь // Материалы межвузовской науч.-практ. конференции. – Чебоксары, 2009. – С. 10-20

5 Акушерство. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинского. – М., 2008

6 Низамов И.Г. Анализ деятельности педиатрической и акушерско-гинекологической службы: методические рекомендации / И.Г. Низамов, А.А. Гильманов. – Казань, 2002. – С. 9

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, А.С. ТАЙБОГАРОВА, И.С. КАДРИМБЕТОВА, В.В. ТЕСЛЕНКО

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ПЕРИНАТАЛДЫҚ ӨЛІМ-ЖІТІМДІ АЗАЙТУ ЖОЛДАРЫ

Зерттеудің мақсаты жүкті әйелдердің БМСК дәрігерлері жүргізген кезеңде ұрықтың антенаталдық өлуінің себептерін зерттеу болып табылады.

Материал мен әдістер: қала перзентханаларының біріндегі 54 жүкті әйелдің босану тарихын ретроспективтік шолу жүргізілді. Зерттеуде жасқа, паритетке, инструменталдық тексеру деректеріне, гравидограмманың жүргізілуіне, жұқпалы ауру факторларының бар-жоғына, дәлелді негізі жоқ дәрі-дәрмек препараттарын қабылдауға, жолдасындағы өзгерістердің сипаты мен аутопсияның деректеріне назар аударылды.

Зерттеуден мынадай нәтижелер алынды: жүкті әйелдердің басым көпшілігі (89,3%) әйелдер консультациясына қатысқан. Жүргізілген талдау ауырлатылған акушерлік анамнездің жоғары жиілігін (68,7%) және ұрықтың антенаталдық өлуімен емделушілерде жүктіліктің қиын өтетінін көрсетті. Ұрықтың антенаталдық өлуімен және ҰДҚС-мен емделушілерде 64,3% жағдайда гравидограмма деректері жоқ, ал аталған кесте ербір алмасу картасы үшін және сол картаға қосымша болуы тиіс скринингтік әдіс болып табылады.

Қорытындылар: перинаталдық өлім-жітімді азайту үшін БМСК дәрігерлерінің ҚР ДСМ диагностикалау және емдеу хаттамаларын білуі және қатаң сақтауы қажет.

Негізгі сөздер: Перинаталдық өлім-жітім, ұрықтың антенаталдық өлуі, гравидограмма, жолдас кешені, ұрықтың дамуының кідіру синдромы.

SUMMARY

S.Sh. ISENOVA, Z.A. DATKHAYEVA, A.S. TAIBOGAROVA, I.S. KADRIMBETOV, V.V. TESLENKO

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

WAYS TO REDUCE PERINATAL DEATH

The objective of the study is to examine the causes of antenatal death fetus at the stage of care of pregnant women by primary medical care doctors.

Material and methods: a retrospective analysis of histories of 54 pregnant women childbearing of one of the city's maternity

hospitals. The study drew attention to the age, parity, data of instrumental examination, gravidogram conducting, the presence of infectious factors, medication, having no the evidence base, the nature of changes in the placenta and autopsy data.

We obtained the following findings: the majority (89.3%) of pregnant women took antenatal clinics. The conducted analysis showed a high (68.7%) rate of anamnesis obstetric record and complication of gestation course of women with antenatal fetal death. Patients with antenatal fetal death and

intrauterine growth retardation (IUGR) in 64.3% of cases have no data of gravidogram, although this graphic is a screening method for and should be enclosed to each metabolic record.

Conclusions: to reduce perinatal mortality, primary medical care doctors should know and strictly observe acts of diagnosis and treatment of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.

Key words: *Perinatal mortality, antenatal fetal death, gravidogram, placental complex, intrauterine growth retardation.*

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

УДК 616.33/34/89-008.441.33:576.31

З.К. ГУСЕИНОВА, Д.Ж. ТАЙЖАНОВА, Ж.А. БЕЙСЕНБЕКОВА,
Р.Ж. ТОЙЫНБЕКОВА, З.Б. ТАУЕШЕВА

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

В статье рассмотрены морфофункциональные особенности поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных опийной наркоманией.

Ключевые слова: наркомания, морфология, желудок, двенадцатиперстная кишка, кислотность.

В настоящее время изменились классические формы употребления наркотических веществ и увеличилось число лиц, употребляющих их [1]. Наряду с мононаркоманиями существует множество смешанных и осложненных форм наркомании. Среди опиоманов увеличивается доля употребляющих трудно поддающиеся контролю наркотики, в частности получаемые из различных видов растительного сырья [2]. Соматические расстройства у больных наркоманиями изучены недостаточно, в том числе морфофункциональное состояние желудочно-кишечного тракта. Диагностика хронических повреждений внутренних органов у наркоманов затруднена, ибо долгое время больные не ощущают дисфункции органа или системы [3]. При опийной наркомании в патологический процесс вовлекаются желудок и двенадцатиперстная кишка. Выявление морфофункционального нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных наркоманией имеет первостепенное диагностическое значение, так как при парентеральном введении наркотических веществ токсическое действие препарата в первую очередь повреждает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта [4].

Цель исследования – оценить морфофункциональные особенности поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных опийной наркоманией.

Материал и методы

В клинических условиях обследованы 70 больных, распределенных на две группы: I группа – 40 больных с хронической наркотической интоксикацией в возрасте от 18 до 40 лет. Из них у 5 (12,5%) наркоманов диагностирована язва с локализацией в 12-перстной кишке, у 1 (2,5%) больноу диагностирована язва тела желудка, у 14 (35%) – хронический эрозивный гастрит, у 18 (45%) – хронический атрофический гастрит и у 2 (5%) – хронический поверхностный гастрит. Длительность употребления психоактивного вещества из группы опия со-

ставила от 1 до 10 лет. Во II группу включены 30 больных аналогичного возраста, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении, в том числе у 10 (33,3%) верифицирована язвенная болезнь с локализацией в луковице 12-перстной кишки, у 4 (13%) больных выявлена язва тела желудка, у 2 (7%) – хронический поверхностный гастрит, у 6 (20%) – хронический эрозивный гастрит и у 8 (20%) больных – хронический атрофический гастрит.

Для идентификации диагноза использовали данные анамнеза (характер, выраженность и структуру болевого синдрома, наличие диспепсических расстройств), наличие локальной пальпаторной и перкуторной болезненности в эпигастрии, данные фиброгастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки из антрального отдела и тела желудка. Средний размер (диаметр) язв составил 0,7 см. Кислотообразующую функцию желудка оценивали путем интрагастральной РН-метрии. Хеликобактер пилори в слизистой оболочке желудка определяли в биоптатах из антрума и тела желудка гистологическим методом при окраске метиленовым синим. Выраженность и активность воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка устанавливали при окраске биоптатов гематоксилином и эозином – по интенсивности лимфоплазмодитарной инфильтрации и присутствию в ней нейтрофильного (гранулоцитарного) компонента, используя для объективной оценки результатов визуально-аналоговую шкалу морфологических изменений слизистой оболочки желудка. Оценивали уровень среднего РН тела желудка и антрального отдела. Ощущения пациентов (боль, изжога, чувство голода) регистрировали во время исследования и затем сопоставляли с изменениями кислотопродуцирующей функции. Оценка морфологических изменений в биоптатах проводилась в соответствии с рекомендациями и принципами модифицированной Сиднейской системы [5].