

тельное оценивалось в 66,5% случаев, средней степени тяжести – 26,0%, тяжелой – 7,5%. По шкале Арга у детей, родившихся от матерей с хроническим гепатитом «В», встречаемость низких показателей была выше, чем в контрольной группе, однако достоверных различий между группами не выявлено. Из всех обследованных новорожденных на наличие HBsAg выявлены положительные результаты в 6,8% случаев (рис.7).

Полученные данные об особенностях течения беременности у женщин, больных вирусным гепатитом «В», являются основанием для разработки и внедрения в амбулаторно-поликлиническое звено целенаправленной тактики диагностики с целью дообследования после выписки из родильного дома, диспансеризации и реабилитационной терапии, своевременной вакцинации новорожденных, профилактики осложнений беременности, родов и передачи инфекции от матери к плоду.

Выводы

1. Наиболее частым клиническим вариантом гепатита «В» у беременных являются хронические формы заболевания с минимальной и слабовыраженной степенью активности.
2. Острый гепатит «В» неблагоприятно влияет на течение и исход беременности, в частности повышается риск угрозы выкидыша, угрожающих преждевременных родов.
3. У женщин с хроническим вирусным гепатитом «В» в родах возрастает

частота преждевременного излития околоплодных вод, кровотечений в раннем послеродовом периоде.

4. Вирусный гепатит «В» негативно влияет на фетоплацентарный комплекс, что проявляется в хронической гипоксии, внутриутробной задержке развития плода и возможности передачи вируса от матери к плоду.

Заключение. При вирусном гепатите «В» только своевременно проведенная прегравидарная подготовка, правильно принятые решения по вынашиванию беременности, плановая родовая госпитализация, плановое родоразрешение, щадящее и бережное ведение родов, послеродового периода могут повлиять на благоприятный исход для матери и плода.

Литература

1. Богдашкин Н.Г. Течение беременности родов при хронических гепатитах у женщин / Н.Г. Богдашкин, В.И. Грищенко, В.Г. Почепцов // Акушерство и гинекология. – 1979. – №1. – С.36-40.
2. Bogdashkin N.G. Course of pregnancy, delivery at chronic hepatitis in women / N.G. Bogdashkin, V.I. Grisichenko, V.G. Pocheptsov // Obstetrics and gynecology. – 1979. – № 1. – P.36-40.
3. Де Черни А.Х. Заболевания желудочно-кишечного тракта / А.Х. Де Черни, Л. Натан // Акушерство и гинекология. 1 ч. – 2008. – С.554-557.
4. De Cherny A.H. Diseases of the gastrointestinal tract / A.H. De Cherny, L. Nathan // Obstetrics and Gynecology. – 1 part. – 2008. – Pp. 554-557.
5. Диденко Л.В. Активность некоторых ферментов в сыворотке крови в сопоставлении с функциональным состоянием печени у беременных с поздними токсикозами. / Л.В.Диденко // Акушерство и гинекология. – 1969. – №1. – С.25-28.
6. Didenko L.V. The activity of certain enzymes in the blood serum in relation to the functional state of the liver in pregnant women with late toxicosis / L.V. Didenko // Obstetrics and Gynecology. – 1969. – № 1. – P. 25-28.
7. Илосталло П.И. Поражение печени при беременности / П.И. Илосталло, О.И. Иликарало, П.П. Иярвинен // Акушерство и гинекология. – 1978. – №2. – С.58-59.
8. Ilostalo P.I. Liver damage in pregnancy / P.I. Ilostalo, O.I. Ilikarkalo, P.P. Iarvinen // Obstetrics and gynecology. – 1978. – № 2. – P.58-59.
9. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Гл. ред. акад. В.И. Кулаков, проф. В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский. – 2007. – С. 171, 205, 207, 215-216.
10. Guidelines for out-patient care in obstetrics and gynecology / Ch. Ed. Acad. V.I. Kulakov, prof. V.N. Prilepskaya, V.E. Radzinsky. – 2007. – P.171, 205, 207, 215-216.
11. Савельева Г.М. Токсикозы беременных / Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Т.А. Старостина // Акушерский стационар. – 1984. – С.49-50.
12. Savelieva G.M. Toxemia of pregnancy / G.M. Savelieva, V.N. Serov, T.A. Starostina // Obstetric stationar. – 1984. – P.49-50.
13. Шехтман М.М. Заболевания печени / М.М. Шехтман // Экстрагенитальные заболевания и беременность. – 1982. – С.152-158.
14. Schechtman M.M. Liver disease / M.M. Shehtman // Extragenital disease and pregnancy. – 1982. – P.152-158.
15. Соколова М.Ю. Дифференциальный диагноз желтух у беременных / М.Ю. Соколова // Экстрагенитальная патология. – 2010. – С.4,155-171.
16. Sokolova M. The differential diagnosis of jaundice in pregnancy / M.Yu. Sokolova // Extragenital pathology. – 2010. – P.4,155-171.

Н.Г. Иванова, П.Г. Петрова, А.М. Голубев, А.Ф. Потапов

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВОДНОГО БАЛАНСА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

УДК 618.4-089.5(571.56)

Проведено проспективное исследование показателей гемодинамики и водного баланса у беременных женщин с гестозом, которым в Перинатальном центре РБ №1-Национального центра медицины г. Якутска в период с 2010 по 2012 г. выполнена операция кесарево сечение в условиях спинномозговой анестезии (СМА).

Исследования выявили, что в показателях центральной и периферической гемодинамики после проведения СМА отмечаются характерные изменения в группе женщин с гестозом, которые необходимо учитывать. Таким образом, измерение показателей гемодинамики и водного баланса при операции кесарево сечение у беременных женщин с гестозом является необходимым компонентом оперативного вмешательства и анестезии.

Ключевые слова: гестоз, гемодинамика, водно-секторальный баланс, спинномозговая анестезия, кесарево сечение.

A prospective study of hemodynamic parameters and water balance in pregnant women with gestosis, to which in the Perinatal Center of the RH № 1 - the National Medical Center of Yakutsk in the period from 2010 to 2012 a cesarean section under spinal anesthesia was performed (SA).

Our studies have revealed that in the indicators of the central and peripheral hemodynamics after SA there are characteristic changes in the group of women with gestosis which must be considered. Thus, the measurement of hemodynamic parameters and water balance at the cesarean section in pregnant women with gestosis is a necessary component of surgery and anesthesia.

Keywords: gestosis, hemodynamics, water - sectoral balance, spinal anesthesia, cesarean section.

ИВАНОВА Наталья Георгиевна – аспирант МИ СВФУ им М.К. Аммосова, врач анестезиолог-реаниматолог Перинатального центра РБ №1-НЦМ, www.ivnaga@mail.ru; **ПЕТРОВА Пальмира Георгиевна** – д.м.н., проф., директор МИ СВФУ; **ГОЛУБЕВ Аркадий Михайлович** – д.м.н., проф., зам. директора Института общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН; **ПОТАПОВ Александр Филиппович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ, www.paf@mail.ru.

Введение. Гестоз относится к наиболее сложному разделу практической медицины, частота его за последние годы увеличилась и составляет 14-21% от всех акушерских патологий [7]. В патогенезе гестоза основную роль играют артериолоспазм и нарушение сосудистой проницаемости, в результате которых формируется парадоксальное сочетание гиповолемии и задержки воды в интерстиции, что приводит к выраженным сдвигам гемодинамики [6].

Основой развития гипергидратации является повреждение сосудистых эндотелиальных клеток, которые выполняют целый ряд важнейших функций, включая поддержание наполненности водных секторов организма на определенном уровне. Именно повреждение сосудистых эндотелиальных клеток является причиной повышенной капиллярной проницаемости при тяжелых формах гестоза. Отек интерстициального пространства возникает тогда, когда жидкость фильтруется через микроциркуляторное русло быстрее, чем удаляется лимфатической системой. При этом транспорт жидкости через сосудистый эндотелий в интерстициальное пространство определяется величинами гидростатических и онкотических давлений по обе стороны стенки капилляра и описывается уравнением Старлинга [3-5].

Генерализованный спазм сосудов, повреждение эндотелия и резкое увеличение проницаемости сосудистой стенки, характерные для гестоза и его тяжелых вариантов течения – преэклампсии и эклампсии, приводят к выраженным гемодинамическим и волеическим нарушениям. Указанные нарушения могут быть усугублены операционной кровопотерей, влиянием методов и средств, применяемых для обезболивания, а также некорректной инфузионной терапией. Поэтому составление программы инфузионной терапии во время операции у этой категории пациентов представляет определенную сложность и требует четкого понимания происходящих патологических процессов, оценки выраженности нарушений гемодинамики и сдвигов водного баланса.

Целью исследования является оценка степени нарушений показателей гемодинамики и водного баланса во время оперативного родоразрешения у рожениц с гестозом в условиях спинномозговой анестезии (СМА).

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 140 беременных женщин с гестозом, находившихся в отделении

анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (ОАРИТ) акушерства и гинекологии Республиканской больницы №1-Перинатального центра Национального центра медицины (РБ №1- ПЦ НЦМ) г. Якутска в период с 2010 по 2012 г.

Все исследуемые пациентки были разделены на две группы: I – контрольная, включившая 79 пациенток без проявлений гестоза; II – основная, в которую вошла 61 пациентка с гестозом (табл.1). Диагноз гестоз выставлен на основании современной классификации, принятой на международном форуме “Мать и дитя” в 2005 г. [1].

Основным показанием к оперативному родоразрешению у женщин I группы явился осложненный акушерский анамнез в сочетании: рубец на матке – у 51 (64,5%), неподготовленные родовые пути – у 19 (24), преждевременное излитие околоплодных вод – у 9 (11,3%) женщин. Во II группе показаниями к оперативному родоразрешению в большинстве случаев явились: прогрессирование гестоза и неэффективность консервативного лечения – у 52 (85,2%), угрожающая асфиксия плода – у 5 (8,1) и преэклампсия – у 4 (6,5%) беременных.

Исследование параметров центральной и периферической гемодинамики и водного баланса проводили неинвазивным путем с помощью комплекса мониторинга кардио-респираторной системы и гидратации тканей КМ-АР-01 “ДИАМАНТ” (г. Санкт-Петербург) (Регистрационное удостоверение №29/08040998/6111-01 от 13.02.2001 г.) в режиме интегральной реографии тела и импедансометрии.

Измерялись следующие показатели гемодинамики: ЧСС – частота сердечных сокращений, уд/мин; САД – среднее артериальное давление, мм рт.ст.; СИ – сердечный индекс, л*мин⁻¹*м⁻²; УОК – ударный объем крови, мл; УИ – ударный индекс, мл*м⁻²; МОК – минутный объем кровообращения, л*мин⁻¹; ОПСС – общее периферическое сосудистое сопротивление, дин*с*см⁻⁵; КИТ – коэффициент интегральной тоничности сосудов, усл.ед.; КР – коэффициент резерва, %. Измерялись также показатели водного баланса, л: ООЖ – объем общей жидкости, ВНЕ – внеклеточная жидкость, ВНУ – внутриклеточная жидкость, ОП – объем плазмы, ОК – объем крови.

В качестве нормы водных секторов использованы данные исследований у небеременных женщин [2].

Измерения проводились на 5 этапах:

Таблица 1

Характеристика групп исследования

Показатель	I группа	II группа
Возраст, лет	29,47±4,45	32,3±5,63
Масса тела, кг	70,11±8	79,3±9,85
Рост, см	163,71±5,61	165±7,02
Срок гестации, нед.	39,23±0,95	36,85±1,2
ASA	I, II	II, III

перед операцией, после СМА; после извлечения плода; в конце операции во время ушивания раны; в послеоперационном периоде непосредственно после перевода в палату ОАРИТ.

У всех больных премедикация включала атропина сульфат 0,1% – 0,5-0,7 мг, димедрол 1% – 2 мг, дормикум 2-3 мг внутривенно. В I группе инфузионную терапию проводили в объеме 5-7 мл/кг растворами кристаллоидов, во II группе – из расчета 3-5 мл/кг раствора Стабизола.

СМА проводили по общепринятой методике, в положении женщины на левом боку, на уровнях L3-4 или L4-5 под местной анестезией, иглой диаметром G 20-27. Для анестезии использовали изобарический раствор бупивакаина 0,5% (Маркаин спинал) в дозировке 10–15 мг.

Статистическая обработка и анализ полученных данных производились с помощью компьютерной программы Microsoft Excel (версия 7.0 для Windows 2000). При оценке всей совокупности вычислялись средние значения (M) и ошибка среднего (m); при проведении выборочной оценки – выборочное среднее (X) и выборочное стандартное отклонение (σ); достоверность отличий (p) между двумя группами определяли по t-критерию Стьюдента. Статистически значимыми считали показатели при вероятности ошибки p<0,05.

Результаты и обсуждение. Исследование выявило, что показатели центральной и периферической гемодинамики беременных без сопутствующего гестоза (I группа) в дооперационном периоде находятся в пределах нормы (табл.2). После проведения СМА отмечается незначительное, в 1,2 раза, повышение ЧСС (до 93,9±15,67 уд/мин) (p<0,05), СИ (до 4,7±1,3 л*мин⁻¹*м⁻²) (p<0,05), снижение САД (до 61,3±14,0 мм рт.ст.) (p<0,05) на фоне несущественного снижения показателя ОПСС (до 1114,67±409,66 дин*с*см⁻⁵). На момент извлечения плода происходит некоторое повышение показателей ОПСС, СИ, УОК, которые уже к концу операции возвращаются к исходным значениям.

Безусловно, вид обезболивания влияет на показатели гемодинамики.

Таблица 2

Динамика показателей гемодинамики на этапах исследования

Группа	Перед операцией	После СМА	Извлечение плода	Конец операции	После операции
ЧСС, уд/мин					
I	81,1±11,3*	93,9±15,7*	86,6±23,9*	92,0±26,2*	71,5±12,6*
II	81,1±11,3**	86,8±17,1**	87,3±20,4**	91,1±22,2**	71,1±12,6**
сАД, мм рт.ст.					
I	76,3±8,6*	61,3±14,0*	87,5±6,8*	84,5±5,9*	83,1±7,8*
II	89,5±26,0**	110,8±13,2**	101,6±18,6**	100,2±19,5**	103,2±11,8**
СИ, л*мин ⁻¹ *м ⁻²					
I	3,9±1,1*	4,7±1,3*	4,6±1,8*	5,1±1,5*	4,0±1,3*
II	3,8±1,3**	4,1±2,6**	4,2±1,9**	4,2±1,9**	3,4±1,1**
УОК, мл					
I	62,3±16,0*	68,3±17,5*	84,8±19,0*	80,2±19,8*	74,9±17,3*
II	69,3±14,5**	69,6±22,8**	76,3±29,1**	72,5±26,3**	73,1±20,1**
УИ, мл*м ⁻²					
I	48,9±14,8*	44,8±10,0*	56,4±19,2*	56,0±15,7*	54,8±12,8*
II	47,5±13,3**	45,8±20,2**	49,8±25,9**	43,4±12,2**	48,8±13,1**
МОК, л*мин ⁻¹					
I	5,1±1,2*	5,6±1,7*	6,9±2,1*	7,5±2,4*	5,3±1,3*
II	5,5±1,2**	6,0±2,1**	7,0±3,3**	6,3±2,7**	5,8±1,7**
ОПСС, дин*с*см ⁻⁵					
I	1247,9±436,4*	1114,7±409,7*	1413,5±682,9*	1100,1±483,1*	1225,0±348,8*
II	1687,6±839,8**	2568,5±1054,7**	2725,0±1591,4**	1888,7±982,9**	3307,0±1170,0**
КИТ, усл.ед.					
I	71,5±5,2*	68,1±12,2*	71,5±8,2*	69,8±5,9*	75,2±10,3*
II	76,6±5,5**	75,0±5,6**	71,9±7,8**	69,9±5,5**	71,6±3,5**
КР, %					
I	104,4±40,1*	124,3±43,2*	152,0±49,0*	147,3±51,0*	122,5±28,4*
II	124,9±22,6**	131,6±33,9**	136,8±47,3**	139,2±48,0**	130,7±35,8**

Примечание. В табл. 2-3 *показатель достоверно отличается от исходного ($p<0,05$), ** показатель достоверно отличается от значений I группы ($p<0,05$).

Таблица 3

Динамика показателей водного баланса на этапах исследования

Группа	Перед операцией	После СМА	Извлечение плода	Конец операции	После операции
ООЖ, л					
I	27,48±3,01*	30,92±3,05*	30,91±3,26*	30,61±3,05*	28,44±3,69*
II	30,68±4,53**	29,26±5,43**	29,17±5,50**	29,17±5,48**	30,93±4,27**
ВНЕ, л					
I	9,41±0,82*	10,60±1,32*	10,65±1,61*	10,24±1,74*	9,25±2,60*
II	10,36±1,72**	9,78±2,21**	9,43±1,8**	7,85±2,08**	10,41±1,6**
ВНУ, л					
I	18,98±2,15*	20,13±1,96*	20,53±2,63*	20,27±2,21*	18,72±2,40*
II	20,09±2,86**	19,65±4,09**	19,87±4,02**	19,8±3,91**	20,54±3,0**
ОП, л					
I	2,12±0,18*	2,36±0,29*	2,34±0,37*	2,36±0,38*	2,23±0,42*
II	2,39±0,43**	2,26±0,51**	2,18±0,42**	2,14±0,42**	1,82±0,87**
ОК, л					
I	3,39±0,53*	4,02±0,53*	3,98±0,63*	4,0±0,68*	3,96±0,61*
II	3,97±0,63**	3,72±0,86**	3,59±0,68**	3,57±0,7**	3,89±0,67**

Проведение СМА на фоне исходной гиповолемии способствует развитию гипотонии, которая требует коррекции путем вольемической нагрузки или применения вазопрессоров. В нашем исследовании применение вазопрессоров с целью профилактики артериальной гипотензии (эфедрина гидрохлорид 5%-0,5-1,0 п/к) у женщин I группы потребовалось в 37 (46,8%) случаях.

Наиболее выраженные изменения показателей гемодинамики характерны для рожениц с гестозом (II группа) (табл.2). Прежде всего обращает внимание повышенный показатель ОПСС на всех этапах исследования. Так, исходное ОПСС увеличено в 1,4 раза (до 1687,6±839,8 дин*с*см⁻⁵) ($p<0,05$) по сравнению с показателями I группы. Затем, на этапе извлечения плода, ОПСС повышается в динамике в 1,6 раза (до 2725,07±1591,47 дин*с*см⁻⁵). Более того, эти высокие цифры сохраняются и в послеоперационном периоде (3307,0±1170,0 дин*с*см⁻⁵) ($p<0,05$). Среди показателей центральной гемодинамики наибольшие сдвиги характерны для параметров МОК – на момент извлечения плода его цифры увеличиваются в 1,3 раза от исходных, достигая 7,03±3,26 л*мин⁻¹ ($p<0,05$). Представленные сдвиги можно объ-

яснить резкими изменениями пред- и постнагрузки на левые отделы сердца и централизацией кровообращения. Заметим, что в послеоперационном периоде у рожениц с тяжелым гестозом повышенные цифры ОПСС сохраняются до 2–3 суток.

Исследование водно-секторального баланса показало, что у женщин I группы исходные показатели ООЖ, ВНЕ, ВНУ, ОК, ОП несколько ниже нормы (табл.3).

Во время кесарева сечения в дан-

ной группе увеличивается жидкость во всех водных секторах (ООЖ, ВНЕ, ОК, ОП, ВНУ), достигая к моменту извлечения плода соответственно 30,91±3,26; 10,65±1,61; 3,98±0,63; 2,34±0,37 и 20,53±2,63 л ($p<0,05$). После операции указанные сдвиги водных секторов возвращаются к исходным значениям. Добавим, что объем кровопотери у женщин данной группы составил 500,0±50,0 л, средний объем инфузии во время операции – 400,0±140,0 мл кристаллоидов.

Напротив, у женщин II группы отмечается исходная гиперволемиа, прежде всего, за счет повышения ООЖ и ВНЕ ($30,68 \pm 4,53$ и $10,36 \pm 1,32$ л соответственно). Во время операции значения ООЖ и ВНЕ снижаются -- $29,26 \pm 5,43$ и $19,65 \pm 4,09$ л ($p < 0,05$). В послеоперационном периоде показатели ООЖ и ВНЕ повышаются до исходных цифр.

Объем кровопотери у женщин II группы составил $560,0 \pm 110,0$ мл, объем инфузии -- $325,0 \pm 78,0$ мл.

В целом, представленные изменения водного баланса женщин I группы обусловлены относительной гиповолемией, характерной для конца III триместра беременности. Отмеченное в нашем исследовании увеличение ОК, ОП, ООЖ и ВНЕ на момент оперативного родоразрешения связано как с проводимой инфузионной терапией, так и выбросом крови из депо и перераспределением кровотока.

Представленные данные свидетельствуют, что инфузионная терапия у женщин с гестозом требует более четкого контроля его объема и качественного состава. В отличие от здоровых беременных, у женщин с гестозом после СМА не отмечается значительного снижения САД и ОПСС, что связано с имеющимся тотальным спазмом сосудов. Вместе с тем при извлечении плода на пике гемодинамических сдвигов, на фоне секторального водного дисбаланса имеется наибольший риск развития такого осложнения, как отек легких. При этом, на наш взгляд, именно СМА, в отличие от общей анестезии, может нивелировать развитие застоя крови в малом круге кровообращения при гестозе, за счет снижения тонуса

периферических сосудов и, соответственно, уменьшения преднагрузки.

Выводы:

1. У беременных без сопутствующего гестоза во время операции кесарево сечение под СМА первоначальное снижение ОПСС сменяется его повышением в 1,3 раза от исходных цифр при увеличенных УОК, МОК и СИ (в 1,3 раза) и КР (1,4 раза). Водный баланс у этой категории женщин характеризуется повышением всех водных секторов (ООЖ, ВНЕ, ВНУ, ОП, ОК). Сдвиги гемодинамики и водного баланса нормализуются в течение первых часов после операции.

2. Для беременных с гестозом отмечается исходное повышение ОПСС и МОК, которые на момент извлечения плода возрастают в 1,6 и 1,3 раза соответственно. Водный баланс у этой категории женщин характеризуется исходным повышением всех водных секторов, прежде всего за счет его внеклеточной части, объем которой увеличивается в 1,3 раза. Во время операции кесарево сечение наблюдается снижение жидкости во всех водных секторах. Указанные нарушения сохраняются в течение 3-4 дней после операции.

3. Периоперационная оценка центральной и периферической гемодинамики и водно-секторального баланса рожениц обеспечивает контроль и обоснование инфузионной терапии. При тяжелых формах гестоза инфузионная терапия должна проводиться с учетом данных мониторинга гемодинамики.

Литература

1. Айламазян Э.К. Гестоз: теория и практика: учебное пособие / Э.К. Айламазян. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 273с.

Ailamazyan E.K. Gestosis: theory and practice: a manual / E.K. Ailamazyan, E.V. Mozgovaia. - M.: MEDpress - Inform 2008. - 273 p.

2. Волкова Е.В. Особенности центральной гемодинамики и жидкостных объемов у беременных с артериальной гипертензией: автореф...канд.мед. наук / Е.В. Волкова. - М., 2003. - 121с.

Volkova E.V. Features of the central hemodynamics and fluid volume in pregnant women with hypertension: PhD thesis / E.V. Volkova. - M., 2003. - 121 p.

3. Галушка С.В. Целесообразность применения коллоидов в терапии преэклампсии у рожениц / С.В. Галушка // Хирургия. - 2007. - т.09. - №1. - с. 1-2.

Galushka S.V. The feasibility of using colloids in the treatment of preeclampsia in women in childbirth / S.V. Galushka // Surgery. - 2007. - V.9. - № 1. - P. 1-2.

4. Подольский Ю.С. Нарушение водных секторов у рожениц в эклампсической коме / Ю.С. Подольский // Саратовский медицинский журнал. - 2009. - №2. - С. 185-187.

Podolsky Y.S. Violation of water sectors in childbirth in eclamptic coma / Y.S. Podolsky // Saratov Medical Journal. - 2009. - № 2. - P. 185 - 187.

5. Подольский Ю.С. Интенсивное лечение эклампсической комы: автореф...д-ра мед. наук / Ю.С. Подольский. - М., 2010. - 39с.

Podolsky Y.S. Intensive treatment of eclamptic coma: MD thesis / Y.S. Podolsky. - M., 2010. - 39 p.

6. Хусаинова Д.Ф. Состояние центральной и периферической гемодинамики, ее вариабельность в зависимости от тяжести гестоза у беременных женщин: автореф. дисс...канд. мед. наук / Д.Ф. Хусаинова. - Екатеринбург, 2005. - 25с.

Khusainova D.F. Condition of the central and peripheral hemodynamics, its variability, depending on the severity of preeclampsia in pregnant women: PhD thesis / 14.00.06 / D.F. Khusainova. - Ekaterinburg, 2005. - 25 p.

7. Юпатов Е.Ю. Значение исследования гемодинамики беременных для оценки эффективности комплексной терапии позднего гестоза / Е.Ю. Юпатов // Казанский медицинский журнал. - 2006. - №4. - Т.4. - С. 288 - 292.

Yupatov E.J. Significance of the study of the pregnant hemodynamics to assess the effectiveness of the treatment of late gestosis / E.J. Yupatov // Kazan Medical Journal. - 2006. - №4. - V.4. - P. 288.

Г.И. Симонова, К.К. Созонова, О.В. Татаринова,
С.В. Мустафина, В.Н. Неустроева, Л.В. Щербакова

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЯКУТИИ

УДК 661-056.52-053.2

СИМОНОВА Галина Ильинична – д.м.н., проф., зав. лаб. НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск); **СОЗОНОВА Колымана Константиновна** – врач-эндокринолог Гериатрического центра РБ №3 МЗ РС(Я), alekoma@mail.ru; **ТАТАРИНОВА Ольга Викторовна** – к.м.н., зам. гл. врача РБ №2 – Центра экстренной медицинской помощи МЗ РС(Я), с.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН; **МУСТАФИНА Светлана Владимировна** – к.м.н., с.н.с. НИИ терапии СО РАМН, svetamustafina@rambler.ru; **НЕУСТРОЕВА Варвара Николаевна** – н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, neusvn@mail.ru; **ЩЕРБАКОВА Лилия Валерьевна** – с.н.с. НИИ терапии СО РАМН.

На репрезентативной выборке жителей г. Якутска изучена распространенность метаболического синдрома (МС) по разным дефинициям среди населения пожилого и старческого возраста, в т. ч. долгожителей.

Выявлено, что распространенность МС по разным дефинициям среди жителей г. Якутска в возрасте 60 лет и старше варьирует в широких пределах. По всем дефинициям частота МС у коренного населения в полтора-два раза меньше, чем у некоренного, и у мужчин реже, чем у женщин.

Ключевые слова: эпидемиология, метаболический синдром, абдоминальное ожирение.

On a representative sample of Yakutsk residents we studied the prevalence of metabolic syndrome (MS) according to different definitions of the elderly population, including long-livers.

We revealed that the prevalence of MS according to different definitions in the Yakutsk residents aged 60 years and older widely varied. By all definitions the frequency of MS in the indigenous population in one and a half and two times lower than that of non-indigenous, and in men less frequently than in women.

Keywords: epidemiology, metabolic syndrome, abdominal obesity.