

молодого возраста: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – 2000. – 24с.

18. **Меерсон Ф.З.** Первичное стрессорное повреждение миокарда и аритмическая болезнь сердца // Кардиология. – 1993. – №4,5. – С. 50-59,58-64

19. **Maron B.J., Klues H.G.** Surviving competitive athletics with hypertrophic cardiomyopathy. // Am. J. Cardiol. – 1994. – Vol.73, Pt.15, №6. – P.1098–1104.

20. **Maron B.J., Pelliccia A., Spitiro P.** Cardiac disease in young trained athletes // Circulation. – 1995; 91; 1596-1601.

21. **Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. и др.** Пролапс митрального клапана. Ч. 1. Фенотипические особенности и клинические проявления // Кардиология. – 1998. – Т. 38, № 1. – С. 72-80.

22. **Михайлова А.В., Мазеркина И.А., Линде Е.В., Смоленский А.В.** Дифференциальная оценка диагноза пролапса митрального клапана в связи с перспективой занятий спортом // Материалы совместной научно-практической конференции РГАФК, МГАФК и ВНИИФК. – М., 2001. – С. 237-239.

23. **Михайлова А.В.** Фенотипические характеристики и структурно-морфологические особенности миокарда левого желудочка у спортсменов с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дисс. канд. дисс. – СПб., 2004. – 23 с.

24. **Сольская Т.В.** Особенности развития аутоиммунных реакций при разных уровнях двигательной активности: Автореф. дисс. канд. биол. наук. – Киев, 1988. – 23 с.

25. **Шахрджерди Ш., Смоленский А.В., Михайлова А.В., Исаяева Е.Н.** Особенности распределения нарушений ритма и проводимости у спортсменов с пролапсом митрального клапана // Теория и практика физической культуры. – 2004. – №5.

26. **Соболева А.В., Киселев И.О., Рудоманов О.Г., Захаров Д.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.** Влияние генотипа белков ренин-ангиотензинового каскада на структурно-функциональное состояние миокарда у спортсменов // Артериальная гипертензия. – 2002 – Т. 4, №3.

27. **Смоленский А.В., Любина Б.Г.** Внезапная смерть в спорте: мифы и реальность. // Теория и практика физической культуры. – 2004. – №5.

Е.А. Борисова, Н.И. Дуглас

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Невынашивание беременности представляет собой одну из наиболее важных проблем здравоохранения во всем мире. По данным Коллегии МЗ РФ (2002), ежегодно в стране почти каждая пятая желанная беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем, общее количество которых составляет 180000 в год, из них 75-80% составляют прерывание беременности до 12 недель, неразвивающаяся беременность обуславливает 45-88,6% всех случаев ранних самопроизвольных выкидышей. Несмотря на большое количество исследований, посвященных профилактике и лечению невынашивания, частота преждевременных родов составляет 5-10%. В конечном счете формируется патологическая цепочка, последним звеном в которой является факт снижения в течение каждых пяти лет на 20% женщин, способных родить ребенка [2].

В этой связи особенно актуально стоит вопрос о сохранении и физиологическом развитии беременности у супружеских пар, желающих иметь детей. Решение проблемы синдрома потери плода (неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш) считается одной из наиболее приоритетных задач современного акушерства и гинекологии и является важной частью программы, направленной на

улучшение репродуктивного здоровья населения [6]. Кроме того, неразвивающаяся беременность и самопроизвольные аборт в ряде регионов России удерживают лидирующие места в структуре материнской смертности до 28 недель беременности в связи с развитием тяжелых кровотечений [5].

Невынашивание беременности – это универсальный, интегрированный ответ женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии здоровья беременной, внутриутробного плода, окружающей среды и многих других факторов, причем они могут действовать последовательно или одновременно.

Среди различных факторов риска невынашивания все большее значение приобретают исходные фоновые воспалительные заболевания уrogenитального тракта. Успехи микробиологии и вирусологии к настоящему времени создали предпосылки к пониманию генеза нарушений репродуктивной системы и обеспечили возможность более глубокого понимания механизмов невынашивания беременности на фоне перенесенных воспалительных заболеваний уrogenитального тракта [1-4].

Вместе с тем патогенез невынашивания на фоне воспалительных процессов уrogenитального тракта изучен недостаточно. Отсутствуют четкие данные об особенностях формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса и нарушений состояния внутриутробного плода и

новорожденного в зависимости от исходных особенностей микробиоценоза половых путей. Кроме того, отсутствуют данные об эффективном подходе к профилактике невынашивания беременности с учетом основных причин воспалительного процесса.

Все вышеизложенное является достаточным обоснованием актуальности выбранной научной задачи.

Целью исследования является разработка путей снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с невынашиванием и воспалительными заболеваниями уrogenитального тракта в анамнезе на основе изучения особенностей микробиологического статуса и функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также усовершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели и задач было отобрано 55 женщин с невынашиванием беременности инфекционного генеза в анамнезе по следующим критериям:

– наличие в анамнезе одного или более самопроизвольных выкидышей подряд от одного и того же полового партнера;

– отсутствие хромосомных аномалий в кариотипе супругов;

– отсутствие грубых анатомических дефектов внутренних половых органов (пороки развития матки, внутриматочные синехии, непроходимость маточных труб);

– отсутствие оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, ушивание перфорационного отверстия, консервативная миомэктомия);

– отсутствие выраженных соматических и эндокринных заболеваний.

Кроме того, в исследование вошли только те женщины, возраст которых не превышал 35 лет. Это было сделано с целью нивелировать влияние возраст-зависимых факторов на результаты исследования, так как после 35 лет повышается частота образования яйцеклеток с аномальными наборами хромосом, в частности трисомией по 21-й и 18-й парам хромосом.

Как уже говорилось, урогенитальная инфекция имеет неблагоприятное влияние на течение беременности и внутриутробное состояние плода, что требует соответствующей медикаментозной коррекции.

Мы считаем, что с целью снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с различными формами инфекции необходим только комплексный подход, направленный на коррекцию всех патогенетических звеньев развивающейся патологии. Причем начинать с предгравидарного этапа, а также правильно выбирать тактику ведения беременности на более опасных для развития осложнений периодах.

Предлагаемая нами методика состоит из следующих моментов:

1 этап – предгравидарная подготовка:

Планирование и подготовка к беременности – только при стойкой и длительной (более 6 месяцев) ремиссии герпес-вирусной инфекции, а также после устранения нарушений в репродуктивной системе с учетом основных факторов прерывания беременности.

– В первую очередь необходимо обеспечить материнский организм пластическим и энергетическим материалом в легкоусвояемой форме, а это рациональное и полноценное питание – обогащение пищевого рациона олигопептидами (отварное мясо, рыба, творог).

Важным условием правильной подготовки к беременности является нормализация иммунного и интерферонов статусов пациенток с использованием энзимотерапии.

Так как практически любая инфекция сопровождается нарушением процессов энергетике и метаболизма на клеточном, тканевом и органном уровнях человеческого организма,

предгравидарная подготовка должна также включать метаболическую терапию. При этом используют комплекс препаратов, стимулирующих биоэнергетические процессы в клетках и тканях – рибофлавин–моноклеотид, липоевая кислота, пантотенат кальция, рибоксин, оротат калия, пиридоксальфосфат, фитин, троксевазин. Метаболическую терапию назначают в течение 7 дней с 2–3 недельным перерывом, в виде комплексов.

– Обязательно применение суммы токоферолов (Vit E 400 ME), которые являются ингибиторами апоптоза, стимуляторами синтеза рибосомального синтеза белка и обладающих антиоксидантными свойствами. 400 ME натурального витамина E содержит: 80% d-α- токоферолов и 20% смесь β, γ, дельта E – токоферолов, для профилактики назначают 400 мг.

– Синергистами витамина E являются каротиноиды. Бета-каротин, являясь предшественником витамина A, обладает антиоксидантными свойствами, так как является одним из мощных природных оксидантов, потенцирует эффект токоферолов, а также обладает способностью превращаться в витамин A. Рекомендуемая доза – 10000 ME бета – каротина.

Целесообразно назначение микродоз аспирина (тромбо-асс) по 60–80 мг в сутки, который оказывает ингибирующее действие на апоптоз, а также влияет на кровоток в микрососудах, фитоседативных средств, таких как валериана и пустырник (отвар пустырника – 15:200 или настойка – по 30 капель 3 раза в сутки).

2 этап – 6-8 нед. беременности:

– гормональная коррекция – утрожестан;

– коррекция микробиоценоза половых путей – гравегин, бетадин*;

– иммунокорректирующая терапия – протекфлазид, виферон*.

Протекфлазид – новый препарат иммуномодулирующего и противовирусного действия растительного происхождения отечественного производства (НПК «Экофарм»). В состав Протекфлазида входят флавоноидные гликозиды, которые содержатся в диких злаках Deschampsia caespitosa L. и Calama-grostis epigeios L., которые способны блокировать ДНК-полимеразную активность в клетках, инфицированных вирусами. Это приводит к снижению способности или полной блокаде репликации вирусной ДНК и препятствует размножению вирусов.

* Препараты выбора.

Одновременно, что является особенно ценным, Протекфлазид увеличивает продукцию эндогенных альфа- и гамма-интерферонов и тем самым восстанавливает активность клеток макрофагального ряда с последующей модуляцией состояния клеточного иммунитета и запуска репаративно-регенераторных процессов. Препарат не имеет кумулирующих свойств, эмбриотоксического, тератогенного, канцерогенного и аллергизирующего эффектов.

Ряд вышеперечисленных особенностей механизмов действия Протекфлазида позволил нам включить данный препарат в комплексное лечение осложнений беременности у женщин с урогенитальной инфекцией.

– подготовка полового партнера – протекфлазид; виферон;

– коррекция дисметаболических нарушений та же, что и на 1-м этапе, с изменением дозировки Vit E 400 ME при угрозе прерывания в первом триместре беременности 800 мг.

3 этап – 8-10 нед. и 18-20 нед. – до 20 нед. беременности:

– гормональная терапия – утрожестан до 12 нед., после 12 нед. – дюфастон;

– коррекция микробиоценоза половых путей – пимафуцин; дюфлюкан, микрофлюкан после 12 нед.;

– комплексная метаболическая терапия та же, что и на 1-м этапе, с изменением дозировки – Vit E 400 ME во втором триместре 1200 мг;

– иммунокорректирующая терапия.

Для выявления эффективности предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий был проведен сравнительный анализ течения беременности и родов в двух группах женщин:

1 группа (основная) – 30 женщин с угрожающим прерыванием беременности в сроке 18-22 нед. гестации на фоне урогенитальной инфекции и невынашиванием в анамнезе, которым был проведен курс лечения по определенной нами схеме.

2 группа (сравнения) – 25 женщин с угрожающим прерыванием беременности в сроке 18-22 нед. гестации на фоне урогенитальной инфекции и невынашиванием в анамнезе, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия.

На момент обследования все женщины находились во втором триместре беременности (18-22 нед.) с явлениями угрожающего прерывания инфекционного генеза, т.е. имел место

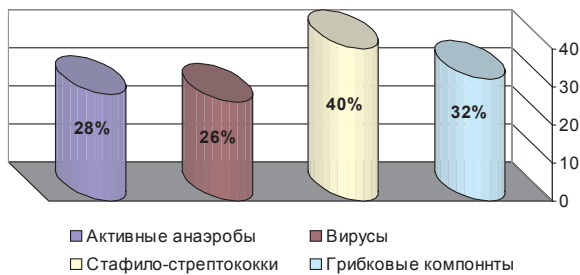


Рис.1. Инфекционные агенты, влияющие на развитие гестационного риска у беременных

воспалительный процесс урогенитального тракта. При этом основная группа беременных была сопоставлена с группой сравнения по наиболее важным показателям (срок беременности, возраст, паритет, социально-экономическое положение, генитальная и экстрагенитальная патология, исход предыдущих беременностей).

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали использование по показаниям антибактериальных препаратов: гормональную терапию, комплексы витаминов и микроэлементов; средства, улучшающие микроциркуляцию (курантил, трентал); иммунокорректирующую терапию. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, иммунологические, эндокринологические, микробиологические и статистические методы исследования.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ведущим фактором риска развития угрожающего прерывания беременности у женщин с невынашиванием воспалительного генеза является наличие в анамнезе инфекционной соматической патологии – острые респираторные вирусные инфекции с частотой три раза в год и более (40,0%); хронические тонзиллит (28,0), бронхит (18,0), пиелонефрит (26,0), гастрит (14,0), колит (10,0%); и хронические воспалительные заболевания гениталий – кольпит (78,0%), псевдоэрозия шейки матки (66,0) и сальпингофорит (62,0%). Установлено, что «микробиологическими» факторами риска у женщин с невынашиванием беременности воспалительного генеза является наличие в урогенитальном тракте смешанного паразитоценоза, представленного активными анаэробным (*T. Vaginalis*, *M. Hominis*, *Ur. Urealyticum* (26,0%)), вирусным (CMV, HCV type 1,2, (28,0%), *Coxsackievirus A, B* (40,0%))

и грибковым компонентами (32%) (рис.1).

Наиболее частыми осложнениями гестационного периода у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта и невынашиванием в анамнезе являются угрожающее прерывание беременности в ранних сроках (68,0%), ранний токсикоз беременных легкой и среднетяжелой формы (40,0), фетоплацентарная недостаточность (54,0), изменение объема околоплодных вод (28,0%) и низкая плацентация (32,0%). Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 20,0% (рис.2).

Таким образом, наши исследования подтверждают мнение различных авторов [1-6], что практически каждая вторая женщина с инфекционным агентом во время беременности подвержена каким-либо осложнениям, как во время течения самой беременности, так и во время родов.

Состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с невынашиванием воспалительного генеза в анамнезе характеризуется высокой частотой задержки внутриутробного развития плода (42,0%); нарушениями гемодинамики в системе мать-плацента-плод (56,0%).

Использование предлагаемого комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту самопроизвольного прерывания беременности в 3,3 раза, (в 1-й группе беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 4 случаях, во 2-й – в 9); преждевременные роды в основной группе наступили у 6

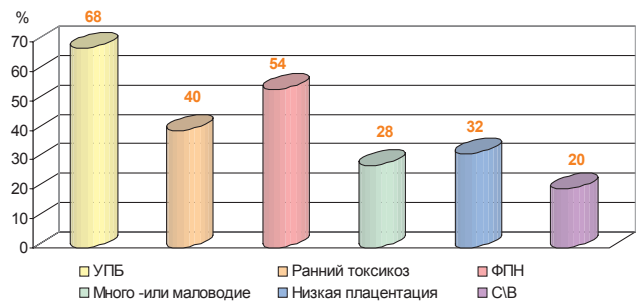


Рис.2. Виды осложнений беременности у исследуемых женщин, %

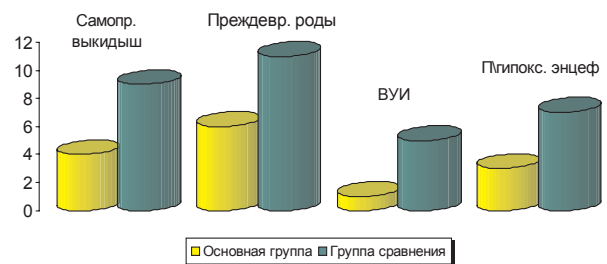


Рис.3. Показатели клинической эффективности при применении предлагаемой схемы лечения

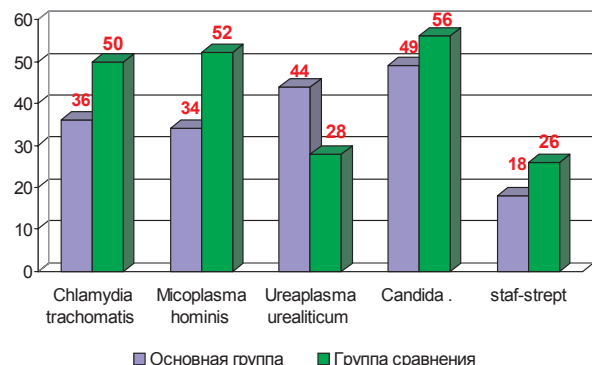


Рис.4. Уровень обсемененности инфекционными возбудителями после примененной методики лечения, %

женщин, в группе сравнения у 11; асфиксия отмечена у 2 новорожденных 2-й группы, внутриутробное инфицирование выявлено у 1 пациентки из основной группы и у каждой 5 во второй исследуемой группе, и проявления постгипоксической энцефалопатии диагностировано соответственно в 3 и 7 случаях (рис.3)

Подтверждением эффективности предлагаемой методики являются результаты проведенных микробиологических исследований.

Так, анализируя основные изменения частоты выделения микроорганизмов в цервикальном канале, уретре и влагалище у обследованных женщин, нами установлено существенное снижение уровня обсемененности *Chlamydia trachomatis* (основная группа – 62,0% и сравнения – 86,0%); *Mycoplasma hominis* (34,0 и 52,0 соответственно); *Ureaplasma urealyticum*

(44,0 и 28,0% соответственно), а также всех видов вирусов, анаэробов и грибов рода *Candida* (рис.4)

Полученные результаты подтверждают эффективность предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий.

Заключение.

Таким образом, в результате проведенного клиничко-лабораторного, функционального и статистического анализа исхода беременности и родов в рассматриваемых группах женщин становится очевидным преимущество предлагаемого метода этиопатогенетической терапии угрожающего пре-

рывания беременности на фоне воспалительных заболеваний урогенитального тракта по сравнению с общепринятым лечением.

Литература

1. Манухин И.Б., Рыжков В. В., Федосова Г.Н. Профилактика репродуктивных потерь. – Ставрополь, 1999. – 239 с.
2. Марачев А.А. Морфофункциональные основы диагностики, лечения и профилактики ранних самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности // Матер. I Междунар. конф. «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы». – М., 2002. – С.85-89.

3. Самародинова Л.А., Кормакова Т.Л. Невынашивание беременности: иммунологические и гормональные аспекты // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Вып., т. LI. – С.28-31.

4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М., 2002. – С.238-243.

5. Серова О.Ф., Милованова А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование предгравидарной терапии женщин // Акушерство и гинекология. – 2001. – №1. – С.19-23.

6. Трубина Т.Б. Оптимизация методов оценки эффективности лечения больных с воспалительными осложнениями медицинского аборта // Вестн. Рос. ассоц. акушеров и гинекологов. – 2000. – №3. – С.31-33.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ ГОДА

ИНФОРМАЦИЯ О IX ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ НЕВРОЛОГОВ

С 29 мая по 2 июня 2006 г. в г.Ярославле состоялся IX Всероссийский съезд неврологов. В работе съезда приняли участие более 1500 представителей всех регионов Российской Федерации, абсолютное большинство участников – члены 49 отделений Всероссийского общества неврологов, насчитывающего в своих рядах более 8 тыс. человек. В научной программе съезда приняли участие ведущие неврологи Европы и Северной Америки. В их числе президент Всемирной федерации неврологов проф. Т.Мунсат из США, профессора В. Гризольд из Австрии, С. Иоханнесен из Норвегии, Э. Бейн из Италии, Л. Кохен из США, К. Мауриц из Германии и многие другие. Открыл съезд председатель правления Всероссийского общества неврологов академик Российской АМН, проф. Евгений Иванович Гусев. В своем докладе он остановился на ключевых задачах, стоящих перед неврологией, а также определил стратегию дальнейшего развития неврологической науки на ближайшие 5 лет. Е.И. Гусев подчеркнул, что в последние десятилетия неврология бурно развивается и приобретает всевозрастающее значение в современном обществе.

Работа съезда проходила в интенсивном режиме, заседания продолжались с 8 утра до 20 ч. От Республики Саха (Якутия) в работе съезда принимали участие гл. внештатный невролог МЗ РС(Я), зав. нейрососудистым отделением РБ №2 – ЦЭМП Кузьмина Земфира Макаровна, зав. кафедрой неврологии и психиатрии Медицинского ин-

ститута ЯГУ Николаева Татьяна Яковлевна, ст. преподаватель кафедры Конникова Эдилия Эдуардовна, врач неврологического отделения РБ №2 – ЦЭМП Минурова Алла Рафаиловна. Впервые в программу съезда был включен устный доклад представителя из Якутии Т.Я.Николаевой на тему «Анализ полиморфизма гена липопропротеинлипазы у якутов с ишемическим инсультом». Было сделано также три стендовых доклада: «Метод определения олигоклональных иммуноглобулинов в диагностике хронических форм ВЭМ» – Данилова Л.П. с соавт., «Инсуль: этнические различия» – Николаева Т.Я. с соавт. и «Рассеянный склероз в Якутии» – Минурова А.Р. с соавт.

На съезде были рассмотрены вопросы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики основных заболеваний нервной системы, вопросы дальнейшего совершенствования и

развития неврологической помощи в РФ. Впервые в рамках программы были проведены клинические разборы больных, которые дали возможность неврологам из практического здравоохранения совместно с ведущими специалистами обсудить значение клинических и дополнительных методов исследования в постановке диагноза, особенности выбора рациональной терапии, оценить прогноз и судьбу больного.

В первый день съезда под председательством Е.И. Гусева и Т. Мунсата был проведен круглый стол по последипломному образованию в неврологии. Участники съезда познакомились с опытом эффективного продолженного образования в США и Европе. 35 неврологов из Якутии имели возможность в течение последних 5 лет участвовать в образовательных программах по основным разделам невроло-



Выступление профессора А. Людольфа (Германия). Председатель секции профессор В.И. Сковрцова