

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Т. Л. Садретдинова — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПК ППС; **Л. В. Василенко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС, доктор медицинских наук; **Н. И. Зрячкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой педиатрии ФПК и ППС, профессор, доктор медицинских наук.

EFFICIENCY OF VARIOUS PREVENTIVE METHODS OF MOTHER AND CHILD PERINATAL COMPLICATIONS

T. L. Sadretdinova — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynecology of Raising Skills Faculty, Post-graduate; **L. V. Vasilenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynecology of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **N. I. Zryachkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Pediatrics of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 01.02.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2012 г.

Садретдинова Т. Л., Василенко Л. В., Зрячкин Н. И. Эффективность различных методов предупреждения перинатальных осложнений у матери и ребенка // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 1. С. 43–47.

Цель: изучить эффективность различных методов предупреждения перинатальных осложнений у матери и ребенка. **Материал и методы.** В трех группах риска проведено предупредительное лечение внутриутробного инфицирования плода (ВУИП), гестозов, невынашивания беременности и фетоплацентарной недостаточности. В 1-й группе (71 беременная) превентивное лечение было медикаментозным с применением антиоксидантов; стимуляторов процессов карбоксилирования в цикле Кребса; эндогенного синтеза простагландинов, простаглицлина; препаратов, улучшающих процессы микроциркуляции, стабилизирующих функцию эндотелия сосудов, обмен гомоцистеина. Во 2-й группе (67 беременных) предупреждение ВУИП и осложнений беременности проводили физическими упражнениями с использованием аквааэробики. В 3-й группе (100 женщин) предупреждение ВУИП было общепринятым. В 4-й контрольной группе (70 женщин) беременность была неосложненной, показатели оксидантной, антиоксидантной систем, центральной гемодинамики, определенные в этой группе, служили нормой для сравнения. **Результаты.** По отношению к группе сравнения (3-я группа) медикаментозное лечение в 1-й группе, регулярные занятия аквааэробикой во 2-й группе позволили равнозначно достоверно снизить частоту ВУИП, перинатальных осложнений у матери, перинатальной заболеваемости и смертности у новорожденных, заболеваемости у детей раннего возраста. **Заключение.** Для предупреждения ВУИП, перинатальных осложнений у матери и ребенка, заболеваемости детей в раннем возрасте предложен превентивный медикаментозный способ лечения и регулярные занятия аквааэробикой, которая в значительной мере расширяет возможность безмедикаментозного ведения беременных.

Ключевые слова: внутриутробное инфицирование, превентивное медикаментозное лечение, аквааэробика.

Sadretdinova T. L., Vasilenko L. V., Zryachkin N. I. Efficiency of various preventive methods of perinatal mother and child complications // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 1. P. 43–47.

Purpose: to study efficiency of various methods of prevention of perinatal complications in mother and child. **Material and methods.** In three risk groups preventive treatment of intrauterine infected fetus (IUIF), gestosis, noncarrying of pregnancy and fetoplacental insufficiency has been carried out. In group I consisted of 71 pregnant women preventive treatment has included medication with application of antioxidants; stimulators of processes of carboxylation in cycle Krebs; endogenous synthesis prostaglandins, prostacyclin; drugs improving processes of microcirculation, stabilizing function of endothelium of vessels, an exchange of homocysteine. In group II consisted of 67 pregnant women prevention of IUIF and complications has been carried out by means of physical exercises in combination with aqua aerobics. In group III consisted of 100 women prevention of IUIF has been standard. In the control group IV consisted of 70 women pregnancy has not been complicated. Parameters of oxidant and antioxidant systems, central hemodynamics, determined in this group have been determined as normal for comparison. **Results.** In relation to group III medicamentous treatment in group I, regular aqua aerobics in group II have allowed to lower frequency of IUIF, perinatal mother complications, perinatal diseases, death rates in newborns and morbidity in children of early age. **Conclusion.** For the prevention of IUIF, mother and child perinatal complications, morbidity in children of early age it has been proposed to use medication and regular aqua aerobics which provides nonmedicamentous pregnancy course.

Key words: perinatal infection, preventive medicamentous treatment, aqua aerobics.

Введение. Внутриутробное инфицирование плода часто приводит к развитию гестозов, досрочному прерыванию беременности, увеличивает частоту задержки развития плода (ЗРП), ранней неонатальной заболеваемости и смертности [1, 2]. Частота распро-

странности ВУИП неизвестна. На секции как основной и сопутствующий диагноз ВУИП регистрируется у 15–35% новорожденных. У здоровых матерей, как правило, ВУИП не происходит. Эта патология развивается у беременных с воспалительными процессами гениталий и экстрагенитальной локализации. Беременность при ВУИП протекает с высокой частотой гестозов, ЗРП, фетоплацентарной недостаточности (ФПН), невынашивания беременности [1, 3].

Ответственный автор — Садретдинова Татьяна Леонидовна.
Адрес: 413107, г. Энгельс, ул. Западная, 12.
Тел.: 8-988-949-58-05.
E-mail: tanyavasilenko1@rambler.ru

На основании этого можно полагать, что своевременная санация родовых путей, предупреждение развития гестозов, ФПН, невынашивания беременности позволят снизить частоту ВУИП, сопутствующих ему акушерских осложнений у матери и ребенка.

Цель: изучить эффективность различных методов предупреждения перинатальных осложнений у матери и ребенка.

Методы. Проспективно у женщин группы риска по ВУИП изучено течение беременности и ее исход у 238 женщин. Беременные были разделены на три сопоставимые группы по возрасту, паритету, особенностям гинекологического, акушерского и соматического анамнеза, экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений на момент взятия на учет.

1-ю группу составили 71 женщина и 71 родившийся ребенок. Сопутствующие гестозы, угрозу невынашивания беременности у них диагностировали доклинически, проводили превентивное медикаментозное лечение. Лечение включало: раннюю санацию родовых путей, доклиническую диагностику и превентивное лечение гестозов, невынашивания беременности, ФПН.

Лечение воспалительных процессов гениталий в I триместре гестации проводили местно гексиконом (свечи), бетадином (свечи); препаратами, восстанавливающими биоценоз влагалища (бифидумбактерин, ацилакт и др.). Во II триместре для лечения воспалительных процессов гениталий применяли макмирор комплекс, тержинан, гексикон, ливарол, генферон и др. Местное лечение у всех женщин изучаемых групп было однотипным.

Состав медикаментозного лечения: антиоксиданты; стимуляторы процессов карбоксилирования в цикле Кребса; препараты, нормализующие функцию эндотелия сосудов, улучшающие процессы микроциркуляции.

Из антиоксидантов применялся витамин Е по 0,1 г 3 раза/сут. в капсулах *per os*. Известно, что при доклинической угрозе прерывания беременности наблюдается активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты, поэтому использование витамина Е патогенетически обосновано [1].

Для активации процессов карбоксилирования в цикле Кребса использовали как донатор CO_2 лимонтар по 1 таблетке 3 раза/сут. Для активации окисления в трикарбонном цикле необходим субстрат окисления — трикарбоновые кислоты — донаторы CO_2 . Кроме донаторов CO_2 для регуляции реакций цикла Кребса необходимы активаторы процессов карбоксилирования. С этой целью мы применяли магний B_6 , состоящий из серноокислой соли магния и витамина B_6 .

Известно, что при УПБ, гестозах в сыворотке крови наблюдается снижение концентрации магния по сравнению со здоровыми беременными. Дефицит магния способствует возникновению гестозов и УПБ [1].

Цикл Кребса тесно связан с перекисным окислением липидов. Свободнорадикальное окисление липидов дает мгновенный выход энергии. При затруднении процессов окисления активируется цикл перекисного окисления липидов. При этом происходит синтез преимущественно простагландинов группы F, тромбосанов. Это в свою очередь вызывает спазм сосудов, гипертензию, приводит к нарушению реологии крови, повышению свертывающего потенциала, активации внутрисосудистого свертывания крови. Как результат — нарушение микроциркуля-

ции, гипоксия плода, гестоз, угроза прерывания беременности.

Для нормализации указанных нарушений в обмене простагландинов мы использовали эссенциале. Этот препарат содержит эссенциальные фосфолипиды, которые активируют эндогенный синтез простагландинов группы E, простаглицлина. Эти простаглицлины в свою очередь нормализуют функцию эндотелия сосудов, что благоприятно сказывается на нормализации микроциркуляции. Витамины группы B, входящие в состав эссенциале, являются кофакторами пируватдегидрогеназного комплекса, активация которого нормализует цикл Кребса. Кроме того, витамин B_6 нормализует обмен гомоцистеина, который часто нарушается при угрозе невынашивания беременности, при гестозах. Следовательно, использование эссенциале при угрозе невынашивания, гестозах носит патогенетический эффект.

Практически при всех патологических процессах нарушаются процессы микроциркуляции. Поэтому лечение, направленное на восстановление микроциркуляции, дает лечебный эффект при угрозе невынашивания и гестозах. С этой целью мы назначали никотиновую кислоту по 0,05 г. 3 раза/сут.

Для превентивного лечения гестозов необходимо использовать несколько препаратов, действующих на многие звенья патогенеза гестозов. В таком случае эффект терапии будет положительным [1].

2-ю группу составили 67 беременных и 68 детей (одна двойня). Гестозы и угрозу невынашивания беременности предупреждали проведением аквааэробики. Занятия проводили 2 раза в неделю в бассейне с температурой воды 20°C. В воде проводили физические упражнения для развития мышц брюшного пресса, таза, конечностей, дыхательные упражнения для тренировки сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Среднее число занятий за беременность составило $25 \pm 1,8$ (от 8 до 56). На каждом занятии в процессе тренировки проводили психопрофилактическую подготовку. Объясняли цель занятия, значимость каждого упражнения, убеждали, что женщина должна в родах выполнять указания акушерки, врача, и тогда эти все мероприятия позволят провести роды без осложнений, получить здорового ребенка. При необходимости прибегали к медикаментозному лечению.

О. Г. Иванько и соавт. [4] считают, что циклические динамические упражнения в аэробном режиме средней и высокой интенсивности способствуют долговременному снижению системного периферического сопротивления крови в артериях, что приводит к снижению артериального давления, нормализует процессы микроциркуляции.

Выполнение физических упражнений в воде оказывает более выраженное влияние на показатели центральной гемодинамики, чем выполнение упражнений в спортзале. Занятия в воде выражено улучшают процессы микроциркуляции, улучшают состояние плода. Если плод не страдает, то мала вероятность развития таких патологических состояний, как угроза невынашивания, гестозы, внутриутробное инфицирование плода, задержка внутриутробного развития. В случае неэффективности аквааэробики применяли медикаментозное лечение.

3-ю группу (группу сравнения) составили 100 женщин и 100 детей. Предупредительные мероприятия по развитию ВУИП, гестозов, невынашивания беременности были общепринятыми.

4-ю группу (контрольную) численностью 70 женщин составили беременные с неотягощенным анам-

незом, здоровые на момент взятия на учет, и 70 детей. Определены показатели оксидантной и антиоксидантной систем в изучаемых группах во II триместре. Диеновые конъюгаты (ДК) и малоновый диальдегид (МДА) определяли в эритроцитах и в плазме крови по методу И. Д. Стальной [5]. Осмотическую резистентность эритроцитов (ОРЭ) в крови определяли по методике, предложенной Е. Т. Михайленко и соавт. [6]. ЦРП (церулоплазмин) определяли по методу Ревина [7]. Биохимические показатели определяли перед диагностикой гестозов, угрозы невынашивания беременности, а также спустя 2 недели после лечения. Курс лечения составил 3–4 недели.

Биохимические показатели у беременных контрольной группы были приняты за норму.

У беременных исследованы показатели центральной гемодинамики, тип кровообращения во II и III триместрах [8]. Изучены ударный объем (УО), минутный объем кровотока (МОК), сердечный индекс (СИ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) по следующим формулам:

$$\text{УО} = 113,3 - 0,58 \times \text{АД}_\text{п} - 0,29 \times \text{АД}_\text{д} - 9,4 \times \text{рост (см)}; \text{ масса (кг)},$$

где $\text{АД}_\text{п}$ — АД пульсовое; $\text{АД}_\text{д}$ — АД диастолическое;

$$\text{МОК} = \text{УО} \times \text{PS},$$

где PS — частота пульса;

$$S (\text{площадь тела}) = 0,0087 \times (\text{рост} + \text{масса}) - 0,26;$$

$$\text{СИ} = \text{МОК} : S : 1000 \text{ л/мин/м}^2;$$

$$\text{ОПСС} = \text{АД}_{\text{среднее}} \times 1333 \times 60 : \text{МОК}_{\text{дин. см}^5\text{с}^{-1}}.$$

Гипокинетический тип кровообращения СИ до 2,5 с/мин/м²; ОПСС > 2500 дин. см⁵.с⁻¹. Эукинетический тип кровообращения СИ = 2,5–4,2 л/мин/м²; ОПСС = 500–2500 дин. см⁵.с⁻¹. Гиперкинетический тип кровообращения СИ > 4,2 л/мин/м²; ОПСС < 1500 дин. см⁵.с⁻¹.

Проводили УЗИ, доплерографию. КТГ плода определяли в III триместре гестации. Перед лечением воспалительных заболеваний родовых путей и после лечения спустя 2 недели производили бактериологические и вирусологические исследования выделений цервикса и влагалища. В группах рожениц изучены морфологические особенности последа общепринятыми в клинике методами.

Изучено состояние здоровья новорожденных и детей раннего возраста.

Эффективность предложенных методов предупреждения ВУИП оценена на основании снижения частоты и тяжести акушерских осложнений во время беременности и в родах. Учитывали также показатели оксидантной и антиоксидантной систем до и после превентивного медикаментозного лечения, показатели центральной гемодинамики, тип кровообращения. Кроме того, оценку эффективности лечения проводили на основании снижения частоты внутриутробных инфекций у новорожденных, заболеваний у детей раннего возраста.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Biostat. Определяли $M \pm m$, коэффициент Стьюдента t , достоверность p . Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В 1, 2 и 3-й группах риска по ВУИП число первородящих было 70,4, 74,6 и 64% соот-

ветственно ($p > 0,05$). Средний возраст беременных составил 25,7±0,6, 27,0±0,6 и 24,4±0,6 года соответственно ($p > 0,05$).

Анамнез был отягощен гинекологическими заболеваниями, которые наблюдали у 95,7, у 88 и у 94% беременных групп риска по ВУИП ($p > 0,05$). В контрольной группе гинекологические заболевания имелись у 28,5% женщин ($p < 0,001$). Выкидыши имелись у 18,3% женщин 1-й группы, у 15% — 2-й группы, у 20% — в группе сравнения и у 7,1% контрольной группы ($p < 0,05$). Патологические роды в анамнезе отмечены у 28,5, у 23,5, у 22,2 и у 3,7% женщин согласно группам ($p < 0,03$). Экстрагенитальная патология до изучаемой беременности выявлена у 29,6, 31,3 и 32% женщин групп риска по развитию ВУИП. В ее структуре преобладали анемия, хронический пиелонефрит. Таким образом, для женщин групп риска по ВУИП характерен отягощенный гинекологический, акушерский и соматический анамнез.

Во время изучаемой беременности гинекологические заболевания в виде кольпитов, цервицитов, трихомоноза диагностированы у 95,7, 88 и 95% женщин групп риска по ВУИП. При бактериологическом и вирусологическом исследовании выделены ассоциации простейших, микробов и вирусов у каждой третьей женщины групп риска по ВУИП. В контрольной группе был выделен такой же спектр возбудителей, но в 2 раза реже. После проведенной санации выделенный спектр возбудителей приближался к таковому у беременных контрольной группы, у которых воспалительных заболеваний гениталий не было.

Экстрагенитальная патология во время беременности воспалительного генеза установлена у 59,1, у 31,3 и у 45% женщин групп риска. В ее структуре преобладали ОРВИ, хронический пиелонефрит. Таким образом, возможность ВУИП была обусловлена наличием воспалительных заболеваний гениталий, экстрагенитальной локализации.

Отягощенный анамнез, наличие гинекологических и экстрагенитальных заболеваний воспалительного генеза отрицательно влияли на течение беременности. Ранние гестозы I степени тяжести в виде тошноты имелись у 14,1, 13,4 и у 14% беременных групп риска по развитию ВУИП. В контрольной группе ранние гестозы I степени тяжести обнаружены у 4,2% беременных ($p < 0,05$).

Угроза прерывания беременности (УПБ) во II триместре имела место у 52,1, 44,8 и у 42% беременных групп риска по развитию ВУИП. В контрольной группе УПБ выявлена у 21,4% женщин ($p < 0,001$).

Доклинический гестоз диагностирован у 35,2% беременных 1-й группы, у 17,8% — 2-й группы и у 55% — группы сравнения и при этом отмечали снижение УО, МОК, СИ увеличение ОПСС. Эти изменения были обнаружены у женщин с гестозами и были однотипными во всех группах беременных с этой патологией. Кроме того, у беременных выявлено снижение ОРЭ, рост уровня ДК и МДА в эритроцитах и в плазме крови, повышение активности фермента антиоксидантной защиты ЦРП.

У женщин с гестозами в конце II триместра — начале III триместра беременности проведено превентивное медикаментозное лечение. Через 2 недели после лечения наблюдали снижение уровня ДК и МДА в эритроцитах и в плазме крови, отмечали тенденцию к нормализации показателей ОРЭ, ЦРП. Нормализовались показатели центральной гемодинамики.

Однако у всех беременных предотвратить развитие гестоза не удалось. Клинически выражен-

ные формы гестозов I степени тяжести развились у 15,5% беременных 1-й группы, у 9,0% — 2-й группы и у 38,0% — 3-й группы ($p < 0,001$). В контрольной группе гестоз I степени тяжести наблюдали у 5,7% беременных. Длительность гестоза до родоразрешения в 1-й группе составила $2 \pm 0,2$ недели, во 2-й группе — $2 \pm 0,1$ недели, в группе сравнения — $3,15 \pm 0,2$ недели ($p < 0,001$). У беременных с клинически выраженными гестозами проведено общепринятое медикаментозное лечение.

На основании УЗИ, доплерометрии и КТГ плода внутриутробная гипоксия плода в 1-й группе диагностирована в 12,7% случаев, во 2-й группе — в 9%, в группе сравнения — в 35% и в контрольной группе — в 2,9%.

Несвоевременное излитие вод имело место у 18,3% рожениц 1-й группы, у 20,9% — 2-й группы и у 28% — группы сравнения ($p > 0,05$). Дискоординированная родовая деятельность отмечена у 7% рожениц 1-й группы, у 5% — 2-й группы и у 4% — группы сравнения ($p > 0,05$). Кесарево сечение произведено у 25,3% рожениц 1-й группы, у 19,5% — 2-й группы и у 33% — группы сравнения ($p > 0,05$). В контрольной группе абдоминальное родоразрешение было у 8,5% рожениц ($p < 0,05$). Преждевременные роды произошли у 12,7% женщин 1-й группы, у 1,5% — 2-й группы и у 24% — группы сравнения ($p < 0,05$). Таким образом, пренативное лечение и использование аквааэробики для предупреждения ВУИП позволили достоверно снизить частоту гестозов, внутриутробных гипоксий плода, преждевременных родов. По нашим данным, физическая подготовка беременных с использованием аквааэробики не уступает медикаментозному лечению.

При гистологическом исследовании последа воспалительные изменения диагностированы у 2,5% родильниц 1-й и 2-й групп, у 22,5% — группы сравнения ($p < 0,01$).

В состоянии асфиксии родились 8,4% новорожденных 1-й группы, 1,5% — 2-й группы и у 33% — группы сравнения ($p < 0,001$). В контрольной группе постнатальная асфиксия отмечена у 2,9% новорожденных ($p < 0,001$). Церебральная ишемия

(ЦИ) установлена у 21,1% новорожденных 1-й группы, у 4,9% — 2-й группы и у 35% — группы сравнения ($p < 0,05$). Отек головного мозга диагностирован у 1,4% новорожденного 1-й группы, у 8% — группы сравнения ($p < 0,05$). Кровоизлияния в мозг обнаружены с такой же частотой в этих же группах. Во 2-й и контрольной группах указанных осложнений у новорожденных не было.

Внутриутробная пневмония диагностирована у 1 (1,4%) ребенка 1-й группы, у 1 (1,5%) — 2-й группы и у 8 (8%) — группы сравнения ($p < 0,04$). В 1-й группе 1 (1,4%) ребенок погиб антенатально. Во 2-й группе перинатальных потерь не было. В группе сравнения 8 (8%) детей умерли в раннем неонатальном периоде. Причиной смерти были двухсторонние гнойные внутриутробные пневмонии.

Задержка развития плода (ЗРП) выявлена у 18,3% детей 1-й группы, у 31% — группы сравнения ($p < 0,05$). У новорожденных 2-й и контрольной групп эта патология не встречалась.

При обследовании детей раннего возраста получены следующие результаты (табл. 1). Из таблицы 1 видно, что все годы наблюдения общая заболеваемость детей была выше в группе сравнения, чем в 1-й и 2-й группах, у которых частота заболеваний была примерно одинаковой. Наименьшая частота заболеваний зарегистрирована у детей контрольной группы. Во всех группах наблюдается одинаковая закономерность: на втором году жизни общая заболеваемость возрастает по сравнению с первым годом в 1,5–1,6 раза, на третьем году жизни снижается и близка к таковой на первом году жизни.

Многие дети по поводу заболеваний состояли на диспансерном учете у разных специалистов (табл. 2). Из табл. 2 видно, что после предупредительного лечения ВУИП у беременных 1-й и 2-й групп риска число диспансерных детей приближалось к таковому у детей контрольной группы. В группе сравнения количество диспансерных больных было больше в 1,3 раза, чем в 1-й и 2-й группах, что свидетельствует о более выраженной результативности предложенного пренативного лечения в сравнении с общепринятым.

Таблица 1

Частота общей заболеваемости детей раннего возраста

| Группы детей | Общая заболеваемость в случаях 1: 100 | | |
|--------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|
| | 1-й год жизни | 2-й год жизни | 3-й год жизни |
| 1-я группа (n=40) | 92 | 140 | 90 |
| 2-я группа (n=40) | 90 | 144 | 85 |
| 3-я группа (n=40) | 100 | 152 | 95 |
| Контрольная (n=70) | 82 | 135 | 80 |

Таблица 2

Дети изучаемых групп, находившиеся на диспансерном учете у различных специалистов, %

| Специалисты | Количество детей, находящихся на диспансерном учете | | | |
|--------------|---|-------------------|-------------------|--------------------|
| | 1-я группа (n=40) | 2-я группа (n=40) | 3-я группа (n=40) | Контрольная (n=70) |
| Невропатолог | 0 | 5,0 | 17,5 | 0 |
| Педиатр | 40,0 | 35,0 | 57,5* | 11,4 |
| Ортопед | 10,0 | 10,0 | 25,0 | 11,4 |
| Хирург | 2,5 | 10,0 | 12,5 | 8,6 |
| Окулист | 2,5 | 2,5 | 5,0 | 0 |

Примечание: * — $p < 0,05$ — различия достоверны между 2-й и 3-й группами.

Кроме острых респираторных вирусных инфекций, у детей диагностированы пневмонии, бронхиты, анемия. На первом году анемия установлена у 12,5% детей 1-й группы, у 10% — 2-й группы, у 25% — группы сравнения и у 2,9% — контрольной группы, пневмонии диагностированы у 7,5, 5, 10 и 2,9% детей соответственно. Частота бронхитов составила у 10, 7,5, 12,5% детей соответственно группам. У детей контрольной группы бронхитов не было.

У невролога на диспансерном учете дети наблюдались по поводу гипоксически-ишемически-геморрагических поражений ЦНС, проявляющихся внутричерепной гипертензией, синдромом тонусных расстройств, гиперрефлексией, гипертонией. У хирурга дети наблюдались с грыжами различной локализации, у ортопеда — с дисплазиями тазобедренных суставов, у окулиста — с атрофией зрительных нервов, ангиопатией сетчатки.

Обсуждение. Предупредительное лечение ВУИП позволило снизить частоту постнатальных асфиксий у новорожденных, церебральных ишемий, поражений ЦНС в виде отека мозга, кровоизлияний в мозг, внутриутробных пневмоний и перинатальной смертности. Кроме того, важным фактором является снижение частоты воспалительных поражений последа после предупредительного лечения ВУИП. На высокую эффективность предупредительного лечения восходящего инфицирования родовых путей в снижении перинатальной заболеваемости и смертности указывали А. Н. Стрижаков и соавт. [3]. Предупредительное лечение гестозов и невынашивания беременности снижает частоту перинатальных осложнений у матери и ребенка [1, 8]. Особенно возрастает результативность предупреждения акушерских осложнений у матери и новорожденного, если превентивное лечение гестоза проведено рано — с начала II триместра гестации [9,10].

Заключение. Из предложенных методов предупреждения ВУИП и перинатальных осложнений у матери и ребенка аквааэробика несколько эффективнее, чем медикаментозное лечение. Дородовая физическая подготовка беременных групп риска по ВУИП с использованием аквааэробики является эффективным способом безмедикаментозного ведения беременных, снижает частоту заболеваний у детей раннего возраста.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках программы «Охрана здоровья матери и ребенка: научно-фундаментальные и клинические аспекты этиопатогенеза и создания новых технологий диагностики, лечения, организации специализированной и профилактической помощи». Номер государственной регистрации 01200959761.

Библиографический список

1. Василенко Л. В., Зрячкин Н. И., Василенко Т. Л. Состояние здоровья детей, родившихся после превентивного лечения беременных групп риска по внутриутробному инфицированию плода // Проблемы репродукции. 2008. № 3. С. 73–76.

2. Тирская Ю. И., Белкова Т. И., Рудакова Е. Б., Долгих Т. И. Врачебная тактика при внутриутробных инфекциях // Акушерство и гинекология. 2011. № 8. С. 42–47.

3. Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Буданов П. В. Профилактика и лечение восходящего инфицирования родовых путей как метод снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Проблемы внутриутробной инфекции плода и новорожденного: матер. III съезда Рос. ассоциации специалистов перинатальной медицины. М.: ГОУВЦНМЦ МЗРФ, 2000. С. 138–140.

4. Иванько О. Г., Михалюк Е. Л., Пидкова В. Я. Физическая реабилитация первичной артериальной гипертонии у подростков // Педиатрия, акушерство и гинекология: тез. I конгресса Федерации педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» (19–21 мая 2009). Киев, 2009. С. 62–63.

5. Стальная И. Д. Метод определения диеновой конъюгации ненасыщенных высших жирных кислот // Лабораторное дело. 1998. № 2. С. 63–64; 66–68.

6. Михайленко Е. Т., Василенко Л. В., Зимина И. Л. О доклинической диагностике поздних токсикозов беременных // Акушерство и гинекология. 1990. № 5. С. 65–66.

7. Колб В. Г., Камышников В. С. Справочник по клинической химии. Минск: Беларусь, 1982. 336 с.

8. Сухих Г. Т., Мурашко Л. Е. Доклиническая диагностика, профилактика и лечение гипертензивных осложнений у беременных: пособие для врачей. М., 2007. 29 с.

9. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2002. 304 с.

10. Одинокова О. С. Прогнозирование и превентивное лечение гестоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 23 с.

Translit

1. Vasilenko L. V., Zryachkin N. I., Vasilenko T. L. Sostojanie zdorov'ja detej, rodivshijsja posle preventivnogo lechenija beremennyh grupp riska po vnutritrobnomu inficirovaniju ploda // Problemy reprodukcii. 2008. № 3. S. 73–76.

2. Tirskaja Ju. I., Belkova T. I., Rudakova E. B., Dolgih T. I. Vrachebnaja taktika pri vnutritrobnih infekcijah // Akusherstvo i ginekologija. 2011. № 8. S. 42–47.

3. Strizhakov A. N., Baev O. R., Budanov P. V. Profilaktika i lechenie voshodjavego inficirovanija rodovyh putej kak metod snizhenija perinatal'noj zabelevaemosti i smertnosti // Problemy vnutritrobnaj infekcii ploda i novorozhdennogo: mater. III s#ezda Ros. associacii specialistov perinatal'noj mediciny. M.: GOUVC-NMC MZRF, 2000. S. 138–140.

4. Ivan'ko O. G., Mihaljuk E. L., Pidkova V. Ja. Fizicheskaja reabilitacija pervichnoj arterial'noj gipertonii u podrostkov // Peditrija, akusherstvo i ginekologija: tez. I kongressa Federacii peditrov stran SNG «Rebenok i obvestvo: problemy zdorov'ja, razvitija i pitanija» (19–21 maja 2009). Kiev, 2009. S. 62–63.

5. Stal'naja I. D. Metod opredelenija dienovoj konjugacii nenasywennyh vysshih zhirnyh kislot // Laboratornoe delo. 1998. № 2. S. 63–64; 66–68.

6. Mihajlenko E. T., Vasilenko L. V., Zimina I. L. O doklinicheskoj diagnostike pozdnyh toksikozov beremennyh // Akusherstvo i ginekologija. 1990. № 5. S. 65–66.

7. Kolb V. G., Kamysnikov V. S. Spravochnik po klinicheskoj himii. Minsk: Belarus', 1982. 336 s.

8. Suhih G. T., Murashko L. E. Doklinicheskaja diagnostika, profilaktika i lechenie gipertenzivnyh oslozhnenij u beremennyh: posobie dlja vrachej. M., 2007. 29 s.

9. Sidel'nikova V. M. Privychnaja poterja beremennosti. M.: Triada-X, 2002. 304 s.

10. Odnokozova O. S. Prognozirovanie i preventivnoe lechenie gestoza: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Volgograd, 2011. 23 s.

УДК 616.61–007.43–89

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

С. В. Вдовин — ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравоохранения России, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, профессор, доктор медицинских наук; **М. С. Селихова** — ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравоохранения России, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, профессор кафедры, доцент, доктор медицинских наук; **Е. В. Филина** — МУЗ КБСМП № 7 г. Волгограда, врач гинекологического отделения; **Д. Л. Сперанский** — ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравоохранения России, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, профессор, доктор медицинских наук