

pression at 6 Weeks Postpartum // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA, 2004.

24. Swain K, Whitley R, McHugo GJ, Drake RE. The Sustainability of Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Agencies Community Ment Health J. 2009 Jun 21.

POSTPARTUM STRESS: EFFECTS ON MOTHER AND CHILD

N.A.KOROTKOVA, T.A.FEDOROVA

Moscow Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Center after V.I. Kulakov,

The paper presents clinical peculiarities of postpartum stress in women and its effect on mother and newly-born. Women's emotional problems of postpartum are described. Children born by women who had had postpartum stress appeared to suffer from neuroses, sleep disturbances, genitourinary system diseases, diseases of nervous system, various kinds of diathesis, respiratory diseases, which refer to risk factors of pathological course of puberty.

Key words: postpartum stress, neurosis, depression, lactation, sleep disturbances, newly-born, puberty.

УДК 613.63

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА

М.В.ПАНЫШИНА, В.Г.ВОЛКОВ, К.А.ХАДАРЦЕВА*

В работе показано, что применение донаторов омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир) во время беременности у женщин с нарушением гемодинамики в 21-24 недели, приводит к снижению частоты плацентарной недостаточности, синдрома задержки роста плода, гестоза.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, гестоз

Профилактика *гестоза* и *плацентарной недостаточности* (ПН) являются синонимами. ПН занимает второе место среди всех осложнений беременности и встречается при *гестозе* в 32% [1]. Еще одной универсальной реакцией, развивающейся на фоне выраженного нарушения плацентарной функции, является *синдром задержки роста плода* (СЗРП). В настоящее время стало известно, что новорожденные с СЗРП в своей дальнейшей жизни имеют повышенный риск развития гипертонической болезни, заболеваний коронарных сосудов, сахарного диабета, неврологических заболеваний [2].

Однако, несмотря на большую распространенность *гестоза* в акушерской практике, до настоящего времени существуют разногласия среди акушеров-гинекологов, перинатологов, неонатологов по вопросам профилактики. Назначают во время беременности антиоксиданты, антигипертензивные средства, кальциевые добавки, рыбий жир и другие предшественники простагландинов, оксид азота, прогестерон, антигипертензивную терапию для улучшения состояния беременной и плода [2,3,4]. Трудно разработать рациональные меры профилактики *гестоза*. Недостаточно данных для убедительных выводов назначения того или иного лекарственного средства [5].

Цель исследования – оценить эффективность антигипертензивных препаратов и донаторов омега-3 полиненасыщенных жирных кислот во время беременности на риск возникновения *гестоза* и рождения детей с низкой массой тела или детей с малыми для гестационного возраста размерами.

Материалы и методы исследования. В работу включено 875 беременных клиничко-диагностического отделения ГУЗ «Тульского областного перинатального центра», которые находились под наблюдением в 2008-2009 году. Всем беременным было проведено полное клиническое обследование. Ультразвуковое исследование во II триместре проводилось на приборе Aloka SSD-500 (Япония) и Toshiba Xario (Япония). Состояние кровотока в системе мать-плацента-плод оценивали с помощью ультразвуковой доплерометрии, посредством ультразвуковой диагностической системы с частотой датчика 3,5 МГц во втором триместре беременности. Использовалась классификация нарушения гемодинамики плода, разработанная Медведевым М.В.

Всем беременным в сроке 21-24 недели проводилась оценка гемодинамики в маточных артериях. У 635 женщин не выявлены нарушения, они составили I группу (контрольную). Время проведения УЗИ скрининга 22,99±0,25 недели гестации. Средний возраст беременных составил 26,02±0,19 лет, средний рост 164,93±0,23 см. Профилактика *гестоза* в данной группе не проводилась.

Остальные 200 женщин с нарушением кровотока в маточных артериях были разделены на 4 группы. Во II группу (n=60) включили женщин, которым профилактика не проводилась. Время проведения УЗИ скрининга 21,71±0,19 недели гестации. Средний возраст – 28,03±0,72 лет, средний рост – 165,58±0,66 см.

Учитывая выбор препарата для профилактики, были сформированы следующие группы. В III группу вошли женщины (n=50), которые во втором триместре беременности с целью профилактики получали дипиридамола в течение 21 дня по 25мг ×3 раза в день. Время проведения УЗИ скрининга 23,37±0,25 недели гестации. Средний возраст беременных 27,68±0,68 лет, средний рост 164,42±0,83 см.

В IV группу (n=50) – пациентки, получавшие с целью профилактики аспирин в течение 14 дней в дозе 75 мг в сутки. Время проведения УЗИ скрининга 23,9±0,3 недели гестации. Средний возраст беременных 26,28±0,8 лет, средний рост 163,66±0,98 см.

И V группа (n=40) – беременные, которые принимали рыбий жир в дозировке 500 мг в сутки в течение 2 месяцев. Время проведения УЗИ скрининга 21,71±0,19 недели гестации. Средний возраст беременных 25,58±0,66 лет, средний рост 167,2±0,69 см.

Количественные переменные (средний возраст беременной, средний рост беременной, время проведения УЗИ скрининга, средний рост и вес новорожденных) не противоречат гипотезе о нормальном распределении по Колмогорову-Смирнову на уровне 95%. Статистическую обработку данных осуществляли с использованием лицензионного пакета программ SPSS (версия 18). Результаты оценивали как статистически значимые при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Все обследуемые были сопоставимы по возрасту, паритету беременностей и родов, а также частоте регистрации соматических и экстрагенитальных заболеваний. Общая характеристика женщин представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных пациенток

Общая характеристика женщин	I группа (n= 675)		II группа (n= 60)		III группа (n= 50)		IV группа (n= 50)		V группа (n= 40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Состоят в браке	479	71.0%	46	76.7%	30	60.0%	30	60.0%	23	46.0%
Жители города Тулы	362	53.6%	16	26.7%	22	44.0%	26	52.0%	27	67.5%
Жители Тульской области	313	46.4%	44	73.3%	28	56.0%	24	48.0%	13	32.5%
Первородящие	434	64.3%	36	60.0%	34	68.0%	39	78.0%	31	77.5%
Повторнородящие	241	35.7%	24	40.0%	16	32.0%	11	22.0%	9	22.5%
ОАГА	548	81.2%	18	30.0%	42	84.0%	29	58.0%	14	35.0%
ЗППП	346	51.3%	28	46.7%	18	36.0%	22	44.0%	9	22.5%
Патология почек	110	16.3%	20	33.3%	9	18.0%	8	16.0%	11	27.5%
НЖО	76	11.3%	17	28.3%	11	22.0%	10	20.0%	3	7.5%
НЦД	220	32.6%	15	25%	18	36%	19	38%	12	30%
Артериальная гипертензия	121	17.9%	14	23.3%	7	14.0%	9	18.0%	9	22.5%

Примечание: ОАГА – отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, ЗППП – заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, НЖО – нарушение жирового обмена, НЦД – нейро-циркуляторная дистония.

Данные доплерометрии маточных артерий до и после лечения представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, наилучшие результаты в процессе лечения получены в V группе – в 97,5% показатели доплерометрии маточных сосудов значительно не изменились, при сравнении результатов исследования в III и IV группах – наилучшие показатели в IV группе, где с целью профилактики использовали аспирин, в группе без профилактики норма при контрольной доплерометрии в нашем исследовании не была зарегистрирована.

При оценке влияния проведенной терапии кроме показателей гемодинамики рассматривались исход беременности и родов, данные представлены в табл. 3.

*ТулГУ, мединститут, каф. акушерства и гинекологии

Показатели гемодинамики плода

Таблица 2

Группы	I группа (n= 675)		II группа (n= 60)		III группа (n= 50)		IV группа (n= 50)		V группа (n= 40)	
Степень нарушения кровотока	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Показатели гемодинамики до профилактики										
Норма	675	100.0%	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ia	0	0.0%	55	91.7%	46	92%	46	92%	39	98%
Ib	0	0.0%	1	1.6%	1	2%	1	2%	1	3%
2	0	0.0%	0	0.0%	1	2%	1	2%	0	0%
С дикротической выемкой	0	0.0%	4	6.7%	2	4%	2	4%	0	0%
Показатели гемодинамики после профилактики										
норма	0	0.0%	0	0.0%	3	6%	14	28%	39	97.5%
Ia	0	0.0%	54	90.0%	39	78%	30	60%	0	0%
Ib	0	0.0%	1	1.7%	5	10%	4	8%	1	2.5%
2	0	0.0%	0	0.0%	2	4%	1	2%	0	0%
С дикротической выемкой	0	0.0%	4	6.7%	1	2%	1	2%	0	0%

Исход беременности

Таблица 3

Группы	I группа (n= 675)		II группа (n= 60)		III группа (n= 50)		IV группа (n= 50)		V группа (n= 40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СЗРП	108	16.0%	53	88.3%	16	32%	17	34%	0	0%
ФПН	54	8.0%	40	66.7%	23	46%	31	62%	11	28%
Гипоксия плода	60	8.9%	11	18.3%	6	12%	8	16%	0	0%
Гестоз	489	72.4%	41	68.3%	13	26%	15	30%	5	13%
легкой степени	463	94.7%	10	24.4%	1	8%	6	40%	5	13%
средней степени	26	5.3%	23	56.1%	9	69%	9	60%	0	0%
тяжелой степени	0	0.0%	8	19.5%	3	23%	0	0%	0	0%
Роды										
Самостоятельные	488	72.3%	25	41.7%	28	56%	28	56%	31	78%
Оперативные	187	27.7%	35	58.3%	22	44%	22	44%	9	23%
Срочные	597	88.4%	25	41.7%	28	56%	40	80%	37	93%
Преждевременные	28	4.1%	35	58.3%	11	22%	7	14%	3	8%
Запоздалые	50	7.4%	0	0.0%	0	0%	3	6%	0	0%

Важным аспектом в течении беременности у женщин с *гестозом* является развитие ПН и формирование СЗРП. При оценке влияния проведенной терапии, наибольшая частота СЗРП была во II группе и составила 88,3%, в этой группе с нарушением гемодинамики и без профилактики *гестоз* развился в 68,3% наблюдаемых. И в большинстве случаев (58,3%) причиной досрочного родоразрешения явилось нарастание тяжести *гестоза*. Частота развития гипотрофии плода в группе беременных, принимавших дигпиридамол и аспирин, сравнима 32% и 34% соответственно, это касается и частоты развития *гестоза* в этих группах 26% и 30%.

Таким образом, наименьшая доля *гестоза* приходится на V группу женщин, получавших рыбий жир, и где нет тяжелых форм, в отличие от III группы, в которой на долю тяжелых форм приходится 23%.

При анализе состояния новорожденных V группы, следует отметить, что они крупнее остальных. Средняя масса новорожденного 3433,50±51,63 г, средний рост 62,19±0,34 см, значительно меньший вес во II группе с нарушением гемодинамики плода - количество новорожденных составило 60, средняя масса новорожденного 2127,55±106,55 г, средний рост 45,74±0,75 см. Проведенное исследование показало, что количество новорожденных в III группе, получавшей с целью профилактики дигпиридамол, составило 50, средняя масса новорожденного 2898, 86±110,94 г, средний рост 49,68±0,93 см. В IV группе, получавшей с целью профилактики аспирин, количество новорожденных составило 50, средняя масса новорожденного 3055,32±89,6 г, средний рост 51,14±0,47 см. И в I контрольной группе с нормальными показателями гемодинамики количество новорожденных составило 675, средняя масса новорожденного 3413,36±18,36 г, средний рост 52,87±0,11 см.

Доплерометрия маточных артерий во втором триместре приобретает первостепенное значение в выборе рациональной акушерской тактики, профилактической терапии *гестоза* и снижении СЗРП.

Заключение. Последние методические рекомендации по профилактике, ранней диагностике *гестоза* и реабилитационных мероприятий в настоящее время устарели. Полученные в последние годы данные по этиологии и патогенезу данного заболевания позволяют подойти к решению этой проблемы с новых позиций понимания патогенеза, а, следовательно, и к ранней диагностике, профилактике *гестоза*. Доказано, что профилактические мероприятия, включающие дезагреганты, мембранстабилизаторы, антиоксиданты у беременных группы риска, снижают частоту

развития тяжелых форм *гестоза* в 2,5 раза, перинатальную смертность в 1,8 раз, перинатальную заболеваемость в 2,9 раз [6].

Приведенные результаты нашего исследования показывают, что назначение рыбьего жира в качестве источника омега-3 беременным с нарушением гемодинамики во II триместре, показали эффективность при профилактике *гестоза*, более благоприятные показатели состояния плода и более благополучные исходы родов для новорожденного.

Литература

1. Аржанова О.Н., Кветной И.М., Кузнецова А.В., Колобов А.В. // Ж. акуш. и жен. болезн. 2006. №1. С. 44–49.
2. Мозговая Е.В., Печерина Л.В. // Дисфункция эндотелия. Патогенетическое значение и методы коррекции / Под ред. Петрищева Н.Н. СПб.: ИИЦ ВМА, 2007. С. 232–249.
3. Мурашко А.В., Кумыкова З.Х. // Consillium medicum. 2006. №6. С. 23–27.
4. Перова Н.В. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. №4 (4). С. 112–118.
5. Кокрановское руководство: беременность и роды. Под общей ред. Сухих Г.Т. М.: Логосфера, 2010. С. 55–69.
6. Методические указания: современные подходы к диагностике, профилактике и лечению *гестоза*. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. и соавт. М.: 1999. С. 21–23.

EXPERIENS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF COMPLICATIONS OF PREGNANCY

M.V. PANSHINA, V.G. VOLKOV, K.A. KHADARZEVA

Tula State University, Chair of Obstetrics and Gynecology

The article highlights the application of omega-3 donators of polyunsaturated fatty acids (fish oil) for pregnant women with hemodynamic disturbance in 21-24 weeks, which leads to frequency depression of placental insufficiency, as well as of the syndrome of foetus growth inhibition and gestosis.

Key words: placental insufficiency, syndrome of foetus growth inhibition, gestosis.

УДК 611.718.1

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ, ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

О.О. РОСТОВЦЕВА, В.Г. ВОЛКОВ, О.В. ПАКЛИНА, Г.Р. СЕДКИКОВА*

Результаты исследования 60-ти случаев наружного генитального эндометриоза, показали, что один из механизмов возникновения боли обусловлен воспалением, при котором происходит непосредственное раздражение нервных окончаний медиаторами воспаления, приводящие к ультраструктурным изменениям нервных волокон и развитию болевого синдрома. Выявлена прямая корреляционная зависимость между выраженностью экспрессии ваниллоидных рецепторов 1 типа в эктопическом эндометрии и интенсивностью болевого синдрома, что открывает перспективы для фармакологической блокады TRPV1 и может являться патогенетическим лечением болевого синдрома при эндометриозе.

Ключевые слова: эндометриоз, белок PGP 9.5, TRPV 1 (ваниллоидные рецепторы 1 типа), хроническая тазовая боль.

Эндометриоз – это гормонозависимое, генетически обусловленное заболевание, развивающееся на фоне нарушения иммунного гомеостаза, сущность которого заключается в разрастании ткани, сходной по своему строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки [1,3]. В последние годы процент генитального эндометриоза неуклонно растет – в гинекологической патологии болезнь занимает 3 место после воспалительных заболеваний придатков и миомы матки [2,4]. Частота эндометриоза, если брать единую статистику аденомиоза и наружного генитального эндометриоза, колеблется, по данным разных авторов, от 1 до 59%, однако его патогенез остается до сих пор до конца не изученным [1]. Чаще всего эндометриоз диагностируется у женщин репродуктивного возраста, который многими авторами рассматривается как один из факторов риска этих заболеваний [5]. В структуре женского бесплодия частота

* ТулГУ Медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, ФГУЗ КБ 119 Федерального медико-биологического агентства РФ.