

Было зарегистрировано снижение показателей качества жизни по различным шкалам в пределах от 20,4% до 37,8%. Наиболее значительные различия с контролем были зарегистрированы по шкалам ФА (36,5%, $p<0,05$), РФ (37,8%, $p<0,05$), СС (36,2%, $p<0,05$), РЭ (36,0%, $p<0,05$).

Самое низкое среднее численное значение отмечено по шкале СС (47,4±2,5 балла), что вполне адекватно отражает совокупность психологических моментов у женщин, имеющих большую вероятность проведения гистерэктомии.

Литература:

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. - М., 2000. - С.424-487.
2. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операций, система реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты: автореф. дисс. д.м.н. - М., 1999. - 70 с.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - М., 1990.
4. Вихляева Е.М. Гиперпластические процессы эндометрия // Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М.Вихляевой. - М.: МИА, 1998. - Гл.5.4. - С.703-706.
5. Сидорова И.С. Современные подходы к лечению миомы матки // Миома матки (Современные проблемы

этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). - М.: МИА, 2003. - Гл.11. - С.207-214.

6. Онкогинекология. Фоновые, предраковые и злокачественные новообразования шейки матки, яичников, эндометрия / Учебное пособие. Томск: СГМУ, 2004. - 55 с.

7. Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., Умаханова М.М., Сичинава Л.Г. Тактика ведения больных с пролиферативными процессами эндометрия // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Материалы конгресса. - М., 1998. - С.107-108.

8. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р., Гайдарова А.Х. Оценка возможностей современных технических средств в диагностике и хирургическом лечении гиперпластических процессов эндометрия // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Материалы конгресса. - М., 2001. - С.556-565.

9. Краснопольский В.И., Гаспарян Н.Д., Кареева Е.И. и др. Изучение чувствительности эндометрия к гестагенам // Материалы форума «Мать и дитя». - М., 2003. - С.368.

10. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Карасева Н.В. Возможности применения препаратов индинол и эпигаллат при сочетании миомы матки и аденомиоза // Медицинский вестник. - 2008. - №24-25. - С.11.

11. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Medical Care. - 1992. - Vol.30. - P.473-483.

УДК 618.3-053.31

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У РОДИЛЬНИЦ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

З.Г. Хамидуллина

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

Актуальность. На сегодняшний день ни одна проблема в акушерстве не вызывает столь пристального внимания как проблема преэклампсии, так как она является основной причиной материнской, перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на стремительный прогресс современных медицинских технологий, в мире от преэклампсии ежегодно умирает до 50000 женщин (Khalil, Granger, 2002). По данным ВОЗ, у каждого пятого ребенка, родившегося от матери с преэклампсией, в той или иной степени нарушено физическое и психоэмоциональное развитие, значительно выше уровень заболеваемости в младенческом и раннем детском возрасте (Bussolino et al., 1980, Duley et al., 2004).

Целью нашего исследования: изучение перинатальных исходов у родильниц с преэклампсией тяжелой степени.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 81 историй родов женщин и новорожденных, находившихся на стационарном лечении и родоразрешенных в клинике АО «Нацио-

нальный научный центр материнства и детства», г. Астана в 2009 году.

Возраст беременных варьировал от 18 до 40 лет и составил в среднем 29,5±0,51. Первородящих беременных было 46%, многорожавших – 4%, повторнородящих – 50%.

Наиболее часто из фоновых экстрагенитальных заболеваний по частоте и структуре встречались заболевания мочевыделительной системы – 11,1%, анемия в 8,4%, заболевания сердечно-сосудистой системы – 7,4%, эндокринная патология – 2,4%.

Первая половина беременности у изучаемого контингента осложнилась ранним токсикозом в 67,0%, ОРВИ – 9,6%, угрозой прерывания беременности – 9%, во второй половине беременность осложнилась ложными схватками 14%, ОРВИ - 11,3%.

Сроки и метод родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени зависели от состояния матери и внутриутробного плода, с учетом готовности организма к родам, таблица №1.

Таблица №1. - Сроки и метод родоразрешения беременных с преэклампсией тяжелой степени.

Сроки родоразрешения					Метод родоразрешения	
до 28 нед.	28-32 нед.	32-36 нед.	в срок	индуцированные	через естественные пути	абдоминальным путем
8 (9,8%)	27 (33,3%)	28 (34,5%)	18 (22,4%)	22 (27,1)	50 (61,7%)	31 (38,3%)

Анализ исхода родов с преэклампсией тяжелой степени показал, что у 22,4% женщин беременность закончилось своевременными родами, наибольший процент составили преждевременные роды – 77,6%. В 61,7%

случаях тяжелых форм преэклампсии родоразрешение проведено в клинике через естественные родовые пути, путем операции кесарево сечение - в 38,3% случаях. В

27,1% роды были индуцированными из-за тяжести состояния матери и внутриутробного состояния плода.

Показаниями к операции кесарево сечение явились: отсутствие эффекта от терапии преэклампсии тяжелой степени - 9%, угрожающее состояние плода на фоне хронической внутриутробной гипоксии и задержки развития плода (СЗВУР) - 11,7%, преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты - 7,5%,

безуспешность консервативного родоразрешения - 5,6%, рубец на матке - 4,5%.

Результаты, обсуждение. Учитывая, что преэклампсия тяжелой степени является одной из основных причин плацентарных нарушений, в результате чего увеличивается количество гипотрофичных новорожденных, проведен анализ историй новорожденных и данные о массе детей при рождении, приведены в таблице №2.

Таблица №2. - Масса новорожденных у родильниц с преэклампсией тяжелой степени.

1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-выше
18 (22,2%)	23 (28,4%)	14 (17,3%)	18 (22,2%)	8 (9,9%)

Проведенный анализ перинатальных исходов показал, что у матерей с преэклампсией тяжелой степени наибольшее количество детей родились маловесными к сроку гестации с массой тела от 1500,0-1999,0 (28,4%), недоношенными, а показатель ранней неонатальной смертности составил - 98,7‰. Основной причиной смерти новорожденных являлись пневмопатии и гипо-

кисические поражения ЦНС. У 90% недоношенных имело место гипоксическо-ишемическая энцефалопатия (следствие антенатальной, интранатальной или смешанной гипоксии), 40,8% имели пневмопатию, которая чаще встречается до 34 недель гестационного возраста, 22,2% - задержка внутриутробного развития плода, что явилось проявлением плацентарных нарушений.

Таблице №3. - Перинатальные исходы у родильниц с преэклампсией тяжелой степени.

Исходы				
Родились в асфиксии	СЗВУР	Антенатальная смертность	Интранатальная смертность	Ранняя неонатальная смертность
9 (11,1%)	18 (22,2%)	2 (24,6‰)	3 (37,0‰)	8 (98,7‰)

Выводы. Таким образом, преэклампсия тяжелой степени, являясь одной из причин, вызывающих преждевременные роды, повышает риск осложнений для матери и плода. Поэтому необходимо своевременно

диагностировать данную патологию и проводить лечебные мероприятия для избежания неблагоприятного исхода.

УДК 618.12-005.1-08

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ПРАКТИКЕ

С.П. Боровский, Н.Б. Малаев, С.С. Мухаметкалиев, В.В. Землянский, Е.Т. Сабитов, С.С. Мусаев
АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

Первые упоминания о применении эмболизации внутренних подвздошных артерий и их ветвей в лечении акушерской и гинекологической патологии относятся к 1979 г., когда Oliver J. с соавт. [35] опубликовали сообщение об успешном применении данного метода для остановки послеродовых и послеоперационных кровотечений. В последующие годы существенно увеличился объем проводимых вмешательств, диапазон их применения, изменилась техника проведения. В настоящее время эндоваскулярные методы активно используются для профилактики и лечения кровотечений при неправильной плацентации [18,43], атонии матки, гематомных разрывах влагалища и шейки матки, ДВС-синдроме [12, 14,36,44] и других системных нарушениях свертывания крови [38], злокачественных новообразованиях матки [1,10,26], артериовенозной трансформации, аневризмах маточной и яичниковой артерий [23,33]. А начиная с 90-х годов, после опубликования работ французского хирурга-гинеколога Ravina J. с сотрудниками [41], эмболизация маточных артерий (ЭМА) прочно вошла в арсенал лечения миом матки в качестве самостоятельного метода. В настоящее время опыт применения данного метода исчисляется несколькими десятками тысяч. Однако в странах СНГ эндоваскулярные методы лечения в гинекологии пока не получили достаточно широкого распространения и активно используются только в ряде клиник [1,4,5,9,10]. Во многих случаях сдержанное отношение к эндоваскулярным

вмешательствам основано на недостаточной информированности гинекологов о возможностях данных методов или предубежденном к ним отношении. Однако, как у любого нового способа лечения, у эмболизации маточных артерий объективно существуют слабо изученные стороны применения, требующие тщательного исследования. В этой связи, в данном сообщении нам хотелось на основе собственного опыта и литературных данных определить ключевые, на наш взгляд, проблемы применения эндоваскулярных методов в акушерской и гинекологической практике и определить подходы к их решению.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 65 больных с различной гинекологической патологией, у которых эндоваскулярные вмешательства были применены в качестве самостоятельного (основного) метода или в комплексе с другими способами. Из них рак шейки матки установлен у 38 больных, миома матки - в 25 случаях, внематочная беременность и артериовенозная трансформация - по одной пациентке. В 23 случаях злокачественных опухолей эмболизация применялась с целью остановки маточных кровотечений после безуспешных консервативных мероприятий, в 15 случаях для уменьшения размеров опухоли. Показанием к проведению ЭМА считали симптомную миому матки размерами до 12-16 недель, отягощенный соматический статус у больных с высоким риском оперативного вмеша-