

УДК 616.694+616.9-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОФАНА В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Н.К. Шаймарданов

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

В ходе исследования была выявлена клиничко-иммунологическая эффективность имунофана у больных хламидиозом в сравнении с группой, получавшей только базисную терапию, которая подтверждалась улучшением иммунологических показателей: увеличением абсолютного числа лимфоцитов, CD-4 и CD-8 лимфоцитов, показателей фагоцитоза и фагоцитарного числа. Сделан вывод о необходимости включения иммуномодулятора имунофана в комплексное лечение хронического урогенитального хламидиоза

Тужырым

УРОГЕНИТАЛЬДЫ ХЛАМИДИОЗДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ИМУНОФАНДЫ ТИІМДІ ҚОЛДАНУ

Н.К. Шаймарданов

Зерттеуде хламидиозбен ауырган топпен салыстыру кезінде тек қана базистық терапияны алғанда, имунофанның клиничко-иммунологиялық тиімділігі табылды, иммунологиялық көрсеткіштерінің жақсарғаныны байқалды: лимфоциттердің абсолюттік сандарының жоғарлауын, CD-4 және CD-8 лимфоциттер, фагоцитоздың көрсеткіштері және фагоцитарлық сандары. Созылмалы урогенитальды хламидиозды комплексті емдеуде имунофанның иммуномодуляторлары қажет екендігіне қорытынды жасалды.

Summary

EFFICIENCY OF APPLICATION IMUNOFAN IN TREATMENT OF AN UROGENITAL CHLAMIDIOSIS

N.K. Shaimardanov

In researches was observes clinic- immunological effects of Imunofan for patients of urogenital chlamidiosis in comparison with group, received only basic therapy, which confirms the improvements immunologic show, increase absolutely number of lymphocytes.

Хламидийная инфекция за последнее время приобрела широкое распространение во всем мире. По данным ВОЗ (1) в мире ежегодно регистрируется около 90 млн. новых случаев урогенитального хламидиоза (УХ). В России уровень инфицированности среди дееспособного населения составляет 18,6% (2). Этот показатель значительно повышается при обследовании групп риска в частности, у пациентов кожно-венерологических учреждений, которые встречаются в 25-50% случаев (3), в гинекологии у 23-45% больных (4). В Казахстане выявляемость среди обратившихся в кожновенерологические учреждения составляет 31,6%, среди больных с отягощенным акушерским анамнезом частота выявления УХ составляет - 43,4% (5).

Целью работы явилась оценка эффективности имунофана в комплексном лечении урогенитального хламидиоза. Оценка проводилась с учетом

иммунологических показателей. Имунофан назначался курсом 10 инъекций, по 1 инъекции внутримышечно через 2 дня. У 36 больных имунофан применяли в сочетании со стандартным лечением. Группой сравнения стали 18 больных, получавших только стандартное лечение. До начала лечения в первой группе жалобы на выделения из половых путей отмечались у 70,2%, на рези при мочеиспускании у 48,6%, на дизурические расстройства у 27,7%, в группе сравнения у 66,2%, 44,4%, 33,2% соответственно.

Материал и методы: У всех больных до лечения и после окончания терапии был проведено определение абсолютного количества лимфоцитов; Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD-4, CD-8, CD-16); определение В-лимфоцитов; определение фагоцитоза и фагоцитарного числа.

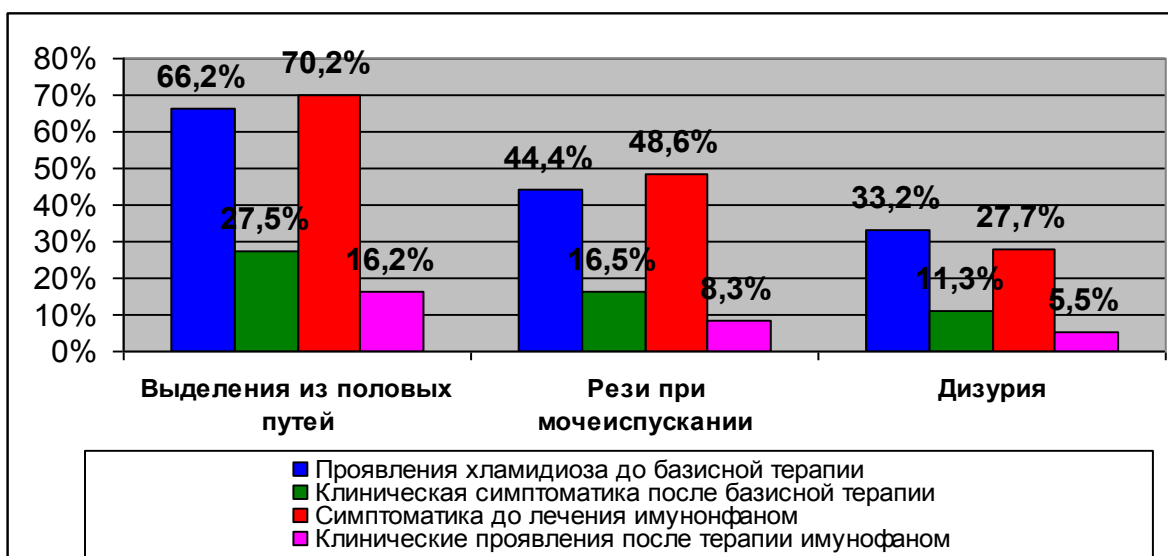


Рисунок №1. Динамика основных клинических проявлений хламидийной инфекции после различных методов терапии

По завершении курса лечения в группе больных с базисной терапией отмечалось жалобы на выделения из половых путей у 27,5%, рези при мочеиспускании у 16,5%, дизурические расстройства у 11%, тогда как в

группе получавших иммунофан имелись жалобы на выделения из половых путей только у 16,2%, рези при мочеиспускании у 8,3%, дизурические расстройства у 5,5% (рис. №1)

Таблица №1. - Основные показатели иммунного статуса.

Показатель	Контроль (здоровые лица)	Терапия без иммунофана		Лечение иммунофаном	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Абс. число лимфоцитов	1927±38	1664±26▪	1765±41•●	1680±42▪	1925±48●♦
CD4+	567±41,2	345±32,5▪	446±37,4•●	347±37,3▪	554±41,1●♦
CD8+	389±29,4	235±21,2▪	293±19,4•●	230±24,5▪	353±27,3●♦
CD16+	353±53,2	252±21,6▪	318±25,3●	257±23,7▪	343±30,4●♦
В-лимфоциты	365±45,1	290±26,7▪	306±36,2	306±37,6	342±43,3
Фагоцитоз	46,5±2,43	26,3±2,54▪	34,2±2,74•●	27,3±2,43▪	42,8±3,12●♦
ФЧ	4,31±0,13	3,11±0,11▪	3,47±0,14•●	3,23±0,12▪	3,94±0,14●♦

Примечание: ▪ показатель достоверно отличается от данных здоровых лиц ($p < 0,05$)

● достоверное отличие показателей до и после лечения ($p < 0,05$)

♦ сравнение показателей после лечения иммунофаном и без лечения иммунофаном ($p < 0,05$)

Выводы: выявленная клиническая эффективность иммунофана у больных хламидиозом в сравнении с группой, получавшей только базисную терапию, подтверждалась улучшением иммунологических показателей: увеличением абсолютного числа лимфоцитов, CD-4 и CD-8 лимфоцитов, показателей фагоцитоза и фагоцитарного числа.

На основании полученных данных считаем целесообразным применение иммунофана по данной схеме в комплексной терапии урогенитального хламидиоза.

Литература:

1. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. 25.05.2005. Заболевания, передаваемые половым путем. – М. – 2005. №5. – С. 81-82.

2. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции в крупном промышленном центре Западной Сибири // Вестник дерматологии и венерологии – 2001. №1. - С. 54-57.

3. Редько И.И. Сравнительная характеристика прямых микроскопических методов лабораторной диагностики хламидийной инфекции у новорожденных детей // Клиническая лабораторная диагностика. - 2009 №8. - С.34-35.

4. Ниармедик (НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН). Руководство для врачей. – М. – 2006. - 46 с.

5. Нурушева С.М., Акышбаева К.С., Котлерова Т.Н. и др. Факторы относительного риска развития хламидийной инфекции // Сборник Проблемы инфекции в акушерстве, гинекологии, дерматовенерологии и урологии. – Алматы. - 2008. - С.178-182.

УДК 616.983-097-618.3-089

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

О.Д. Исабаев

КГКП «Городской клинический родильный дом №2», г. Семей

Резюме

Внутриутробные хламидийные инфекции являются одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности плода. В работе проведено статистическое исследование распространенности урогенитального хламидиоза и показано влияние экологического фактора на изменения состояния иммунологической резистентности у беременных женщин, в Семейском регионе в сравнении с литературными данными по г. Новосибирску. В ходе исследования выяснено, что урогенитальный хламидиоз у беременных чаще сопровождается с трихомонадным кольпитом. В сравнении с городом Новосибирском отмечено, что в Семейском регионе низкая резистентность на фоне снижения иммунитета, которая сопровождает беременность, по-видимому, обусловлено влиянием экологического фактора иммунную систему беременной женщины.

Түжірім

СЕМЕЙ АЙМАҒЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗЫ

О.Д. Исабаев

Ұрық ішіндегі инфекция перинатальді ауруларды және ұрықтың өлуінің негізгі себебі болып келеді. Ұрық ішіндегі инфекцияның пайда болуына хламидиялық инфекция ең алдыңғы үсетарлы орынға ие болады. Урогенитальды хламидиоздың тарауына байланысты статистикалық зерттеу жұмыстары өткізіледі және жүкті әйелдердің иммунологиялық резистенттіліктің жағдайдың экологиялық факторы ықпал етуі көрсетілген, Семей аймағында Новосибирск қаласымен әдебиеттің көрсетіністері салыстырғанда. Жүктілерде урогенитальды хламидиоз трихомонадты кольпиттер жиі ілеседі. Новосибирск қаласымен салыстырғанда, Семей аймағында жүктілік иммунитеттің әлсіреу фондында резистенттілігі төмен болатыны көрсетілген, осылай болды жүкті әйелдердің иммунды жүйесіне экологиялық факторының ықпалы болып есептеледі.

Summary
UROGENITAL CHLAMIDIOSIS AT PREGNANT WOMEN IN SEMEY REGION
O.D. Isabayev

Principal causes of perinatal morbidity and death rates of the fetus are intrauterine infections. Chlamidial infection takes leading place among intrauterine infections. Statistical investigation of prevalence of urogenital chlamidiosis and influence of the ecological factor on changes of condition of the immunologic resistance at pregnant women in Semipalatinsk region in comparison with the literary facts in Novosibirsk are seen in this work. During research it is found out, that urogenital chlamidiosis at pregnant women is accompanied with colpomycosis is more often. In comparison with the city of Novosibirsk it is marked, that in Semey region is low resistency on base of decrease immunity which accompanies with pregnancy, on seen it is caused by influence of the ecological factor on immune system of the pregnant woman.

Одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности являются внутриутробные инфекции, когда заражение плода и новорожденного происходит в пренатальном периоде или во время родов [5,6]. Источником заражения при этом является мать, у которой заболевание может протекать мало или бессимптомно или же она является носителем инфекционного агента. Поражение эмбриона в первом триместре нарушает нормальный процесс закладки и дифференцировки органов и систем, что приводит к формированию пороков развития [7]. По мнению многих авторов в происхождении пороков развития играет хламидийная инфекция [2]. Урогенитальный хламидиоз – наиболее распространенная инфекция, передаваемая половым путем, встречающаяся в 2-4 раза чаще, чем гонорея и в 7,5 раз чаще, чем сифилис [1]. В мире ежегодно регистрируется до 89 млн. больных урогенитальным хламидиозом [2]. В патогенезе внутриутробной инфекции вызванной *Ch. trachomatis* имеет место нарушения иммунитета.

В настоящем исследовании проведено статистическое исследование распространенности урогенитального хламидиоза и показано влияние экологического фактора на изменения состояния иммунологической резистентности у беременных женщин, в Семипалатинском регионе в сравнении с литературными данными по г. Новосибирску.

Нами было обследованы 41 беременная женщина в разные сроки беременности, из них в I триместре 15% (n=6), во II триместре 57% (n=23) и в 28% (n=12) в III триместре беременности

По нашим данным у 73% больных жалобы отсутствовали, по данным литературы эта цифра не превышает 40% [4]. Чаще всего диагностировался хламидиоз с трихомонадным кольпитом, тогда как по литературным данным Л.К. Глазковой (2006) урогенитальный хламидиоз у беременных как моноинфекция протекает всего в 32,9% случаев.

Обнаружена закономерность в сезонности обращений женщин - пик приходится на осенние месяцы и декабрь (68%), на весну и лето приходится до 17%. Высокие титры антител выявлены у - 73% среди всех обследуемых беременных женщин приходится на сентябрь - ноябрь (Семипалатинск), по данным А.А. Хрянина и др. в г. Новосибирске - на июль - сентябрь.

Следует отметить, что диагностическая ценность ИФА-диагностики хламидиоза в условиях нашего города снижена, т. к. только в 22% случаях указывался титр антител.

Анализ выявления специфических иммуноглобулинов классов G и A к *Ch. Trachomatis* показал, что в 61% случаев обнаруживались только антитела класса G и A, по данным новосибирских коллег этот показатель составляет 15%. В 15% случаев обнаруживались положительные Ig G при сомнительном титре Ig A. В 15% случаев при положительном Ig G, уровень Ig A был слабоположительным, что говорит о переходе из острой ста-

дии в хроническую и возможным внутриутробном инфицировании плода.

Частота выявления повышенных титров антител в возрастной группе от 18 до 25 лет в 2,3 раза выше, чем в группе 35-35 лет, причем зарегистрировано только 5 больных старше 40 лет, по Новосибирску этот показатель в 2 раза выше в группе от 18-25 лет, по сравнению с группой 25-35 лет [2].

После окончания курса лечения делали повторное ИФА-исследование, в ходе которых титр антител снизился в 64% случаев, в 2% увеличился, в остальных – не изменился.

В результате проведенных исследований города Новосибирска повышенные титры антител составили 18,6% от всего населения [2], тогда как распространенность более 10% считается критическим эпидемиологическим порогом инфицированности. В нашем городе данный показатель меньше 0,1% и это при четырехкратном преобладании (по данным серологических исследований) больных с хроническими урогенитальными заболеваниями. Данная ситуация сложилась в результате неполного объема лабораторных методов исследования – не назначается РИФ и ПИФ-реакции, а также из-за несовершенства самой ИФА-реакции, которая при высокой чувствительности не учитывает индивидуальные особенности иммунитета, возможность ложноотрицательных и ложноположительных результатов. Это в первую очередь имеет значение для диагностики хламидиоза у беременных. По литературным данным инфицирование амниона происходит в 64,5% случаев, выкидыши и мертворождения являются следствием хламидийной инфекции в 5,5% случаев [4], тогда, как у женщин, лечившихся в Семейском кожнодиспансере выкидыши и мертворождения в анамнезе, составляет 18%.

Таким образом, при обследовании беременных женщин в г. Семей в отличие от Новосибирского региона обнаружено, что хламидийной инфекцией подвержены женщины в возрастной группе 18-25 лет и чаще сочетается преимущественно с трихомонадным кольпитом. При анализе специфических маркеров хламидийной инфекции выяснено, что чаще регистрируются IgG и IgA (61%) и в 15% положительные IgG и слабоположительным IgA, что может говорить о возможном внутриутробном поражении плода.

Возможно у женщин Семипалатинского региона, проживающих в экологически неблагоприятном регионе низкая резистентность к специфическим инфекциям на фоне снижения иммунитета, которая сопровождает беременность, приводит к активации хламидийной инфекции.

Все вышесказанное говорит о недостаточном уровне диагностики урогенитального хламидиоза в условиях нашего города. Необходимы более глубокие исследования иммунитета у беременных женщин с определением не только специфический иммуноглобулинов классов Ig A, Ig M, Ig G, но проводить мониторинг иммунного статуса у беременных женщин.

Литература:

1. Глазкова Л.К., Герасимова Н.М. Заболевания передаваемые половым путем. - М. 2006. - №4. - С.9-12.
2. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. 25.05.2005. Заболевания, передаваемые половым путем. - М. 2005. - №5. - С. 81-82.
3. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции в крупном промышленном центре Западной Сибири, Вестник дерматологии и венерологии. - 2001. - №1. - С.54-57.

4. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М. 1995. - С.37-38.
5. Казанцева А.П., Попова Н. И. Внутриутробные инфекционные заболевания заболевания детей и их профилактика. -Л. - 1998 - 227 с.
6. Чучупалов П.Д., Охридина Л.И. // Вопросы охраны материнства и детства.-1999. - №1. - С16-18.

УДК 616.983-615.37

ИММУНОАКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ИМУНОФАНА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ

Н.К. Шаймарданов

*Государственный медицинский университет города Семей***Резюме****Ключевые слова:** уrogenитальный хламидиоз, иммунитет, имунофан.

Изучено иммунокорректирующее влияние препарата имунофан в лечение больных с уrogenитальным хламидиозом. В ходе исследования было выявлено, что имунофан стимулирует систему фагоцитоза и клеточного иммунитета у больных уrogenитальным хламидиозом.

Түжырым**УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗДЫ ЕМДЕУДЕ ИМУНОФАННЫҢ ИММУНИТЕТКЕ БЕЛСЕНДІ ӘСЕРІ**

Н.К. Шаймарданов

Уrogenиталды хламидиозбен ауыратын науқастардың имунитетін имунофанмен реттеу әсері зерттелді. Тексеру нәтижесінде имунофанның хламидиозбен ауыратын науқастардың фагоцитоз жүйесін және клеткалық имунитетті көтеретін әсері анықталды.

Summary**IMMUNITY ACTIVE EFFECT IMUNOFAN AT UROGENITAL CHLAMIDIOSIS**

N.K. Shaimardanov

The key words: urogenital chlamidiosis, immunity, imunophan.

Immunocorrective action of imunofan in treatment of patients with urogenital chlamidiosis is studied. The research revealed that imunofan stimulates the phagocytosis system and cellular immunity at patients with urogenital chlamidiosis.

Уrogenитальный хламидиоз (УХ) является одной из серьезных медико-социальных проблем. Указанная инфекция широко распространена в различных странах мира, а показатели заболеваемости постоянно растут. *S. trachomatis* передается преимущественно половым путем и обладает выраженным тропизмом к цилиндрическому эпителию. Поэтому наиболее частыми клиническими проявлениями являются уретрит и слизисто-гнойный цервицит. При распространении инфекционного процесса могут наблюдаться бартолинит, эндометрит, сальпингит, иногда проктит и некоторые другие, более редкие формы заболевания [1]. Однако у 60% женщин хламидиоз протекает абсолютно бессимптомно [2]. Важная роль в патогенезе УХ принадлежит дисфункции иммунитета [3]. В связи с этим актуальными остаются вопросы иммунокоррекции при УХ. Существует способ иммунокоррекции у больных уrogenитальным хламидиозом, заключающийся в назначении циклоферона по схеме по 2,0 мл внутримышечно, однократно на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 день лечения уrogenитального хламидиоза. Нами предложен способ коррекции иммунитета у больных уrogenитальным хламидиозом с помощью регуляторного пептида четвертого поколения – имунофана.

Целью работы является оценка иммунного статуса больных уrogenитальным хламидиозом до и после лечения иммуномодулятором имунофаном.

Материал и методы: обследовано 47 больных уrogenитальным хламидиозом (диагноз верифицировался

методами микроскопии, ИФА, ПЦР). Все больные были разделены на 2 группы сравнения. Больные 1 группы (n=27) получили общепринятую антибактериальную терапию, больные второй группы (n=20) имунофан в сочетании с антибактериальной терапией + циклоферон. Контрольную группу составили здоровые лица (n=35). Препарат назначался по оригинальной схеме: по 2,0 мл внутримышечно, однократно с интервалом 2 дня, на курс 10 инъекций. В исследовании были использованы иммунологические и статистические методы исследования.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования было выявлено, что абсолютное число лимфоцитов было достоверно повышенным у больных принимавших имунофан на 14% (p<0,05) в сравнении с показателями до лечения. Содержание абсолютного числа CD3⁺ лимфоцитов выражалось в достоверном его повышении на 41% (p<0,01) в сравнении показателями до лечения, тогда как различия между группами сравнения принимавшие имунофан и традиционную терапию составила 15.7% (p<0,05). Во всех двух группах сравнения отмечалось повышение относительного содержания CD4⁺ лимфоцитов (p<0,05). Относительное число CD8⁺ лимфоцитов было наиболее достоверно повышенным у больных основной группы сравнения на 23% (p<0,05) по сравнению с исходными данными. В результате лечения соотношение иммунорегуляторного индекса было достоверно повышенным только у больных пролеченных имунофаном, и приближалось к показателям групп

пы здоровых лиц. Показатели абсолютного содержания CD16⁺ лимфоцитов повышались у больных принимав-

шие иммунофан на 32% ($p < 0,05$) по сравнению с показателями до лечения (таблица №1).

Таблица № 1. - Динамика иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом после иммуномодулирующей терапии.

Показатели	Здоровые лица	До лечения	Традиц. леч. + циклоферон	P ₁	Лечение иммунофаном	P ₂
	n = 35	n = 47	n = 27		n = 20	
Абс.число лимф., $\times 10^9$	1932±38	1620±36	1730±43	$p < 0,05$	1923±48	$p < 0,05$
CD 3, %	43,85±0,95	35,67±1,24	37,12±0,72	$p > 0,05$	43,3±0,54	$p < 0,01$
CD 3, $\times 10^9$	841±36	584±44	640±31	$p > 0,05$	832±26	$p < 0,01$
CD 4, %	28,85±1,82	20,67±2,32	22,00±0,14	$p > 0,05$	28,8±2,24	$p < 0,05$
CD 4, $\times 10^9$	557±69	333±83	380±60	$p > 0,05$	551±107	$P > 0,05$
CD 8, %	19,54±0,61	15,0±0,57	15,3±1,04	$p > 0,05$	18,7±0,61	$p < 0,01$
CD 8, $\times 10^9$	381±23	243±21	260±45	$p > 0,05$	354±29	$p < 0,05$
ИРИ	1,47±0,08	1,38±0,09	1,44±0,05	$p > 0,05$	1,54±0,06	$p < 0,05$
CD 16, %	18,1±0,8	14,8±0,5	16,2±0,3	$p < 0,05$	17,7±0,6	$p < 0,05$
CD 16, $\times 10^9$	352±31	245±18	284±13	$p > 0,05$	342±30	$p < 0,05$
CD 20, %	23,08±0,84	20,4±2,19	22,1±2,1	$p > 0,05$	22,2±1,36	$p > 0,05$
CD 20, $\times 10^9$	440±32	337±79	382±39	$p > 0,05$	420±65	$p > 0,05$
Ф Индекс, %	46,5±2,43	25,96±2,4	34,0±1,02	$p < 0,05$	42,8±3,12	$p < 0,05$
Ф Число	4,31±0,13	3,15±0,11	3,46±0,07	$p < 0,05$	3,94±0,14	$p < 0,05$

p₁ достоверность различий показателей у больных до лечения и после лечения циклофероном, p₂ достоверность различий показателей у больных до лечения и после лечения иммунофаном.

Выводы: таким образом, иммунофан стимулирует систему фагоцитоза и клеточного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом в более ранние сроки, не имеет побочных эффектов и хорошо переносится больными и может быть рекомендован в лечении хронического урогенитального хламидиоза.

Литература:

1. Тихонова Л.И. Дерматологическая служба России. Проблемы, поиски, решения. ИППП. - 2001. - 3. - С.28-31.

2. Айламазов Э.К. Хламидийная инфекция в акушерстве и перинатологии (диагностика, профилактика, лечение). Пособие под редакцией Э.К. Айламазова. СПб., 1995. - 365с.

3. Levine WC, Pope V, Tambe P. Increase in endocervical CD4 lymphocytes among women with nonulcerative sexually transmitted diseases. // J. Infect. Dis. - 1999. - Jan. 177(1). - С.167-74.

УДК618.33-008

СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова

КГКП «Павлодарский областной родильный дом», г. Павлодар

Резюме

Актуальность проблемы синдрома задержки внутриутробного развития плода имеет не только медицинское, но и социальное значение. Целью проведенного исследования явилось изучение частоты, диагностики, осложнений родов с синдромом задержки развития плода.

Тұжырым

ҚҰРСАҚ ІШІНДЕ АРА ҚАРАЙ ЖЕТІЛМЕУІНІҢ БЕЛГІСІ

Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова

Ұрықтың жатырішілік дамуының тоқталу синдромының өзекті мәселелері тек қана медициналық емес және әлеуметтік мағынасы бар. Өткізілген зерттеудің мақсаты жиілікті, диагностиканы және ұрықтың дамудың тоқталуы синдромы бар босанудың асқынуларын анықтау

Summary

SYNDROME INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION

Zh.B. Babasheva, L.A. Turebayeva, G.A. Khamitova

Background syndrome, intrauterine growth retardation is not only medical but also social value. The aim of the research it is exploring the frequency, diagnosis, complications of delivery with syndrome fetal growth retardation.

Развитие ребенка и здоровье взрослого человека взаимосвязаны с патологией плода и новорожденных. Нарушения, возникающие во время беременности в

системе мать-плацента-плод, осложняют адаптацию ребенка к внеутробной жизни и могут привести к тяжелым неврологическим расстройствам, повышают риск

интеллектуальной неполноценности, снижая качество последующей жизни. Особого внимания заслуживает проблема синдрома задержки развития плода (СЗРП), которая имеет не только медицинское, но и социальное значение. СЗРП занимает большое место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, является причиной инфекционной и соматической заболеваемости новорожденных, а также дальнейших нарушений физического и полового развития. В среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела.

Целью настоящей работы явилось изучение причин, диагностики развития СЗРП по данным областного родильного дома г. Павлодар за 2010 год.

Детей с СЗРП относят к группе риска по высокой заболеваемости и смертности, частоте поражения центральной нервной системы (ЦНС), нарушения адаптации новорожденных в неонатальном периоде, снижению функций неспецифической защиты и специфического иммунитета. Перинатальная смертность среди доношенных детей, родившихся с явлениями СЗРП, в 3–8 раз выше, чем у детей с нормотрофией, и занимает второе место в структуре перинатальных потерь после недоношенности. Перинатальная заболеваемость детей, родившихся с СЗРП, составляет 47–50%, а перинатальные потери – 65–70%. Особенно высока перинатальная смертность среди недоношенных детей с СЗРП. Перинатальная смертность у детей, родившихся с массой тела менее 2500 г при доношенной беременности, в 5–30 раз выше, чем у детей, родившихся с нормальной массой тела.

Заключение об отставании развития плода требует, согласно определению этого состояния, динамической оценки размеров плода. При этом лишь наличие точных данных о гестационном возрасте плода позволяет с уверенностью утверждать, что при данной беременности СЗРП отсутствует.

Выделяют симметричную и асимметричную формы СЗРП, разделяя их на основании различных причин и прогноза. При симметричной форме СЗРП выше вероятность наличия эндогенного дефекта который может создать препятствия для нормального развития ребенка; дети с асимметричной СЗРП более вероятно являются нормальными, но вследствие перенесенной внутриутробно нутритивной недостаточности имеют меньшие размеры. Данная классификация является недостаточно точной для того, чтобы служить основанием для выбора лечебно-диагностического вмешательства или определения жизнеспособности плода.

Этиологические факторы, приводящие к ЗВУР, можно разделить на 2 большие группы. К первой группе относятся фетоплацентарные факторы:

1. Хромосомные аномалии. Генетические нарушения являются причиной СЗРП в 10-15% случаев. Согласно данным Программы по изучению врожденных дефектов (Metropolitan Atlanta Congenital Defects Program), у 38% детей с хромосомными аномалиями имеется СЗРП.

2. Внутриутробная инфекция может являться причиной СЗРП в 10-15% случаев. Проявления внутриутробной инфекции неспецифичны и включают поражение центральной нервной системы (например, микроцефалия), хориоретинит и наличие внутрочерепных (перивентрикулярных) кальцинатов.

3. Плацентарные факторы - предлежание плаценты.

4. Многоплодная беременность. Причинами могут быть плацентарная недостаточность, синдром фетоплацентарной трансфузии.

Ко второй группе относятся материнские факторы:

- артериальная гипертензия
- лекарственные препараты
- нарушение питания и мальабсорбция
- васкулопатии
- конституциональные особенности матери
- пол плода

При любой беременности, сопровождающейся риском СЗРП, основные исследования должны быть проведены на ранних сроках гестации. Эти исследования обязательно должны включать внимательный расчет срока беременности, не имеющих известных факторов риска. В этом случае особенно большое значение приобретает динамический контроль высоты дна матки, чувствительность которого в отношении диагностики СЗРП составляет 46-86%. УЗИ, проведенное на ранних сроках беременности, позволяет точно установить предполагаемую дату зачатия (ПДЗ) и иногда способствует диагностике генетических врожденных причин СЗРП. Антенатальная диагностика задержки внутриутробного развития плода является недостаточно точной, что связано с тем, что предполагаемая масса плода не может быть измерена непосредственно, а должна вычисляться на основании объективных параметров. Кроме определения биометрических параметров плода, УЗИ должно использоваться для диагностики маловодия у плодов, входящих в группу риска по развитию СЗРП или уже имеющих СЗРП. Снижение объема амниотической жидкости является одним из клинических проявлений СЗРП и может быть его самым первым признаком, определяющимся при УЗИ. Возникновение маловодия объясняется снижением перфузии почек плода и возникающим в результате уменьшения продукции мочи. Маловодие определяется у большинства плодов с СЗРП - 80-90%.

У плодов с диагностированным СЗРП определение скорости кровотока в артерии пуповины при помощи доплерометрии позволяет оценить вероятность неблагоприятного перинатального исхода и определить интенсивность наблюдения за состоянием плода.

Плоды с СЗРП подвержены высокому риску внутриутробных осложнений, в том числе гипоксии и метаболического ацидоза, которые могут развиваться в любом сроке беременности, однако чаще возникают во время родов, при этом у 50% плодов имеют место патологические изменения ЧСС, чаще всего вариабельные децелерации.

Младенцы с СЗРП составляют группу риска по осложнениям неонатального периода к которым относятся синдром меконияльной аспирации, эпизодическое апноэ, низкая оценка по шкале Апгар, необходимость интубации в родильном зале, судорожные припадки, сепсис, полицитемия, гипогликемия.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ случаев госпитализации в отделение патологии беременных и родильный блок областного родильного дома Павлодара за 2010г. В исследование включены 68 беременных с СЗРП. За год были изучены обменные карты, истории родов, истории развития новорожденного с СЗРП. Проведен анализ причин развившегося состояния, возрастного состава, осложнений во время беременности и родов.

Результаты исследования. Проведенными исследованиями было установлено, что средний возраст составил $23,6 \pm 2,1$ года, среди них основное количество были первородящие 78,9%. Следует отметить, что мы выявили высокую частоту следующих осложнений: пла-

центральная недостаточность, гипертензионные состояния, заболевания почек, анемии, выкидыши в анамнезе, наличие вредных привычек. Все беременные регулярно наблюдались в женской консультации, у них отсутствовала тяжелая экстрагенитальная патология. У большинства беременных роды были преждевременными, диагностика состояния плода во время беременности (кардиотокография - КТГ, ультразвуковое исследование - УЗИ, доплерометрия) проводились в декретированные сроки. Все результаты инструментального обследования плодов были с патологическими изменениями.

Роды у беременных с СЗРП требуют от акушеров и неонатологов повышенной готовности к различным осложнениям и неблагоприятным перинатальным исходам. У наших пациентов преобладали роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость, дистрессом плода, что приводило к росту оперативных родов при СЗРП.

Проведенный анализ подтверждает - комплексное проведение вышеуказанных мероприятий, позволит своевременно вывить ухудшение состояния плода, определить стратегию ведения беременности и родов, тем самым обеспечив снижение перинатальных потерь.

Литература:

1. Алан Х.Де Черни Лорен Натан. Акушерство и гинекология. Москва «Медпресс-информ». 2008.
2. Клинические протоколы утвержденные приказом МЗ РК 239 от 07.04. 2010г.
3. Александрова З.Д. Ультразвуковая характеристика плаценты в зависимости от клинических особенностей позднего токсикоза беременных. Автореф. дис. канд. мед.наук. Л., 1990.
4. Баркова С.Н., Медведев М.В. Допплеровское исследование гемодинамики в венах плода // Ультразвук, диагн. 1998. - №1. - С.24-34.

УДК 618.3-06-084-08

НЕИНВАЗИВНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗОВ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ

С.М. Гарбузенко

КГКП «Городская поликлиника №2», г. Павлодар

Тұжырым

САҚТАНДЫРУДА УЫТСЫЗДАНДЫРУ ИНВАЗИЯЛЫҚ ЕМЕС ЖӘНЕ ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕЛІ ГЕСТОЗДІ ЕМДЕУ

С.М.Гарбузенко

Қорытынды: Гестоздар терапиясына энтеросорбция полифепанмен қосылуы зерттеулер бойынша клиника-лабораториялық көрсеткіштерін жақсартады – салмаққа қосылыстың төмендеуі, тәулік диурезінің көбеюі, несепте белок болмайды, диастолалық қысымының ерекшелігінде систоланы тұрақтандырады, жиілік жиырылуын қысқартады және интоксикацияның лейкоцитарлық көрсеткішін төмендетеді.

Түйіндеу: гестозаны емдеуде антиэндотоксиналық құрастыру құрамдас бөлігі ретінде полифепанды қолдану дәстүрлі терапиямен қатар пайдалы болуы мүмкін. Клиницистер арсеналында тиімді әдіс бар – энтеросорбция, жеңіл дәрежелі гестозаны емдеуге және сақтақтандыруға мүмкіндік береді.

Summary

NON-INVASIVE DETOXIFICATION TREATMENT IN THE PREVENTION OF MILD GESTOSIS

S.M. Garbuzenko

Summaries: According to the research, including enterosorbition by polypefan into treatment of gestational toxicosis improves clinic-laboratory indicators – decrease of the rate of weight gain, increase of daily diuresis, absence of the protein in the urine, stabilizes systolic and especially diastolic blood pressure, decreases heart rate and decreases leukocytic index of intoxication.

Conclusion: Use of polypefan as a component of anti-endotoxin treatment of gestational toxicosis could be useful along with traditional therapy. There is an effective method of treatment in the arsenal of clinicians – enterosorbition, which allows providing prophylaxis and treatment of the mild gestational toxicosis.

Актуальность. Гестоз беременных остаётся одной из самых актуальных проблем современного акушерства, оказывая неблагоприятное влияние на плод и здоровье матери. Традиционная комплексная терапия гестоза включает в себя создание лечебно-охранительного режима, диету, гипотензивную, кортикостероидную, антиагрегантную, антикоагулянтную и дезинтоксикационную терапию. При этом применение эффективных методов (гемосорбция, плазмаферез) из-за сложности проведения, инвазивности, высокой стоимости, наличие ряда противопоказаний могут быть использованы у ограниченного количества больных, что

ведёт к необходимости поиска других методов детоксикации.

Применение энтеросорбции – одного из консервативных методов детоксикационной терапии – получило широкое распространение в клинической практике. Лечебное действие энтеросорбции обусловлено прямым и опосредованным эффектами. Прямое действие сорбента - это фиксация и выведение из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) бактериальных токсинов, эндогенных продуктов секреции и гидролиза, биологически активных веществ (нейропептидов, простагландинов, серотонина, гистамина), сорбция патогенных и условно-патогенных

микроорганизмов и вирусов, связывание газов. Опосредованное действие – ослабление или устранение токсико-аллергических реакций, профилактика эндотоксикоза, снижение метаболической нагрузки на органы экскреции и детоксикации, коррекция процессов обмена веществ, восстановление целостности и проницаемости слизистых оболочек, улучшение кровоснабжения, стимуляция моторики кишечника.

Лечебный эффект сорбента достигается за счёт физико-химических свойств сорбирующего вещества, способного связывать и выводить из организма токсические продукты. Поэтому с целью снижения уровня интоксикации у беременных с гестозом в качестве детоксикационной и сорбционной терапии мною выбран энтеросорбент полифепан.

Полифепан – препарат растительного происхождения, получаемый из гидролизованного лигнина. Связывает различные микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности, токсины экзогенной и эндогенной природы, аллергены, ксенобиотики, тяжёлые металлы, радиоактивные изотопы, аммиак, двухвалентные катио-

ны и способствует их выведению через ЖКТ. Оказывает энтеросорбирующее, дезинтоксикационное, противодиарейное, антиоксидантное, гиполлипидэмическое и комплексобразующее действие. Компенсирует недостаток естественных пищевых волокон в пище человека, положительно влияя на микрофлору толстого кишечника и на неспецифический иммунитет.

Материалы и методы. Всего под наблюдением находились 92 беременных с гестозом, они составили первую группу. Во второй контрольной группе 25 соматически и гинекологически здоровых женщин с неосложнённым течением беременности в возрасте от 19 до 33 лет. В ходе исследования у беременных первой группы использовали сорбент полифепан. Препарат назначали внутрь в виде суспензии в суточной дозе 150-180 мг/кг массы тела в течении 20-25 дней. С целью изучения особенности влияния энтеросорбента на эффективность комплексной терапии гестоза был проведён анализ клинико-биохимических показателей представленных в таблице:

Таблица. – Анализ клинико-биохимических показателей.

Показатель	До применени полифепана	После применения	Контрольная группа
ЧСС	88-90 в мин.	80-82 в мин.	78-80 в мин.
АД систолическое диастолическое	120+-12 92+-8	100+-10 76+-5	110+-8 75+-6
Гематокрит	35-37 г/л	32-34 г/л	35-36 г/л
Гемаглобин	112+-10 г/л	115 г/л	116 г/л
Лимфоциты	19 %	22-26 %	20-24 %
Общий белок	60-62 г/л	62-63 г/л	64 г/л
Тромбоциты	190+-10.10/9	210+-10.10/9	220.10/9
Протромбин	105+-6 %	96+-8,2 %	100 %
Фибриноген	4,4 +-0,7 г/л	3,9+-0,5 г/л	4,2+-0,5 г/л
Креатинин	0,06+-0,01 ммоль/л	0,038+-0,01 ммоль/л	0,05+-0,01 ммоль/л
Мочевина плазмы	5,8+-1,2 ммоль/л	3,2+-1 ммоль/л	6 ммоль/л
Белок в моче	0,5+-0,2 ммоль/л	0-0,033 ммоль/л	0,033 ммоль/л
Суточное количество мочи	650-800мл/сут	1080-1500 мл/сут	1200 мл/сут
Прибавка в весе за неделю	600-750 грамм	250-320 гр	=300 гр
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации.	1,5+-0,1	1,1+-0,2	1,2

Выводы: Согласно исследованиям включение энтеросорбции полифепаном в терапию гестозов улучшают клинико-лабораторные показатели – снижение прибавки в весе, увеличение суточного диуреза, отсутствует белок в моче, стабилизирует систолическое и в особенности диастолическое давление, урежает частоту сокращений и снижает лейкоцитарный индекс интоксикации.

Заключение: Использование полифепана в качестве компонента антиэндотоксиновой составляющей лечения гестоза может быть полезно наряду с традиционной терапией. В арсенале

клиницистов есть эффективный метод - энтеросорбция, который позволяет проводить профилактику и лечение лёгкой степени гестоза.

Литература:

1. Ветров В.В. Гестоз и эфферентная терапия. - Санкт-Петербург. - 2000. - С. 12-20.
2. Лужникова Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов. - Москва. - 2001. - С. 75-78.
3. Лысенков С.И. Неотложные состояния. - Майкоп. - 2001. - С. 295-320.