

время как у женщин с тяжелым течением климактерического синдрома наблюдалось более существенное увеличение данных показателей, что привело к повышению среднего ММИ в 6,5 раз ($p < 0,001$) (Таб. 2).

3) Психо-эмоциональные расстройства. По мере увеличения степени тяжести КС отмечалось достоверное нарастание ММИ психо-эмоциональных расстройств (табл. 2). При этом, если выявленное увеличение ММИ от 2,82 до 11,26 (баллов) в группе пациенток со средней степенью тяжести КС было обусловлено в основном нарастанием симптоматики почти в 3 раза ($p < 0,01$), то у пациенток с тяжелым течением патологического климактерия (ММИ которых превысил соответствующий показатель больных со средней степенью тяжести в 2 раза) наблюдалось более резкое повышение степени выраженности симптомов (от 1,34 до 2,58 баллов; $p < 0,01$), а их количество возросло незначительно.

Обобщая сказанное, можно считать, что первыми вестниками, свидетельствующими о выходе климактерия за рамки физиологического, являются нейровегетативные расстройства, дальнейшее развитие которых, а также присоединение психо-эмоциональных нарушений обуславливают значительное ухудшение качества жизни женщины переходного возраста. Последующему нарушению равновесия в женском организме во время климактерического периода способствуют обменно-эндокринные сдвиги, что значительно затрудняет возможность обратного развития проявлений климактерического синдрома. В заключении следует отметить, что клинические проявления патологического климактерия неуклонно прогрессируют и при отсутствии своевременной и адекватной коррекции происходит дальнейшее усугубление тяжести состояния больных за счет утяжеления имеющейся и присоединения новой симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. Гинекологическая эндокринология. /Под ред. К.Н. Жмакина. М.: Медицина, 1980. С. 105-134.
2. Крымская М.Л. Климактерический период. М.: Медицина, 1989.
3. Менопауза: Доклад научной группы ВОЗ. М.: Медицина, 1984.
4. Савельева Г.М. Климактерический синдром. Справочник по акушерству и гинекологии. М.: Медицина, 1992, 239-241. 36-45.
5. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А. и др. Климактерический синдром. М.: Медицина, 1988.
6. Brenner P.F. The menopause. West. J. Med., 1992, vol. 136, N 3, 305-312.
7. Van Keep P.A., Lauritzen G. Proven Beneficial effects of estrogen substitution in the postmenopause. A review. Front. Hormone Res., 1988, vol. 5, 1-25.

8. Judd H. Menopause and postmenopause. In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Ed. M. Perroll. Appleton and Large, 1990, 1061-1083

9. Payer L. The menopause in various cultures. In: A portrait of the menopause. H. Burger, M. Boulet (eds). The Parthenon Publishing Group, 1991, 3-22.

УДК 618.3.-06:616.12-008.331.4-07

Д.А. Сысоев, Н.А. Коробейшиков,

Е.А. Храмушина

НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭУ - И ГИПОКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, анестезиологии и реаниматологии ФУВ УГМА

Нарушение сосудистого тонуса, которое нередко встречается во время беременности, значительно повышает риск возникновения осложнений беременности и родов, ухудшает условия развития плода и, тем самым, увеличивает перинатальную заболеваемость и смертность [3, 7].

Актуальным вопросом является изучение влияния синдрома вегетососудистой дистонии (ВСД) на течение беременности и родов при различных типах гемодинамики (эукинетический, гипокинетический) [4] .

В патогенезе развития поздних гестозов, плацентарной недостаточности ведущее значение имеют нарушения микрогемодициркуляции [2, 5]. Одним из наиболее доступных и достоверных методов оценки функционального состояния микроциркуляторного русла на органном и тканевом уровне является определение состояния системы гемостаза [1, 2, 7].

Авторами проведено исследование с целью : изучения нарушений в системе микрогемодициркуляции у беременных с синдромом вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу при различных типах гемодинамики.

Проведено комплексное динамическое обследование женщин во втором триместре беременности (18-22 недели) . Основную группу составили 136 беременных с синдромом ВСД по гипотоническому типу, разделенные на две подгруппы в зависимости от типа гемодинамики (эу- и гипокинетический). Контрольная группа

-29 женщин с неосложненным течением беременности. Средний возраст всех обследованных женщин составил $25,6 \pm 4,1$ года (все величины: $M \pm SD$).

Методы исследования беременных женщин включали: тетраполярная реография по Кубичеку в модификации Пушкаря Ю. Т. с определением общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС), ударного объема (УО), минутного объема крови (МОК) : уровня артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС); оценку состояния системы гемостаза унифицированными тестами с определением фибриногена, фибриногена В, протромбинового индекса (ПТИ), гематокрита (Ht), фибринолитической активности, количества тромбоцитов и их активности (агрегация со стандартным идуктором агрегации - адреналином). Оценка состояния фетоплацентарного комплекса проводилась с помощью ультразвукового сканирования (фетометрия) с обязательной доплерометрией кровотока в маточных артериях и артерии пуповины. В таб 1 представлены основные гемодинамические показатели у беременных с неосложненным течением беременности и синдромом ВСД по гипотоническому типу. Как видно из приведенных данных, достоверные различия в группах наблюдения имеют в следующие показатели: артериальное давление (систолическое, диастолическое, среднее), УО, МОК, ОПСС. Так, в группе Б отмечено значительное повышение ОПСС ($2184,5 \text{ дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$) при низких цифрах УО (31,63 мл) и МОК (2,28 л/мин) относительно группы А и группы контроля. Значительных различий в значениях систолического, диастолического, среднего АД и ЧСС не выявлено между группами А и Б. Существенна разница в значениях ОПСС между группами А и Б (соответственно 1428,3 и 2184,5 $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$). Цифры УО и МОК различны в подгруппах с ВСД : в группе А 45,09 мл и 3,47 л/мин, в группе Б 31,63 мл и 2,28 л/мин соответственно, что наряду со значениями ОПСС явилось критерием разделения беременных с ВСД на подгруппы .

В соответствии с показателями гемодинамики в 18-22 недели беременные с ВСД разделены на две подгруппы , обследованные в динамике.

В таб 2 представлены основные показатели системы гемостаза у тех же беременных (группы наблюдения идентичны). Отмечены различия в уровне параметров, отражающих накопление в организме продуктов деградации фибрина и фибриногена, мономерных комплексов фибрина (ОФТ, этаноловый тест, фибриноген В) во всех трех группах, причем достоверно выше данные параметры в группах А и Б. Так, в группе Б ОФТ $8,28 \cdot 10^{-2}$ г/л, фибриноген В 1,58 г/л, этаноловый тест положителен в 11,5% наблюдений, тогда как в группе контроля эти по-

казатели составили $4,3 \cdot 10^{-2}$, 0,22 г/л и 1,8% соответственно. Выраженное снижение количества тромбоцитов наблюдается также в обеих группах с ВСД : 174,5 и 172,2 тыс/мкл против 201,5 тыс/мкл в группе с неосложненным течением беременности. Чувствительность адренорецепторного аппарата тромбоцитов уменьшается особенно отчетливо в группе А (58,3% против 79,9% в группе контроля). Ситуация, наблюдаемая в обеих группах с ВСД - умеренная тромбоцитопения , увеличение количественных и появление положительных качественных тестов паракоагуляции, уменьшение чувствительности рецепторного аппарата тромбоцитов - является отражением некоторого неблагополучия системы микроциркуляции организма беременной женщины.

Подобные изменения в системе гемостаза отражают наличие нарушений в микрогемодинамическом звене сосудистого русла беременных женщин.

Для характеристики степени тяжести подобных нарушений предлагается использовать межсистемный индекс, слагаемые которого являются интегративным отражением степени благополучия клинико-лабораторной ситуации на представляемом ими уровне:

$$k = (0,1m + 10n) / p ,$$

где m - общее периферическое сопротивление сосудов (интегративный гемодинамический показатель), n - ОФТ (уровень микроциркуляторного русла - количественный показатель паракоагуляционных процессов), p - количество тромбоцитов (критерий благополучия системной микроциркуляции и функции эндотелиоцитов). Так, для группы с неосложненным течением беременности (группа В) $k = 0,86$.

Тогда как для группы А (нормокINETический тип гемодинамики) $k = 1,19$. Группа женщин с проявлениями ВСД на фоне гипокINETического типа гемодинамических параметров (группа Б) $k = 1,7$ Изменения микроциркуляции в фетоплацентарном комплексе, отраженные выше, находят своё клиническое воплощение на разных этапах беременности. Так, по данным УЗИ и доплерометрии сосудов фетоплацентарного комплекса течение беременности 85,4% женщин группы Б и у 71,7% женщин группы А отягощается развитием плацентарной недостаточности. Причем более ранняя манифестация данной патологии отмечается именно в группе Б (в 22-27 недель беременности); тогда как в группе А проявления плацентарной первичной недостаточности отмечаются позже и имеют меньшую выраженность (25-29 недель). В группе В первичная плацентарная недостаточность развилась в 7,8% случаев. Частота синдрома задержки внутриутробного развития плода составляет в контрольной группе 2,1%, в группе А -15,3%, в группе Б -34,9%.

Таблица 1

Гемодинамические показатели при неосложненном течении беременности и наличия синдрома ВСД в сроках 18-22 недели*

ПОКАЗАТЕЛЬ	ГРУППА А	ГРУППА Б	ГРУППА В
Сист.АД.,мм.рт.ст.	99,5 ± 9,5 **	98,9 ± 5,4 **	118,3 ± 6,4
Диаст.АД.,мм.рт.ст	60,0 ± 8,4**	61,6 ± 2,7 **	74,2 ± 5,1
Сред.АД.,мм.рт.ст.	73,2 ± 8,8**	74,1 ± 3,4 **	88,8 ± 3,9
ЧСС,уд./мин.	77,0 ± 10,1*	75,3 ± 6,6 *	78,2 ± 7,8
МОК,л/мин.	3,47 ± 0,52*	2,28 ± 0,49 **	4,6 ± 0,71
ОПСС, дин*с*см ⁻⁵	1428,3 ± 289,4*	2184,5 ± 428,3**	1312,3 ± 319,
УО,мл.	45,09 ± 4,56*	31,63 ± 5,18**	47,21 ± 4,21

где группа А - беременные с ВСД, тип гемодинамики эукинетический; группа Б - беременные с ВСД, тип гемодинамики гипокинетический; группа В - неосложненное течение беременности; * p > 0.05, **p < 0.005

Таблица 2

Гемодинамические показатели при неосложненном течении беременности и при наличии синдрома ВСД

ПОКАЗАТЕЛЬ	ГРУППА А	ГРУППА В	ГРУППА (КОНТР)
Фибриноген,г/л	3,89 ± 0,6*	3,94 ± 0,8*	4,01 ± 1,1
(+) этаноловый тест,%	83,2 ± 5,1**	88,5 ± 6,1*	98,1 ± 5,5
Ортофенатролеиновый тест (ОФТ), *10 ⁻² г/л	6,51 ± 2,7***	8,78 ± 2,4**	4,3 ± 1,8
Фибриноген В, г/л	0,88 ± 0,09***	1,58 ± 1,2**	0,22 ± 0,06
Фибринолитическая активность,%	4,05 ± 0,98*	6,05 ± 1,1**	4,31 ± 0,95
ПТИ,%	98,2 ± 6,1*	96,4 ± 5,7*	100,1 ± 6,7
Гематокрит,%	33,8 ± 3,2*	34,1 ± 3,7*	36,1 ± 3,9
Тромбоциты, х10 ⁹ л.	174,5 ± 48,8** *	172,8 ± 38,5** *	201,5 ± 42,5
Агрегация с адреналином, %	58,3 ± 18,2**	62,6 ± 21,0*	79,9 ± 20,5

группа А - беременные с ВСД, тип гемодинамики эукинетический; группа Б - беременные с ВСД, тип гемодинамики гипокинетический; группа В - неосложненное течение беременности.

* p > 0.05; **p < 0.001; ***p < 0.05.

В группе Б чаще, чем в группе А, наблюдалось развитие позднего гестоза (58,4 и 41,6% соответственно), в обеих группах преимущественно развивался водяночно-нефротический симптомокомплекс, тогда как в группе В гестоз развивался в 3,8% случаев. В группе Б отмечена более ранняя его манифестация (в среднем на $2,1 \pm 0,3$ недели) и более выраженные клинические проявления к 37-38 неделям.

Беременность закончилась своевременными родами в группе контроля в 98,5% случаев, роды протекали без осложнений и закончились рождением живых, доношенных детей (Апгар 7-9 баллов). Средняя масса тела новорожденных составила $3395,8 \pm 320$ г при отношении масса/рост 69,28. В группе А беременность закончилась своевременными родами в 93,8% случаев. В 6,1% случаев роды были преждевременными. Средняя масса новорожденных $3010,4 \pm 410$ г. Отношение масса/рост 62,71. Частота осложнений гипоксического характера в первые сутки жизни составила 59,4%. В группе Б беременность закончилась своевременными родами в 89,3% случаев. В 10,7% имели место преждевременные роды. Средняя масса тела новорожденных $2922,8 \pm 397$ гр. Отношение масса/рост 59,63. Ранний неонатальный период новорожденных из этой группы осложнился развитием гипоксии средней и тяжелой степени тяжести в 31,2% случаев, гипербилирубинемией в 37,8% случаев.

Выводы:

1. Наличие синдрома ВСД по гипотоническому типу у беременных женщин является фактором риска развития микрогемодинамических нарушений, что является предрасполагающей к возникновению и прогрессированию патологии беременности. Наибольшие микроциркуляторные расстройства выявлены в группе с гипокинетическим типом гемодинамики.

2. При синдроме ВСД по гипотоническому типу течение беременности достоверно чаще осложняется присоединением поздних гестозов отечно-нефротической формы, более выраженных при формировании гипокинетического варианта гемодинамики в сроке 18-22 недели, развитием внутриутробной гипотрофии плода.

3. Предложенный межсистемный индекс благополучия микроциркуляции адекватно отражает состояние гемодинамики материнского организма и фетоплацентарного комплекса, что подтверждается клиническими данными. Повышение его более 1,0 является достоверным критерием неблагополучия на уровне микроге-

моциркуляции, в том числе на уровне фетоплацентарного комплекса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баркаган З.С. Нарушения гемостаза у детей. М.:1993.

2. Бендиктов И.И., Якушев А.М., Кузнецов Н.Н., и др. // Акуш. и гинекол. №5, 1991, С.35-37.

3. Бергман А.С. Сосудистая дистония и беременность, - М.1983.

4. Кулаков В.И., Голубев В.А. // Акуш. и гинекол. №2, 1995, С.3-5.

5. Серов В. Н., Макацария А. Д. Тромбогеморрагические осложнения в акушерстве. М: Медицина, 1987.

6. Стрижаков В. Н. Храмова Л. С., Мусаев З. М., и др. // Вест. Рос. ассоциации акушеров - гинекологов. № 4. 1995. С.3-9.

7. Moya F., Thorndike V.: Maternal hypotension and the newborn. In proceedings of the Third World Congress of Anesthesiology, Sao Paulo, Brazil 1964

8. Sibai B. M., Mabie B. C., Harvey C. J. et al. // Amer. J. Obstet Gynec. 1987. Vol. 156, N 5. P. 141-145.

УДК 618.177:618.164-002-022

Н. М. Герасимова

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Кафедра кожных и венерических болезней

УГМА

Согласно данным литературы, бесплодные браки, невынашивание беременности, перинатальная заболеваемость от 30 до 80-90% обусловлены имевшимися ранее или в момент зачатия и беременности половыми инфекциями [1, 3, 7, 8].

Формирование такого серьезного последствия воспалительных заболеваний половой сферы, как бесплодие во многом зависит от состояния иммунной системы и преобладания иммунопатологических процессов над иммунопротективными [5].