

гическая симптоматика. С этой точки зрения новорожденные, перенесшие роды в условиях ФУТ, представляют группу риска по развитию патологии ЦНС и нуждаются в динамическом наблюдении детского невролога.

Катамнестические наблюдения детей исследуемых групп показали, что дородовое использование ноотропных препаратов в сочетании с бета-миметиками патогенетически обоснованно, эффективно предупреждает интранатальные повреждения ЦНС новорожденного. При этом снижается вероятность развития не только тяжелой инвалидирующей патологии, но и менее выраженных церебральных дисфункций.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Активное ведение родов.—СПб.: Специальная литература, 1997.—668с.
2. *Барашнев Ю.И.* Перинатальная медицина и инвалидность с детства //Акуш.и гин.—1991.—№1.—С.12-18.
3. *Ватолин К.В.* Ультразвуковая диагностика заболваний головного мозга у детей.—М.: Видар, 1995.—118с.
4. *Власюк В.В., Зиракадзе А.Н.* Сдавление головки плода в родах, как причина нарушений мозгового кровообращения и внутриутробной асфиксии //Акуш.и гин.—1987.—№10.—С.60-61.
5. *Волобуев А.И., Бажирова М.С., Денисов П.И. и др.* Применение цифровой рентгенодиагностической установки в акушерской клинике //Акуш.и гин.—1989.—№11.—С.15-17.
6. Диагностика и профилактика ранних отклонений в состоянии здоровья детей. Справочное пособие для врачей /Под ред. В.А.Доскина, М.Н.Рахмановой.—М., 1993.—С.105.
7. *Калганова Р.И.* Узкий таз в современном акушерстве.—М.: Медицина, 1965.—179с.
8. *Ковалев Г.В.* Ноотропные средства.—Волгоград, 1990.—368с.
9. *Корнеев А.А., Петухова Н.М., Попова О.А. и др.* Экспериментальное исследование возможностей фармакологической коррекции пониженной резистентности беременных животных к острой гипоксии // Акуш.и гин.—1997.—№2.—С.57-58.
10. *Кулаков В.И., Волобуев А.И., Денисов П.И.* Рентгенопельвиметрия //Акуш.и гин.—1998.—№2.—С.46-53.
11. *Минин Н.Б., Абрамченко В.В., Моисеев В.Н.* Лечение первичной слабости родовой деятельности бета-адреномиметиком бриканилом //Акуш.и гин.—1989.—№11.—С.64-65.
12. Нейрометаболическая фармакотерапия /Под ред. член.-корр. РАМН, проф. Е.М.Бурцева.—2000.—53с.
13. *Чернуха Е.А.* Родовой блок.—М.: Триада—Х, 1999.—534с.
14. *Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяйнова Т.Б.* Минимальные мозговые дисфункции у детей.—СПб.: Салит-Деан, 1999.—126с.
15. *Windish M.* Cognition-Enhancing (Nootropic) drugs.—New York, London, Tokyo, Chapter 13, CRC Press, Boca Raton, 1996.—P.239-257.

УДК 618.3—039—11

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Т.Н. Колесникова, И.А. Любимова

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Беременность в юном возрасте является серьезной проблемой, так как протекает в условиях функциональной незрелости организма, что создает высокий риск осложнений как у беременной, так и у плода. Это связано с изменением адаптационных возможностей жизненно важных систем у данного контингента женщин к различным факторам, в том числе и к беременности. Все это обуславливает частоту осложнений беременности, прежде всего гестозов, которые мы рассматриваем как полиорганную патологию, в генезе которой имеет место синдром системного воспалительного ответа (ССВО). Именно у юных беременных гестоз характеризуется ранним началом, рецидивирующим течением, резистентным к проводимой терапии, склонностью к декомпенсации и осложнениям, требующим досрочного родоразрешения [1].

У юных беременных основной чертой совокупности изменений обмена веществ является сочетание гиперпотребности организма в различных субстратах для адаптации к повышенным затратам энергии, с толерантностью тканей к этим субстратам. Юным беременным при осложненном течении беременности присущ синдром гиперметаболизма, возникающий на фоне гиповолемии. В организме беременной происходит увеличение потребления кислорода и выработки углекислоты, как следствие возрастающей почти в два раза энергопотребности покоя. Увеличивается суммарное количество потребляемых нутриентов, включая глюкозу, отмечается абсолютное снижение калорий, получаемое при

окислении глюкозы и увеличение количества калорий, выделяющихся при окислении аминокислот. Обмен углеводов, липидов и протеинов имеет принципиальное отличие от метаболизма в условиях нормы. Усиливается липолиз и тормозится липогенез, возрастает метаболизм белков, имеют место процессы перераспределения аминокислот, увеличение скорости их окисления.

Таким образом, юные беременные нуждаются в профилактике и коррекции осложнений беременности и в первую очередь в метаболической коррекции. Метаболическая коррекция решает следующие задачи:

1. Корректирует нарушения кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена.
2. Подавляет гиперметаболический ответ на системное повреждение.

Базовой коррекцией для профилактики и лечения гиперметаболического ответа при гестозах, ФПН, СЗРП является своевременная, качественная адекватная нутритивная поддержка.

Целью работы явилась профилактика гиперметаболических реакций у юных беременных с гестозом, ФПН путем применения в качестве нутритивной поддержки препарата “Берламин-Модуляр” фирмы “Берлин-Хеми”, группы Менарины.

Препарат представляет сухую питательную смесь, легко растворимую в теплой воде, содержащую биологически ценные молочные соевые белки в оптимальных пропорциях (50% и 50%), легко усвояемые углеводы, растительные жиры с высоким содержанием незаменимых аминокислот, весь спектр витаминов, комплекс микроэлементов. Преимуществами “Берламин-Модуляра” по сравнению с традиционным питанием является отсутствие холестерина, пуриновых веществ, лактозы, глютена, сахарозы, фруктозы и соответствие качеству энтеральных смесей (Европейской, Американской, Российской национальных ассоциаций энтерального и парентерального питания) [2, 3].

Материал и методы исследования. Препарат “Берламин-Модуляр” применялся у юных беременных в возрасте 16-18 лет группы высокого риска на развитие гестоза, а также при развившемся гестозе, сопровождающемся ФПН, СЗРП. Из исследований были исключены беременные с аллергическими заболеваниями и аллергическими реакциями на комплекс витаминов и микроэлементов.

Распределение беременных:

1 группа – 20 беременных высокого риска на развитие гестоза. Препарат вводился с целью профилактики гестоза и метаболических нарушений.

2 группа – 30 беременных в возрасте 16-18 лет с гестозом, ФПН, СЗРП. Препарат вводился с целью коррекции метаболических нарушений и входил в состав комплексной терапии гестоза.

Продолжительность лечения 14 дней во II и III триместрах, в сроке 24-26 и 30-32 недели. Беременным назначалась единая схема лечения испытуемым препаратом: 30г сухой смеси растворяли в 200 мл теплой воды. Всего ежедневно беременная получала 1000 килокалорий. В обеих группах до лечения и после лечения проводились следующие исследования:

1. УЗИ матки, плаценты, биофизический профиль плода (аппарат «Аloka 630»).
2. КТГ, доплерометрия.
3. Биохимические анализы (белки крови, липиды высокой и низкой плотности, триглицериды, холестерин, сахар крови, креатинин, мочевина, коагулограмма).

Результаты исследования и их обсуждение. Данные доплерометрических исследований подтвердили положительное влияние нутритивной поддержки препарата “Берламин-Модуляр” на маточно-плацентарный кровоток. У беременных обеих групп в сроках гестации 28-34 недели наблюдалось улучшение кровотока в маточной артерии в 85%, а в артерии пуповины - в 82%. По данным КТГ плода, ни в одном случае не была зарегистрирована гипоксия плода, хотя по данным УЗИ во второй группе имела место субкомпенсированная плацентарная недостаточность у трех беременных. Снижение частоты ФПН у беременных, получающих “Берламин-Модуляр”, связано, прежде всего, с улучшением кровообращения в маточно-плацентарном бассейне в связи с улучшением реологических свойств крови и снабжением плода кислородом и пластическим материалом.

После приема “Берламин-Модуляр” повышалось содержание общего белка с $63,2 \pm 4,2$ г/л до $72,5 \pm 5$ г/л - в первой группе и с $57,1 \pm 2,3$ г/л до $69,8 \pm 2,4$ г/л - во второй группе; альбумина - с $32,8 \pm 1,2$ г/л до $41,5 \pm 2,4$ г/л - в первой группе и с $30,7 \pm 2,4$ г/л до $42,5 \pm 1,2$ г/л - во второй группе. “Берламин-Модуляр” восполнял уровень аминокислот и нуклеиновых кислот, корректировал белковообразовательную функцию печени. Достоверно снижался уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) с $4,2 \pm 0,2$ ммоль/л до $3,1 \pm 0,1$ ммоль/л. Уровень липопротеинов высокой плотности повышался с $1,45 \pm 0,1$ ммоль/л до $2,27 \pm 0,13$ ммоль/л. Достоверно снижался уровень общего холестерина с $7,2 \pm 0,2$ ммоль/л до $5,5 \pm 0,1$ ммоль/л. Изучение влияния нутритивной поддержки на состояние липидного обмена у юных беременных показало положительное влияние “Берламин-Модуляр” на липидный обмен, повышалась антиоксидантная защита липидов клеточных мембран, что указывает на коррекцию метаболических нарушений у юных при гестозе. Коррекция метаболических нарушений способствовала профилактике функциональных изменений в системе мать—плацента—плод. Эти данные свидетельствуют о положительном влиянии нутритивной поддержки на энергетический потенциал. Как известно, для юных беременных характерна анемия со снижением Hb до 90 г/л. После применения “Берламин-Модуляр” имело место статистически достоверное увеличение Hb до 110 г/л.

Применение нутритивной поддержки улучшало все биохимические показатели крови (водно-электролитный баланс, агрегационная способность эритроцитов, гематокрит). Исходы беременности и родов в обеих группах были благоприятными, перинатальных потерь не было.

Профилактическое применение нутритивной поддержки препаратом "Берламин-Модуляр" оказалось эффективным в предотвращении плацентарной недостаточности и развитии тяжелых форм гестоза.

Направленность биологических эффектов нутритивной поддержки на коррекцию метаболических процессов с преимущественным влиянием на биосинтез эйкозаноидов, способствует устранению ряда нарушений, выявляемых при патологическом течении беременности, а также обеспечивает адекватные условия для развития плода и новорожденного.

Проведенные клинические исследования показали целесообразность применения препарата "Берламин-Модуляр" у юных беременных как с целью профилактики нарушений в системе мать-плацента-плод, так и в комплексной терапии гестоза и ФПН.

Таким образом, для юных беременных при осложненном течении беременности характерно нарушение метаболических процессов. С целью профилактики и коррекции гиперметаболических реакций у них целесообразно применять нутритивную поддержку препаратом "Берламин-Модуляр". Применение нутритивной поддержки профилактирует нарушения в системе мать-плацента-плод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Синчихин С.П., Коколина Б.П. Осложнения беременности и родов у юных женщин //Рос.вестник акуш.-гин.-2002.-№2.-С.22-24.
2. Basics in clinical nutrition. Ed.L.Sobotra.—Prague: Galen, 1999.—218р.
3. Wolk R.A., Rauburn W.F. Parenteral nutrition in obstetric patients //Nutrition in clinical practice.—1990.—Vol.5, N4.—P.139-152.

УДК 618.77+615.1+618.1-089

КОРРЕКЦИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ УТРОЖЕСТАНОМ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ БЕСПЛОДИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В.И.Коновалов, Г.В.Брагина

Уральская государственная медицинская академия,
городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

С ухудшением демографической ситуации в нашей стране и повышением частоты бесплодных браков, которая достигает 15-20%, проблема бесплодия в настоящее время приобретает особую актуальность [2].

Сочетание разнообразных этиологических факторов, которые привели к нарушению репродуктивной функции женщины, порой не позволяет определить основную или второстепенную причину бесплодия. Это сочетание хронических воспалительных процессов гениталий с инфантилизмом, синдромом поликистозных яичников, эндометриозом, лейомиомой матки. В этой связи актуальным является с одной стороны разработка дифференцированного подхода к различным методам лечения бесплодия, с другой - выявление универсальных факторов патогенеза бесплодия. Несмотря на разнообразие проявлений при трубно-перитонеальных и эндокринных формах бесплодия, его механизмы едины и заключаются в нарушении реализации связи гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [2, 3, 4, 5].

По частоте трубно-перитонеальное бесплодие находится на первом месте и составляет 40-60%. Воспалительный процесс в гениталиях приводит к значительному нарушению функции состояния гипоталамо-гипофизарной системы: в 20% проявляется снижением секретий половых гормонов, в 30% - недостаточностью лютеиновой фазы, монотонностью выделения гонадотропных гормонов и ановуляцией [4]. Таким образом, ановуляция является единым патогномичным признаком эндокринных и сочетанных форм бесплодия.

Утрожестан — натуральный микродозированный прогестерон. В одной капсуле утрожестана содержится 100 мг прогестерона. Ценным свойством его является натуральный характер, что выгодно отличает его от синтетических аналогов. Препарат может применяться как внутрь, так и интравагинально.

В настоящем сообщении приводятся наблюдения, касающиеся оценки эффективности утрожестана при сочетанных формах бесплодия.

Целью данной работы явилось изучение гормонального гомеостаза у женщин с сочетанными формами бесплодия в динамике менструального цикла и возможности его коррекции утрожестаном.