

лательно из-за трансплацентарного воздействия на плод и выраженного тератогенного действия последнего, теофилины могут также ослаблять сфинктер пищевода, вызывая гастроэзофагальный рефлюкс, провоцирующий приступы удушья.

Развитие астматического статуса является серьезным фактором, осложняющим течение беременности, ставящим под угрозу жизни матери и плода. Риск его развития имеет беременная, не контролирующая симптомы заболевания. В случае развития астматического статуса современное лечение должно базироваться на:

- небулайзер-терапии β_2 -агонистами (сальбутамол, тербуталин);
- внутривенном введении метилпреднизолона, эуфилина;
- подкожное введение тербуталина при неэффективности вышеперечисленной терапии;
- обязательна кислородо-терапия, если показатель сатурации O_2 будет ниже 95%.

Следовательно, беременные женщины, страдающие бронхиальной астмой, требуют при постановке на учет в женской консультации обязательного осмотра пульмонологом для оценки степени тяжести заболевания, назначения адекватного лечения и достижения контроля над симптомами заболевания. Все это позволит избежать осложнений бронхиальной астмы, течения беременности и патологии плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Под редакцией академика РАМН А. Г. Чучалина: В 2 томах. Т. 1. — М.: Агар, 1997. — 432 с.

2. Купаев В. И., Сухов В. М., Семенова Н. П. Бронхиальная астма и беременность // 6 Национальный конгресс по болезням органов.

УДК 618.2+617.3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛОДА ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОГО ТАЗА: ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ

С. Ю. Лазарев, В. В. Ковалев

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ Уральской государственной медицинской академии (зав. кафедрой доц. — Колесникова Т. Н.), МУКБ № 14, г. Екатеринбург

Одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства является проблема гипоксически-травматических повреж-

дений центральной нервной системы доношенного новорожденного и связанных с ними постнатальных энцефалопатий, которые доминируют в структуре младенческой заболеваемости. К числу ведущих повреждающих факторов относятся роды при функционально узком тазе. Повышенное сопротивление со стороны родового канала, которое испытывает головка плода, приводит к чрезмерной ее конфигурации, нарушению мозгового кровообращения, внутричерепной гипертензии и гипоксии мозга (1, 2).

Попытка решить эту проблему только с помощью расширения показаний к абдоминальному родоразрешению представляется бесперспективной, так как в настоящее время не существует абсолютно надежных методов прогнозирования и ранней диагностики несоответствия головки плода и таза матери, особенно относительных степеней, а рост частоты операций неизбежно повлечет и рост интра- и послеоперационных осложнений.

В связи с этим представляется оправданным поиск методов антенатальной профилактики гипоксически-травматических повреждений центральной нервной системы плода в процессе родов, осложнившихся функциональной неполноценностью таза. Современные фармакологические средства, с успехом используемые в смежных областях медицины (психоневрология, травматология и др.), позволяют активно влиять на метаболизм и кровообращение головного мозга, повышая его резистентность к дефициту кислорода, адаптационные возможности, активизируя процессы репарации. К этой группе препаратов относятся производные гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) — пирацетам. При парентеральном введении препарат хорошо проникает через плацентарный и гематоэнцефалический барьер, практически не метаболизируется. Важное его свойство — антигипоксический эффект, препарат повышает энергетический потенциал нервной ткани, стимулирует окислительно-восстановительные процессы, усиливает утилизацию глюкозы, оказывает положительное влияние на кровообращение мозга. Получены обнадеживающие результаты при использовании пирацетама для повышения резистентности к гипоксии в эксперименте.

Одним из определяющих факторов, влияющих на трансплацентарный перенос лекарственных препаратов, является интенсивность маточно-плацентарного кровотока, который может быть повышен под влиянием бета-миметических препаратов (гинипрал, партусистен, брикацил). Вызывая релаксацию артериол миометрия, они увеличивают приток крови к плаценте, локально повышая градиент лекарственного препарата в интервиллезном про-

странстве, а также стимулируют активность ферментных систем плацентарной ткани, в том числе транспортных. Учитывая указанные фармакологические эффекты, было решено использовать данные препараты для антенатальной профилактики гипоксически-травматических повреждений плода в процессе родов при высоком риске функционального узкого таза.

Цель работы состояла в клинической оценке эффективности предложенного метода фармакологической профилактики гипоксически-травматических повреждений плода при функциональной неполноценности таза.

Материал и методы исследования.

В исследование были включены 64 беременные женщины в сроке 38—39 недель с высоким риском функционально узкого таза: имеющие анатомическое сужение таза или предполагаемый крупный плод с благополучным течением беременности, без выраженных проявлений гестоза, плацентарной недостаточности, экстрагенитальной патологии, инфекции. Группы набирались «слепым» методом, 31 беременная составила основную группу (1-я группа), а 33 — контрольную (2-я группа). В дальнейшем в раннем неонатальном периоде наблюдались и обследовались их новорожденные. Лекарственные препараты применялись в основной группе в следующем режиме: парацетам в дозе 25 мл 20% раствора (5,0 сухого вещества) разводился в 200 мл физиологического раствора и вводился внутривенно капельно, ежедневно в течение 4—5 дней на фоне перорального приема гинипрала в дозе 500 мкг два раза в день. В контрольной группе беременные получали общепринятую подготовку к родам. Во всех случаях, учитывая риск функциональной неполноценности таза, план родов составлялся с учетом возможного абдоминального родоразрешения. Диагноз клинически узкого таза был подтвержден в ходе родов или при ретроспективном анализе. Причем первая степень функционально узкого таза (по Р. И. Калгановой) превалировала и в основной, и в контрольной группах: соответственно 27 (87,1%) и 29 (87,9%).

Исследуемые группы были сопоставимы по всем основным параметрам. Средний возраст беременных основной группы составил $27,2 \pm 0,6$ года, в контрольной группе — $27,6 \pm 0,7$ года. Первородящих в основной группе было 20 (64,5%), повторнородящих 11 (35,5%), в контрольной группе соответственно 22 (66,7%) и 11 (33,3%). Практически идентичными были антропометрические параметры беременных: средний рост в 1-й группе — $157,7 \pm 3,7$ см; во 2-й группе — $158,9 \pm 4,1$ см. Ведущей причиной функциональ-

ной неполноценности таза являлось его анатомическое сужение, так, в 1-й группе анатомически узкий таз был диагностирован у 23 (74,2%) беременных, во 2-й группе — у 22 (66,7%). Соответственно размер истинной конъюгаты в среднем в исследуемых группах был практически одинаковым и составлял в основной группе $10,3 \pm 0,2$ см, в контрольной группе — $10,6 \pm 0,4$ см.

Одним из ведущих критериев отбора беременных в исследуемые группы стал метод определения риска функционально узкого таза, предложенный Горбуновым В. И. (3), который основан на подсчете коэффициента емкости родовых путей и объема матки. В исследование включались беременные, которые согласно полученным данным относились к среднему или высокому риску: в 1-й группе коэффициент емкости родовых путей в среднем составил $2,6 \pm 0,1$, объем матки 3407 ± 108 ; во 2-й группе соответственно $2,7 \pm 0,2$ и 3362 ± 132 . Сопоставимой оказалась и предполагаемая масса тела плодов: в основной группе — 3480 ± 85 г; в контрольной группе — 3420 ± 121 г.

Анализ течения родов показал, что общая продолжительность родового акта в основной и контрольной группах отличалась мало — соответственно $7,6 \pm 0,58$ часа и $7,8 \pm 0,63$ часа; длительность безводного промежутка $6,2 \pm 0,43$ часа и $7,5 \pm 0,52$ часа. При этом слабость родовой деятельности диагностирована у 3 (9,7%) рожениц 1-й группы и 10 (30,3%) 2-й группы. Во всех приведенных случаях проводилась стимуляция родовой деятельности утеротоническими препаратами, причем в основной группе использовались только простагландины, а в контрольной группе кроме простагландинов применялся окситоцин или их смесь. Послеродовая кровопотеря в основной группе составила в среднем $287,1 \pm 34,2$ мл, в контрольной группе — $222,7 \pm 21,2$ мл. Абдоминальным путем были родоразрешены в основной группе 3 роженицы (1 по поводу функционально узкого таза, 2 в связи со слабостью родовой деятельности), в контрольной группе операция кесарева сечения сделана в 1 случае в связи с несоответствием размеров головки плода и таза матери. Частота травм родовых путей была одинаковой в исследуемых группах.

Антропометрические параметры новорожденных исследуемых групп были практически идентичными, так, показатель среднего роста в основной группе составил $51,6 \pm 0,3$ см, а в контрольной он оказался равным — $51,8 \pm 0,4$ см. Средний вес новорожденных исследуемых групп составил 3392 ± 59 г в основной и 3495 ± 74 г в контрольной. Показатели окружности головки и окружности груди также не имели существенного различия: в основной группе

окружность головки — $33,6 \pm 0,8$ см, в контрольной — $33,8 \pm 0,7$ см; окружность груди — $34,1 \pm 0,5$ см и $33,7 \pm 0,7$ см соответственно. Оценка по шкале Апгар в основной группе в среднем была на первой минуте — $7,6 \pm 0,4$ балла, на второй — $8,7 \pm 0,3$ балла; в контрольной группе эти показатели составили соответственно $7,0 \pm 0,3$ балла и $8,2 \pm 0,4$ балла.

При анализе течения раннего неонатального периода выявлены следующие особенности. Процент потери массы тела среди новорожденных основной и контрольной групп был практически одинаков и находился в пределах нормы: соответственно $7,26 \pm 0,52\%$ и $7,0 \pm 0,48\%$. Случаи чрезмерной конфигурации головки имели место у 7 (23,3%) новорожденных основной группы и у 12 (40,0%) контрольной группы. При первичном осмотре в родовом зале диагноз сочетанной гипоксии легкой степени выставлен у 29 (96,6%) новорожденных основной и 26 (86%) контрольной группы. Диагноз сочетанной гипоксии средней степени тяжести в 1-й группе был у 1 (3,4%) ребенка, во 2-й группе у 4 (14%) детей. Нарушения спинального кровообращения 1-й степени отмечены у 9 (30%) новорожденных контрольной группы и у 5 (16,6%) основной группы. Более тяжелые степени нарушения спинального кровообращения отмечены только у новорожденных контрольной группы 4 (13%). Диагноз тяжелого перинатального поражения центральной нервной системы, сопровождавшегося развитием кардиореспираторного дистресс-синдрома, зафиксирован у одного ребенка (3,4%) контрольной группы. Все новорожденные исследуемых групп в обязательном порядке на 3—5 сутки жизни осматривались квалифицированным невропатологом, проводилось нейросонографическое исследование. При этом перинатальное поражение центральной нервной системы средней степени тяжести диагностировано у 20 (66%) новорожденных контрольной группы и у 8 (26,6%) основной группы. Легкая степень поражения была у одного ребенка (3,4%) основной группы. У 3 (10%) детей контрольной группы были обнаружены нарушения ликворо-гемодинамики в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома, в основной группе подобных изменений не было.

Регресс неврологической симптоматики показан в таблице.

Сутки	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
3	8	26,6	3	10
4	20	66,6	7	33,3

5	24	80	16	50,3
6	28	93,6	21	70
7	—	—	23	76,6
8	—	—	24	80

В таблице представлено количество здоровых детей в исследуемых группах в зависимости от суток жизни. В основной группе к шестым суткам жизни на фоне общепринятой терапии регресс неврологической симптоматики произошел у 28 (93,6%) новорожденных, эти дети рассматривались как практически здоровые и были выписаны для амбулаторного наблюдения. В контрольной группе к шестым суткам жизни регресс произошел только у 21 (70%) новорожденных, к восьмым суткам 24 (80%) ребенка контрольной группы были практически здоровы. 2 (6,4%) новорожденных основной группы и 6 (20%) контрольной группы были переведены для дальнейшего лечения в неврологические отделения детских больниц.

По данным нейросонографии субэпидимальные кровозлияния I-й степени обнаружены у 4 (13,3%) детей основной группы и у 10 (33,3%) контрольной группы. По одному (3,3%) ребенку в каждой группе имели кровозлияния в сосудистые сплетения.

Таким образом, практическое использование метода антенатальной фармакологической профилактики гипоксически-травматических повреждений плода в процессе родов при высоком риске функционально узкого таза привело к следующим результатам: уменьшилась частота и степень выраженности слабости родовой деятельности, что, на наш взгляд, связано с непосредственным действием бетаимитиков; уменьшилась частота и степень выраженности неврологических расстройств у новорожденных, наблюдался более ранний и отчетливый регресс имевшихся симптомов; в связи с чем меньше количество детей требовало дальнейшей реабилитации в неврологических стационарах. Полученные результаты подтверждают перспективность дальнейших исследований в избранном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власюк В. В., Зиракадзе А. Н. Сдавление головки плода в родах, как причина нарушения мозгового кровообращения и внутриутробной асфиксии. Акуш. и гин. — 1987. — № 10. — С. 60—61.
2. Власюк В. В., Гогиашвили Д. Ш. Виды захождения костей черепа при конфигурации головки и нарушения мозгового кровообращения у плодов и новорожденных // Акуш. и гин. — 1987. — № 1. С. 37—40.
3. Горбунов В. И. Прогноз родов по данным антропометрии. Вопр. охр. мат. — 1976. — т. 21. — № 12. — С. 43—48.