

Частота инфицирования новорожденных ИППП и гепатитами В и С

Возбудитель	Количество беременных с выявленной инфекцией	Количество инфицированных детей, рожденных от этих матерей
Хламидии	8	4 (50%)
Уреаплазма	4	0
Микоплазма	6	2 (33,3%)
ВПГ	10	4 (40%)
ЦМВ	14	10 (71,4%)
ВПЧ	10	1 (10%)
Гепатит В	6	2 (33,3%)
Гепатит С	10	4 (40%)

Таблица 3

Спектр выявляемых инфекций у новорожденных, находившихся в отделении новорожденных, палате интенсивной терапии (ПИТ) и реанимационном отделении (РАО)

Возбудитель	РАО (группа — 1 ребенок)	ПИТ (группа — 15 детей)	Отделение новорожденных (группа — 14 детей)
Хламидии	0	3	1
Уреаплазма	0	0	0
Микоплазма	0	2	0
ВПГ	0	3	1
ЦМВ	1	6	3
ВПЧ	0	0	1
Гепатит В	0	1	1
Гепатит С	0	3	1
Микст-инфекции (2 и более)	0	4	1
Без инфекций	0	5	8

Среди вирусных инфекций чаще других передается от матери плоду ЦМВ (в 71,4% случаев). Чаще ЦМВ выявляли у детей, состояние которых в раннем послеродовом периоде требовало их пребывания в палате интенсивной терапии (табл.3). Высока вероятность передачи ВПГ (40%), в то время как инфицирование ВПЧ составило всего 10%. Среди бактериальных инфекций хламидии были переданы в 50% случаев, микоплазма - в 33,3%. Единственный возбудитель, факт передачи которого от матери плоду не был установлен — это уреаплазма.

Передача гепатита В была зафиксирована у 33,3% новорожденных, а гепатита С — у 40% новорожденных.

Наличие у беременной инфекции из числа ИППП или вирусного гепатита осложняет течение беременности и часто является причиной патологии развития плода, даже если не происходит перинатального инфицирования. Полученные нами данные позволяют предположить, что именно перинатальное инфицирование значимо влияет на состояние ребенка в раннем послеродовом периоде.

Частота выявления ИППП достаточно высока у всех групп матерей, однако инфицированность детей выше в той группе, которая находилась в раннем послеродовом периоде в ПИТ и РАО. Особенно настораживает высокая частота передачи ЦМВ, так как эта инфекция вызывает наиболее тяжелые заболевания у иммунокомпromетированных пациентов.

Выводы

Полученные данные указывают на высокую частоту сочетания ВИЧ с парентеральными гепатитами и ИППП у беременных женщин. В половине случаев сопутствующие ВИЧ инфекции передаются новорожденному. Среди выявленных инфекций доминирует ЦМВ,

причем установлено, что именно эта инфекция представляет особую опасность для детей с иммунодефицитными состояниями. Даже не будучи инфицированными ВИЧ, эти дети могут иметь различные клинические проявления ЦМВ-инфекции.

УДК 618.173:618.13

М.А. Зыгчайный, А.В. Воронцова, В.И. Коновалов, М.Ц. Антропова, Е.Ю. Орлов, А.Е. Мазур, Р.А. Судницкий

СОСТОЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ, СИСТЕМ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕФИЦИТА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ

Уральская государственная медицинская академия

Известно, что в фертильном возрасте синтез яичниками половых гормонов определяет циклическую деятельность репродуктивной системы, обеспечивая уникальную способность женского организма к воспроизведению себе подобных. Однако спектр действия половых стероидов не ограничивается регуляцией полового цикла. Так, половые гормоны путем взаимодействия со специфическими рецепторами, локализующимися кроме матки, влагалища и молочных желез (МЖ), в уретре, мочевом пузыре и мышцах тазового дна, в костях, клетках кожи, слизистых оболочках, мозга, сердца, артерий и прочее, принимают активное участие в обеспечении жизнедеятельности всего женского организма [2,3].

На сегодня, благодаря социальному прогрессу, увеличилась средняя продолжительность жизни. Это привело к тому, что женский организм в течение 20-25 лет и более существует в условиях возрастного изменения гомеостаза, в частности, гормонального, обусловленного прекращением циклических процессов в репродуктивной системе и развитием дефицита половых стероидов (ДПС) [4,5]. Однако гормональный дисбаланс может быть связан не только с наступлением климактерического периода, но и с хирургическими вмешательствами на органах малого таза у женщин репродуктивного возраста.

Климактерический период, хотя и является закономерным этапом онтогенеза, он не всегда протекает физиологически. Так, по данным современных авторов, различные по степени тяжести проявления климактерического синдрома (КС) встречаются у 40-70% женщин [4,5]. Причем 10-15% пациенток страдают тяжелыми формами заболевания [4,5]. Это проявляется утратой трудоспособности, снижением социальной активности женщин переходного возраста, а в ряде случаев является причиной преждевременной смерти [3]. Более того, частота и тяжесть климактерических расстройств неуклонно возрастает [4].

В последние годы отмечается рост гинекологических заболеваний, и не снижается частота оперативных вмешательств на органах половой сферы. Удаление яичников в любом возрасте, помимо частичной или полной утраты менструальной и генеративной функций, сопровождается развитием постовариектомического синдрома, резко ухудшающего общее состояние и качество жизни, а нередко приводящего к инвалидизации женщины в молодом возрасте [1].

Следовательно, исходя из вышесказанного, становится очевидным, что изменения в содержании половых стероидов могут дестабилизировать гомеостатический контроль и привести не только к утрате генеративной функции, но и к нарушению деятельности гормонально-зависимых органов и тканей, а быть может, и всего женского организма.

Вот почему целью наших исследований являлось выяснение особенностей состояния как отдельных органов и систем, так и всего женского организма при различных вариантах ДПС.

Нами были поставлены следующие задачи:

1. Оценить состояние уrogenитального тракта у женщин с физиологически протекающим климактерием, у больных с КС и у пациенток, перенесших двухстороннюю овариоэктомию, по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.
2. Охарактеризовать состояние МЖ у женщин с физиологически протекающим климактерием, у больных с КС и у пациенток, перенесших двухстороннюю овариоэктомию, по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.
3. Изучить состояние костной ткани у женщин с физиологически протекающим климактерием, у больных с КС и у пациенток, перенесших двухстороннюю овариоэктомию, по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.
4. Определить темпы старения организма женщины с физиологически протекающим климактерием, больных с КС и пациенток, перенесших двухстороннюю

овариоэктомию, по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.

Для решения поставленных целей и задач в лаборатории гинекологии геронто-гинекологии Уральской государственной медицинской академии на базе ГКБ №40 нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 249 жительниц г. Екатеринбурга и Свердловской области.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых (II группа, по ВОЗ) женщин репродуктивного возраста (25-35 лет), у которых были исключены: ДПС, выраженные острые и/или хронические гинекологические и экстрагенитальные заболевания.

Остальные обследуемые (219 пациенток) с ДПС, у которых отсутствовали воспалительные и опухолевые гинекологические заболевания, дисфункциональные маточные кровотечения и острая соматическая патология, в зависимости от варианта развития ДПС были распределены в следующие группы: I группа - 22 женщины в возрасте 45-60 лет (в пре- и постменопаузе) с физиологически протекающим климактерием (отсутствие в анамнезе и в период обследования клинических проявлений КС); II группа - 111 женщины в возрасте 45-60 лет (в пре- и постменопаузе), имеющих клинические проявления типичной формы КС (по Е.М.Вихляевой, 1966 г.); III группа - 86 женщин репродуктивного возраста (26-34 года), перенесших двухстороннюю оварио- или аликсэктомию (по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков или доброкачественных опухолей - простые серозные цистаденомы, мелкокистозная дегенерация яичников, фиброма яичника) с гистерэктомией или без нее.

Результаты исследования и их обсуждение

Особенности состояния уrogenитального тракта.

Для оценки особенностей состояния уrogenитально-го тракта нами определялась выраженность синдрома уrogenитальной недостаточности эстрогенов по 3-х бальной шкале из 9 качественных показателей (жжение и/или зуд в области вульвы; сухость влагалища; диспареуния; выделения из половых путей; стресс-недержание мочи; болезненность мочеиспускания; учащенное мочеиспускание; цисталгия; снижение либидо, обусловленное уrogenитальной симптоматикой) и исследовались цервик-овалгинальные смывы методом трехпараметрической проточной цитофлуорометрии (цитометр «ГОИ-92», г. Санкт-Петербург).

У здоровых женщин репродуктивного возраста клинически значимые уrogenитальные расстройства отсутствовали, а в цервик-овалгинальных смывах абсолютно всех обследованных обнаружено: незначительное количество нейтрофилов, отсутствие некротизированных клеток, «ключевых» клеток и клеток плоского эпителия с признаками реактивных воспалительных изменений и дисплазии, преобладания в микрофлоре лактобактерий.

В группе пациенток с физиологическим климактерием выраженность уrogenитальных расстройств, так же как и в контрольной группе, оказалась минимальной - 0,3±0,55 балла; однако в цервик-овалгинальных смывах у ряда женщин отмечалось: появление значительного количества нейтрофилов (54,5%) и некротизированных клеток (22,7%), «ключевые» клетки (18,2%), клетки плоского эпителия с признаками воспаления вследствие преобладания во влагалищной микрофлоре кокков (13,6%) и коротких палочек (4,5%).

Среди больных с КС выраженность синдрома урогенитальной недостаточности эстрогенов в среднем составила почти 7 баллов и была в 34,5 раза больше, чем у здоровых женщин репродуктивного возраста; а в цервик-вагинальных смывах большинства пациенток выявлено: значительное количество нейтрофилов (94,6%) и некротизированных клеток (61,3%), «ключевые» клетки (35,1%) и клетки плоского эпителия с воспалительными изменениями за счет преобладания кокковой микрофлоры (25,3%) и коротких палочек (30,6%), более того, у 15,3% обнаружены эпителиальные клетки с признаками дисплазии I-II степени.

У обследованных, перенесших двухстороннюю овароэктомию, выраженность синдрома урогенитальной недостаточности эстрогенов (8,2±8,60 балла) превысила соответствующий показатель в контрольной группе более чем в 40 раз; в цервик-вагинальных смывах практически у всех больных присутствовали: значительное количество нейтрофилов (100%) и некротизированных клеток (91,9%), плоский эпителий с реактивными воспалительными изменениями (83,7%), кокковая микрофлора (58,1%), и, кроме того, у 10,5% - была выявлена дисплазия эпителия I-II степени.

Особенности состояния МЖ

При характеристике особенностей состояния МЖ проводились: их осмотр, пальпация МЖ и периферических лимфатических узлов, маммография и(или) УЗИ МЖ. В случае необходимости применялись: пункционная биопсия под контролем УЗИ, цитологическое и морфологическое исследование выделений из сосков, дуктография и компьютерная томография черепа (прицельно "турецкое седло").

У большинства здоровых женщин репродуктивного возраста каких-либо патологических изменений в состоянии МЖ не наблюдалось.

В I группе при обследовании МЖ выявлено либо их нормальное состояние, либо начальные инволютивные отклонения (22,7%).

Среди больных с КС у 100% была обнаружена та или иная патология МЖ: фиброзно-кистозная мастопатия – более чем у половины пациенток, инволютивные изменения – у каждой четвертой, диффузный или очаговый фиброаденоматоз – у 16,2 и 4,5% соответственно.

Из пациенток III группы также ни у одной не было диагностировано нормального состояния МЖ. Так, у 36,0% - преобладала фиброзно-кистозная мастопатия, у 30,2% - диффузный фиброаденоматоз, у 26,7% - инволютивные изменения и у 7,0% - очаговый фиброаденоматоз.

Особенности состояния костной ткани

Для изучения особенностей состояния костной ткани определялась ее минеральная плотность (МПКТ) путем денситометрии поясничного отдела позвоночника (L₂-L₄), шейки и межвертельной области бедренной кости на ультразвуковом и двухэнергетическом рентгеновском костных денситометрах «Lunar» (США).

Абсолютно у всех обследованных контрольной группы МПКТ соответствовала возрастной норме.

Из женщин с физиологически протекающим климактерием ни у одной каких-либо отклонений в МПКТ также зафиксировано не было.

Среди больных с КС почти у 2/3 обнаружено снижение плотности костной ткани: у 49,5% - соответствующее остеопения и у 20,7% - остеопорозу в III группе

остеопения была зарегистрирована у каждой второй обследованной, а остеопороз – у 29,1%.

Темпы старения организма женщины

Темпы старения организма у женщин определялись по индивидуальным показателям биологического возраста (БВ) методом А.В.Токарь, В.П.Войтечко, А.М.Полухова и соавт. [6], основанным на множественной линейной регрессии и ориентированным на качественную оценку состояния здоровья через количественную оценку степени постарения организма ("возрастного износа"). Вычисленный индивидуальный БВ сравнивался с популяционным стандартом (должным биологическим возрастом (ДБВ)), и его отклонение указывало на степень постарения организма, по которой выявлялась принадлежность больных к одному из пяти функциональных классов старения (где, I класс - наилучший, а V - наихудший, свидетельствующий о наличии синдрома преждевременного старения). В данной методике использовались наиболее важные показатели деятельности основных систем организма, имеющие высокую достоверную корреляцию с возрастом, а также доступность, безопасность и простоту определения.

Здоровые женщины репродуктивного возраста имели БВ в среднем на 6,3 года меньше стандарта в популяции и принадлежали, в основном (67,7%), к I и ко II функциональным классам.

Обследованные с физиологическим климактерием, так же как и женщины в контрольной группе, оказались моложе своих сверстниц, и разница между БВ и ДБВ была 9,8±1,00 года; в результате большинство из них (72,7%) отнеслись к I классу по темпам старения.

У больных с КС (рис.3) отклонение БВ от популяционного стандарта составило +6,4±3,30 года, что превышало соответствующий показатель в контрольной группе на 12,7 лет (p<0,05); и все женщины распределились в III (23,4%), IV (63,1%) и даже V (13,5%) классы постарения.

В III группе разница между БВ пациенток и ДБВ оказалась +7,3±4,74 года, то есть почти на 14 лет (p<0,05) больше, чем у здоровых женщин репродуктивного возраста; и практически все больные (80,2%) принадлежали к IV или V функциональным классам.

Выводы

В свете полученных нами данных влияние различных вариантов ДПС как на состояние отдельных органов и систем, так и на весь женский организм представляется следующим образом:

1. При физиологическом течении климактерия у женщин характерно наличие начальных проявлений возрастной инволюции органов и тканей, являющихся мнимениями для половых стероидов (то есть, урогенитального тракта, МЖ и костной ткани), на фоне нормальных и даже замедленных темпов старения всего женского организма;
2. Развитие КС сопровождается ускоренными инволюционными изменениями со стороны урогенитального тракта, МЖ и костной ткани больных и преждевременным старением всего женского организма;
3. В репродуктивном возрасте для пациенток перенесших двухстороннюю овароэктомию, являются характерными ранние и ускоренные инволюционно-дегенеративные отклонения в состоянии органов-

мишенной при преждевременном старении всего женского организма.

Таким образом, как своевременность и выраженность инволюционных изменений со стороны органов мишенной для половых стероидов (урогенитальной тракта, МЖ и костной ткани), так и темпы старения всего женского организма при ДПС определяются вариантом его развития, что свидетельствует о системном характере регистрируемых отклонений и подчеркивает необходимость единого комплексного патогенетического подхода к лечению и профилактике данных состояний у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов Д.И. Хирургическая кастрация у женщин - последствия, реабилитация, профилактика. - Екатеринбург, 1995. - 260с.
2. Делмас П. Механизм потери костной ткани // Тезисы докл. I Росс. симп. по остеопорозу. - М., 1995. - С.31-32.
3. Кириченко А.А. Болезня строгенного дефицита в практике терапевта: Метод. рекомендации. - М., 1997. - 16с.
4. Руководство по климактерию: Руководство для врачей. / Под ред. В.П.Сметнык, В.И.Кулакова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001. - 685с.
5. Руководство по эндокринной гинекологии. / Под ред. Е.М.Вихляевой. - М.: Медицинское информационное агентство, 2000. - 768с.
6. Токарь А.В., Войтенко В.П., Полохов А.М. Использование методики определения биологического возраста человека в дозологической диагностике: Метод. рекомендации. - Киев, 1990. - 14с.

А.Н. Кильдюшов, О.В. Коньшева,
Г.К. Ульянцева, Т.В. Вострикова

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЭРОИОНОТЕРАПИИ

Мордовский государственный университет, г. Саранск

Проблема гестозов остается в акушерстве одной из самых актуальных, частота гестозов не имеет тенденции к снижению за последние годы и достигает 17%. Гестозы стабильно занимают 2-3 место в структуре причин материнской смертности. Отмечен существенный (до 24%) рост тяжелых и атипичных форм. Перинатальная смертность при гестозах составляет от 10,0 до 30,0%, а заболеваемость - от 463,0 до 780,0% в зависимости от степени тяжести. Нет кардинального улучшения результатов родоразрешения беременных с гестозами (Савельева Г.М. и др., 1992).

Особую роль в патогенезе гестоза играет маточно-плацентарная недостаточность, которая ведет к разным по степени тяжести повреждениям нервной системы плода, достигающим 15% среди родившихся от матерей, страдающих гестозом (Лебедево В.С., 1987). Речь идет о гипоксически-ишемических повреждениях головного мозга, что имеет немаловажное значение для постнатального развития ребенка (мозговые дисфункции, органиче-

ские повреждения нервной системы с последующей смертностью или инвалидностью ребенка).

До настоящего времени остается много неясного в механизме развития гестоза. Большое число исследований посвящено изучению перекисного окисления в патогенезе заболевания.

В.В. Абрамченко (1994) высказал гипотезу о ведущей роли нарушений перекисного окисления липидов (ПОЛ) в патогенезе гестоза. В результате активации процессов ПОЛ происходит разрушение фосфолипидного слоя клеточных мембран, и под влиянием промежуточных и конечных их продуктов (гидроперекиси липидов, малоновых диальдегид) биологические мембраны обогащаются холестерином, что крайне неблагоприятно, так как повышается ее микровязкость и ограничивается подвижность отдельных участков молекул (Савельева Г.М. и др., 1992). Снижение проницаемости мембран для кислорода, гормонов способствует развитию тканевой гипоксии и нарушению окислительно-восстановительных процессов в организме (Мирошинченко В.П. и др., 1989; Разбойникова А.Г., 1992). Исследованиями Э.К. Айламазяна (1991) показано, что важным звеном патогенеза плацентарной недостаточности и гипоксии плода при гестозе является повышение интенсивности процессов ПОЛ и снижение активности антиоксидантной системы защиты организма (АОСЗ), при этом наиболее существенные изменения установлены у больных с нефропатией III степени тяжести.

Ни одна акушерская патология не отличается столь выраженной полипрагмазией при медикаментозной терапии как гестоз. Все это требует пересмотра лечебных программ с целью исключения полипрагмазии и получения максимального терапевтического эффекта при минимуме используемых фармакологических средств. Пересмотр этот должен основываться на современных представлениях о сути понятия и патогенеза гестоза. Каждый из перечисленных методов предусматривает назначение медикаментозных препаратов, многие из которых относятся к сильнодействующим. Необходимо отметить, что, несмотря на проводимую терапию, 15-20% беременных остаются резистентными к ней, и независимо от терапии нередко происходит прогрессирование гестоза и возникает необходимость досрочного родоразрешения (Кулаков В.И., Серов В.Н. и др., 2000). Кроме того, многие используемые препараты оказывают разнообразное нежелательное влияние на плод. Согласно Nagetman & Vilee (1960), большинство препаратов с молекулярной массой менее 1000 легко проникают через плаценту и нередко оказывают отрицательное влияние на плод, являясь причиной перинатальной заболеваемости.

Все это стало причиной того, что в последние годы в акушерстве и гинекологии исследователи все большее внимание уделяют немедикаментозным методам лечения (Пешев Л.П. и соавт., 1990, 1997). Одним из старейших и эффективных методов, получивших в наше время все более широкое распространение, является метод аэроионотерапии (АИТ), предложенный А.Л. Чижевским еще в 1933 г. Многочисленными исследованиями доказана высокая эффективность этого метода при различных заболеваниях (Аширов Р.С., 1995; Власов А.П. и соавт., 1995, 1996; Сквитров В.П., 1995, 1997; Аксенова С.В., 1996). Однако в акушерстве АИТ, к сожалению, до сих пор не нашла широкого применения. В доступной